

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный  
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В. П. Сербского» Минздрава России

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»

## **Первые Российско-Белорусские майские чтения по актуальным вопросам психического здоровья**

Сборник материалов  
научно-практической конференции  
с международным участием

30-31 мая 2024 года

Гродно  
ГрГМУ  
2024

УДК 61:005.745(06)

ББК 5л0

П 26

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 12 от 05 июня 2024 г.).

Редакционная коллегия:

ректор ГрГМУ, д-р мед. наук, проф. И. Г. Жук (отв. редактор);  
зав. каф. психиатрии и наркологии ГрГМУ, д-р мед. наук, доц.  
Э. П. Станько;  
зав. отраслевой лабораторией молекулярной медицины ГрГМУ,  
канд. мед. наук, доц. М. Н. Курбат.

Рецензенты:

зав. каф. психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «СПбГУ»,  
д-р мед. наук, проф. Н. Н. Петрова;  
руководитель отдела профилактики и мониторинга деятельности  
психиатрических служб ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии имени  
В. П. Сербского» Минздрава России, д-р мед. наук, проф.  
О. А. Макушкина;  
зав. каф. психиатрии и наркологии ГрГМУ, д-р мед. наук, доц.  
Э. П. Станько.

**Первые** Российско-Белорусские майские чтения по актуальным  
П 26 вопросам психического здоровья: сб. материалов научно-  
практической конференции с международным участием (30-31 мая  
2024 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. И. Г. Жук. – Гродно :  
ГрГМУ, 2024. – Электрон. текст. дан. (объем 2,7 Мб). – 1 эл. опт. диск  
(CD-ROM).  
ISBN 978-985-595-898-8.

В сборнике статей представлены научные работы, посвященные актуальным  
проблемам психического здоровья. Информация будет полезна широкому кругу научных  
сотрудников и работников практического здравоохранения.

Авторы, представившие информацию к опубликованию несут ответственность за  
содержание, достоверность изложенной информации, указанных в статье статистических,  
персональных и иных данных.

УДК 61:005.745(06)

ББК 5л0

ISBN 978-985-595-898-8

© ГрГМУ, 2024

## ***Уважаемые участники и гости конференции!***

От имени Министерства здравоохранения Республики Беларусь и от себя лично приветствую участников Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Первые Российско-Белорусские майские чтения по актуальным вопросам психического здоровья»!

Мы всегда рады видеть в нашей республике ученых, практических врачей-специалистов из ближнего и дальнего зарубежья. Хотелось бы, чтобы проведение такой масштабной Конференции с участием ведущих специалистов, работающих в области охраны психического здоровья наших стран, стало традицией, дающей новый импульс для творческой, научной и практической деятельности. Обмен опытом, мнениями, современными подходами к диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств – один из наиболее надежных путей дальнейшего развития служб охраны психического здоровья.

Благодаря устойчивому государственному финансированию организаций здравоохранения, планомерному развитию служб охраны психического здоровья в целом и всех ее направлений в частности, нам удалось достичь значительных успехов в совершенствовании качества и доступности психиатрической помощи населению.

За последние годы сделано много. Масштабная модернизация служб охраны психического здоровья, начатая более 10 лет назад, интенсивно продолжается и в настоящее время. Все виды специализированной медицинской помощи достаточно гармонично развиваются, причем как на амбулаторном этапе, так и на стационарном, во всех регионах, при активном участии РНПЦ психического здоровья и клинических кафедр медицинских университетов, деятельность которых направлена на разработку и внедрение инновационных перспективных технологий в психиатрии и наркологии как взрослой, так и детской, а также на стратегическое прогнозирование необходимости развития служб охраны психического здоровья.

Мы создаем единый цифровой контур в сфере здравоохранения в рамках проекта «Модернизация системы здравоохранения Республики Беларусь», что позволит функционировать основным направлениям деятельности на качественно новом уровне и еще более укрепить наши профессиональные позиции в мировом сообществе.

Основные факторы, обеспечившие выход отечественной медицины на мировой уровень, – не только модернизация и техническое переоснащение организаций здравоохранения, но и создание в системе Министерства здравоохранения республиканских научно-практических центров, – своеобразных мозговых центров, координирующих работу по развитию самых важных отраслей нашего здравоохранения, в том числе и служб охраны психического здоровья.

Благодаря предпринятым и принимаемым Министерством здравоохранения Республики Беларусь мерам, специализированная медицинская помощь оказывается и в регионах, а не только на республиканском или областном уровнях.

Необходимо обсудить проблемные вопросы диагностики и лечения психических заболеваний, психических расстройств в общей медицинской практике, возможности нейротехнологий в психиатрии, а также прикладные вопросы трансляции и внедрения результатов исследований в практическое здравоохранение.

Особого внимания заслуживает вопрос качества университетской и последиplomной подготовки врачей-психиатров-наркологов, взаимодействия клинических кафедр медицинских университетов с клиническими базами, их взаимной интеграции. Пилотный проект создания университетской клиники реализуется в Гродненском регионе и во многом от того, насколько быстро удастся интегрировать в отечественные реалии лучший мировой опыт, будет зависеть решение этой важнейшей проблемы.

Пусть проводимый сегодня профессиональный форум даст возможность обменяться опытом, оценить основные тенденции развития психиатрии и наркологии, определить приоритеты и получить самую современную информацию, касающуюся новых достижений в этой области.

Уважаемые участники конференции! Дорогие друзья!

Я выражаю признательность всем участникам конференции и рад приветствовать ведущих специалистов России и Беларуси. Уверен, что в будущем к нашему научному форуму присоединятся ученые из дружественных нам стран. Ваши знания и обмен опытом позволят взаимно обогатиться, определить новые направления научных изысканий и практической деятельности.

Обсуждение всех этих вопросов на конференции и принятые решения должны содействовать повышению уровня диагностики и улучшению оказания специализированной медицинской помощи населению наших стран.

Участие в Конференции наших коллег из России, представляющих свои достижения и успехи, станет неременным условием дальнейшего развития эффективного сотрудничества. Надеюсь, что общая цель объединит нас, станет залогом успешных творческих и деловых встреч, создаст хорошее настроение, атмосферу доброжелательности и теплоты.

Искренне желаю успехов, плодотворной и содержательной работы. Крепкого здоровья, благополучия и счастья вам и вашим близким!

*Министр*

*А.В. Ходжаев*

## ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СФЕРУ МУЖЧИН

*Абрамов С.В.<sup>1</sup>, Боринская С.А.<sup>2</sup>, Изумнов С.А.<sup>3</sup>, Григорьева И.В.<sup>3</sup>,  
Вынар Н.Р.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Минздрава России, Москва, Россия

<sup>2</sup>ФГБУ науки Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова Российской академии наук, г. Москва, Россия.

<sup>3</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Разнообразные факторы окружающей среды с оказываемым их влиянием на потенциальных родителей могут оставить след в будущих поколениях. К таким факторам мы можем отнести психологические, биологические, химические и физические. Данный след реализуется за счёт факторов организмов отца и матери, которые имеют под собой сложные генетические процессы: метилирование дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК), модификация гистонов и некодирующих рибонуклеиновых кислот (нкРНК), цитокины, микробиом и окислительный стресс. Существует множество факторов, что подтверждено экспериментальными и клиническими исследованиями на грызунах, которые вызывают отцовское программирование – сигналы внешней среды, изменяющие сперму, влияя на фенотип потомства. К этим факторам относятся, в том числе, недостаточное или избыточное питание, а также состав питательных веществ, стресс, физическая нагрузка, алкоголь и другие психоактивные вещества, эндокринные нарушения [1, 2].

**Цель.** Изучить и обобщить данные о влиянии употребления алкоголя на репродуктивную сферу мужчин.

**Методы исследования.** Произведен несистематический поиск источников в базе данных PubMed. Поиск статей осуществлён по ключевым словам "alcohol consumption", "reproductive sphere in males", "negative influence". Включались полнотекстовые статьи, находящиеся в открытом доступе, либо без открытого доступа при наличии абстрактов.

**Результаты и их обсуждение.** Влияние алкоголя на репродуктивную сферу до сих пор остается достаточно спорным, поскольку в обзоре 2021 г. [1] представлены клинические данные о снижении концентрации сперматозоидов, повышении фрагментации ДНК, дефектах конденсации хроматина, изменении объема сперматозоидов и увеличении аномальной морфологии сперматозоидов; измененная экспрессия РНК, участвующая в функции сперматозоидов, дефектное метилирование генов в ДНК сперматозоидов; более высокая частота психопатологических расстройств у потомства, врожденных пороков сердца, онкологических заболеваний у потомства, нарушений репродуктивного развития. Одним из механизмов, объясняющих связь между длительным

употреблением алкоголя и плохим качеством спермы, является избыточное в результате метаболизма этанола производство активных форм кислорода (АФК). Являясь генотоксичными агентами, этиловый спирт и его метаболиты изменяют экспрессию специфических генов, участвующих в гормональной регуляции сперматогенеза, и усиливают фрагментацию ДНК сперматозоидов, возможно, оказывая трансгенерационное влияние на потомство, что авторы обзора подтверждают ссылками на экспериментальные и клинические работы. Авторы отмечают, что связанные с этиловым спиртом специфические маркеры бесплодия пока не выявлены.

Другая значительная часть клинических [2] и экспериментальных исследований не подтвердила существенных изменения качества спермы [3], при этом степень повреждения и/или метилирования ДНК больше зависит от возраста мужчины [4, 5], региона проживания [6] и химических агентов, нарушающих работу эндокринной системы (бисфенолы, фталаты и парабены) [7].

Нужно отметить, что зрелые сперматозоиды несут эпигенетическую информацию в виде паттернов метилирования ДНК, специфического удержания гистонов и факторов связывания ДНК (таких как многофункциональный транскрипционный фактор позвоночных (СТСФ)) и популяций малых нкРНК. Но исследования, посвященные изучению влияния алкоголя на первые три эпигенетических механизма, представили крайне противоречивые результаты [8]. Более однозначные результаты о негативном влиянии алкоголя на потомство получены при исследовании малых нкРНК, которые представляют собой один из сегментов широкого спектра кодирующих и нкРНК, включая длинные и короткие нкРНК. Эти РНК участвуют в различных ролях, включая сперматогенез, регуляцию, оплодотворение, развитие эмбрионов и фенотип потомства. Малые нкРНК играют решающую роль в поддержании и функционировании генома зародышевой линии, обеспечивают регуляцию экспрессии генов, защиту от мобильных, повторяющихся элементов или вирусов, синтез белка и модуляцию сигналов транспортной РНК (тРНК), так же они могут модифицировать геном, влияя на потомство [9].

На мышях хроническое употребление алкоголя самцами воспроизводимо вызывало задержку роста плода на поздних сроках у потомства, что коррелировало со сдвигом пропорционального соотношения малых РНК, полученных из транспортной РНК, РНК, взаимодействующим с Рiwi (первые относятся к самым крупным малым нкРНК, вторые - группа белков, экспрессируемых в клетках зародышевой линии, необходимы для клеточной дифференцировки и сперматогенеза), а также с изменением обогащения микроРНК (миРНК-21, миРНК-30, миРНК-142) в сперме, подвергшейся воздействию алкоголя [8]. В более поздних экспериментальных исследованиях на мышях со свободным доступом к алкоголю обнаружено, что через месяц воздержания сохраняются вызванные алкоголем изменения в малых РНК

сперматозоидов (значительное повышение миРНК-30а и снижение миРНК-142) и работе митохондрий придатков яичка [10].

Значимость РНК в диагностике андрологических проблем показана в оригинальном клиническом исследовании [11], показывающим, что нкРНК внеклеточных пузырьков семенной плазмы могут представлять собой новые биомаркеры мужских репродуктивных фенотипов.

Как отмечает [12] понимание механизмов эпигенетического наследования заболеваний, связанных с алкоголем, из поколения в поколение или через поколение является сложным, так как существуют механизмы, зависящие от зародышевой линии, и независимые от зародышевой линии, то есть реализующиеся через половые клетки и через паттерны поведения.

**Выводы.** Обсуждаемая проблема имеет междисциплинарное значение и требует пристального внимания со стороны психиатров-наркологов, фармакологов, реабилитологов, репродуктологов и генетиков. Очевидны негативные популяционные эффекты приема алкоголя не только для самих потребителей, но и для их потомства, что реализуется через микросоциальные факторы (воспитание и неблагоприятный детский опыт), а также и через эпигенетические механизмы, являющиеся итогом сложных процессов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Finelli, R. Impact of Alcohol Consumption on Male Fertility Potential: A Narrative Review / R. Finelli, F. Mottola, A. Agarwal // *Int. J. Environ Res. Public Health*. – 2021. – Vol. 19 (1). – Art. nr. 328. – doi: 10.3390/ijerph19010328.

2. Trautman, A. Effects of alcohol use on sperm chromatin structure, a retrospective analysis / A. Trautman, A. Gurumoorthy, K. A. Hansen // *Basic Clin. Androl*. – 2023. – Vol. 33 (1). – Art. nr. 14. – doi: 10.1186/s12610-023-00189-9.

3. Paternal alcohol consumption has intergenerational consequences in male offspring / M. Y. Cambiasso [et al.] // *J. Assist. Reprod. Genet*. – 2022. – Vol. 39 (2). – P. 441-459. – doi: 10.1007/s10815-021-02373-0.

4. Infertile men older than 40 years are at higher risk of sperm DNA damage / S. Alshahrani [et al.] // *Reprod. Biol. Endocrinol*. – 2014. – Vol. 1. – Art. nr. 103. – doi: 10.1186/1477-7827-12-103.

5. Sperm as a Carrier of Genome Instability in Relation to Paternal Lifestyle and Nutritional Conditions / U. Punjabi [et al.] // *Nutrients*. – 2022. – Vol. 14 (15). – Art. nr. 3155. – doi: 10.3390/nu14153155.

6. Indices of methylation in sperm DNA from fertile men differ between distinct geographical regions / C. Consales [et al.] // *Hum. Reprod*. – 2014. – Vol. 29 (90). – P. 2065-2072. – doi: 10.1093/humrep/deu176.

7. Martini, M. Mini-review: Epigenetic mechanisms that promote transgenerational actions of endocrine disrupting chemicals: Applications to behavioral neuroendocrinology / M. Martini, V. G. Corces, E. F. Rissman // *Horm. Behav*. – 2020. – Vol. 119. – Art. nr. 104677. – doi: 10.1016/j.yhbeh.2020.104677.

8. Alterations in sperm-inherited noncoding RNAs associate with late-term fetal growth restriction induced by preconception paternal alcohol use / Y. Bedi [et

al.] // *Reprod. Toxicol.* – 2019. – Vol. 87. – P. 11-20. – doi: 10.1016/j.reprotox.2019.04.006.

9. Gòdia, M. A history of why fathers' RNA matters / M. Gòdia, G. Swanson, S. A. Krawetz // *Biol. Reprod.* – 2018. – Vol. 99 (1). – P. 147-159. – doi: 10.1093/biolre/iory007.

10. Alterations in sperm RNAs persist after alcohol cessation and correlate with epididymal mitochondrial dysfunction [Electronic resource] / A. N. Roach [et al.] // *Andrology.* – 2023. – P. 1-12. – doi: 10.1111/andr.13566. – Mode of access: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/andr.13566>. – Date of access: 03.10.2023.

11. Altered non-coding RNA profiles of seminal plasma extracellular vesicles of men with poor semen quality undergoing in vitro fertilization treatment / O. A. Oluwayiose [et al.] // *Andrology.* – 2023. – Vol. 11 (4). – P. 677-686. – doi: 10.1111/andr.13295.

12. Chastain, L. G. Alcohol effects on the epigenome in the germline: Role in the inheritance of alcohol-related pathology / L. G. Chastain, D. K. Sarkar // *Alcohol.* – 2017. – Vol. 60. – P. 53-66. – doi: 10.1016/j.alcohol.2016.12.007.

## **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

*Березина И.Ю., Михайлов А.Ю., Горецкая Т.А.*

*ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»,  
Минздрава России, Москва, Россия*

**Актуальность.** Метод ствольного акустического вызванного потенциала (САВП) зарекомендовал себя как высокоточный и универсальный нейрофизиологический метод, используемый в диагностике различных нарушений слуховой системы и центральной нервной системы (ЦНС). Это единственный вызванный потенциал, который может дать информацию о функциональном состоянии структур ствола головного мозга, включая ядра ствольной части слухового анализатора и восходящие пути слуховой системы. Широкий спектр применения САВП обусловлен его следующим преимуществом: он является наиболее стабильным и устойчивым к метаболическим, токсическим нарушениям и даже к влиянию наркотических препаратов [4, 6-7]. Это свойство делает САВП незаменимым в диагностике неврологических расстройств у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ). Одной из наиболее распространенных форм зависимости является зависимость от алкоголя. Чрезмерное и длительной употребление алкоголя оказывает пагубное воздействие на ЦНС, вызывая изменения в структуре и функции различных мозговых структур, включая ствольные образования. Несмотря на серьезность данной проблемы,



исследований, посвященных изучению влияния алкогольной зависимости на функциональное состояние стволовых образований, крайне мало. В связи с этим представляется значительный интерес провести оценку состояния понто-мезенцефальных стволовых структур у лиц с алкогольной зависимостью с использованием метода САВП.

**Цель.** Оценить функциональное состояние стволовых образований понто-мезенцефального уровня у пациентов с алкогольной зависимостью.

**Методы исследования.** Проанализированы результаты САВП, которые были получены от 89 пациентов (65 мужчин, 24 женщины) в возрасте от 21 до 57 лет (ср возр. –  $37,65 \pm 8,50$ ), которые находились в клинических отделениях Национального научного центра наркологии - филиала Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского с установленными диагнозами, согласно МКБ-10: F10.2, F10.212, F10.3. Записи САВП проводилась на 5-7 сутки от момента поступления в клинику. Регистрацию САВП проводили с помощью компьютерного нейрофизиологического комплекса для регистрации ЭЭГ, ВП и ЭМГ «Нейрон-Спектр-5» под управлением программы «Нейро-МВП.Net» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия). Методика регистрации САВП выполнялась согласно рекомендациям Международной Федерации клинических нейрофизиологов: полоса пропускания частот усилителя устанавливалась в диапазоне 100-2000 Гц. Ответ регистрировался от активного электрода, расположенного в точке Cz по схеме 10-20% с референтами на мочках ушей (A1, A2). Для подачи звукового сигнала в виде серии щелчков использовались головные телефоны TDH 39/49 10 Ом, а звуковой сигнал в виде щелчка (серии щелчков), длительностью 0,1 мс, интенсивностью 100 дБ SPL подавался переменным: сначала с одной стороны, потом с другой. Частота подачи стимула составляла 10 Гц, при этом в каждое ухо подавалось две серии щелчков по 2000 стимулов. Анализировалась общая конфигурация ответа, пиковые латентности (ПЛ) трёх наиболее стабильных (реперных) колебаний: I, III, V компонентов, а также межпиковые интервалы I-III, III-V, I-V. С учётом общеизвестной практики, патологические отклонения определялись по межпиковым интервалам I-III компонентов (время периферического проведения), III-V (время центрального проведения) I-V компонентов (длительность ответа). Контрольную группу составили 25 испытуемых (13 мужчин, 12 женщин), ср. возр. составлял –  $32,4 \pm 7,46$ , которые были сопоставимы по возрасту, полу, а также не имевших в анамнезе психических и неврологических расстройств, не страдающих алкогольной зависимостью. Критерии невключения: в работу не включались пациенты, которые имели патологию системы слуха, как острую, так и хроническую: пациенты с отитами по данным анамнеза, тугоухостью, пациенты принимавшие и принимающие ототоксические препараты, а также пациенты, которые предъявляли жалобы на снижение слуха или отказавшиеся от участия в исследовании.

Полученные данные обрабатывались с использованием пакета Statistica 13.0 for Windows. Оценивали параметры (средние, стандартные отклонения) распределений величин ПЛ и МПИ САВП. Достоверными отклонениями считалось превышение средних показателей контрольной группы более чем на 2.0, что соответствует достоверности  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** При анализе показателей САВП у обследуемых группы контроля конфигурация ответа была сохранена, при этом отмечалось отчетливое выделение всех компонентов (с I по V) ответа с сохранением показателей ПЛ, МПИ и амплитуды ответа (таб. 1), соответствующих значениям нормы.

Таблица 1 – Показатели пиковых латентностей и межпиковых интервалов САВП в контрольной группе ( $M \pm m$ ),  $n=25$

Пиковая латентность (мс)			
компоненты	I	III	V
стимуляция слева	1,65±0,08	3,63±0,11	5,76±0,15
стимуляция справа	1,67±0,12	3,57±0,13	5,75±0,18
Межпиковые интервалы			
	I-III	III-V	I-V
стимуляция слева	2,10±0,90	1,81±0,18	3,91±0,19
стимуляция справа	2,03±0,11	1,87±0,18	3,90±0,23
Амплитуда V/I (мкВ)			
стимуляция слева	1,82±0,37		
стимуляция справа	1,81±0,39		

Анализ показателей САВП у пациентов с алкогольной зависимостью показал, что в четверти наблюдений (26 человек) конфигурация САВП была сохранена. Показатели ПЛ и МПИ САВП укладывались в вариативный разброс показателей контрольной группы (таб. 2) (подобная картина наблюдалась у пациентов с длительностью употребления алкоголя не более 5 лет), показатели амплитуды ответов отличались большой вариабельностью.

Во всех остальных случаях (63 пациента) отмечалось удлинение МПИ I-III при относительной сохранности показателей ПЛ основных компонентов САВП (таб. 3); амплитуда ответов при этом была очень вариабельной. Подобные изменения САВП отмечались у лиц с длительностью употребления алкоголя более 6 лет ( $12,68 \pm 3,56$ ) ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2 – Показатели пиковых латентностей (ПЛ) и межпиковых интервалов (МПИ) САВП у пациентов с алкогольной зависимостью ( $M \pm m$ ,  $n=26$ ).

	Пациенты с алкогольной зависимостью, стимуляция слева	Контрольная группа (n=25), стимуляция слева	Достоверность различий	Пациенты с алкогольной зависимостью, стимуляция справа	Контрольная группа (n=25), стимуляция справа	Достоверность различий
	1	2		3	4	
ПЛ I (мс)	1,69±0,06	1,65±0,08	p=1,8301	1,70±0,04	1,67±0,12	p=1,2478
ПЛ III (мс)	3,74±0,04	3,63±0,11	p=1,8036	3,78±0,09	3,57±0,13	p=0,1279
ПЛ V (мс)	5,83±0,09	5,76±0,15	p=0,0592	5,81±0,44	5,75±0,18	p=0,0521
МПИ I-III	2,12±0,07	2,10±0,90	p=0,4217	2,10±0,90	2,03±0,11	p=0,1179
МПИ III-V	1,99±0,16	1,81±0,18	p=0,2037	1,81±0,18	1,87±0,18	p=0,5143
МПИ I-V	4,00±0,25	3,91±0,19	p=0,4108	3,91±0,19	3,90±0,23	p=0,1563

*Примечание:* жирным цветом указаны достоверные значения с уровнем достоверности  $p < 0,05$

Таблица 3 – Показатели пиковых латентностей (ПЛ) и межпиковых интервалов (МПИ) САВП у пациентов с алкогольной зависимостью ( $M \pm m$ ,  $n=63$ )

	Пациенты с алкогольной зависимостью, стимуляция слева	Контрольная группа (n=25), стимуляция слева	Достоверность различий	Пациенты с алкогольной зависимостью, стимуляция справа	Контрольная группа (n=25), стимуляция справа	Достоверность различий
	1	2		3	4	
ПЛ I (мс)	1,73±0,18	1,65±0,08	p=0,1167	1,76±0,13	1,67±0,12	p=0,1156
ПЛ III (мс)	3,98±0,19	3,63±0,11	p=0,0057	3,82±0,45	3,57±0,13	p=0,0053
ПЛ V (мс)	5,88±0,23	5,76±0,15	p=0,0851	5,83±0,07	5,75±0,18	p=0,0842
МПИ I-III	2,20±0,18	2,10±0,90	p=0,0058	2,10±0,16	2,03±0,11	p=0,0055
МПИ III-V	1,95±0,06	1,81±0,18	p=0,0713	1,94±0,12	1,87±0,18	p=0,0811
МПИ I-V	4,05±0,08	3,91±0,19	p=0,0089	4,04±0,23	3,90±0,23	p=0,0072

*Примечание:* жирным цветом указаны достоверные значения с уровнем достоверности  $p < 0,05$

Наше исследование показало, что у пациентов с алкогольной зависимостью в 71% случаев отмечаются нарушения показателей САВП, что согласуется с данными литературы [1-3, 5-8]. Наиболее распространенным отклонением в показателях САВП стало изменение МПИ I-III при относительной сохранности I, III, V компонентов при звуковой стимуляции как левого, так и правого уха. В частности, увеличение МПИ I-III, отражающее

время периферического проведения, в большинстве случаев (63%), не сопровождалось достоверным увеличением времени центрального проведения, что согласуется с рядом научных исследований [1, 3, 10]. Увеличение МПИ I-III у лиц с алкогольной зависимостью, скорее всего, связано со снижением проводниковой способности слухового нерва (возможно вследствие демиелинизации), нежели с функциональным состоянием изолированного сегмента каудального отдела моста. Только в 8% случаев у лиц с алкогольной зависимостью отмечалось достоверное увеличение показателей ПЛ V компонента, а также МПИ I-III, I-V, что, вероятно, отражает нарушение функционального состояния участка мозга на уровне верхней трети моста мозга – нижние бугры четверохолмия [9]. Подобные изменения, в большей степени, связаны с хроническим токсическим действием алкоголя на функциональное состояние стволовых образований головного мозга.

**Выводы.** У лиц с алкогольной зависимостью в 71% случаев были выявлены нарушения показателей САВП. В 63% случаев у пациентов с алкогольной зависимостью выявлялись нарушения САВП, связанные с периферической частью слухового анализатора (нарушения МПИ I-III). Выявленные нарушения могут быть вызваны как демиелинизацией нерва, так и функциональным нарушением изолированного участка каудального отдела моста.

В 8% случаев у лиц с алкогольной зависимостью по данным САВП выявлялись нарушения функционального состояния значительной части активирующей системы на уровне моста и понто-мезэнцефального соединения. Отмеченные нарушения показателей САВП вероятно обусловлены хроническим действием алкоголя на функциональное состояние стволовых образований головного мозга, что приводит к нарушению проведения звукового сигнала.

Выявление нейрофизиологических нарушений, лежащих в основе генерации САВП у лиц с алкогольной зависимостью, позволит выявить ранние отклонения в проведении звукового сигнала по слуховым путям ствола головного мозга, что будет способствовать более глубокому пониманию нейрофизиологических механизмов алкоголизма и поможет разработать более эффективные стратегии лечения и профилактики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Изменения параметров вызванного стволового слухового потенциала у больных алкоголизмом / Ю. Л. Арзуманов [и др.] // Рос. психиатр. журн. – 2000. – № 4. – С. 19-22. – edn: SBSWHD.
2. Функциональные нарушения подкорковых структур головного мозга у больных, употребляющих психоактивные вещества и у их детей / Ю. Л. Арзуманов [и др.] // Вопр. наркологии. – 2008. – № 1. – С. 46-54. – edn: OPCVRZ.
3. Показатели стволового акустического вызванного потенциала у пациентов с алкогольной зависимостью / И. Ю. Березина [и др.] // Вопр.

наркологии. – 2021. – № 11 (206). – С. 9-24. – doi: 10.47877/0234-0623\_2021\_11\_9. – edn: YKDZYL.

4. Гресс, В. В. Обзор применения акустических вызванных потенциалов в современной клинической практике / В. В. Гресс // Политехн. молодеж. журн. – 2019. – № 7. – С. 1-16. – doi: 10.18698/2541-8009-2019-7-497. – edn: IHSCDJ.

5. Begleiter, H. Auditory brainstem potentials in chronic alcoholics / H. Begleiter, B. Porjesz, C. L. Chou // Science. – 1981. – Vol. 211 (4486). – P. 1064-1066. – doi: 10.1126/science.7466379.

6. Chiappa K. H. Brainstem auditory evoked potentials in clinical neurology / K. H. Chiappa // Adv. Neurol. – 1982. – Vol. 32. – P. 157-158.

7. Chiappa, K. H. Evoked potentials and clinical medicine (first of two parts) / K. H. Chiappa, A. H. Ropper // N. Engl. J. Med. – 1982. – Vol. 306, № 19. – P. 1140-1150. – doi: 10.1056/NEJM198205133061904.

8. Chu, N. S. Auditory brainstem response study of alcoholic patients / N. S. Chu, K. C. Squires // Pharmacol. Biochem. Behav. – 1980. – Vol. 13, suppl. 1. – P. 241-244. – doi: 10.1016/s0091-3057(80)80036-0.

9. Klemm, B. Acoustically evoked brain stem potentials in acute alcoholic intoxication / B. Klemm, W. Haas // Psychiatr. Neurol. Med. Psychol. (Leipz). – 1990. – Vol. 42, № 2. – P. 102-106.

10. Smith, E. S. Cumulative lifelong alcohol consumption alters auditory brainstem potentials / E. S. Smith, H. Riechelmann // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 2004. – Vol. 28, № 3. – P. 508-515. – doi: 10.1097/01.alc.0000117870.11317.92.

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА**

***Бизюкевич С.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** По данным главного внештатного детского психиатра Министерства здравоохранения Республики Беларусь Литвиновой О.С. (2023), за 2022 год в Республике Беларусь отмечается не только рост заболеваемости расстройств аутистического спектра (РАС) среди детского населения, но и количество детей инвалидов по причине расстройств в спектре аутизма: в структуре общей заболеваемости в Республике Беларусь РАС составили 5,2%, а в структуре первичной инвалидности – 6,73% на 10 тыс. детского населения, что нередко может быть обусловлено достаточно поздним возрастом выявления данных расстройств развития [1, 2].

В Республике Беларусь диагностика расстройств аутистического спектра вызывает значительные сложности и приводит к частым диагностическим ошибкам, вплоть до гипердиагностики. Трудности диагностики РАС в раннем возрасте обусловлены возрастным уровнем психологического развития детей и связанными с этим ограниченными возможностями клинико-психопатологического обследования.

В соответствии с новыми изменениями в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 25 октября 2023 г. № 308-З статьи 18 об осуществлении «мероприятий по раннему вмешательству» [3] с целью ранней диагностики РАС, была определена актуальность цели разработки алгоритма для диагностики аутистических расстройств.

**Цель.** разработать, на основании выявления факторов риска развития РАС (пре-, перинатальных, генетических), алгоритм для диагностики расстройств аутистического спектра.

**Методы исследования.** исследование выполнено с участием 102 человек, проходивших стационарное обследование и лечение в детском отделении УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»» за период с сентября 2017 по июнь 2020 г. Из них мальчики составили – 84% (86 человек), девочки – 16% (16 человек). Средний возраст мальчиков составил  $5,4 \pm 1,84$  года, девочек –  $5,0 \pm 1,86$  лет. В исследование были включены дети обоего пола (с письменного согласия законных представителей ребёнка) с наличием признаков РАС, с умственным возрастом развития ребёнка не менее 12 месяцев. Все дети и родители детей – русскоговорящие, у детей отсутствовали сенсорные и моторные нарушения, элективный мутизм (F94.0) [4]. Контрольную группу составили 85 психически здоровых ребёнка, не имеющих симптомов психических расстройств [5,6].

Психодиагностический метод использовался с целью верификации диагноза РАС с помощью «Плана диагностического обследования при аутизме, ADOS-2» [4].

Для анализа перинатальных факторов риска развития РАС была разработана карта обследования, включающая: анамнестические сведения ребёнка, особенности течения беременности и родов у матери (угроза прерывания, фетоплацентарная недостаточность (ФПН), преэклампсия, перенесенные инфекции, применение родостимуляции, длительность безводного периода, наличие гипоксии плода, обвитие пуповиной). Учитывался способ родоразрешения и применения анестезии в родах. Изучались неблагоприятные факторы, выявленные в ранний неонатальный период развития детей (наличие пороков развития, инфекции, травмы). Оценивался характер и длительность грудного вскармливания [5].

Для определения полиморфных вариантов C677T, A1298C, A66G, A2756G генов фолатного цикла MTHFR, MTRR, MTR осуществлялся забор венозной крови у детей обеих групп в количестве 2 мл в стандартную стерильную вакуумную одноразовую пробирку с голубой крышкой, содержащую 3,2% цитрата натрия [6].

Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0» (№ AXAR207F394425FA-Q). Различие сравниваемых величин считали статистически значимым при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В основную группу вошли 86 (84%) мальчиков и 16 (16%) девочек. Средний возраст мальчиков составил 5,0 [4,0-7,0] лет, девочек – 4,5 [4,0-7,0]. В контрольной группе было 48 мальчиков (56%) и 37 (44%) девочек. Средний возраст мальчиков 6,0 [4,0-7,5] лет, девочек – 5,0 [3,0-7,0] лет. По возрасту группы детей статистически не различались как среди мальчиков, так и среди девочек ( $p > 0,05$ ).

В ходе нашего исследования в результате вычисления отношений шансов были определены факторы, ассоциированные с риском развития РАС – перинатальные: угроза прерывания беременности ( $p < 0,05$ ), фетоплацентарная недостаточность ( $p < 0,05$ ), преэклампсия ( $p < 0,05$ ), «гипоксия» ( $p < 0,05$ ), постнатальные – искусственное вскармливание ( $p < 0,05$ ), а также генетические – полиморфизмы A66G, C677T генов фолатного цикла: MTRR, MTHFR ( $p < 0,05$ ).

Для определения комбинации факторов, ассоциированной с высоким уровнем риска развития РАС, был выполнен регрессионный анализ полученных факторов риска развития РАС, которые были включены в модель логистической бинарной регрессии.

Путем перебора лучшей комбинации факторов с наивысшим предсказательным потенциалом статистически значимыми в данной модели оказались следующие факторы: генетические – генотипы A/G; G/G полиморфизма A66G гена MTRR и гомозиготный генотип T/T полиморфизма C677T гена MTHFR, пери- и постнатальные – угроза прерывания беременности, «гипоксия» [7, 8].

Оценки коэффициентов окончательной регрессионной модели приведены в таблице 1.

Таблица – Оценки коэффициентов окончательной регрессионной модели

Коэффициент	Оценка	Станд. отклонение	Z-значение	P
(Intercept)	-2,4397	0,4836	-5,0452	<0,0001
Угроза прерывания беременности	1,7201	0,4799	3,5847	<0,0001
«Гипоксия»	2,5422	0,422	6,0244	<0,0001
A/G A66G MTRR	0,8819	0,446	1,9773	0,048
G/G A66G MTRR	2,3733	0,583	4,0706	<0,0001
C/T C677T MTHFR	0,2174	0,4063	0,5351	0,593
TT C677T MTHFR	1,3465	0,6187	2,1763	0,03

Как видно из таблицы, оценки коэффициентов предикторов статистически значимы (при пороговом значении  $p=0,05$ , хотя бы для одной градации фактора) [8].

На основании выявленных факторов риска развития РАС был разработан диагностический алгоритм расстройств аутистического спектра, ассоциированных с полиморфизмом генов фолатного цикла, который определяет биологическую предрасположенность к развитию РАС. Диагностический алгоритм включает в себя пошаговые действия для врача-специалиста, при обращении к нему родителей или законных представителей ребенка с жалобами на наличие у него особенностей в психоречевом развитии.

Также при установлении факта протекания перинатального периода с осложнениями в виде угрозы прерывания беременности у матери и наличием «гипоксии» у ребенка необходимо информировать родителя или законного представителя о следующих этапах диагностики расстройств аутистического спектра и при их согласии провести молекулярно-генетическое и психодиагностическое исследование. Этап молекулярно-генетического анализа, направлен на генотипирование полиморфизмов А66G и С677Т в генах MTRR и MTHFR. По результатам анализа реакции амплификации, при выявлении у ребенка с особенностями в психоречевом развитии и симптомами, позволяющими предполагать наличие расстройств в спектре аутизма генотипа А/А; G/G полиморфизма А66G гена MTRR и (или) генотипа Т/Т полиморфизма С677Т гена MTHFR, что свидетельствует о высоком риске развития РАС, ребенок направляется на обследование у психолога организаций здравоохранения, оказывающих специализированную психиатрическую помощь детскому населению, с помощью «Плана диагностического обследования при аутизме ADOS-2» [6, 9].

**Выводы.** Представленный алгоритм имеет непосредственное практическое значение так как в нем определен оптимальный вариант действий врача-специалиста при выявлении особенностей в психическом развитии ребенка с целью раннего вмешательства и диагностики расстройств аутистического спектра. Данный диагностический алгоритм разработан с целью применения в клинической практике в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, а также для использования в научных клинических исследованиях и предназначен для применения врачами-психиатрами-наркологами, врачами-психотерапевтами, врачами-педиатрами в стационарных и амбулаторных отделениях учреждений здравоохранения для диагностики аутистических расстройств.

Ранняя диагностика расстройств в спектре аутизма позволит выбрать оптимальную тактику по индивидуальному сопровождению таких детей и снизить степень выраженности аутистических признаков за счет более раннего начала медико-коррекционного сопровождения, тем самым повысить качество жизни и социальную адаптацию детей с расстройствами аутистического спектра.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Barriers to early identification of autism in Brazil / S. H. Ribeiro [et al.] // *Braz. J. Psychiatry*. – 2017. – Vol. 39, iss. 4. – P. 352-354. – doi: 10.1590/1516-4446-2016-2141.
2. Инвалидность вследствие расстройств аутистического спектра у населения Орловской области в динамике за 2015-2019 гг. / Л. Н. Агошкова [и др.] // *Мед.-соц. проблемы инвалидности*. – 2021. – № 1. – С. 110-119.
3. Об изменении законов по вопросам здравоохранения и оказания психологической помощи [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 11 дек. 2020 г., № 94-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: [https://pravo.by/upload/docs/op/H12000094\\_1611262800.pdf](https://pravo.by/upload/docs/op/H12000094_1611262800.pdf). – Дата доступа: 13.04.2024.
4. Раттер, М. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма : руководство / М. Раттер, Э. Л. Куто, К. Лорд ; [русскоязыч. версию подгот.: А. Сорокин и др.]. – [Б. м.] : Western psychol. Serv. : Giunti O. S., 2014. – 122 с.
5. Бизюкевич, С. В. Перинатальные факторы риска развития расстройств аутистического спектра у детей и их взаимосвязь с полиморфизмом генов фолатного цикла / С. В. Бизюкевич // *Педиатрия. Вост. Европа*. – 2021. – Т. 9, № 3. – С. 369-381. – doi: 10.34883/PI.2021.9.3.005. – edn: GTWCG.
6. Бизюкевич, С. В. Полиморфизм генов фолатного цикла и степень тяжести расстройств аутистического спектра / С. В. Бизюкевич // *Психиатрия, психотерапия и клинич. психология*. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 479-488. – doi: 10.34883/PI.2020.11.3.005. – edn: YXPCKI.
7. Бизюкевич, С. В. Диагностические возможности «плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2) / С. В. Бизюкевич // *Психиатрия, психотерапия и клинич. психология*. – 2021. – Т. 12, № 3. – С. 432-442. – doi: 10.34883/PI.2021.12.3.006. – edn: ZXANEN.
8. Бизюкевич, С. В. Генетические и перинатальные факторы риска расстройств аутистического спектра / С. В. Бизюкевич // *Журн. Гродн. гос. мед. ун-та*. – 2021. – Т. 19, № 3. – С. 306-310. – doi: 10.25298/2221-8785-2021-19-3-306-310. – doi: 10.25298/2221-8785-2021-19-3-306-310. – edn: NSYKJG.
9. Алгоритм диагностики расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста : инструкция по применению № 072-0621 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 22.07.2021 / Учреждение-разработчик УО «ГрГМУ» ; авт.: В. А. Карпюк, С. В. Бизюкевич. – Гродно, 2021. – 7 с.

# МОТИВЫ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА

*Виндорф С.А.<sup>1</sup>, Аболмасов В.О.<sup>2</sup>, Конькова Е.С.<sup>2</sup>, Поноедова А.А.<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический  
медицинский университет» Министерства здравоохранения  
Российской Федерации,*

*<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница»*

**Актуальность.** Феномен наркопотребления – это комплексное, быстро меняющееся и многоаспектное явление, на которое влияет множество различных обстоятельств и факторов. На протяжении последнего десятилетия данный феномен претерпевает значительную трансформацию [6].

В последние годы продолжается рост наркозависимости среди несовершеннолетних, продолжается омоложение наркопотребителей, часто наблюдается уменьшение возраста первой пробы, а также изменение структуры используемых средств, с регистрируемым отчётливым ростом доли синтетических каннабиноидов и психостимуляторов [4,5].

Число детей и подростков, погибших в результате употребления наркотиков, выросло с 2017 года в 2,5 раза [1]. Особую тревогу вызывает рост количества отравлений, в том числе с летальным исходом, от употребления наркотиков особенно в подростковой среде. Рост уровня смертности вследствие употребления наркотиков, в том числе среди несовершеннолетнего населения, увеличение количества зарегистрированных лиц с синдромом наркотической зависимости, а также современные характеристики наркотизации актуализируют социальный запрос на анализ практик профилактики наркопотребления в России и других странах [6, 7].

По данным НИИ ФСИН, высоким остается процент не выявленной подростковой преступности и несовершеннолетних наркопотребителей. Они оказываются вне поля зрения как правоохранительных, так и медицинских учреждений, что в конечном итоге приводит их в маргинализированные криминальные группы, наносит непоправимый вред здоровью [11].

Мотивационные, ценностные и смысложизненные ориентации, являясь одними из важнейших компонентов в личностной направленности, в большей степени испытывают на себе влияние наркопотребления [8, 9]. Становясь ведущей ценностью, оно снимает все мотивационные противоречия [10].

Наблюдается изменение преобладающих причин приёма наркотиков, социально-демографического портрета типичного наркопотребителя [2]. В частности, доминирующий гедонистический мотив взрослого наркопотребления сменился большим разнообразием мотивов [2, 6].

Исследование и описание специфических для современных подростков мотивов употребления наркотических веществ имеют особую важность, так

как позволяют эффективно планировать и осуществлять мероприятия по первичной и вторичной профилактике наркомании среди молодежи.

**Цель.** Изучение характеристик мотивационной и ценностно-смысловой сферы несовершеннолетнего наркопотребителя.

**Методы исследования.** В исследовании используются клинико-психологический метод, включающий психологическое интервью, клиническую беседу и наблюдение.

Экспериментально-психологический метод представлен методическим комплексом из следующих методик: Опросник «Мотивы употребления наркотиков» И. В. Аксючиц, тест СЖО (смыслоразнозначных ориентаций) Дж. Крамбо, Л. Махолика, адаптированный Д.А. Леонтьевым.

Математический анализ проводился с помощью описательной статистики, анализа процентных соотношений, сравнения по t-критерию Стьюдента с определением вероятности ошибки различных средних ( $p$ ) с помощью статистического программного обеспечения SPSS 27.

**Объект исследования** – несовершеннолетние наркопотребители состоящие под наблюдением в районных наркологических кабинетах СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница» с диагнозом по МКБ-10: F.11.x- F.19.x. Всего исследовано 110 несовершеннолетних наркопотребителей в возрасте 13 - 18 лет (средний возраст – 16 лет), 59 женского и 51 мужского пола.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ клинических данных показывает, что триада самых распространенных наркотических веществ употребляемых несовершеннолетними – синтетические наркотики стимулирующего действия, мефедрон (соли – 39%, амфетамин – 12% , мефедрон – 28%), и гашиш (38%). Таким образом, психостимуляторы занимают лидирующее положение.

Возраст начала употребления ПАВ до 14 лет (10-13) составил у девочек 40%, у мальчиков – 31%. Минимальный возраст первой пробы у девочек – 10 лет, 90% первой пробы – в возрасте 10-15 лет. Минимальный возраст первой пробы у мальчиков – 11 лет, 83% первой пробы – в возрасте 10-15 лет. В целом, у 87% всех опрошенных несовершеннолетних первая проба наркотиков состоялась в возрасте до 16 лет, при этом среди девочек возраст приобщения к потреблению наркотиков несколько ниже, чем у мальчиков.

Снижается возраст приобщения к наркотикам по сравнению с клиническими исследованиями прошлых лет, результаты которых показали, что первые эпизоды курения пришлись на возраст 11-12, первые пробы алкоголя – 13 лет, наркотических веществ – 14-15 лет, причем чаще всего ими оказывались каннабиноиды и опиаты [3,4]. Таким образом, прослеживаются следующие тенденции: снижение возраста начала наркопотребления, рост числа лиц женского пола, преобладание в структуре потребления психостимуляторов.

32% несовершеннолетних зависимыми себя не считали, однако придерживались мнения, что наркотики могут им навредить. 68% подростков пытались самостоятельно воздерживаться от приема наркотиков, что это было неэффективным.

В таблице 1 представлены результаты исследования мотивов употребления ПАВ несовершеннолетними.

Таблица 1 – Результаты выполнения методики «Мотивы употребления наркотиков»

Шкала опросника	Юноши (n=51)		Девушки (n=59)		Уровень статистической значимости, <i>p</i>
	М	SD	М	SD	
Традиционные	15,14	5,51	15,46	5,91	<i>p</i> =0,770
Субмиссивные	16,31	5,63	16,17	5,92	<i>p</i> =0,897
Псевдокультурные	15,25	5,00	15,25	4,84	<i>p</i> =0,999
Гедонистические	15,08	5,01	15,02	4,30	<i>p</i> =0,945
Атарактические	12,02	8,12	13,41	6,94	<i>p</i> =0,293
Гиперактивации	11,62	8,31	13,32	6,92	<i>p</i> =0,205
Абстинентные	15,57	5,20	15,32	4,82	<i>p</i> =0,797
Аддиктивные	16,55	4,75	15,08	4,15	<i>p</i> =0,087
Самоповреждения	16,29	5,49	15,02	5,50	<i>p</i> =0,227

Интересен факт, что статистически значимые различия в мотивах потребления наркотиков между девушками и юношами не выявлены. Ведущей является триада шкал, образующих патологическую мотивацию употребления наркотиков, которая свидетельствует об осознаваемом влечении к наркотикам: субмиссивные, аддиктивные, самоповреждающие. На уровне тенденции у юношей данные мотивы более выражены, чем у девушек. То есть в иерархии мотивов потребления наркотических веществ подростками, вне зависимости от пола, наибольшую силу по выборке в целом имеют аддиктивные, субмиссивные и мотивы самоповреждения, менее выражены атарактические и мотивы гиперактивации.

Аддиктивные мотивы определяют фиксацию в сознании болезненного влечения к наркотику, осознанное желание употреблять наркотики. Абстинентные мотивы, которые выражают стремление потребителей с помощью наркотиков снять абстинентные явления, дискомфорт, улучшить самочувствие, менее выражены.

Мотивы самоповреждения свидетельствуют о стремлении употреблять наркотики на зло другим и себе, в качестве протеста, из-за потери перспективы будущего, утраты смысла трезвой жизни. Вероятно, это связано с низкой осмысленностью жизни несовершеннолетних наркопотребителей.

Субмиссивные мотивы употребления наркотиков, отражающие желание подчиняться прессингу значимых людей, в общей мотивационной структуре преобладают, что вероятнее всего отражает этап первичных проб, связанный с влиянием референтной группы. Субмиссивные мотивы описываются конформной моделью, когда стремление подражать лидерам, быть принятым

группой приводит к потреблению психоактивных веществ. Употребление наркотиков связано с повышенной подчиняемостью, неспособностью незрелой личности противостоять натиску, оградить себя от негативных влияний, с нежеланием отвечать за свои действия. Наркопотребление включается в ценностно-смысловую сферу подростка. Ценности, формы поведения, идеалы и цели, которые считаются приемлемыми в референтных группах, абсолютно некритично воспринимаются и разделяются несовершеннолетним.

Гедонистические мотивы, традиционно определяемые ведущими факторами наркопотребления несовершеннолетними, в структуре иерархии занимают лишь шестую позицию.

Триада мотивов, образующая группу личностных, персональных мотивов потребления наркотиков, состоящую из гедонистических, атарактических мотивов и мотивов гиперактивации поведения, наименее выражена. Менее всего выражен такой мотив как гиперактивация поведения, который указывает на стремления «выйти» из состояния скуки, душевного бездействия, либо на желание подростков усилить эффективность своего поведения. То есть субмиссивные, аддиктивные, самоповреждающие мотивы являются актуализированными, действующими, которые обуславливают злоупотребление наркотиками, и относятся к «смыслообразующим» мотивам употребления несовершеннолетними наркотиков.

Смысложизненные ориентации динамичны и релевантны целостному жизненному пути личности (прошлому, настоящему и будущему), порождаются реальными жизненными отношениями между субъектом и миром, задают общую направленность жизни субъекта как целого.

Таблица 2 – Результаты по методике «Смысложизненные ориентации»

Шкала опросника	Юноши (n=51)		Девушки (n=59)		уровень статисти-ческой значимости, p	нормативные значения  M (SD)
	M	SD	M	SD		
Цели	29,06	6,54	26,64	7,96	p=0,088	32,90(5,92)
<b>Процесс</b>	<b>29,12</b>	<b>6,37</b>	<b>26,42</b>	<b>7,52</b>	<b>p=0,047</b>	31,0 (4,44)
Результат	24,96	6,14	23,59	7,39	p=0,298	25,46(4,30)
Локус-контроль Я	20,63	4,07	19,36	4,90	p=0,145	21,13(3,85)
Локус -контроль Жизнь	28,00	5,82	26,05	6,48	p=0,102	30,14(5,80)
Общая осмысленность жизни	97,55	16,30	90,86	21,54	p=0,073	103,1(15,03)

По сравнению с нормативными данными в клинической группе менее выражены половые различия, что подтверждается наличием статистически достоверных различий между юношами и девушками по всем параметрам теста «Смысложизненные ориентации» в нормативной выборке [4], за исключением

субшкалы «Локус контроль - Я». В клинической группе различия наблюдаются только по субшкале «Процесс жизни». Результаты клинико-психологического обследования указывают на стертость гендерных различий у наркозависимых подростков по изучаемой психологической характеристике.

Статистически значимые различия между клинической группой и нормативной выборкой получены по всем показателям теста «Смыслоразнообразие ориентации», при этом значения по шкалам ниже в клинической группе. То есть подростки, злоупотребляющие наркотическими веществами, по сравнению с нормативной группой, воспринимают свою жизнь менее эмоционально насыщенной, более неудовлетворены прошлым и настоящим, живут сегодняшним днем, им более свойственен фатализм.

**Выводы.** Несовершеннолетние младше 15 лет наиболее подвержены риску вовлечения в употребление ПАВ, наблюдается стирание половых различий среди наркопотребителей за счет роста числа лиц женского пола. В структуру наркопотребления входят психостимуляторы, включая мефедрон и гашиш.

Преобладающими мотивами употребления наркотиков в подростковой среде являются социально-психологические и патологические мотивы, тогда как группа индивидуально-психологических мотивов менее выражена. Для несовершеннолетних наркопотребителей характерно неверие в свои силы контролировать события собственной жизни, низкая осмысленность жизни. Временная перспектива ориентирована преимущественно на настоящее.

Стремление к включению в референтную группу с помощью ПАВ, потребление наркотика в качестве протеста, из-за потери перспективы будущего, утраты смысла трезвой жизни, становится потребностью. В дальнейшем интегрируется в глубинный уровень мотивационной системы, формирует осознанное желание употреблять наркотики и становится главным, доминирующим мотивом, который оказывает решающее влияние на ценностную сферу, укрепляя тем самым аддиктивное поведение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васин, В.Б. Предупреждение вовлечения несовершеннолетних в незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов: выпускная квалификационная работа: направление 40.04.01 Юриспруденция / В. Б. Васин. - Ставрополь, 2023. – 63 с. – Режим доступа: <https://dspace.ncfu.ru/handle/20.500.12258/26231>. – Дата доступа: 11.01.2024

2. Вязовова, Н.В. Психологическая диагностика и гендерный анализ склонности подростков к аддикции / Н.В. Вязовова, В.М. Мелехова // Психолого-педагогический журнал «Гаудеамус». Учредители: Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина. –2021. – Т. 20. № 1 (47). – С. 43-51.

3. Егоров, А.Ю. Современные особенности наркоманий у подростков / А.Ю. Егоров, А.Г. Софронов // Вопросы психического здоровья детей и подростков : научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин / Ред. Н.М. Иовчук. – 2009. № 1 (9). – С. 22-34.

4. Егоров, А.Ю. Дизайнерские наркотики: новая проблема подростковой наркологии / А.Ю. Егоров // Вопросы психического здоровья детей и подростков : научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин / Ред. Н.М. Иовчук. – 2018. – № 2 (18). – С. 83-91.

5. Куликова, С.А. Реакция эмансипации у подростков с наркозависимостью: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / Куликова Светлана Алексеевна. – Санкт-Петербург, 2010. – 234 с.

6. Ларина, Е.В. Сравнительный анализ социальных практик профилактики наркопотребления: российский и зарубежный опыт/ Е.В. Ларина // Социологическая наука и социальная практика. –2023. – Т. 11, № 3. – С. 187-205.

7. Наркология : национальное руководство / [Агибалова Т. В. и др.] ; под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой ; Ассоц. мед. о-в по качеству (АСМОК). – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 719 с.

8. Профилактика наркотизма: теория и практика. - Текст : электронный / Лисецкий К. С. [и др.]; под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого ; [Самар. гос. ун-т, психол. фак., каф. соц. психологии, каф. общ. психологии и психологии развития]. – Самара: Перспектива, 2005. – 1 файл (1,66 Мб).

9. Семченко, Л.Н. Поведенческие предпосылки репродуктивного здоровьесбережения подростков / Л.Н. Семченко, О.Ю. Герасимова // Непрерывное медицинское образование и наука. Научно-методический рецензируемый журнал. – 2016. – Выпуск № 3, Т. 11.– С. 41-42

10. Серебрякова, М.Е. Динамика ценностно-смысловой сферы в процессе наркотизации / М.Е. Серебрякова // Проблемы и перспективы профилактики и реабилитации негативной зависимости среди несовершеннолетних и молодежи Самарской области: материалы конференции. – Самара: ООО «Офорт», 2006. – С.132 – 143.

11. Филиппова, Е.О. Предупреждение вовлечения несовершеннолетних в незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов / Е.О. Филиппова, О.В. Журкина // Вопросы российского и международного права. – 2021. Том 11. № 10А. – С. 158-166.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

*Григорьева И.В., Вольхина Д.М.*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,  
Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Курение табака становится все более актуальной проблемой в 21 веке. Согласно данным STEPS 2020, «Потребляет табачные изделия (исключая электронные сигареты) в настоящее время 26,7% населения. Среди мужчин распространение потребления курительного табака составляет

41,9%, среди женщин – 11,3%. Ежедневно курит 23,0% (36,7% мужчин и 9,3% женщин) [1]. Наличие доступных средств для потребления табака и никотиносодержащих продуктов существенно способствует привлечению новых пользователей. Одной из наиболее уязвимых групп, склонных к формированию зависимости, являются подростки и молодые люди, находящиеся в стадии обучения в учебных заведениях разного уровня. 1. Исследователи проявляют особый интерес к пониманию причин желания подростков и студентов употреблять табачные изделия. Среди общего набора факторов выделяются две основные категории: социальные и психологические.

Социальные мотивы табакокурения среди подростков могут быть разнообразными: 1. Воздействие окружения: подростки подвергаются влиянию своего окружения, включая друзей, семью и общество в целом. Если в их группе курение распространено, они могут стать его приверженцами, стремясь соответствовать группе или избежать чувства исключенности. Подростки, ощущающие себя отчужденными в школе, более подвержены риску начать курить, так как это может рассматриваться как протест против установленных социальных норм [2]; 2. Стресс и давление: подростки могут испытывать стресс из-за учебы, социальных отношений, семейных проблем и других факторов. Для некоторых курение становится способом справиться со стрессом и снять напряжение [3]; 3. Желание проявить себя взрослыми: подростки стремятся к ощущению взрослости и независимости. Они могут видеть курение как символ взрослого поведения или способ подражать взрослым [2]; 4. Недостаточная информированность: непонимание вреда табакокурения и его последствий приводит к бесконтрольному потреблению [4]; 5. Экспериментирование: подростки экспериментируют с различными видами поведения, включая употребление табака, чтобы определить свою личность и принять для себя подходящие решения [3]; 6. Групповое давление: в университетской среде существует сильное воздействие группы, особенно в общественных местах, где курение рассматривается как общественный акт или способ социальной связи [2]; 7. Адаптация к новой среде: для многих студентов переход к университетской жизни является временем адаптации к новой среде, включая новые социальные круги и ситуации. Курение может стать способом приспособления или интеграции в новую общественную группу [6]; 8. Стресс от учебы: учеба в университете может быть очень напряженной, что может привести к увеличению уровня стресса у студентов. Курение может рассматриваться как способ снять стресс или получить перерыв от учебы [5]; 9. Влияние сверстников: студенты часто проводят много времени в обществе своих сверстников, которые могут курить. Влияние сверстников и стремление вписаться в социальную группу могут стимулировать студентов к курению [2].

Психологические причины табакокурения у подростков и студентов могут быть разнообразными и включать в себя следующее: 1 Поиск признания и внимания: для некоторых подростков курение может стать способом привлечь внимание окружающих, особенно в среде, где это рассматривается как символ «зрелости» [2]; 2. Самоутверждение: подростки, страдающие от низкой



самооценки или неуверенности, могут прибегать к курению для утверждения себя или чувства себя «взрослыми» и «независимыми» [2]; 3. Снятие стресса и негативных эмоций: некоторые подростки могут обращаться к курению в ответ на стресс, тревогу, депрессию или другие негативные эмоции, используя табак как способ снять напряжение [5]; 4. Социальная адаптация: в новой среде или в новой группе подростков курение может быть способом «вписаться» и установить связи с другими людьми, которые также курят [6]; 5. Стресс и давление: учеба в университете может быть очень напряженной, особенно в периоды экзаменов или подготовки к сдаче проектов. Студенты могут обращаться к курению, как способу справиться со стрессом и давлением [5]; 6. Принятие в группу: для многих студентов важно чувствовать себя принятыми в общественной среде университета. Курение может быть одним из способов интеграции в группу, особенно если другие члены группы курят [2]; 7. Самоутверждение и самооценка: курение может быть использовано студентами для подтверждения их независимости, взрослости или привлекательности. Для некоторых это может быть способом укрепить свою самооценку [2].

Понимание социально-психологических факторов может помочь разработать программы по предотвращению курения среди студентов, которые включают в себя поддержку альтернативных стратегий управления стрессом, информирование о вреде табака и создание поддерживающей среды для здорового образа жизни.

**Цель.** Определить доминирующие социально-психологические факторы употребления табака для определения терапевтических «мишеней» психокоррекции.

**Методы исследования.** Проведен анализ социального и психологического поведения учащихся первого курса, Института психологии, БГПУ им.М.Танка. Анализ проводился посредством следующих методик: Тест Фагерстрема – для выявления степени зависимости от табака; Тест Хорна – для определения предпочтительного типа курительного поведения. Тест Лазаруса – выявление преобладающей копинг стратегии поведения.

**Результаты исследования.** Выборка респондентов составила 18 человек, 17 женщин и 1 мужчина, в возрасте от 18 до 22 лет, средний возраст лиц, употребляющих табак 18,9 лет. 17 человек имеют полное среднее образование и являются учащимися БГПУ им. М. Танка, 1 является служащим.

Результаты анализа по методике «Тест Фагерстрема» и «тест Хорна» на предмет типа курительного поведения и степени зависимости от табака, представлены в таблицах 1 и 2.

По результатам анализа степени зависимости от табака посредством «тест Фагерстрема» выявлено, что большинство лиц имеют уровень «Очень слабая зависимость» у 39% лиц, «Слабая зависимость» – у 33,3% и «Очень высокая зависимость» - у 16,7% лиц. Полученные данные показали, что у 72% лиц идет формирование зависимого поведения от приема табака, а у 16,7% лиц сформирован зависимый стереотип поведения.

Таблица 1 – Степень зависимости от табака у респондентов (%)

Тест Фагерстрема	%
Очень слабая зависимость	39
Слабая зависимость	33,3
Средняя зависимость	5,5
Высокая зависимость	5,5
Очень высокая зависимость	16,7

Таблица 2 – Тип курительного поведения респондентов (%)

Тест Хорна	%
Стимуляция	5,5
Поддержка	88,8
Игра	11
Жажда	33,3
Расслабление	66,6
Рефлекс	5,5

По результатам анализа типа курительного поведения «теста Хорна», отмечено, что преобладают типы «Поддержка» - у 88,8% лиц, «Расслабление» - у 66,6% лиц, «Жажда» - у 33,3% лиц. Поскольку у большинства респондентов отмечен смешанный тип курительного поведения: «Поддержка» - «Расслабление», можно предположить сферу их дефицитарности относительно навыков саморегуляции и самоподдержки.

По результатам анализа «теста Лазаруса» преобладающими копинг – стратегиями явились: «Самоконтроль» – у 61,1% лиц, «Поиск социальной поддержки» – у 66,7% лиц. Преобладание копинг – стратегии «Самоконтроль», показывает, что они употребляют табак для преодоления негативных переживаний за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на восприятие ситуации. Преобладание копинг – стратегии «Поиск социальной поддержки» показывает, что они используют внешние ресурсы, как способ решения внутренних проблем. Данное сочетание выбранных копинг-стратегий подтверждает, что для решения проблем им присущ чрезмерный контроль и ориентация на привлечение внешних (социальных) ресурсов, поиск информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Таким образом потребление табака является заместительной формой внутренней потребности в самоконтроле и социальной поддержки.

Полученные результаты показали, что оптимальными терапевтическими «мишенями» для молодых лиц, употребляющих табак, являются выявление собственных потребностей, развитие навыков осознанности, самоподдержки и саморегуляции.

**Выводы.** Полученные данные подтвердили, что у большинства молодых лиц употребление табака является заместительной формой внутренней потребности в самоконтроле и социальной поддержки. Оптимальными терапевтическими «мишенями» для молодых лиц, употребляющих табак,

являются выявление собственных потребностей, развитие навыков осознанности, самоподдержки и саморегуляции.

## ЛИТЕРАТУРА

1. STEPS : Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь, 2020 [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. – Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/358798/WHO-EURO-2022-4674-44437-62813-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. – Дата доступа: 15.04.2024.

2. Позняков, В. П. Анализ социально-психологических исследований по проблеме табакокурения / В. П. Позняков, С. А. Решетко // Знание. Понимание. Умение. – 2015. – № 1. – С. 236-243. – doi: 10.17805/zpu.2015.1.22.

3. Аддиктивное поведение подростков и юношей в системе образования: обзор психолого-педагогических исследований / С. А. Миньорова [и др.] // Образование и наука. – 2022. – Т. 24, № 6. – С. 84-121. – doi: 10.17853/1994-5639-2022-6-84-121. – edn: XBFDDC.

4. Ахметова, О. А. Личностные факторы вовлеченности подростков в употребление психоактивных веществ: сравнительная информативность моделей Айзенка, Грея и Большой пятерки / О. А. Ахметова, М. В. Сафронова, Е. Р. Слободская // Сиб. психол. журн. – 2006. – № 24. – С. 94-99. – edn: KNVDKH.

5. Копченова, Е. П. Исследование отношения школьников к табакокурению / Е. П. Копченова, С. В. Солдатова // Проблемы соврем. педагог. образования. – 2023. – № 78-3. – С. 255-258. – edn: ТМНОUE.

6. Проблема табакокурения подростков: вчера, сегодня, завтра / Т. Н. Кожевникова [и др.] // Педиатрия. Consilium Med. – 2021. – № 2. – С. 101-108. – doi: 10.26442/26586630.2021.2.200994. – edn: KAGPGD.

## ПРЯМЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

*Гутько А. Г.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Алкогольная болезнь печени (АБП) чаще всего проявляется в следующих вариантах – стеатоз, стеатогепатит (алкогольный гепатит), фиброз, цирроз. В данном случае повреждение паренхимы печени происходит под воздействием этанола. Вопросы дифференциальной диагностики АБП остаются всегда самыми дискуссионными [1].

**Цель.** Проанализировать прямые (наиболее точные) методы диагностики АБП, что особенно важно для дифференциальной диагностики АБП с такими заболеваниями как: неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), билиарная обструкция, синдром Бадда-Киари, гепатоцеллюлярная карцинома,

все виды вирусных гепатитов, аутоиммунный гепатит, лекарственно индуцированные гепатиты, первичный гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, дефицит альфа1-антитрипсина.

**Методы исследования.** Проанализированы прямые лабораторные методы диагностики АБП на современном этапе.

**Результаты и их обсуждение.** Помимо рутинных методов лабораторной диагностики на сегодняшний день наиболее значимыми являются прямые лабораторные методы (таблица).

Таблица – Характеристика основных прямых лабораторных методов диагностики употребления алкоголя

Наименование показателя	Метод определения	Чувствительность	Специфичность
PEth	Жидкостная хроматография с масс-спектрометрией высокого разрешения	88-100%	48-89%
EtG в сыворотке крови	Жидкостная хроматография с масс-спектрометрией высокого разрешения	89%	99%
EtG в моче	Жидкостная хроматография с масс-спектрометрией высокого разрешения	89%	99%
EtG в волосах	Твёрдофазная экстракция	75%	96%
FAEE в волосах	Твёрдофазная экстракция	90-97%	75-90%

**Выводы.** При затруднении дифференциальной диагностики АБП с вышеперечисленными заболеваниями полезными могут быть прямые лабораторные методы диагностики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Костюкевич, О. И. Алкогольный гепатит: современные алгоритмы диагностики и лечения / О. И. Костюкевич // РМЖ. Мед. обозрение. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 177-182.

## ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2019-2023 г.г.

*Евдокимова Е.М., Попов С.В., Коваленко А.Ю.*

*ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница», Курск, Россия*

**Актуальность.** Актуальность. Современная реальность характеризуется высокой динамичностью и накалом происходящих событий, информа-

ционными перегрузками, необходимостью быстрого приспособления к постоянно меняющимся условиям. Это создает повышенную нагрузку на адаптационные возможности человека и провоцирует существование хронического психоэмоционального напряжения. Особенности современной эпохи определяют высокий риск формирования невротических, связанных со стрессом и аффективных расстройств и их рецидивов, нарушений поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ среди населения [3, 7]. На приграничных территориях России, близко расположенных к проведению специальной военной операции в Украине, к которым относятся и Курская область, дополнительная психологическая нагрузка обусловлена высоким риском ракетных обстрелов и атак беспилотных летательных аппаратов, создающим угрозу жизни и здоровья населения. Это подтверждают данные статистики Министерства здравоохранения Курской области. Число обратившихся за психиатрической лечебно-консультативной помощью в Курской области выросло с 2056 в 2018 г. до 2508 в 2022 г. [2]. Указанные обстоятельства подчеркивают необходимость своевременной и рациональной организации и оказания специализированной психиатрической и психологической помощи данным контингентам пациентов, разработки и проведения психопрофилактических мероприятий среди населения, направленных на предотвращение возникновения и обострения указанных расстройств.

**Цель.** Целью исследования явился анализ статистических тенденций в клинической структуре пролеченных больных, обратившихся за помощью в психосоматическое отделение Областной клинической наркологической больницы (ОКНБ) в период с 2019 по 2023 годы.

**Методы исследования.** Материал и методы. В качестве основы для нашего анализа послужили статистические данные о пациентах, обратившихся в психосоматическое отделение Областной клинической наркологической больницы (ОКНБ) с 2019 по 2023 год, собранные в соответствии с нормативными требованиями. Психосоматическое отделение, являющееся частью структуры ОКНБ, оборудовано 60 койками: из них 10 предназначены для оказания наркологической помощи, а 50 – для лечения психосоматических (психиатрических) пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. С 2020 года в отделении также начато стационарное лечение женщин с алкогольной зависимостью, страдающих сопутствующими психическими нарушениями, в виде тревожных, депрессивных или смешанных адаптационных расстройств, осуществляемое по рекомендации наркологов и психиатров в сотрудничестве с социальными службами. В отделении получают специализированную психиатрическую помощь следующие категории пациентов: 1) с расстройствами настроения (преимущественно, депрессивные расстройства); 2) невротическим и, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. С 2022 г. в отделение госпитализируются пациенты с диагнозами категории F 06 Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного

мозга, либо вследствие физической болезни (F 06.36 Органическое непсихотическое депрессивное расстройство, F 06.4. Органическое тревожное расстройство, F 06.6. Органическое астеническое расстройство, F 06.7. Органическое легкое когнитивное расстройство). Наркологическая патология была представлена, в основном, больными с различными стадиями алкогольной зависимости. В ходе исследования использовались клинико-психопатологический, математический и статистический методы.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты исследования и их обсуждение. Динамика показателей стационарных поступлений 2019-2023 г.г. отражает их тенденцию к увеличению с 2020 г. Она характеризовалась минимальными значениями в 2020 г., связанных с санитарно-эпидемическими ограничениями пандемии COVID-19 (уменьшение числа госпитализаций и внутрибольничных переводов, изменение функционала специализированных коек на обсервационные нужды) с постепенным их увеличением до привычных величин на фоне снятия ограничительных мероприятий и возвращения к плановой госпитализации пациентов. В 2019 году клиника приняла 773 пациента, в 2020 году их число уменьшилось до 402, после чего количество поступлений начало постепенно расти: 561 в 2021 году, 569 в 2022 году и достигло 615 в 2023 году. В структуре клинического состава пациентов отмечалось неустойчивое увеличение доли психосоматических больных при относительно небольших колебаниях числа наркологических пациентов. Доля психосоматических больных в выборке поступивших составляла: 52,78% (408 пациентов) в 2019 году, 67,16% (270 пациентов) в 2020 году, 80,74% (453 пациента) в 2021 году, 79,61% (453 пациента) в 2022 году и 60,49% (372 пациента) в 2023 году. Гендерный состав пациентов, обратившихся в отделение за период с 2019 по 2023 годы, характеризовался устойчивым преобладанием женщин в психосоматической выборке (в среднем 79,85%). В отличие от этого, состав поступивших с алкогольной зависимостью был более изменчив по гендерному признаку. Традиционно среди наркологического контингента нашего отделения преобладали мужчины (2019 г. – 93,15% мужчин (340 человек), 2020 г. – 86,36% мужчин (114 человек), 2022 г. – 71,55% (83 человека) мужчин, 2023 г. – 88,52 % (216 человек)). Но в 2021 г. среди поступивших больных с наркологической патологией преобладали женщины (52,78% (57 человека), мужчин – 47,22% (51 человек)), что может быть связано с началом оказания медико-социальной помощи женщинам с алкогольной зависимостью, оказавшимся в трудной жизненной ситуации по направлению органов социальной опеки. По месту проживания пролеченные больные нашего отделения в 2019-2023 г.г. распределялись следующим образом: доля городских жителей в среднем за 5 лет составила 55,17%, сельских жителей – 43,83%, лиц без определенного места жительства – 1,00%. Некоторое преобладание городских жителей может быть связано с наличием более развитой медицинской инфраструктуры в городах и проживанием подавляющего большинства жителей Курской области в городских районах. По данным Курского областного отделения Федеральной службы государственной

статистики (2023 г.), городское население в регионе насчитывает 730 769 человек (68,5%), а сельское - 336 265 человек (31,5%) [2]. С организационной точки зрения представляется важным укрепление связей и сотрудничества между медицинскими учреждениями областного и районного уровней, что позволит увеличить доступность специализированной медицинской помощи для сельского населения. Анализ возрастных особенностей предполагал выделение возрастных категорий женщин старше 55 лет и мужчин старше 60 лет. Доля пожилых людей среди всех обратившихся составляла 24,19% (187 человек) в 2019 году, 33,58% (135 человек) в 2020 году, 26,20% (147 человек) в 2021 году, 35,33% (201 человек) в 2022 году и 20,32% (125 человек) в 2023 году. Анализ, учитывающий нозологическую принадлежность пациентов, показал, что среди людей с наркологическими проблемами процент пожилых значительно меньше (в среднем 7,77%) по сравнению с психосоматическими пациентами (в среднем 37,91%). Эти результаты подчеркивают необходимость разработки и внедрения профилактических программ для предупреждения наркологических проблем среди молодежи и психосоматических расстройств среди старшего поколения в Курской области. Анализируя данные о клинической структуре обратившихся за лечением пациентов, можно отметить рост случаев тревожных расстройств, что согласуется с данными современной специальной отечественной и зарубежной литературы [4,5,6,8,9]. Так, если в 2019 году они составляли 13,90% (102 человека) от общего числа, то в последующем наблюдался их устойчивый рост: 22,14% (89 человек) в 2020 году, 41,71% (234 человека) в 2021 году, 33,91% (193 человека) в 2022 году, с небольшим снижением до 30,34% (186 человек) в 2023 году. Удельный вес депрессивных и соматоформных расстройств, в среднем составил за пятилетний период соответственно 28,97% и 13,31% и демонстрировал небольшие колебания с общей тенденцией к уменьшению. Более ярко эти тенденции прослеживаются при анализе клинической структуры психосоматических пациентов за рассматриваемый период. Отмечается значимое уменьшение доли случаев депрессивных расстройств: с 50,98% в 2019 году до 11,38% в 2023 году при двукратном росте доли тревожных расстройств с 25% в 2019 году до 50% в 2023 году. Органические расстройства, которые в нашем отделении фиксируются с 2022 года увеличились с 7,13% до 12,90% в 2023 году.

**Выводы.** Выводы. Статистические данные последних пяти лет показывают значительное снижение числа обращений в психосоматический стационар за 2020 год на фоне действия строгих карантинных ограничений с последующим (2021-2023) их постепенным возвращением к прежним показателям. В составе обратившихся за помощью большинство составили жители городов. При этом анализ возрастного состава пациентов не показал явного роста доли пожилых людей среди тех, кто проходил лечение. Особенности клинической характеристики пролеченных больных по данным статистического анализа за 2019-2023 гг. явились значительный рост тревожных расстройств в структуре психосоматической патологии, при

неуклонном снижении удельного веса депрессивных расстройств и небольших колебаниях числа соматоформных нарушений. Особого внимания требует увеличение числа пациентов с органическими расстройствами, которое нуждается в дальнейшем наблюдении и дополнительном анализе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Захарова, Н. М. Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям / Н. М. Захарова, М. Г. Цветкова // Психология и право. – 2020. – Т. 10, № 4. – С. 185-197. – doi: 10.17759/psylaw.2020100413. – edn: SXVAWT.

2. Население // Статистический ежегодник Курской области. 2023 [Электронный ресурс] : стат. сб. / Курскстат. – Курск, 2023. – Гл. 4. – С. 41. – Режим доступа: <https://46.rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ezhegodnik-23.pdf>. – Дата доступа: 16.04.2024.

3. Комплексная оценка заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в динамике за период 2015-2019 гг. в Российской Федерации / В. С. Скрипов, К. М. Есина // Социал. аспекты здоровья населения. – 2021. – Т. 67, № 4. – № 8. – doi: 10.21045/2071-5021-2021-67-4-8. – edn: NPIGEW.

4. Психические реакции и нарушения поведения у лиц с COVID-19 [Электронный ресурс] : информ. письмо / ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» Минздрава России. – Москва, 2020. – 9 с. – Режим доступа: <https://dgm.ru/wp-content/uploads/2020/05/Psihicheskie-reaktsii-i-narusheniya-povedeniya-u-lits-s-COVID-19-2020.pdf>. – Дата доступа: 16.04.2024.

5. Психические расстройства у больных специализированного стационара по долечиванию коронавирусной инфекции / С. В. Харитонов [и др.] // Вестн. психотерапии. – 2020. – № 74 (79). – С. 7-29. – edn: WOTAXA.

6. Холодова, Ю. Б. Особенности переживания тревоги в период пандемии COVID-19 представителями разных возрастных групп / Ю. Б. Холодова // Int. J. Med. Psychol. – 2020. – Vol. 3, № 2. – P. 114-117. – edn: HZMAVQ.

7. Шматова, Ю. Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России / Ю. Е. Шматова // Проблемы развития территории. – 2019. – № 3 (101). – С. 76-96. – doi: 10.15838/ptd.2019.3.101.5. – edn: MHDYHX.

8. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey [Electronic resource] / R. Rossi [et al.]. – 12 p. – (Preprint server for health sciences / MedRxiv ; CC-BY-NC-ND 4.0). – doi: 10.1101/2020.04.09.20057802. – Mode of access: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.09.20057802v1.full.pdf>. – Date of access: 14.04.2020.

9. Huang, Y. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey / Y. Huang, N. Zhao // Psychiatry Res. – 2020. – Vol. 288. – Art. nr. 112954. – doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.



# СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ МОРБИДНЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ

*Емельянцева Т.А.*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей (СДВГ) является самым частым психическим (поведенческим) расстройством в детском возрасте. По данным современного независимого многофакторного мета-анализа, включающего 175 популяционных исследований, на который ссылаются ведущие специалисты Великобритании (The National Institute for Health Research, NIHR) (2015), во всем мире независимо от географического расположения общая суммарная оценка распространенности СДВГ составляет 7,2% (95% доверительный интервал (ДИ) [6,7–7,8]) [1].

Лица с СДВГ входят в группу высокого риска развития синдрома зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), включая никотиновую, алкогольную и наркотическую зависимости.

На современном этапе одной из самых актуальных патофизиологических теорий СДВГ признается динамическая теория развития Т. Sagvolden (2005), которая рассматривает СДВГ как когнитивно-поведенческое расстройство в результате нарушений обмена дофамина (ДА) в мезокортикальном, мезолимбическом, нигростриарном путях мозга (рисунок) [2].



Рисунок – Клинические симптомы, связанные с нарушением обмена дофамина в определенных областях мозга при СДВГ

Гипофункция мезолимбического пути обмена ДА приводит к чрезмерной эмоциональной и поведенческой реакции, недостаточно быстрому угасанию аффекта, определяет проявления гиперактивности, импульсивности, недостаточно постоянное внимание, повышенную поведенческую изменчивость и нарушение тормозного контроля поведения.

Именно мезолимбический путь обмена ДА является ключевым в патогенезе развития любых форм зависимого поведения у детей и взрослых с СДВГ.

Впервые в результате эксперимента Джеймс Олдс (1950) установил ответственность лимбической системы за получение удовольствия. [3].

Важным вкладом в формировании нейрофизиологических подходов, определяющих развитие зависимого от удовольствия поведения, послужила теория «синдрома дефицита удовольствия» (Reward Deficiency Syndrome, RDS) описанная в 1996 году Кеннетом Блюмом и соавторами. Согласно теории RDS, дефицит в получении удовольствия обусловлен дисфункцией каскадного пути получения удовольствия, представляющего собой сложное взаимодействие между нейромедиаторами, в первую очередь, ДА-ергической и опиодной систем мозга [4]. В начале синдром дефицита удовольствия рассматривался как причина и следствие алкогольной зависимости, затем спектр зависимого от удовольствия поведения значительно расширился: курение, сексуальное девиантное поведение, патологические гемблинг, интернет-зависимость, компульсивное переедание) [5].

В настоящее время нарушения обмена ДА в головном мозге у лиц с СДВГ играет фундаментальную роль в опосредовании получения удовольствия от еды. Низкий уровень ДА может приводить к увеличению потребления высококалорийных продуктов питания для активации пути получения удовольствия в мозге. Снижение у пациентов с ожирением количества дофаминовых рецепторов 2-го типа (DRD 2) предрасполагает к развитию компенсаторной реакции к получению удовольствия и перееданию [99–А]. Дисфункция DRD 2 сопровождается нарушением метаболизма в участках префронтальной коры мозга, отвечающих за процессы торможения, и снижает способность контролировать объем потребляемой пищи. Измененный метаболизм в соматосенсорной коре мозга приводит к повышению чувствительности вкусовых рецепторов. Дисфункция DRD 2 под влиянием вкусовой гиперчувствительности делает пищу предпочтительным положительным стимулом и формирует компульсивное стремление к еде. Было показано, что дети, склонные к компульсивным эпизодам переедания, имеют более высокие уровни импульсивности [6].

По данным зарубежных и отечественных исследований, избыточная масса тела, появившаяся в возрасте до 9 лет и прогрессирующая в период пубертата, определяет в дальнейшем формирование морбидного (экстремального) варианта ожирения, механизмы развития которого обусловлены компульсивным перееданием. Установлено, что у детей с избыточной массой тела (ожирением) клинический феномен СДВГ выявляется в 2 раза чаще;

и наоборот, пациенты с СДВГ в 2 раза чаще имеют избыточную массу тела (ожирение) [7].

Изучение взаимосвязей ожирения и СДВГ является актуальной задачей детской психиатрии и эндокринологии.

**Цель.** изучить взаимосвязи ожирения и СДВГ у детей, механизмы развития морбидного ожирения у детей для повышения эффективности профилактики и лечения морбидных форм ожирения у детей и взрослых.

**Методы исследования.** В одномоментном исследовании приняли участие 111 (М/Д=80/11 (72,1%/27,9%)) детей с диагнозом СДВГ (F90), наблюдавшихся в УЗ «Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии»; 126 детей с ожирением (М/Д=62/64 (49,2%/50,8%)), обратившихся за медицинской помощью в УЗ «2-я городская детская клиническая больница» (амбулаторное и стационарное эндокринологические отделения) (группа сравнения) и 78 детей без диагнозов СДВГ и ожирения (М/Д=42/36 (53,8%/46,2%)) контрольной группы. Средний возраст детей с СДВГ, детей с ожирением и детей контрольной группы был сопоставим:  $11,58 \pm 4,28$  лет,  $14,18 \pm 2,5$  лет и  $12,36 \pm 3,72$  лет соответственно.

По результатам исследования из 111 пациентов с СДВГ у 43 (38,7%) (М/Д=26/17) было диагностировано ожирение, из них: алиментарное ожирение – у 12 (10,8%) (М/Д=11/1) пациентов с СДВГ, морбидное ожирение – у 31 (27,9%) (М/Д=15/16) пациентов с СДВГ.

Критерием алиментарного ожирения у детей являлся индекс массы тела (ИМТ) более 95-й перцентили для соответствующего возраста и пола, морбидного – ИМТ более 97-й перцентили для возраста и пола по центильным таблицам. При оценке степени нарушений функции контроля массы тела у детей алиментарное ожирение было отнесено к легким нарушениям, морбидное ожирение – к умеренным нарушениям.

Из 126 пациентов с ожирением у 78 (72,7%) диагностировано алиментарное ожирение (М/Д=38/40), у 48 (27,3%) – морбидная форма заболевания (М/Д=24/24).

Таким образом, частоты морбидного ожирения у пациентов с СДВГ в клинической группе и группе сравнения были сопоставимы: 27,9% и 27,3% соответственно.

Для изучения взаимосвязей различных форм ожирения и СДВГ пациенты с СДВГ с морбидными формами ожирением (n=31 (М/Д=15/16)) и пациенты с морбидным ожирением группы сравнения (n=48 (М/Д=24/24)) были объединены в одну группу (общая группа детей с морбидным ожирением) (n=79 (М/Д=39/40)). Аналогично были объединены пациенты с СДВГ с алиментарным ожирением клинической группы (n=12 (М/Д=11/1)) и пациенты с алиментарным ожирением группы сравнения (n=78 (М/Д=38/40)). Общее число детей общей группы с алиментарным ожирением составило 90 (М/Д=49/41).

**Результаты и их обсуждение.** По результатам медицинского осмотра и результатам заполнения Шкалы общих поведенческих симптомов для детей в

возрасте 6–18 лет (Child Behaviour Checklist, CBCL/61–8) в общей группе пациентов с морбидным ожирением (n=79 (М/Д=39/40) нарушения темперамента и личностного функционирования («замкнутость/депрессивность» по Шкале CBCL/6-18) встречались значительно чаще в сравнении с общей группой пациентов с алиментарным ожирением (n=90 (М/Д=49/41), а также детьми без ожирения и без СДВГ (контрольной группы) (n=78 (М/Д=42/36): у 54 (68%) детей (М/Д=38/16), у 33 (37%) детей (М/Д=23/13) и 12 (15%) детей (М/Д=7/5)) соответственно.

У пациентов общей группы с морбидным ожирением и пациентов общей группы с алиментарным ожирением в сравнении с детьми контрольной группы чаще встречались трудности в преодолении стресса и других психологических нагрузок в виде «тревожности/депрессивности»: у 46 (58%) детей (М/Д=25/21), у 37 (32%) детей (М/Д=19/18) и 15 (19%) детей (М/Д=7/8) соответственно.

В результате регрессионного анализа установлено, что темперамент и нарушения личностного функционирования (замкнутость/депрессивность), трудности в преодолении стресса и психологических нагрузок (тревожность/депрессивность) и принадлежность к мужскому полу достоверно способствуют развитию морбидного ожирения у пациентов с СДВГ ( $r_{\text{Пирсона}}^2 < 0,01$ ). Согласно полученному графику ROC-кривой показатель AUC=0.71 свидетельствует о достаточно хорошем качестве разработанной прогностической модели развития морбидного ожирения у детей с СДВГ при наличии указанных нарушений.

С декабря 2023 г. в Республике Беларусь появилась возможность в лечении СДВГ применять атомоксетин, которые открывает новые возможности в лечении детей с СДВГ. Указанный лекарственный препарат в силу повышения уровня норадреналина способен улучшить обмен ДА в мезолимбическом пути мозга, уменьшить проявления RDS и, как следствие, проявления компульсивного переедания и других видов зависимого поведения. В настоящее время в Республике Беларусь накапливается позитивный опыт применения атомоксетина в облегчении проявлений СДВГ. Предстоит оценить эффективность атомоксетина в улучшении контроля функции контроля массы тела у детей и взрослых с СДВГ.

#### **Выводы.**

1. Ключевым механизмом в формировании морбидного ожирения является компульсивное переедание. Компульсивное переедание и СДВГ связаны общим нейробиологическим механизмом – снижением обмена дофамина в головном мозге и нарушением способности преодолевать импульсивные желания, сдерживать и контролировать свое поведение.

2. Выявленные взаимосвязи между СДВГ и ожирением у детей позволяют использовать опыт психокоррекционной (психотерапевтической) работы с пациентами с СДВГ у пациентов с морбидными формами ожирения.

3. Предполагается, что применение атомоксетина позволит не только облегчить симптомы СДВГ, но и снизить риск развития ожирения и его морбидных форм.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis / R. Thomas [et al.] // *Pediatrics*. – 2015. – Vol. 135, № 4. – P. e994-1001. – doi: 10.1542/peds.2014-3482.
2. A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes / T. Sagvolden [et al.] // *Behav. Brain. Sci.* – 2005. – Vol. 28, № 3. – P. 397-419. – doi: 10.1017/S0140525X05000075.
3. Olds, J. A preliminary mapping of electrical reinforcing effects in threat brain / J. Olds // *Comp. Physiol. Psychol.* – 1956. – Vol. 49 (3). – P. 281-285. – doi: 10.1037/h0041287.
4. Reward deficiency syndrome [Electronic resource] / K. Blum [et al.] // *Am. Sci.* – 1996. – Vol. 84, № 2. – P. 132-145. – Mode of access: <http://www.jstor.org/stable/29775633>. – Date of access: 14.04.2020.
5. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors / K. Blum [et al.] // *J. Psychoactive Drugs*. – 2000. – Vol. 32, suppl. I-IV. – P. 1-112. – doi: 10.1080/02791072.2000.10736099.
6. Роль генетического полиморфизма Таq1А гена дофаминового рецептора 2 типа, уровня дофамина и лептина крови в формировании разных форм ожирения у детей [Электронный ресурс] / Л. С. Вязова [и др.] // *Укр. журн. дит. ендокринології*. – 2018. – № 1. – С. 13-20. – Режим доступа: [file:///C:/Users/work/Downloads/ujde\\_2018\\_1\\_4.pdf](file:///C:/Users/work/Downloads/ujde_2018_1_4.pdf). – Дата доступа: 16.04.2024.
7. Солнцева, А. В. Ожирение и синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: есть ли взаимосвязь? Обзор литературы / А. В. Солнцева, Т. А. Емельянцева // *Психиатрия, психотерапия и клинич. психология*. – 2017. – Т. 8, № 3. – С. 432-439. – edn: ZMRMFD.

## ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ РЕАКЦИЙ В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЁННОСТИ У ЛИЦ, ОБВИНЯЕМЫХ В СОВЕРШЕНИИ АГРЕССИВНЫХ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

*Зейгер М.В.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия*

**Актуальность.** Агрессивные действия, направленные на лишение жизни или причинение физического вреда другим людям, – одна из наиболее серьёзных проблем современного состояния общества. Данный вид поведения не только наносит тяжёлый нравственно-психологический ущерб, но и является одной из наиболее распространённых причин преждевременной смертности

населения. В последние годы в России частота преступлений против личности неуклонно возрастает. Так, преступления, совершённые в России в 2019 г., стали причиной гибели порядка 24 тыс. человек (сборник правовой статистики Генпрокуратуры РФ «Состояние преступности» за январь-декабрь 2019 г.); в 2020 г., по сообщениям ТАСС, более 22 тыс. человек погибли от преступных посягательств, здоровью 35,6 тыс. человек причинён тяжкий вред [10]; в 2021 г., согласно данным Росстата, от убийств и «повреждений с неопределёнными намерениями» погибло 45608 человек [11].

Увеличение представленности в структуре преступности насильственных деликтов обуславливает необходимость разработки эффективных способов прогнозирования и превенции агрессивного поведения. Представляется теоретически и практически значимой разработка систематики социальных ситуаций, повышающих уровень психического напряжения, агрессивности и вероятности её открытого проявления у граждан с целью оптимизации профилактических мер, способствующих повышению стрессоустойчивости и расширению диапазона конструктивного личностного реагирования в условиях «сложных» (неопределённых, конфликтных) ситуаций.

Научная разработка общих проблем криминальной агрессии имеет давнюю и обширную историю. Существует большое количество теорий агрессии, призванных объяснить многообразие её механизмов и проявлений, например, теория социального научения [8]; теория агрессии как ответа на фрустрацию [9]; когнитивные теории агрессивного поведения (Zillmann D., 1983; Штехтер С., Сингер Дж., 2002; Берковиц Л., 2002); агрессия как инстинктивное поведение (Лоренц К., 1994; Фрейд З., 2003, 2007). Ряд научных работ посвящён сравнительному исследованию ауто- и гетероагрессии, клинических и личностных предикторов данных форм агрессивного поведения у лиц с психическими расстройствами (Plutchik & van Praag, 1989; Чуркин А.А., Дикий И.П., Кулагина Н.Е., 1994; Hillbrand M., 1995, 2001; Цупрун В.Е., Холодова Е.М., Войцех В.Ф., 2005; Цупрун В.Е., Холодова Е.М., Пак М.В., 2006, 2008; Калашникова А.С., 2010).

Системное рассмотрение проблем агрессивного поведения и выявление психологических механизмов агрессии наиболее актуальным является для судебной экспертизы. Наряду с индивидуально-психологическими особенностями лиц, совершивших агрессивные действия, выступает на первый план и приобретает существенное значение исследование самой криминальной ситуации, в структуре которой реализовалось агрессивное поведение субъекта.

На определяющую роль ситуационного фактора в генезе агрессивного криминального поведения указывают в своих работах А.В. Хрящёв (2003), И.А. Кудрявцев, М.В. Морозова, О.Ф. Савина (2006, 2009, 2013), Ф.С. Сафуанов (2017, 2018, 2021, 2022), И.С. Никитский, А.А. Ткаченко (2022), Л.Ю. Демидова, Р.В. Ахапкин, А.А. Ткаченко (2023). Ситуационному анализу посвящён значительный блок исследований, проводимых коллективом авторов под руководством В.Г. Булыгиной (2019, 2020, 2021, 2022, 2023). Криминогенная и в целом криминальная ситуация рассматривается

исследователями в различных аспектах: как нейтральная либо психотравмирующая, конфликтная, фрустрирующая. Многие авторы работают над проблематикой личностно-ситуационного взаимодействия и моделирования «психологической ситуации» в юридически значимых обстоятельствах. Как отмечают И.С. Никитский и А.А. Ткаченко (2022), «...для объективизации категории ситуации и её влияния на произвольность юридически значимого поведения наиболее целесообразным является исследование личностно-ситуационного взаимодействия с установлением механизмов субъективной переработки внешних обстоятельств». Рядом авторов отмечается, что любая ситуация в момент своего возникновения изначально выступает для индивида как неопределённая, требующая выбора из какого-то количества альтернатив, при этом неопределённость ситуации имеет прямую связь с такими параметрами оценки ситуации, как возможность прогноза (Белинская Е.П., 2001; Акчурина Е.В., 2015). В психологии неопределённость изначально связывалась с возможностью наступления каких-либо событий (вероятностное понимание неопределённости), с вариативностью и неповторяемостью как условий, так и самих актов выбора, действия, мышления (Зинченко В.П., 2007). Субъективная неопределённость может быть задана как внешними факторами (например, неполнота знаний), так и внутренними, применительно к которым рассматривают ситуационные и диспозиционные (искажённые когнитивные репрезентации, ситуационные ограничения, трудности работы с собственной системой переживаний) (Новикова М.А., Корнилова Т.В., 2014). Прогнозирование в психологии рассматривается как предвосхищение человеком возможных событий, базирующееся на интуиции, анализе, вероятностных суждениях и продуктивных решениях, и в первую очередь заключается в оценках субъектом возможного как ещё не знакомого, но уже учитываемого «квази-знания» при регуляции действий и вынесении суждений (Корнилова Т.В., 2022). Ю.К.Стрелков и О.И.Ларичев (1990) характеризуют понятие неопределённости трудностями выделения вариантов решения задачи и выбора между ними, сложностью выполнения, дефицитом времени, проблемой критериев выбора. Ю.Козелецкий (1979) в своих работах указывал на неопределённость самих альтернатив выбора, необходимость их создания субъектом. По мнению В.А.Бодрова (1996), «...неопределённость ситуации часто приводит к замешательству, растерянности при определении значения характеризующей её информации», кроме того, исследователь определяет ощущение беспомощности и возрастание стрессовых реакций в качестве следствий неопределённости ситуации. Из проведённых отечественными и зарубежными авторами исследований (Симонов П.В., 1970, 1981; Брунер Дж., 1977, 1990; Толмен Э., 1951; Фестингер Л., 2018 и др.) известно, что ситуацию неопределённости часто связывают с переживаниями тревоги, страха, отвращения, но и интереса, любопытства. Основными характеристиками неопределённости ситуации являются её новизна, сложность, неопределённость во времени, противоречивость, непредсказуемость и множественность возможных результатов. Отношение личности

к неопределённости, детерминированное системой индивидуально-психологических, половозрастных, социальных факторов, а также спецификой самой ситуации неопределённости, обуславливает характер активности субъекта и выбор им стратегий и тактик преодоления неопределённости (Белорусова Е.А., 2018). Соответственно оценка ситуации, под которой подразумевается целостное восприятие поступающей информации в виде её осознания, осмысления, сличения с имеющимся индивидуальным опытом и текущими объективными условиями, а также предвосхищение на основе вышеперечисленного вариантов развития ситуации, определяет последующую поведенческую реакцию индивида.

Под оценкой ситуации понимается восприятие информации как процесс, включающий в себя, наряду с перцептивным, такие качества как осознание – придание феномену универсального общепринятого значения; и осмысление – придание феномену субъективного смысла, окрашенного личностным, эмоциональным отношением (Тондл Л., 1975; Леонтьев А.Н., 1977), критичность как перманентное соотнесение получаемых впечатлений от происходящего с объективными изменяющимися параметрами ситуации/среды (Зейгарник Б.В., 1962, 1971) и прогноз как предвосхищение результатов своих действий в плане их влияния на самого субъекта и на условия ситуации (Анохин П.К., 1998; Бернштейн Н.А., 1997; Геллерштейн С.Г., 1966; Кестер Э., 1976; Алексеева Т.В., 1995). В соответствии с вышесказанным, в контексте восприятия и оценки ситуации выделяются перцептивный, когнитивный, эмоциональный и регуляторный компоненты (Хабилова Е.Р., 2010).

**Цель.** С целью исследования специфики субъективной оценки (восприятия и прогноза) социальных ситуаций, характеризующихся высокой степенью неопределённости, и предрасположенности к восприятию неопределённой ситуации как угрожающей применялись тест Гилфорда и авторская методика исследования особенностей восприятия ситуации неопределённости (модифицированный вариант теста Розенцвейга).

**Методы исследования.** В исследовании приняли участие 28 подэкспертных в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст 32.6 лет), 20 мужчин и 8 женщин, обвиняемые в агрессивных насильственных действиях против личности, проходящие комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России. Критериями включения в исследование являлись возраст на момент деликта (не младше 18 лет и не старше 70 лет), статус обвиняемого по преступлениям против жизни и здоровья (гл.16 УК РФ). Критериями исключения выступали отрицание своей причастности к инкриминируемому деянию, стойкое установочное поведение, не позволяющее установить продуктивный контакт.

**Результаты и их обсуждение.** Контент-анализ содержания ответов испытуемых позволяет выделить типы восприятия ситуации неопределённости: 1) по акценту на модальности (зрительная, слуховая, тактильная); 2) по акценту на аспектах содержания послания: паравербальный (интонации, позы, мимика



участников предъявляемой ситуации) либо вербальный (словесное содержание послания), а также варианты реакций на ситуацию неопределённости: а) эмоциогенный (анксиогенный, агрессивный), проявляющийся в возникновении чувства тревоги либо раздражения или гнева при оценке предъявляемой ситуации; б) актогенный, характеризующийся актуализацией моторной реакции, отчётливого побуждения к действию; в) диссоциированный, указывающий на неконгруэнтность поведенческой реакции контексту ситуации при сохранности у обследуемого когнитивного компонента восприятия информации; г) дистанцированный, выражающийся в неспособности «включения» в предъявляемую ситуацию, возникающем у обследуемого чувстве неестественности происходящего, эго-дистонном отношении к предъявляемой ситуации. Полученные данные дают основание на уровне тенденций выделить «стили восприятия» неопределённости, соотнести их с уровнем социальной перцепции, состоянием мотивационно-смысловых структур и с особенностями поведения субъектов в условиях юридически значимой ситуации.

**Выводы.** Результаты, полученные в настоящем исследовании, являются предварительными и дают представление о возможных направлениях разработки проблемы восприятия неопределённости в контексте изучения криминальной агрессии. Последующая разработка указанной проблематики в перспективе позволит уточнить критерии психологической оценки действий обвиняемых в преступлениях против жизни и здоровья, а также внести вклад в дальнейшее развитие критериев комплексной психолого-психиатрической оценки способности обвиняемых к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий и руководству ими.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бисалиев, Р. В. Психологические аспекты агрессии и агрессивного поведения: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] / Р. В. Бисалиев, А. С. Кубекова, Т. Т. Сарафрази // Современ. проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=12476>. – Дата доступа: 09.04.2024.

2. Булыгина, В. Г. Ситуационный анализ как этап принятия решений в норме и при психической патологии / В. Г. Булыгина, Е. С. Шеховцова, А. А. Дубинский // Псих. здоровье. – 2018. – Т. 16, № 2 (141). – С. 26-31. – doi: 10.25557/2074-014X.2018.02.26-31.

3. Булыгина, В. Г. Ситуационный анализ как этап принятия решений в норме и при психической патологии / В. Г. Булыгина, Е. С. Шеховцова, А. А. Дубинский // Псих. здоровье. – 2018. – Т. 16, № 2(141). – С. 26-31. – doi: 10.25557/2074-014X.2018.02.26-31.

4. Никитский, И. С. Личностно-ситуативное взаимодействие в аспекте моделирования юридически значимой ситуации / И. С. Никитский, А. А. Ткаченко // Рос. психиатр. журн. – 2022. – № 3. – С. 13-25. – doi: 10.47877/1560-957X-2022-10302. – edn: JLTТTW.

5. Сафуанов, Ф. С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально-агрессивных действиях: диагностические и экспертные оценки / Ф. С. Сафуанов. – Москва : РИО Гос. науч. центр социал. и судеб. психиатрии им. В. П. Сербского, 2002. – 64 с.
6. Сафуанов, Ф. С. Психология криминальной агрессии [Электронный ресурс] / Ф. С. Сафуанов. – Москва : Изд-во "Смысл". – 2003. – 300 с. – Режим доступа: [https://psychlib.ru/mgppu/spk/spk-001-.htm#\\$p1](https://psychlib.ru/mgppu/spk/spk-001-.htm#$p1). – Дата доступа: 09.04.2024.
7. Ткаченко, А. А. Построение общей модели саморегуляции в судебной психиатрии. Сообщ. 1 : Принцип изоморфизма / А. А. Ткаченко, Л. Ю. Демидова // Рос. психiatr. журн. – 2018. – № 5. – С. 19-28. – edn: YMBRKH.
8. Bandura, A. Aggression: A social learning analysis [Electronic resource] / A. Bandura. – Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1973. – Mode of access: [https://www.academia.edu/40055016/AGGRESSION\\_a\\_social\\_learning\\_analysis](https://www.academia.edu/40055016/AGGRESSION_a_social_learning_analysis). – Date of access: 14.04.2024.
9. Frustration and aggression [Electronic resource] / J. Dollard [et al.]. – New-Haven : Yale Univ. Press, 1939. – Mode of access: <https://doi.org/10.1037/10022-000>. – Date of access: 14.04.2024.
10. В России от преступлений погибло более 22 тыс. человек в 2020 году [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://tass.ru/obschestvo/10513155>. – Дата доступа: 09.04.2024.
11. Демография [Электронный ресурс] / Федер. служба гос. статистики. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>. – Дата доступа: 09.04.2024.

## **ПСИХОТЕРАПИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ: КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД**

*Игумнов С.А.<sup>1,2</sup>, Григорьева И.В.<sup>1</sup>, Лапанов П.С.<sup>3</sup>, Вынар Н.Р.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
Минск, Республика Беларусь*

*<sup>2</sup>Институт психологии Белорусского государственного педагогического  
университета имени М. Танка, Минск, Республика Беларусь*

*<sup>3</sup>Речицкий дом-интернат для детей-инвалидов с особенностями  
психофизического развития, Речица, Гомельская область, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Аддиктивное поведение — это одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активных видах деятельности, сопровождающейся развитием интенсивных эмоций.

Нехимическими (поведенческими) называются аддикции, где объектом зависимости становится какая-либо форма влечения или поведенческий акт, а не психоактивное вещество.

**Цель.** Изучение и обобщение данных об эффективности когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии игровой зависимости.

**Методы исследования.** В ходе исследования осуществлен поиск источников в базе данных PubMed, e-library. Поиск статей осуществлен по ключевым словам "gambling", "cognitive-behavioral approach", "psychotherapie", "addiction".

**Результаты и их обсуждение.** По мере прогрессирования игрового влечения формируются следующие клинические разновидности гемблинга [1]:

*Социальный (беспроблемный) гемблинг.* Игра рассматривается как развлечение, которое не имеет негативных последствий. Такие лица контролируют свою игровую активность, редко играют и редко думают об игре.

*Частый (регулярный) гемблинг.* Это промежуточный этап между социальным и проблемным гемблингом. Игра становится важной частью жизни. Гемблеры сфокусированы на одном типе игры, но не теряют контроль над частотой игры и затратами на игру.

*Проблемный гемблинг.* Пристрастие к азартной игре может влиять на профессиональную деятельность; их долгосрочные цели и амбиции часто связаны с гемблингом; они часто думают об азартной игре как о второй работе или источнике дохода; они могут потратить деньги, предназначенные для других целей. Могут уменьшить или прекратить игру на какой-то период. У игроков начинаются проблемы в общении с близкими из-за времени и средств, затраченных на игру.

*Патологический (компульсивный) гемблинг* признан расстройством и в МКБ-10, и в DSM-V. Некоторые исследователи объединяют под названием «проблемный гемблинг» как таковой и патологический гемблинг.

*Профессиональный гемблинг.* Игровая активность плановая и систематическая. Азартная игра — основной источник дохода таких лиц. Некоторые профессиональные игроки имеют предрасположенность к патологическому гемблингу и со временем могут перейти в категорию проблемных и патологических игроков.

В МКБ 10 игромания рассматривается в разделе F63 – «Расстройство привычек и влечений» и ей выделен всего один пункт F63.0 – «Патологическое влечение к азартным играм» без какого-либо дополнительного уточнения по классам. Сутью расстройства являются частые повторные эпизоды азартной игры, которые доминируют в жизни пациента в ущерб социальным, профессиональным, материальным и семейным ценностям и обязательствам. Непатологический гемблинг выделен в пункт Z72.6 – «Склонность к азартным играм и пари», которая рассматривается как проблема, связанная с образом жизни [2].

## **Диагностика расстройств игрового поведения**

Для диагностики расстройства разработано достаточно большое количество инструментов, таких как «Скрининг азартных игр Саут-Оукса» (South Oaks Gambling Screen – SOGS); «Скрининг азартных игр штата Массачусетс» (Massachusetts Gambling Screen – MAGS); «Анонимный двадцатипунктный опросник гемблеров» (Gamblers Anonymous 20 Questionnaire); «Индекс серьезности проблем с азартными играми» (The Problem Gambling Severity Index – PGSI); «Опросник азартных игр» (The Inventory of Gambling Situations – IGS); «Когнитивная шкала гемблинга» (The Gambling Related Cognition Scale); «Комбинированное международное диагностическое интервью» (The Composite International Diagnostic Interview – CIDI), «Структурированное клиническое интервью» (The Structured Clinical Interview) [3]. В Республике Беларусь разработан и утвержден метод диагностики игровой зависимости, который позволяет оперативно диагностировать игровую зависимость, степень ее развития и тяжесть проявлений. Диагностика проходит в виде психологического исследования и состоит из двух разделов: Канадского теста показателя проблемного гемблинга (КТППГ) и письменного интервью. Опросник КТППГ содержит 9 пунктов и позволяет проводить скрининг игровой зависимости. Если пациент набрал 10 и более баллов, это свидетельствует о наличии игровой зависимости различной и необходимости более детального исследования с помощью письменного интервью. Последнее включает в себя 53 вопроса и позволяет оценить степень тяжести зависимости от азартных игр [4].

Для скрининга в повседневной практике существует «Краткий биосоциальный скрининг гемблинга» (Brief Biosocial Gambling Screen – BBGS), который включает всего три вопроса. При ответе «да» хотя бы на один из вопросов, вполне вероятно, что имеет место патологический гемблинг [5].

### **Клинические проявления и распространенность патологического гемблинга**

Для патологического гемблинга характерны следующие психологические признаки: навязчивые представления об игре, особенно при стрессе; забвение интересов, не связанных с игрой; потеря контроля времени; изменение мотивации игры (преобладание мотивов, связанных с процессом, над мотивами результата) [6].

Патологический гемблинг приводит к тяжелым клиническим последствиям: депрессии, суицидальным мыслям, тревоге, алкоголизации, употреблению наркотиков, нарушению когнитивных функций [3].

Помимо клинических, гемблинг имеет серьезные социальные последствия. Установлено, что 23% игроманов имеют серьезные финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке [7]. Парасуициды совершают от 13 до 40% игроманов, у 32-70% отмечаются суицидальные мысли [8].

Изучение распространенности патологического гемблинга сопряжено большими трудностями из-за расхождений в диагностических критериях шкал,

низкой обращаемостью пациентов по проблемам игромании и сосредоточенностью терапевтов на лечении сопутствующих психических расстройств, а не игровой зависимости.

### **Патопсихологическая основа игровой зависимости**

В качестве психологической модели развития патологического гемблинга существует теория нарушения четырех инстинктов (драйвов). Зная природу нарушения мотивационной системы человека, можно должным образом выстроить подходы к его лечению.

Первый – это собственно игровой инстинкт, который у человека занимает большее место. В игре человек приобретает полезный опыт, который впоследствии использует в практической деятельности. Однако застревая в состоянии «игра ради игры», человек застревает на инфантильной стадии своего развития. Вторым инстинктом, это «охотничий инстинкт». В ходе азартной игры происходит преследование некой дичи, которая может быть представлена очень разными видами выигрыша. Третьим инстинктом – это инстинкт накопления. Радость от выигранного затмевает собой огорчение от проигранного. Под воздействием позитивного настроения от одного большого выигрыша человек перестает воспринимать огорчения от мелких проигрышей. Четвертым инстинктом, это инстинкт азарта. Когда сумма возможного выигрыша высока, вероятность победы непредсказуема, а цена повторной попытки относительно невелика, интерес к игре возрастает до аффективного предела [9].

По мере вызревания болезни, в опыте гемблера закрепляются искаженные глубинные убеждения – ошибки мышления, закрепляющие положительное отношение к своей зависимости и сопротивление к лечению.

### **Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении патологического гемблинга**

Основу лечения нарушений игрового поведения составляет когнитивно-поведенческая психотерапия.

Когнитивная коррекция направлена на исправление убеждений человека о природе случайных событий с четырьмя целями:

- а) понимание идеи случайности (например, каждый «бросок игральной кости» не зависит от предыдущего и не может повлиять на последующий);
- б) выявление и исправление ошибок мышления;
- в) выявление ошибок восприятия во время азартных игр (например, установление связей между цветом любимой рубашки и вероятностью выигрыша);
- г) исправление устойчивых вербализаций и ошибочных убеждений с использованием записи монолога пациента во время сеанса воображаемой азартной игры («Если я проиграю четыре раза подряд, в следующий раз я обязательно выиграю») [1, 10].

Профилактика рецидивов основана на методах Г. Марлатта и Д. Донована [11] и включает повышение осведомленности о ситуациях и мыслях высокого риска, которые могут снова привести к азартным играм. Мотивационное

интервью направлено на создание мотивации к работе над выздоровлением от пристрастия к азартным играм [12].

Помимо когнитивной проработки необходимо использовать и поведенческие методы лечения. Необходимо начать вести дневник в виде таблицы в которой отмечаются ситуации, связанные с положительными и отрицательными эмоциями и уровень тяги к игре при них.

Необходимо письменно составлять планы на ближайшие дни (от сеанса до сеанса). По мере усвоения навыков ставить перед собой реалистичные и действительно необходимые цели, выполнения намеченных планов, горизонт планирования нужно расширять на недели, месяцы.

Параллельно с поведенческими техниками, нужно освоить техники релаксации, аутотренинга, которые можно применять по 20-30 минут в день для снятия возбуждения.

**Выводы.** Патологический гемблинг – серьезная проблема, которая имеет тяжелые психологические, клинические и социальные последствия. Установлено, что 23% игроманов имеют серьезные финансовые проблемы, 35% разведены, у 80% нарушены межличностные отношения в браке. Парасуициды совершают от 13 до 40% игроманов, у 32-70% отмечаются суицидальные мысли.

На сегодняшний момент основным научно доказанным способом лечения патологического гемблинга является когнитивно-поведенческая психотерапия. Научно обоснованная модель, разработанная Р. Ладусером и соавт. [13], состоит из 12 сеансов и включает когнитивную коррекцию и предотвращение рецидивов, а также сеанс мотивационного интервью при низкой комплаентности пациента. Помимо когнитивной проработки в лечении необходимо использовать поведенческие методики: ведение дневника, планирование активности, усвоение техник релаксации и аутотренинга.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров, А. Ю. Психология девиантного поведения : учеб. пособие / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – 2-е изд., стер. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2023. – 448 с.

2. Расстройства привычек и влечений (F63) // Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем : десятый пересмотр [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2023. – Режим доступа: <https://mkb-10.com/index.php?Pid =4345>. – Дата доступа: 21.12.2023.

3. Cognitive-Behavioral Therapy for Gambling Addiction // Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications [Electronic resource] / S. Rizeanu. – 2018. – Ch. 9. – Mode of acces: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.72671>. – Date of access: 21.12.2023.

4. Метод диагностики игровой зависимости : инструкция по применению [Электронный ресурс] / М. М. Важенин [и др.] : рег. № 159-1214 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 20.01.2015. – Минск : М-во

здравоохранения, 2015. – 8 с. – Режим доступа: <http://med.by/methods/pdf/full/159-1214.pdf>. – Дата доступа: 21.12.2023.

5. Gebauer, L. Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: a brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population / L. Gebauer, R. A. LaBrie, H. J. Shaffer // *Can. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 55, № 2. – P. 82-90. – doi: 10.1177/070674371005500204.

6. Yau, Y. H. Gambling disorder and other behavioral addictions: recognition and treatment / Y. H. Yau, M. N. Potenza // *Harv. Rev. Psychiatry [Electronic resource]*. – 2015. – Vol. 23 (2). – P. 134-146. – doi: 10.1097/HRP.0000000000000051.

7. Ciarrocchi, J. W. *Counseling Problem Gamblers: A Self-Regulation Manual for Individual and Family Therapy : (Practical Resources for the Mental Health Professional)* / J. W. Ciarrocchi. – Baltimore, Maryland : Acad. Press, 2002. – 340 p.

8. Petry, N. M. Suicidal ideation and suicide attempts in treatment-seeking pathological gamblers / N. M. Petry, B. D. Kiluk // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002. – Vol. 190, № 7. – P. 462-469. – doi: 10.1097/00005053-200207000-00007.

9. Ворошилин, С. И. Игровая зависимость: социальные, психологические и биологические основы / С. И. Ворошилин // *Суицидология*. – 2011. – № 3 (4). – С. 26-37. – edn: OWECMP.

10. Зайцев, В. В. Как избавиться от пристрастия к азартным играм: Психотерапевтическая программа лечения игровой зависимости [Электронный ресурс] / В. В. Зайцев, А. Ф. Шайдулина. – Санкт-Петербург : Нева, 2003. – 125 с. – Режим доступа: <https://psyinst.moscow/biblioteka/?par t=article&id=1568>. – Дата доступа: 21.12.2023.

11. Donovan, D. M. Assessment of Addictive Behaviors for Relapse Prevention / D. M. Donovan // *Assessment of addictive behaviors [Electronic resource]* / eds: D. M. Donovan, G. A. Marlatt. – N. Y. : The Guilford Press, 2005. – Ch. 1. – P. 1-48. – Mode of acces: <https://www.guilford.com/excerpts/donovan.pdf?t=1>. – Date of access: 25.12.2023.

12. Najavits, L. M. A Randomized Controlled Trial for Gambling Disorder and PTSD: Seeking Safety and CBT / L. M. Najavits, D. M. Ledgerwood, T. O. Afifi // *J. Gambl. Stud.* – 2023. – Vol. 39 (4). – P. 1865-1884. – doi: 10.1007/s10899-023-10224-z.

13. Ladouceur, R. Self-Exclusion Program: A Longitudinal Evaluation Study / R. Ladouceur, C. Sylvain, P. Gosselin // *J. Gambl. Stud.* – 2007. – Vol. 23 (1). – P. 85-94. – doi: 10.1007/s10899-006-9032-6.

# О ЗНАЧИМОСТИ ПОВЫШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТАЮЩИХ С ПАЦИЕНТАМИ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

*Котов С.В.*

*Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», Москва, Россия*

**Актуальность.** Одна из основных проблем заключается в дефиците специалистов способных работать по программе персонализированной медицинской реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ. Проблемы подготовка таких специалистов является актуальной задачей современной наркологии. Зарекомендовавшие себя во всем мире 12-шаговые программы, опирающиеся на группы само- и взаимопомощи, нередко скептически воспринимаются представителями официальной медицины. Со стороны лидеров групп взаимопомощи также идет сопротивление сближению с официальной медициной [1]. Один из первых постулатов философии программы 12 шагов декларирует беспомощность и бесперспективность обращения к другим видам помощи. Это скорее отражает испытываемое пациентами разочарование перед официальной медициной, исходящее из опыта предыдущего лечения [3].

В последнее время все большую популярность приобретают подход по интеграции личного опыта выздоровления и профессиональной психологической помощи (4).

С точки зрения идеологии реабилитационных программ, можно разделить уже существующие реабилитационные центры на три условных категории:

- Предпочитающие использование личного опыта выздоровления.
- Использующие профессиональные медицинские и психологические программы.
- Использующие комбинированный подход.

Исходя из этого реабилитационные центры будут использовать в своей работе выздоравливающих с личным опытом выздоровления, медицинских психологов, либо и тех и других что и представляется наиболее оптимальным [1, 6, 9].

Одна из главных проблем, консультантов по химической зависимости это низкий профессионально-психологический уровень консультантов.

«Равная помощь» - мощнейший механизм поддержки. Его эффективность заключается в наличии реального живого примера из своей субкультуры. Для зависимого создаются условия, в которых он может поверить в саму возможность жить по-другому на ранних этапах, а в дальнейшем – перенимать опыт у тех, кто уже достиг определенного успеха на пути исправления.



Не следует путать «равную помощь» и консультирование – это два разных механизма воздействия на личность: при консультировании мы имеем дело с работой профессионала, а «равная помощь» (группы самопомощи типа АА и АН, православные братства трезвости и т.п.) – это форма общественной активности, где ключевую роль играет приобщение к среде, свободной от алкоголя и наркотиков, погружение в здоровое ценностно-мировоззренческое пространство.

Этот способ поддержки удобен тем, что не требует привлечения практически никаких материальных и кадровых ресурсов.

Консультирование – один из основных инструментов психологической коррекции, в том числе – развития мотивации к выздоровлению [2, 5]. В процессе консультирования развивается настрой на сотрудничество, а лояльность клиента ценнее любого контроля [7].

Консультирование на развитие мотивации к выздоровлению необходимо начинать сразу после снятия острой абстиненции – в этот момент, необходимо достичь у пациента осознания необходимости дальнейшей реабилитации и готовности к этому шагу. На более поздних этапах – содействие в построении новых способов поведения и отношений с окружающим миром в целом.

**Цель.** Основная задача, поставленная перед учебным курсом - повышение профессионально-психологического уровня консультантов, обеспечивающих их участие в реализации персонализированной программы медицинской реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ.

К вторичным задачам учебного курса, что перекликается с предложенным Ю.В. Валентиком, были отнесены:

- Личностный рост слушателей
- Мотивация на дальнейшее обучение, получение профессионального образования и личную терапию
- Получение индивидуальной и групповой психотерапии, а также супервизии слушателями [8]
- Тренинг социальных навыков

**Методы исследования.** В настоящей работе представлен опыт обучения студентов магистратуры Московского государственного психолого-педагогического университета, Московского института психоанализа на циклах «психология зависимого поведения», консультантов по химической зависимости работающих в лечебных учреждениях реабилитационных центрах имеющими опыт личного выздоровления и не имеющих профессионального образования.

Курс разбит на блоки:

- Медицинская наркология (Общие понятия, диагностика, принципы терапии).
- Психотерапевтические техники (Эмпатия, слушание, интервью, оспаривание, конфронтация и пр.)
- Реабилитация чувств (Работа с агрессией, тревогой, стыдом и др.).
- Работа с самооценкой.

– Техники различных психотерапевтических модальностей, адаптированные для наркологии.

– А также ряд авторских методик для работы с зависимыми и созависимыми.

**Результаты и их обсуждение.** *Впечатления.* Большой упор делался на подготовку интерактивных презентаций и отработку индивидуальных психотерапевтических навыков. По окончании курса некоторые слушатели констатировали, что запомнили практически все темы, что произошло благодаря ярким и понятным презентациям, а большое количество практических техник позволяет себя уверенно чувствовать на ранних этапах практической деятельности.

На протяжении всего курса слушатели демонстрировали высокую вовлеченность в учебный процесс. Часть слушателей, полученные знания и навыки использовали для личностного роста.

По окончании курса многие консультанты выразили пожелание продолжить психологическое образование. По свидетельству многих, им «наконец-то удалось найти свое место в жизни», помогая другим реабилитантам. Одним из главных результатов, по нашему мнению, явилось признание курсантами эффективности психотерапевтической помощи в реабилитации зависимых. Среди слушателей появилось понимание, что зависимость — это серьезное заболевание, которое не ограничивается только приемом веществ, а затрагивает все сферы жизни и требует комплексного персонализированного подхода к медицинской реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ. Био-психо-социодуховный подход позволяет увидеть зависимость значительно полнее и мотивирует на сотрудничество с другими специалистами.

Большая часть слушателей по окончании курса отметило серьезный личностный рост, а также рост профессиональной эффективности, кроме того повысилась заинтересованность в личной терапии и супервизиях, что является неотъемлемой частью профессионального развития психологов и консультантов.

**Выводы.** Полученный опыт обучения позволяет решить одну из главных проблем консультантов по химической зависимости - повышение профессионально-психологический уровень. Это в свою очередь на прямую влияет на эффективность работы с зависимыми и увеличивает продолжительность ремиссий. Личностный рост, стимулируемый психологическими практиками и понимание необходимости личной терапии в разрешение внутренних конфликтов, способствует повышению качества оказываемой помощи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Городнова, М. Ю. Точка сближения: 12 шагов и пролонгированный инъекционный налтрексон / М. Ю. Городнова, Э. Н. Мубарашкин, Т. С. Залялетдинов // Наркология. – 2014. – № 10. – С. 86-93.

2. Длужневская, Л. А. Развитие представлений о самости в психодинамической теории личности / Л. А. Длужневская, И. Г. Длужневский // Психология. Психофизиология. – 2022. – Т. 15, № 3. – С. 14-25.
3. Психиатрия и медицинская психология : учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 623 с.
4. Интегративный подход как основа стационарной реабилитации в наркологии: опыт Ярославской области / А. В. Волков [и др.] // Вопр. наркол. – 2017. – № 10 (158). – С. 32-52.
5. Марселин, А. Д. Основные аспекты деятельности медицинского психолога в учреждениях наркологического профиля : метод. пособие / А. Д. Марселин, Р. В. Бисалиев. – Астрахань, 2009. – 52 с.
6. Психология и лечение зависимого поведения / под ред. С. Даулинга ; пер. с англ. Р. Р. Муртазина. – Москва : Класс, 2000. – 240 с.
7. Темиргалиева, М. М. Основные психологические особенности деятельности медицинского психолога в реабилитационном стационаре для зависимых от ПАВ / М. М. Темиргалиева // Мед. психол. в России [Электронный ресурс]. – 2022. – № 4. – Режим доступа: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2022\\_4\\_75/nomer01.php](http://mprj.ru/archiv_global/2022_4_75/nomer01.php). – Дата доступа: 12.03.2024.
8. Ялом, И. Д. Групповая психотерапия: теория и практика / И. Д. Ялом ; пер. с англ. Г. Пимочкиной, Н. Шевчук. – Москва : Апрель Пресс, Психотерапия, 2007. – 574 с.
9. Jaswinder, K. Rehabilitation for Substance Abuse Disorders / K. Jaswinder, G. Deepti, M. S. Bhatia // Delhi Psychiatry Journal. – 2013. – Vol. 16, № 2. – P. 400-403.

## **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ ПРИ СМЕШАННОМ И ДЕПРЕССИВНОМ ЭПИЗОДАХ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

*Лысенко Н.Е., Пеева О.Д.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения России,  
Москва, Россия*

**Актуальность.** Нарушение социального познания больных БАР считается одним из факторов, негативно влияющих на их социальное функционирование [5, 4]. Важным аспектом социального познания является восприятие и оценка информации о ситуации межличностного взаимодействия [2]. Однако, в исследованиях социального восприятия больных БАР крайне редко производится оценка степени вовлеченности в когнитивную и эмоциональную обработку социально значимой информации [7].

По некоторым данным нарушения социального познания больных БАР независимы от текущего эпизода болезни [6]. Однако, результаты исследования психобиологических факторов заболевания БАР заставляют предположить, что фазы БАР характеризуются различными нейробиологическими особенностями, которые могут оказывать специфичное влияние на восприятие социального контекста и реагирование в социально напряженных ситуациях.

**Цель.** сравнить психофизиологические особенности больных БАР со смешанным и депрессивным эпизодами при предъявлении видеозаписей межличностных конфликтов.

**Методы исследования.** Выборка включала 39 пациентов с БАР (рубрики МКБ-10: F31.3 (19 чел.) и F31.6 (20 чел.)). Критические способности обследуемых больных не были нарушены. Обследование проводилось на базе отделений терапии психических расстройств и расстройств аффективного спектра стационара МНИИП, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. Верификация диагноза производилась врачом-психиатром.

Проводилась экспериментальная процедура, в ходе которой обследуемому предъявлялось 4 видеозаписи длительностью около 30 секунд, содержанием которых являлись единичные или длительные конфликты, связанные с физической угрозой или унижением достоинства. Процедура включала следующие этапы: этап 1 - исходный фон; этап 2 - предъявление видеозаписи конфликтного взаимодействия; этап 3 - выбор варианта реагирования главного героя; этап 4 - итоговый фон. Этапы 2 и 3 повторялись 4 раза в соответствии с количеством предъявленных видеозаписей.

Видеозаписи отобраны на основании экспертных оценок по коннотативным, структурным и содержательным параметрам (возможности вызывать интенсивные негативные эмоции, длительности конфликта, направленности на унижение достоинства или физической угрозу, и др.). После предъявления каждой видеозаписи обследуемому сообщалось о необходимости выбрать один из вариантов реагирования, окажись он на месте главного героя: потерплю; постараюсь договориться; оскорблю / ударю / отомщу; уйду; буду настаивать на своем; позову на помощь.

В процессе предъявления видеозаписей оценивались показатели ЭКГ (электрокардиограмма) с анализом показателей: спектральной структуры сердечного ритма: ЧСС (частота сердечных сокращений), HF (мощность дыхательных сердечных волн 0,15–0,4 Гц,  $мс^2$ ), LF (мощность медленных сердечных волн первого порядка 0,04–0,15 Гц,  $мс^2$ ), VLF (мощность сердечных волн второго порядка 0,003–0,04 Гц,  $мс^2$ ); TP (общая мощность спектра ЭКГ, определяется как сумма HF, LF, VLF), ИЦ (индекс централизации, определяется по формуле  $(LF+VLF)/HF$ ), ИАП (индекс активации подкорковых нервных центров, определяется соотношением  $VLF/LF$ ); индексы: LF/HF (вагосимпатический индекс), HF/LF (степень расслабления), LF/VLF (активность стволовых подкорковых центров), VLF/HF (соотношение активности центрального и автономного контуров). Регистрировалась фотоплетизмограмма с анализом показателя ACB (амплитуда систолической

волны); КГР (кожно-гальваническая реакция); ЭЭГ с затылочного отведения Oz и его ритмов в диапазонах: альфа, тета, бета 1, бета 2). Дополнительно рассчитывались показатели динамики изменения физиологических параметров по формуле  $X[\text{динамика\_этап}] = X[\text{фон}] - X[\text{этап}]$ , где  $X[\text{динамика\_этап}]$  – результат разницы параметра в фоне и в этапе,  $X[\text{фон}]$  – величина параметра в фоне,  $X[\text{этап}]$  – величина параметра на различных этапах исследования. Регистрация данных производилась с помощью ПМО «РЕАКОР» и оборудования «Медиком МТД». Статистическая обработка данных проводилась с использованием критерия Манна-Уитни и критерий Фишера. Анализ данных проводился в программе IBM SPSS Version 26.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам исследования на этапе исходного фона у больных БАР с депрессивным эпизодом отмечалось преобладание влияния парасимпатических центров регуляции сердечного ритма (HF) по сравнению с влиянием стволовых подкорковых центров (LF). В группе больных БАР со смешанным эпизодом, напротив, влияние парасимпатических центров было низким ( $p=0,02$ ) (Таблица).

Таблица – Физиологические показатели в группах со смешанным и депрессивным эпизодами БАР

Показатели физиология	Группы БАР				p
	Депрессивный эпизод		Смешанный эпизод		
	Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	
HF/LF исходный фон	4,94	3,42 – 9,42	0,34	0,20 – 0,51	P=0,02*
Мощность низкочастотного компонента сердечного ритма (LF) [динамика единичная ситуация физической угрозы]	-35,02	-144,10 – 34,50	-254,73	-582,80 – -3,72	P=0,02*
Кожно-гальваническая реакция (КГР) [динамика единичная ситуация физической угрозы]	0,10	-0,03 – 0,36	-0,04	-0,09 – 0,07	P=0,04*
Индекс бета1 ритма [динамика длительная ситуация унижения достоинства]	0,47	-0,04 – 2,09	-0,91	-2,2 – 1,05	P=0,02*
Индекс активации подкорковых нервных центров (ИАП) [динамика единичная ситуация унижения достоинства]	0,12	-0,13 – 0,93	-0,17	-0,51 – 0,07	P=0,02*
Амплитуда систолической волны (АСВ) в единичной ситуации унижения достоинства	4,94	3,42 – 9,42	3,91	2,17 – 6,22	P=0,04*

При предъявлении единичной ситуации физической угрозы в группе больных БАР со смешанным эпизодом отмечалось возрастание показателей LF и мощности КГР по сравнению с исходным фоном, которое свидетельствует о вовлеченности в эмоциональную обработку информации, содержащейся в видеозаписи. В группе с депрессивным эпизодом показатели LF и КГР не демонстрировали динамики, что может свидетельствовать об отсутствии вовлеченности в эмоциональную обработку содержания видеозаписи [1, 7].

При предъявлении ситуации длительного унижения достоинства в отличие от больных БАР с депрессивным эпизодом у больных БАР со смешанным эпизодом отмечено возрастание индекса бета 1 ритма ЭЭГ, которое может свидетельствовать о внимании к содержанию видеозаписи и повышенном уровне тревоги [3].

При предъявлении единичной ситуации унижения достоинства в группе со смешанным эпизодом отмечалось возрастание индекса активации подкорковых нервных центров (ИАП) в отличие от группы с депрессивным эпизодом, у которых этот показатель снижался. Также в группе со смешанным эпизодом отмечался низкий уровень амплитуды систолической волны (АСВ), что свидетельствует об активации симпато-адреналовой системы, которой не наблюдалось у больных БАР с депрессивным эпизодом.

В последующем был проведен анализ различий между группами в выборе варианта реагирования при предъявлении различных видеозаписей. Значимых различий в выборе варианта реагирования между группами больных БАР со смешанным и депрессивным эпизодами не выявлено.

Таким образом, исследование позволило выделить особенности восприятия видеостимулов с межличностными конфликтами у больных БАР с депрессивным и смешанным эпизодом. У больных БАР с депрессивным эпизодом в целом отмечается низкий уровень вариабельности сердечного ритма, низкая активация в ответ на стрессогенные стимулы, преобладание автономного уровня регуляции сердечного ритма вне зависимости от содержания ситуации. В целом физиологические показатели свидетельствуют о дефиците вовлеченности больных БАР с депрессивным эпизодом в обработку информации, связанной с межличностным конфликтом.

У больных БАР со смешанным эпизодом отмечен более высокий, чем в группе с депрессивным эпизодом, уровень вариабельности сердечного ритма, высокий уровень активации. В целом в этой группе отмечается более высокий уровень вовлеченности в восприятие видеозаписей межличностных конфликтов; выявлен повышенный уровень задействования сосудодвигательного центра регуляции в единичных конфликтных ситуациях физической угрозы и унижения достоинства; отмечены признаки тревожного состояния при восприятии единичной ситуации физической угрозы и длительной ситуации унижения достоинства.

Отсутствие различий между группами в выборе варианта реагирования в конфликтной ситуации может быть обусловлено небольшой выборкой обследуемых. Также это может быть подтверждением независимости

репертуара реагирования в конфликтных ситуациях от фазы БАР. В любом случае требуется дополнительная проверка гипотезы о зависимости выбора варианта реагирования от фазы заболевания и восприимчивости к эмоционально насыщенному контенту у больных БАР

**Выводы.** Восприятие ситуаций межличностных конфликтов различается у больных БАР с депрессивным и смешанным эпизодами. Больные с депрессивным эпизодом характеризуются низкой восприимчивостью к негативному эмоционально насыщенному содержанию конфликта, их реакции при воздействии негативного конфликтного содержания характеризуются низкой адаптивностью. Больные со смешанным эпизодом характеризуются высокой вовлеченностью в восприятие негативного контекста межличностных отношений, представленных в видеозаписях. Однако, различия в выборе вариантов реагирования в конфликтных ситуациях у больных БАР с депрессивным и смешанным эпизодом отсутствуют.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Аракелов, Г. Г. Психофизиологический метод оценки тревожности / Г. Г. Аракелов, Н. Е. Лысенко, Е. К. Шотт // Психол. журн. – 1997. – Т. 18, № 2. – С. 102-113.

2. Булыгина, В. Г. Принятие решений о выборе способа реагирования в конфликтных ситуациях у лиц с аффективными расстройствами / В. Г. Булыгина, О. Д. Пеева, Н. Е. Лысенко // Психология и право [Электронный ресурс]. – 2022. – Т. 12, № 2. – С. 85-98. – Режим доступа: <https://doi.org/10.17759/psylaw.2022120207>. – Дата доступа: 15.02.2024.

3. Павленко, В. Б. ЭЭГ-корреляты тревоги, тревожности и эмоциональной стабильности у взрослых здоровых испытуемых / В. Б. Павленко, С. В. Черный, Д. Г. Губкина // Нейрофизиология. – 2009. – Т. 41, № 5. – С. 400-408.

4. Юдеева, Т. Ю. Нарушения социального познания и социальной адаптации у пациентов с биполярным аффективным расстройством / Т. Ю. Юдеева, Д. М. Царенко, Т. В. Довженко // Консульт. психол. и психотерапия. – 2014. – Т. 22, № 4. – С. 44-64.

5. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder / J. F. Hayes [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2015. – Vol. 131, iss. 6. – P. 417-425. – <https://doi.org/10.1111/acps.12408>.

6. Social cognition in first episode bipolar disorder patients / A. G. Szmulewicz [et al.] // Psychiatr. Res. – 2019. – Vol. 272. – P. 551-554. – <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.002>.

7. Tsai, J. L. Autonomic, subjective, and expressive responses to emotional films in older and younger Chinese Americans and European Americans / J. L. Tsai, R. W. Levenson, L. Carstensen // Psychol. Aging. – 2000. – Vol. 15, iss. 4. – P. 684-693.

# ТЕХНОЛОГИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ОЦЕНКОЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

*Макушкина О.А., Леурда Е.В.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия*

**Актуальность.** В настоящее время в области психиатрии одним из важнейших направлений работы является выявление потенциального риска агрессивных проявлений среди пациентов, страдающих серьезными формами психической патологии, а также создание эффективных и достоверных инструментов для прогнозирования агрессии [4]. Традиционные подходы, ориентированные на оценку анамнестических, клиничко-психопатологических и социальных факторов, не всегда позволяют достичь точности в определении вероятности гетероагрессии. Это связано с субъективностью оценок, различиями в уровне подготовки и квалификации специалистов, вариабельностью клинических проявлений заболеваний и индивидуальными особенностями пациентов. В таких условиях интеграция биологических маркеров в процесс прогнозирования представляется перспективным направлением повышения точности проводимой оценки. Поиск биомаркеров наиболее клинически и социально значимых состояний, развивающихся при психических расстройствах, является одной из наиболее актуальных тенденций мирового научного сообщества последних лет [1,9]. Специалисты в области охраны психического здоровья акцентируют внимание на необходимости глубокого изучения патогенетических аспектов гетероагрессии. Исследователи, как внутри России, так и на международном уровне, представляли гипотетические предположения касательно роли функционирования нейромедиаторных и гормональных систем в этиологии нарушений, затрагивающих поведенческий и эмоциональный компоненты [2, 6, 8]. Рассмотрение биологических маркеров как дополнительных параметров в комплексной оценке риска агрессивного поведения позволит расширить понимание его генеза. Это открывает новые перспективы не только для прогнозирования общественной опасности, но и формирования эффективных стратегий лечебно-реабилитационной работы с индивидуализацией фармакотерапии на основе биологического профиля пациента.

**Цель.** Разработка подхода к определению риска агрессивного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами, основанного на количественном анализе биологических показателей.

**Методы исследования.** Исследовательская работа осуществлялась на основе анализа данных 219 участников с подтвержденными диагнозами тяжелых психических расстройств, классифицированных согласно Международной



классификации болезней (МКБ-10) под кодами F00-09, F20-29, F70-72. Изучаемая выборка разделялась на две группы: основную группу (ОГ) - 105 лиц с проявлениями стойкой агрессии и фактами совершения насильственных действий, и группу сравнения (ГС), включавшую 114 пациентов с законопослушным поведением, без проявления гетероагрессии. Критериями исключения служили: наличие продуктивных психопатологических симптомов во время проведения исследования, заболевания эндокринной системы, а также хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации. В ходе исследования применялись клинико-психопатологический, лабораторный и психометрический методы. Лабораторный метод включал определение биогенных аминов (дофамина (нг/мл) и серотонина (нг/мл)) в моче. Использовался метод ВЭЖХ-МС с применением тандемного времяпролетного масс-спектрометра TripleTOF 6600QTOF System (Sciex) с хроматографом Exion 30AD в режиме TOFMS/ProductIon. Оценивались также уровни гормонов (тестостерона (нмоль/л), кортизола (нмоль/л), эстрадиола (пг/мл) и св. Т3(пмоль/л)) в крови респондентов по стандартному протоколу методом количественного хемилюминесцентного анализа на оборудовании Beckman Coulter. Риск общественной опасности больных оценивался с применением методики «Структурированная оценка риска опасного поведения» (СОРОП). Проведено межгрупповое сравнение клинических, социально-демографических характеристик и лабораторных показателей респондентов. В рамках проведенного анализа с использованием лабораторных методов не было обнаружено значимых гендерных различий, что позволило агрегировать данные без ранжирования по гендеру. Сравнительное исследование экскреции серотонина и дофамина в нозологических группах не выявило статистически значимых различий. Сопоставление биологических маркеров с режимами психофармакотерапии указало на отсутствие заметных различий в назначении основных групп препаратов, за исключением нормотимиков. Анализ научных источников не подтвердил влияние карбамазепина и вальпроевой кислоты на снижение уровней серотонина и дофамина. Обработка данных была выполнена с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 26. В ходе анализа применялись статистические методы, включающие t-критерий Стьюдента, t-критерий Уэлча, U-критерий Манна-Уитни, бинарную логистическую регрессию, критерий  $\chi^2$ , методологию анализа ROC-кривых, а также вычисление коэффициента корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** На первом этапе выявлены статические различия в величинах биологических показателей. Установлено, что в ГС уровень серотонина был значимо ( $p < 0,001$ ) выше (21 [13-28]), чем в ОГ (13 [8-19]). Уровень дофамина в ГС (0,31 [0,21 – 0,52]) также превышал его величину в ОГ (0,22 [0,15 – 0,34]),  $p = 0,003$ . Уровень кортизола в ГС превышал (405 ± 82 [390 – 421]) его значения в ОГ (376 ± 84 [358-394]),  $p = 0,013$ . Тестостерон в ГС (11 ± 3 [11-12]) был значимо ниже, чем в ОГ (13 ± 4 [12 – 14]),  $p = 0,003$ ; уровень эстрадиола в ГС составил (14 [10-18]), что меньше, чем в ОГ (17 [11 – 23]),  $p = 0,004$ . По уровню св. Т3 сравниваемые группы респондентов также

существенно различались: в ОГ - 4,67 [4, 32 – 5,13]), в ГС – (4,89 [4,39 – 5,29],  $p=0,033$ . На втором этапе биологические показатели, имеющие значимые статистические различия в двух группах, были включены в анализ методом бинарной логистической регрессии. В результате с помощью шагового отбора Вальда построена прогностическая модель вероятности агрессивного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами в зависимости от концентрации биологических веществ.

Регрессионная модель является статистически значимой ( $p<0,001$ ), она представлена уравнением:

$$P = 1 / (1 + e^{-z}) * 100\% \\ z = 1,916 - 0,005 * X_k + 0,1 * X_T - 0,07 * X_C$$

где  $P$  – вероятность совершения агрессивных действий,  $X_k$  – уровень кортизола (нмоль/л),  $X_T$  – уровень тестостерона (нмоль/л);  $X_C$  – уровень серотонина (нг/мл),  $e$  – математическая константа число Эйлера ( $\approx 2,718$ ).

Учитывая значения коэффициентов регрессии, уровень тестостерона имел прямую корреляционную связь с вероятностью агрессии, а уровни кортизола и серотонина – обратную. Соответственно, при понижении кортизола и серотонина риск агрессивных действий возрастал. Для определения диагностической значимости разработанной модели, а также выявления оптимального порога классификации использовался метод ROC-анализа. Пороговое значение составило 0,48, при данном значении и выше отмечался высокий риск агрессивного поведения. Чувствительность и специфичность модели составили 72,5% и 61,4% соответственно ( $AUC=0,74\pm 0,04$  (95% ДИ: 0,67-0,81),  $p<0,001$ ).

Согласно зарубежным источникам, низкий уровень интерстициального серотонина в мозге является нейробиологическим фактором риска импульсивной агрессии [7]. Данные, полученные в настоящем исследовании относительно выраженного дефицита серотонина у лиц с психическими расстройствами и устойчивым агрессивным поведением, а также результаты научных работ, посвященных совершенствованию подходов к биологической терапии импульсивной агрессии [5], позволяют высказать предположение о том, что психофармакотерапия с применением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина потенциально может снижать агрессию.

На третьем этапе проанализированы результаты скрининга потенциальной общественной опасности респондентов с применением психометрии по методике СОРОП. Установлены значимые статистические различия ( $p<0,001$ ). Средний балл по методике в ОГ был выше (72 [55-86]), в сравнении с ГС (-32 [-38 – (-)26]). Средний балл в ОГ значительно превышал установленный порог по данной методике (20 баллов) и свидетельствовал о высоком риске общественно опасных действий (ООД).

Также на данном этапе был проведен корреляционный анализ биологических предикторов, включенных в разработанную прогностическую модель и баллов по методике СОРОП. Выявлены статистически значимые

корреляционные связи баллов СОРОП с уровнем кортизола ( $\rho = (-)0,164$ ;  $p=0,021$ ); тестостерона ( $\rho = 0,192$ ;  $p=0,007$ ); серотонина ( $\rho = (-)0,280$ ;  $p<0,001$ ).

Результаты психометрического анализа, проведенного среди изучаемых групп респондентов, в совокупности с выявленными корреляциями между биологическими предикторами и показателями по методике СОРОП, подтверждают ценность применяемой методики в качестве вспомогательного инструмента в рамках комплексной оценки риска, включающей лабораторные исследования.

Таким образом, результатом исследовательской работы является разработанный Способ оценки риска агрессивного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Указанный способ предполагает комплексное применение лабораторных анализов и психометрии, базируясь на количественном определении уровней серотонина и гормонов (тестостерона, кортизола) в биологических образцах (моче и крови) для последующего использования в прогностической модели риска агрессивного поведения. В дополнение к модели, основанной на биологических показателях, используется психометрия с применением методики СОРОП [2].

**Выводы.** Исследование подтверждает значимость включения биологических маркеров в процедуру оценки риска агрессивного поведения у лиц с тяжёлыми психическими расстройствами. Разработанный оценочный инструмент включает комплексное использование данных лабораторных исследований и психометрии. Начальный этап предполагает сбор мочи и крови для определения концентраций серотонина, кортизола и тестостерона. Затем, на основе анализа, проводится расчет регрессионного уравнения по формуле. Следующий этап включает оценку риска агрессивного поведения с использованием методики СОРОП. Совокупность лабораторных и психометрических данных позволит повысить точность прогнозирования вероятности как внутрибольничной агрессии, так и насильственных правонарушений лиц с психическими расстройствами, способствуя более эффективной профилактике и коррекции, открывая новые перспективы для диагностики и лечения данной категории пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Максимова, Н. М. Роль цитокинов в патогенезе и терапии психических расстройств / Н. М. Максимова, Т. С. Булгакова, М. Г. Узбеков // Соц. и клин. психиатр. – 2019. – № 29 (3). – С. 71-77.

2. Макушкина, О. А. Клинико-социальный и биологический аспекты предикции агрессивного противоправного поведения лиц с тяжелыми психическими расстройствами / О. А. Макушкина, О. И. Гурина, В. А. Голенкова // Психическое здоровье. – 2023. – № 22(3). – С. 3-15.

3. Макушкина, О. А. Способ оценки риска общественно опасного агрессивного поведения у лиц с тяжелыми психическими расстройствами / О. А. Макушкина, Е. В. Леурда // Сиб. вестн. психиатр. и наркол. – 2023. – № 2 (119). – С. 5-15.

4. Мальцева, М. М. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами / М. М. Мальцева // Руководство по судебной психиатрии : практ. пособие / под ред. А. А. Ткаченко. – 4-е изд. – М., 2023. – Т. 2. – С. 213-226.

5. Sertraline hydrochloride for reducing impulsive behaviour in male, repeat-violent offenders (ReINVEST): protocol for a phase IV, double-blind, placebo-controlled, randomised clinical trial / T. Butler [et al.] // *BMJ open*. – 2021. – Vol. 9, iss. 11. – P. e044656. – doi: 10.1136/bmjopen-2020-044656.

6. Carre, J. M. Testosterone administration in human social neuroendocrinology: Past, present, and future / J. M. Carre, B. A. Robinson // *Horm. Behav.* – 2020. – Vol. 122. – Art. 104754. – doi: 10.1016/j.yhbeh.2020.104754.

7. da Cunha-Bang, S. The modulatory role of serotonin on human impulsive aggression / S. da Cunha-Bang, G. M. Knudsen // *Biol. Psychiatry*. – 2021. – Vol. 90, iss. 7. – P. 447-457. – doi: 10.1016/j.biopsych.2021.05.016.

8. The Role of Tryptophan Metabolites in Neuropsychiatric Disorders / M. Davidson [et al.] // *Int. J. Mol. Sci.* – 2022. – Vol. 23, iss 17. – Art. 9968. – doi: 10.3390/ijms23179968.

9. Douglas, K. S. Risk assessment for criminal and violent behavior amongst adults / K. S. Douglas // *Encyclopedia of Mental Health* / ed.: H. S. Friedman, C. H. Markey. – Oxford, 2023. – Vol. 3. – P. 65-73. – doi: 10.1016/B978-0-323-91497-0.00208-3.

## **ОЦЕНКА РОЛИ СУБСТАНЦИИ P В РАЗВИТИИ КОМОРБИДНОГО ВАРИАНТА ПСОРИАЗА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

*Маркевич Е.Б.<sup>1</sup>, Хворик Д.Ф.<sup>1</sup>, Лискович В.А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь*

<sup>2</sup>*Гродненское областное объединение профсоюзов, Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** В современном обществе наблюдается рост депрессии и тревоги. Эта тенденция серьезно влияет на психическое здоровье населения. Патофизиология депрессии и тревоги до сих пор изучена лишь незначительно, что побудило исследователей сосредоточиться на нейропептидах, поскольку они представляют собой обширную группу сигнальных молекул в нервной системе. Нейропептиды участвуют в регуляции многих физиологических функций. Некоторые действуют как нейромодуляторы и часто высвобождаются совместно с нейротрансмиттерами, которые обеспечивают взаимную связь между мозгом и телом. В последние годы огромное внимание уделяется коморбидным психическим расстройствам. К одной из таких сочетанных патологий относится коморбидный вариант псориаза и психических расстройств [4, 5].

Псориаз – хроническое рецидивирующее генетически детерминированное кожное заболевание мультифакториальной природы, которое характеризуется гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, воспалительной реакцией в дерме, иммунными нарушениями и поражением кожи, ногтей, суставов и других органов [6]. Данное заболевание традиционно считается наиболее стигматизирующим дерматозом. Эритема, покрытые шелушащимися чешуйками бляшки, корки и неприятные мазевые запахи доставляют значительный субъективный дискомфорт и обращают на себя внимание окружающих, выступая в качестве отличительного ярлыка, клейма, дискредитирующего атрибута. Как следствие, у пациентов снижается самооценка, они подвергаются социальной стигматизации и сталкиваются с трудностями в профессиональной деятельности, что в совокупности с длительным рецидивирующим течением, высокой коморбидностью с соматическими нарушениями и клинической тяжестью псориаза в значительной степени влияет на качество жизни [1, 3, 8].

Предполагается, что развитие сочетанной патологии, скорее всего, основано на общих патогенетических механизмах сочетающихся заболеваний и не зависит от образа жизни, социально-экономических факторов и обычно имеет тенденцию увеличиваться с возрастом. Псориаз имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими как сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, психические расстройства, воспалительные заболевания кишечника и суставов [7]. Некоторые исследования показывают повышенное содержание SP в пораженной коже пациентов, страдающих псориазом. После высвобождения SP в различных клетках-мишенях происходит ее связывание с рецепторами нейрокина-1 (NK-1R), которые являются эффекторными клетками при аллергических реакциях и представляют собой неотъемлемый компонент зуда. Кроме того, наличие рецептора NK-1R в миндалевидном теле в значительной степени связано с тревожными чертами личности у здоровых людей [2]. Вещество P присутствует в центральной нервной системе и в основном секретируется в миндалевидном теле, гиппокампе или базальном отделе переднего мозга; однако клетки, связанные с воспалительными процессами, также обладают способностью к его секреции. Было обнаружено, что вещество P взаимодействует с серотонинергической, дофаминергической и норадренергической системами, что связывает его со многими биологическими процессами, такими как регуляция стресса, ноцицепция или регуляция гомеостаза. Поскольку эти системы также играют важную роль в патофизиологии депрессии, предполагается потенциальная роль вещества P в качестве кофактора и биомаркера при депрессивных расстройствах и тревоге. У пациентов с депрессией были выявлены повышенные уровни вещества P в сыворотке по сравнению со здоровыми людьми, а после лечения наблюдалось снижение уровней вещества P в сыворотке. Было продемонстрировано, что антагонисты NK-1R обладают антидепрессивным действием, а также снижают активность нейронов в

областях мозга, участвующих в реакции на стресс. У крыс индукция стресса сопровождалась высвобождением вещества Р и вызывала депрессивно-подобное и тревожное поведение, противодействующее антагонистам рецепторов [5].

**Цель.** Определить уровень содержания нейрпептида субстанция Р в сыворотке крови у пациентов с псориазом и псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами.

**Методы исследования.** Общую выборку составили 150 пациентов, разделенных на 2 группы: 1-я группа – пациенты с псориазом (n=70); 2-я группа – пациенты с коморбидным вариантом псориаза и психических расстройств (n=80). В качестве контроля использовалась сыворотка крови практически здоровых лиц без клинико-anamnestических признаков псориаза и психических расстройств (n=10).

Основными методами были клинико-дерматологический, клинико-лабораторный, психопатологический, экспериментально-психологический. Для клинической диагностики псориаза определяли «псориатическую триаду», устанавливали стадию заболевания, проводили осмотр ногтевых пластин, волосистой части головы, слизистых оболочек, производили подсчет индекса распространенности и тяжести течения псориаза (PASI) и дерматологического индекса качества жизни (DLQI).

Оценка психического статуса проводилась клинико-психопатологическим методом в соответствии с принятыми в психиатрии критериями. Диагноз психических расстройств был выставлен на основании диагностических критериев МКБ-10. Экспериментально-психологический метод включал использование Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) для скрининга тревожных и депрессивных расстройств, симптоматического опросника SCL-90-R для оценки выраженности психопатологической симптоматики у пациентов и Фрайбургского личностного опросника (FPI) для определения свойств личности.

Количественное определение нейрпептида SP в сыворотке крови проводилось методом ИФА с использованием стандартных наборов Human SP (Substance P) ELISA, в соответствии с инструкцией производителя на автоматическом анализаторе «Sunrise» TECAN (Австрия).

Полученные цифровые данные обработаны методами непараметрической статистики с использованием лицензионных версий программ STATISTICA 10.0 для Windows. Сравнение по количественному признаку проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Результаты исследования признавались статистически значимыми при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Количество мужчин и женщин в 1-ой группе составило 46 и 24 пациента соответственно, во 2-ой группе – 52 и 28 соответственно, в 3-ей – 7 и 3 соответственно. Возраст всех обследуемых варьировал от 18 до 60 лет.

На этапе установления превалирующей клинической формы, сезонности и отягощенной наследственности по псориазу были получены данные,

свидетельствующие о преобладании вульгарного псориаза недифференцированной формы с неотягощенной наследственностью во всех группах обследуемых.

По степени тяжести псориаза преобладала тяжелая степень течения дерматоза у пациентов 1-й и 2-й групп (94,3% и 88,7% соответственно), а 52,9% и 45,0% респондентов указанных групп соответственно отметили, что заболевание оказывает очень сильное влияние на качество их жизни.

Оценка психического состояния пациентов с использованием шкалы HADS позволила установить значительную представленность тревожных и депрессивных переживаний у пациентов с псориазом. Так, субклинически выраженный уровень тревоги и депрессии установлены у 17,5% и 11,3% обследуемых соответственно. Клинически выраженный уровень тревоги и депрессии зарегистрированы у 40,0% и 31,2% пациентов с дерматозом соответственно.

Психические расстройства, спровоцированные хроническим дерматозом, были установлены у 38,1% пациентов, представленные различными типами нозогенных реакций и ипохондрического развития личности. Диагностическими категориями согласно МКБ-10 в 40% случаев были «Другие тревожные расстройства», в 37,5% случаев – «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» и в 22,5% – «Соматоформные расстройства».

Количественное определение субстанции P в сыворотке крови пациентов 3-х групп показало наибольшее содержание субстанции P в сыворотке крови у пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами. При этом ее медианное значение составило 127,6 пг/мл, со значениями 25% и 75% перцентилей 103,3 и 185,1 пг/мл соответственно. Минимальный уровень субстанции P (110,0 пг/мл) в сыворотке крови определялся у пациентов контрольной группы. Отмечались достоверные различия в содержании субстанции P в сыворотке крови у пациентов 1-й и 3-й групп по сравнению с группой пациентов с коморбидной патологией ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** В ходе исследования установлен достоверно высокий уровень субстанции P в сыворотке крови пациентов с псориазом, ассоциированным с психическими расстройствами, по сравнению с содержанием данного нейропептида в сыворотке крови пациентов контрольной группы и группы пациентов с псориазом, что может свидетельствовать о ее роли в патогенезе псориаза и тревожно-депрессивных расстройств. Дальнейшее изучение этого показателя может улучшить диагностические возможности и оптимизировать методы лечения данной сочетанной патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Bolotna, L. Psychopathological disorders as comorbidity in patients with psoriasis (review) / L. Bolotna, O. Sarian // Georgian Med. News. – 2020. – № 301. – P. 143-147.
2. Neuronal changes in psoriasis exacerbation / H. El-Nour [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2009. – Vol. 23, iss. 11. – P. 1240-1245.

3. Ferreira, B. Psoriasis and associated psychiatric disorders: a systematic review on etiopathogenesis and clinical correlation / B. Ferreira, J. Abreu // J. Clin. Aesthet. Dermatol. – 2016. – Vol. 9, iss. 6. – P. 36-43.
4. Kim, T. G. The origin of skin dendritic cell network and its role in psoriasis / T. G. Kim, S. H. Kim // Int. J. Mol. Sci. – 2017. – Vol. 19, iss. 1. – Art. 42. – doi: 10.3390/ijms19010042.
5. Anxiety and Depression: What Do We Know of Neuropeptides? / I. Kupcova [et al.] // Behav. Sci. (Basel). – 2022. – Vol. 12, iss. 8. – Art. 262. – doi: 10.3390/bs12080262.
6. Олисова, О. Ю. Эпидемиология, этиопатогенез и коморбидность при псориазе - новые факты / О. Ю. Олисова, Л. Г. Гаранян // Рос. журн. кожных и венерич. бол. – 2017. – Т. 20, № 4. – С. 214-219. – doi: 10.18821/1560-9588-2017-20-4-214-219.
7. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence / R. Parisi [et al.] // J. Invest. Dermatol. – 2013. – Vol. 133, iss. 2. – P. 377-385. – doi: 10.1038/jid.2012.339.
8. Association of psoriasis with psychiatric hospitalization in United States children and adults / K. R. Patel [et al.] // Dermatology. – 2019. – Vol. 235, iss. 4. – P. 276-286. – doi: 10.1159/000499564.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

*Мартыненко А.И.<sup>1</sup>, Емельянцева Т.А.<sup>1</sup>, Захаревич О.Ю.<sup>1</sup>, Кринчик Т.Ю.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Минский городской клинический центр  
детской психиатрии и психотерапии», Минск, Республика Беларусь

**Актуальность.** Изучение условий обучения и образовательных программ у подростков и молодых людей с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС) обусловлена тем, что в Республике Беларусь возрастает количество пациентов в возрасте до 18 и после 18 лет, имеющих инвалидность вследствие данного расстройства и возникают вопросы их дальнейшего образования и трудовой занятости

**Цель.** Оценить потенциал продолжить профессиональное обучение и последующую занятость в профессии у лиц с РАС

**Методы исследования.** В рамках государственной научно-технической программы «Научно-техническое обеспечение качества и доступности медицинских услуг», 2021 – 2025 годы, научно-исследовательской работы «Разработать порядок оценки способности к обучению, профессиональному



обучению и профессиональной подготовке, способности к трудовой деятельности у подростков и молодых людей с расстройствами аутистического спектра» проведено ретроспективное исследование условий получения образования 102 пациентов с РАС (м/ж=86(84%)/16(16%)) в возрасте  $18,00 \pm 1,43$ . В большей части использовались акты освидетельствования пациента медико-реабилитационной экспертной комиссией (далее – МРЭК), индивидуальные программы реабилитации, абилитации инвалида (далее – ИПР(А)И) пациентов с РАС в период с 2020 г. по май 2023 гг.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам анализа из 102 пациентов с РАС 38 пациентов с РАС (37,3%) обучались в учреждениях общего среднего образования, 64 (62,7%) пациента – в учреждениях специального образования (рисунок 1).

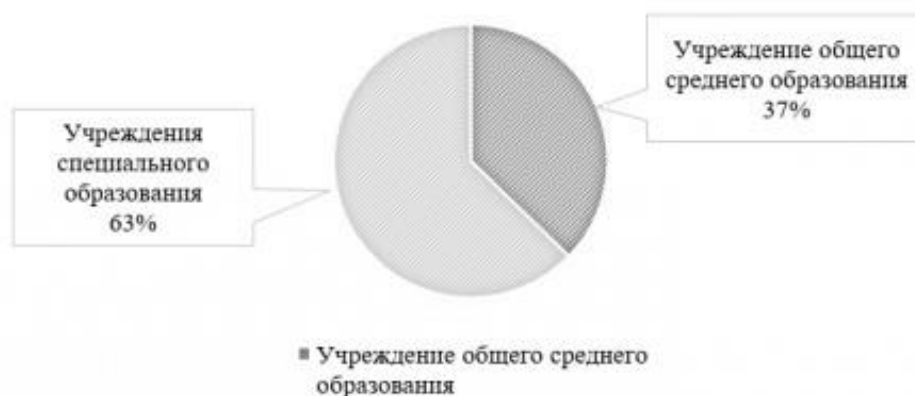


Рисунок 1 – Структура учреждений образования, где пациенты с РАС получали образование по результатам ретроспективного исследования (n=102)

В учреждениях специального образования 34 (53,1%) пациента с РАС обучались в специальной школе / специальной школе-интернате, 30 (46,9%) пациентов с РАС обучались в центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее – ЦКРОиР). Структура специальных учреждений образования, где пациенты с РАС получали образование по результатам ретроспективного исследования представлена на рисунке 2.

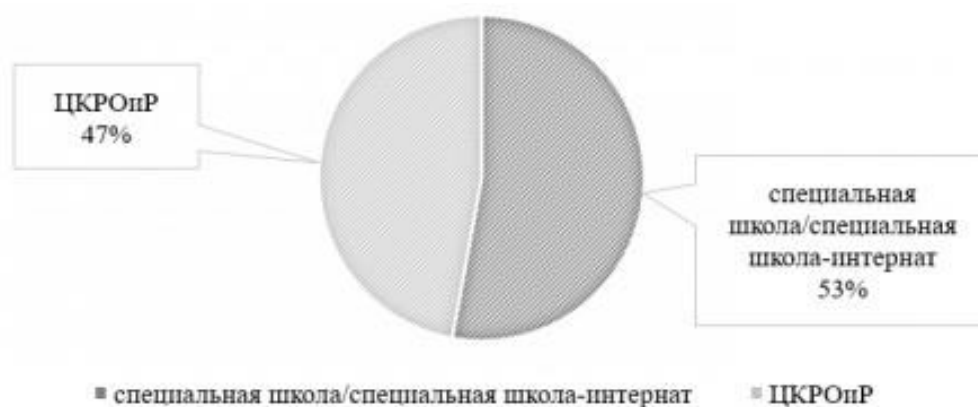


Рисунок 2 – Структура специальных учреждений образования, где пациенты с РАС получали образование по результатам ретроспективного исследования (n=64)

По результатам исследования по программе общего среднего образования обучались только 3 (3%) пациента с РАС; по специальной программе для детей с трудностями в обучении – 7 (7%) пациентов с РАС; по специальной программе для детей с тяжелыми нарушениями речи – 33 (33%) пациента с РАС; по специальной программе для детей с нарушениями слуха – 12 (12%) пациентов с РАС; по вспомогательной программе 1 отделения – 10 (10%) пациентов с РАС; по вспомогательной программе 2 отделения – 36 (35,3%) пациентов с РАС.

Результаты анализа программ образования у пациентов с РАС представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Структура программ образования у пациентов с РАС по результатам ретроспективного исследования (n=102)

Программы образования	Абс.	Проценты
Общего среднего образования	3	2,9
Вспомогательная программа 1 отделения	10	9,8
Вспомогательная программа 2 отделения	36	35,3
Программа для детей с тяжелыми нарушениями речи	33	32,4
Программа для детей с нарушениями слуха	12	11,8
Программа для детей с трудностями в обучении	8	7,8
Всего	102	100,0

Анализ программ образования у пациентов с РАС графически представлен на рисунке 3.

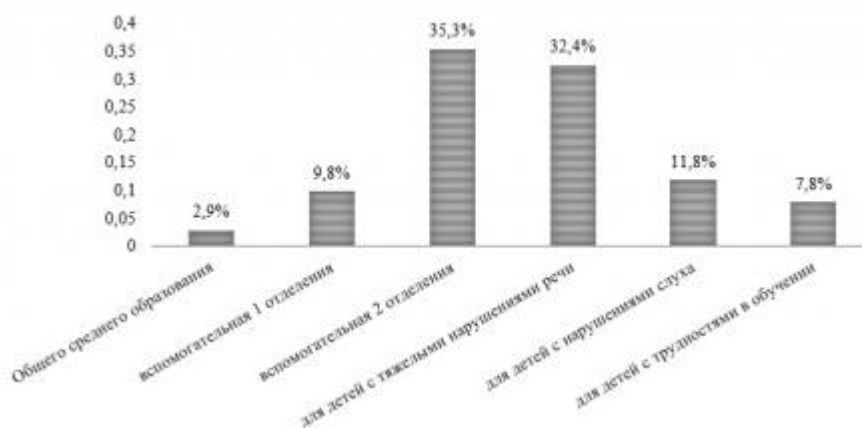


Рисунок 3 – Структура образовательных программ пациентов с РАС по результатам ретроспективного исследования (n=102)

Продолжают получать общее среднее или базовое образование 56 (54,9%) пациентов с РАС, 46 (45,1%) пациентов с РАС получили общее среднее или базовое образование.

По результатам проведенного ретроспективного анализа, после получения общего среднего или базового образования 32 (70%) пациентов с РАС

прекратили образование, 14 (30%) пациентов с РАС продолжили образование, из них: 1 (7,1%) пациент с РАС – в высшем учебном заведении (по специальности «Биотехнолог»); 13 (92,9%) пациентов профессионально-техническое образование. Результаты проведенного анализа представлены на рисунке 4.

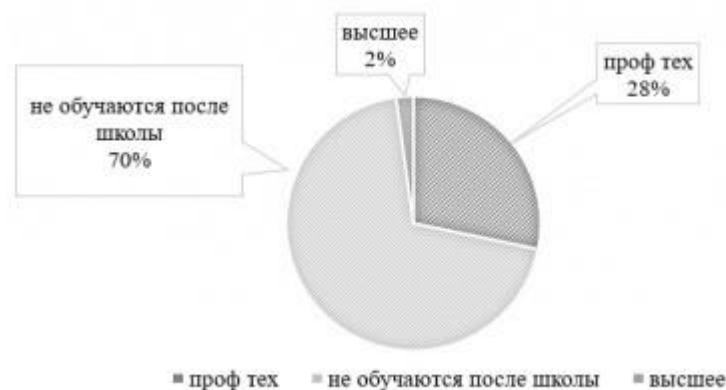


Рисунок 4 – Результаты анализа последующего образования после завершения среднего образования у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

По результатам ретроспективного анализа, из 102 пациентов с РАС у 40 (39,2%) способность к обучению при проведении медико-социальной экспертизы (далее – МСЭ) вообще не оценивалась. У 62 пациентов с РАС результаты оценки ограничений способности к обучению распределились следующим образом: у 9 (14,5%) пациентов с РАС ограничения способности к обучению ФК1; у 17 (27,4%) – ФК2; у 32 (51,6%) – ФК3; у 4 (6,5%) – ФК4 (табл. 2).

Таблица 2 – Результаты оценки степени выраженности ограничений способности к обучению у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

Функциональный класс ограничений	Абс.	Проценты
ФК 0	0	0
ФК 1	9	14,5
ФК 2	17	27,4
ФК 3	32	51,6
ФК 4	4	6,5
Всего	64	100,0

Проведен анализ ИПР(А)И пациентов с РАС. Следует отметить, что ИПР(А)И не заполнялась у 21 (20,6%) пациента с РАС.

Проведен анализ разделов, которые включает ИПР: освоение содержания образовательных программ, нуждаемость в создании специальных условий при

получении образования, нуждаемость в содействии в трудоустройстве, нуждаемость в адаптации к трудовой деятельности.

Таблица 4 – Показатели нуждаемости в освоении содержания образовательных программ у пациентов с РАС в ретроспективном исследовании

Нуждаемость в освоении содержания образовательных программ	Абс.	Проценты
Не нуждается	56	69,1
Нуждается	25	30,9
Всего	81	100,0

В 56 случаях (69,1%) из 81 в отношении пациентов с РАС было вынесено заключение, что они «не нуждаются в освоении содержания образовательных программ», в 25 случаях (30,9%) – «нуждаются в освоении содержания образовательных программ».

**Выводы.** По результатам проведенного исследования около 30% пациентов с РАС после завершения среднего или базового образования могут продолжить профессиональное образование. Требуется изучение вопросов прогнозирования выполнения трудовых функций пациентами указанной группы (в полной мере или отдельных трудовых функций в соответствии с профессиональным стандартом).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Информационно-статистический сборник по медицинской экспертизе и реабилитации в Республике Беларусь : в 2 ч. / сост.: В. Б. Смычек, А. В. Копыток, С. И. Луцинская. – Мн., 2023. – Ч. 1 : Показатели инвалидности 2022 г. – 116 с.

## ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КЛИНИКУ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

*Матейчик Л.А., Станько Э.П.*

*Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Алкогольные напитки употребляли с доисторических времен и продолжают употреблять по сей день. Практически на всем постсоветском пространстве с ними проходят все самые важные события в жизни: дни рождения, крестины, проводы, свадьбы. С ними связано много ритуалов и традиций. В их сопровождении встречают гостей и провожают в последний путь. «Обмывают» покупки и «заливают» горе. Ими пробуют лечить зубную, ушную боль, «расширять сосуды», сбивать температуру, снимать стресс и даже проводить профилактику от COVID-19.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), расходы, связанные с алкогольной зависимостью, составляют 2-5% ВВП (причем только 4% всех непосредственных затрат уходят на оказание наркологической помощи, а оставшиеся 96% – на устранение последствий алкогольной зависимости, в том числе обусловленных злоупотреблением спиртных напитков на рабочих местах). После выходных снижается трудоспособность на 10-15%, а после больших праздников – на 25-30%. Злоупотребление спиртными напитками приводит к повышению производственного травматизма и становится причиной развития многих болезней, инвалидности и преждевременной смертности, в том числе от заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые согласно статистике смертности занимают первое место [1].

Многочисленными зарубежными исследованиями доказана тесная взаимосвязь между увеличением количества потребляемых алкогольных напитков и риском возникновением артериальной гипертензии (АГ). Данная сердечно-сосудистая патология может стать результатом алкогольного абстинентного синдрома, особенно у выпивающих эпизодически [2].

**Цель.** Выявить влияние артериальной гипертензии на особенности клинической картины алкогольной зависимости.

**Методы исследования.** Всего обследовано 30 пациентов с диагнозом F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя» в возрасте от 32 до 64 лет (средний возраст составил  $48,6 \pm 10$  лет). Пациенты включались в исследование на 3-6 сутки стационарного лечения по поводу алкогольного синдрома отмены в отделении наркологии Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология» при условии получения от них добровольного согласия на участие в обследовании. Первоначальный отбор пациентов для обследования осуществлялся на основе изучения медицинской документации, по результатам которого пациенты были распределены на 2 группы. Группу 1 (n=15) составили пациенты с алкогольной зависимостью, имеющие коморбидную артериальную гипертензию (подтвержденную результатами измерения АД и выставленным диагнозом врачом-специалистом). Группа 2 (n=15) представлена пациентами с алкогольной зависимостью, у которых по результатам обследования не было выявлено артериальной гипертензии.

Основной метод обследования – клиничко-психопатологический. Дополнительным методом исследования был психологический. Для оценки структуры и динамики патологического влечения к алкоголю использовалась методика «Качественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом» [3]. Для обследования пациентов была разработана регистрационная карта пациента, которая включала паспортные данные, социально-демографическую характеристику (городское/сельское население, семейное положение, оценку социально-бытовых условий, профессионально-трудовой деятельности), информацию о длительности злоупотребления алкоголем и основных проявлениях алкогольной зависимости, наличии коморбидной патологии.

Содержание регистрируемых эмпирических данных определялось задачами исследования, показателями регистрационной карты и методики исследования. Статистическая обработка проводилась средствами пакета MS Excel.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные в ходе исследования результаты показали роль АГ в формировании клинической гетерогенности картины и течения алкогольной зависимости.

Анализ паспортной и социально-демографической информации показал, что пациенты обеих групп существенно не отличались по длительности злоупотребления спиртными напитками и продолжительности стационарного лечения. Пациенты, страдающие ассоциированной с артериальной гипертензией алкогольной зависимостью, были более старшего возраста по сравнению с контрольной группой, чаще наблюдалась наследственная отягощенность по алкогольному анамнезу. У пациентов группы 1 чаще были проблемы в семейных отношениях, чаще разводились, но реже при этом проживали в одиночестве, продолжая сожительство с бывшими супругами либо сожительствовали с новыми партнерами в отличие от пациентов группы 2, которые чаще проживали с родителями.

Анализ профессиональной занятости показал отсутствие существенных различий между группами. Следует отметить, что пациенты группы 1 реже были склонны к неофициальным подработкам, чаще жили на пенсию либо пособие по инвалидности (табл. 1)

Таблица 1 – Социально-демографическая характеристика обследованных.

Параметр	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Возраст, лет	55±8,2	42,3±7,4
Длительность злоупотребления, лет	18,7±5,8	16,5±5,7
Наследственная отягощенность алкоголизмом (%)	53,33	40
Состояли в браке (%)	40	26,7
Находились в разводе (%)	46,7	33,3
Холост (%)	13,3	40
Проживали в своей семье (%)	60	13,3
Совместно с родителями (%)	20	73,3
Проживали одни (%)	20	13,3
Трудоустроенность (%)	33,3	33,3
Неофициальные подработки (%)	13,3	53,3

Преобладающей коморбидной патологией среди пациентов обеих групп был хронический гепатит. Установлено, что у пациентов группы 1 чаще, чем у пациентов группы 2 наблюдались другие сопутствующие патологии

такие, как хронический гастрит, хронический пиелонефрит, хронический бронхит, кардиомиопатия и оперативные вмешательства, связанные с заменой тазобедренного сустава (табл. 2).

Таблица 2 – Частота встречаемости коморбидной соматической патологии у обследованных

Параметр	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Артериальная гипертензия (%)	100	0
Кардиомиопатия (%)	33,3	26,7
Хронический бронхит (%)	40	13,3
Хронический гепатит (%)	60	60
Хронический гастрит (%)	46,7	20
Хронический панкреатит (%)	26,7	13,3
Хронический пиелонефрит (%)	40	20
Полинейропатия (%)	13,3	0
Энцефалопатия (%)	20	6,7
Замена тазобедренного сустава (%)	26,7	6,7

Среди психической патологии, коморбидной алкогольной зависимости, у пациентов группы 1 по сравнению с группой 2, чаще встречались F10.31 (40% и 26,7% соответственно), F10.4 (53,3% и 33,3% соответственно), F10.52 (46,7% и 13,3% соответственно), F10.6 (20% и 0% соответственно).

Анализ форм потребления алкоголя, как видно из табл. 3, показал более характерные для пациентов группы 1 псевдозапойные формы злоупотребления алкоголем (эпизодические, с поиском причин и поводов для выпивки), постоянное пьянство с низкой толерантностью (выпивали часто и дробно на протяжении суток, в том числе ночью). Для пациентов группы 2 более характерным было перемежающееся пьянство (длительные периоды злоупотребления с эпизодами употребления максимальных количеств алкоголя).

Таблица 3 – Толерантность и форма злоупотребления алкоголем.

Параметр	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Толерантность (л)	0,95±0,7	1,2±0,9
Псевдозапой (%)	13,3	6,7
Истинные запои (%)	6,7	20
Постоянное пьянство с высокой толерантностью (%)	20	13,3
Перемежающееся пьянство (%)	46,7	60
Постоянное пьянство с низкой толерантностью (%)	13,3	0

Следует отметить, что у пациентов группы 1 преобладали формы измененного алкогольного опьянения, представленные чаще всего эксплозивным вариантом (с частыми вспышками агрессии, поисками повода для ссор, претензиями и угрюмостью), истерическим (с демонстративно-шантажным поведением, парасуицидами в состоянии опьянения), а также депрессивным вариантом (склонность к самообвинению, самобичеванию, плаксивость и беспричинная тревога). Для группы 2 измененные формы картины алкогольного опьянения наблюдались реже и чаще всего были представлены сомнолентным и маниакальным типами (табл. 4).

Таблица 4 – Частота встречаемости у обследованных измененных форм алкогольного опьянения.

Параметр	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Не наблюдались (%)	0	20
Эксплозивный (%)	46,7	20
Дисфорический (%)	13,3	6,7
Истерический (%)	26,7	20
Депрессивный (%)	20	13,3
С преобладанием сомноленции (%)	0	13,3
Маниакальный (%)	0	6,7

Необходимо подчеркнуть, что более длительным состояние отмены было у пациентов группы 1 и составило до 7 дней. Клиническая картина состояния отмены представлена выраженными соматоневрологическими и психопатологическими симптомами, дистимией с тревожно-параноидными установками. У пациентов группы 2 доминировали соматоневрологические расстройства длительностью от 1 до 5 дней. В постабстинентном периоде наблюдались клинические проявления, характеризующие различные заострения личности данных пациентов. Так, для пациентов группы 1 был характерен чаще эксплозивный, дистимический и истерический варианты, в противовес группе 2, где преобладающим был неустойчивый тип личности с подверженностью внешним влияниям, зависимостью от окружающих (табл. 5).

Таблица 5. – Тип заострения личности обследованных пациентов.

Параметр	Группа 1 (n=15)	Группа 2 (n=15)
Синтонный (%)	0	6,7
Неустойчивый (%)	13,3	66,6
Астенический (%)	6,7	6,7
Эксплозивный (%)	40	13,3
Дистимический (%)	20	0
Истерический (%)	20	6,7



**Выводы.** Алкогольная зависимость, ассоциированная с артериальной гипертензией чаще, чем неосложненная алкогольная зависимость приводит к развитию измененной картины алкогольного опьянения с укорочением длительности эйфории, раздражительности, эмоциональной лабильности, истерических и тревожно-депрессивных реакций, а также более длительного состояния отмены с соматоневрологическими и психопатологическими проявлениями в его структуре, превалированием в постабстинентном периоде (на 8-10 сутки трезвости) дисфории, агрессивности, конфликтности с проявлениями церебрастенического синдрома, депрессивной симптоматикой, формированием соматоневрологических осложнений в виде токсической энцефалопатии, полинейропатии вследствие поражения головного мозга токсико-сосудистого генеза, а также бронхита, пиелонефрита, гастрита и панкреатита.

### ЛИТЕРАТУРА

1. День профилактики алкоголизма 11 июля 2023 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://vospr.by/?p=3547>. – Дата доступа: 10.04.2024.
2. Остроумова, О. Д. Алкоголь и артериальная гипертензия / О. Д. Остроумова, Е. В. Саперова // Рац. фармакотер. в кардиол. – 2014. – № 10. – С. 79-82.
3. Чередниченко, Н. В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом / Н. В. Чередниченко, В. Б. Альтшуллер // Вопр. наркол. – 1992. – № 3-4. – С. 14-17.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Милехина А.В., Драчева Е.В.*

*МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва, Россия*

**Актуальность.** Тревожные и депрессивные расстройства являются наиболее часто диагностируемыми состояниями в психиатрической практике, что делает данный спектр расстройств важной проблемой для социума и требует дальнейшего изучения с целью поиска новых, эффективных методов лечения, разработки комплексной терапии. Частота диагностики депрессивных расстройств продолжает увеличиваться, таким образом на 2021г. рекуррентное депрессивное расстройство являлось первой причиной недееспособности по медицинским показаниям среди людей молодого возраста, а также смертности, в связи с высоким суицидальным риском таких пациентов [1]. В психиатрии нелекарственную терапию применяют в случаях, когда применение

фармакотерапии показывает неэффективность/непереносимость [2]. Нелекарственные методы терапии можно разделить на 2 группы – одни используются для преодоления резистентности к психофармакотерапии (ЭСТ, ТМС), к второй группе относятся методы с общебиологическим действием, которые не обладают собственным психотропным эффектом, но комплексно с фармакотерапией могут создавать аугментирующий эффект [3,4]. Данные методы могут применяться при расстройствах непсихотического уровня (депрессивных, неврастенических, тревожных). Гипербарическая оксигенация (ГБО) обладает выраженными биологическими свойствами [5]. Применение ГБО в общесоматической медицине имеет высокую доказательную базу и активно используется в клинической практике. Метод применяется для лечения дизбарической болезни, газовой эмболии, при интоксикациях, некротизирующих инфекциях, длительно незаживающих ранах, абсцессах, посттравматической ишемии, лучевой болезни, нейробластоме и др. [6].

Действие ГБО на ЦНС активно изучалось при состояниях, в которых ведущую роль играет фактор гипоксии (при травме головного, спинного мозга, при начальных проявлениях недостаточности мозгового кровообращения, нарушении мозгового кровообращения, аноксических энцефалопатиях) [5, 6, 7]. Применение ГБО также демонстрирует эффективность при депрессивных и тревожных состояниях [5]. Однако данная тема остается малоизученной, несмотря на большое количество доклинических исследований, клинических исследований остается недостаточно. По имеющимся данным можно говорить о снижении депрессивных и тревожных проявлений при применении ГБО у пациентов после перенесенных травм [8, 9]. Вместе с тем, вопрос требует дальнейшего изучения. В последние годы обсуждается вопрос о влиянии ГБО на нейропластичность [9, 10, 11]. Применение ГБО активирует физиологическую регенерацию нервной ткани [12]. Исследования продемонстрировали такие аспекты нейропластичности, как противовоспалительный, восстановление функции митохондрий, усиление перфузии посредством ангиогенеза и индукцию пролиферации и миграции стволовых клеток, демонстрировались выраженные нейропротекторные свойства ГБО и ее потенциал в лечении и профилактике различных повреждений нервной системы за счет уменьшения апоптоза и подавления дендритной и синаптической дегенерации, усиления сигнальных путей BDNF, TrkB [9, 13].

На базе Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России с 2020г. практикуется применение барокамеры «Вагоох-1» в комплексном лечении с фармакотерапией у пациентов с непсихотическими аффективными, тревожными, астеническими расстройствами.

**Цель.** Оценить эффективность метода гипербарической оксигенации в комплексной терапии у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством.

**Методы исследования.** В исследовании участвовали 85 человек (35 мужчин и 50 женщин) в возрасте  $45,3 \pm 11,4$  года с диагнозами: F33.1 – Рекуррентное аффективное расстройство умеренной тяжести; продолжительностью заболевания  $6,5 \pm 1,2$  года (30 пациентов); F33.2 – Тяжелое рекуррентное аффективное расстройство без психотических симптомов, с продолжительностью заболевания  $5,3 \pm 1,8$  года (55 пациентов). Все пациенты находились на стационарном лечении, диагнозы установлены в соответствии с критериями МКБ-10.

Основная группа включала 40 пациентов (17 мужчин и 23 женщины), которым в течение 27 дней кроме психофармакотерапии и психотерапии было проведено 12-15 сеансов лечения ГБО при давлении в 0,4–0,6 кПа по 40 минут. В группе сравнения было 45 пациентов (21 мужчина и 24 женщины), которые в течение 27 дней получали психофармакотерапию и сеансы когнитивно-бихевиоральной психотерапии. У пациентов обеих групп наблюдалось депрессивное настроение с тоскливыми, тревожным аффектами. Пациенты предъявляли жалобы на инсомнию, снижение концентрации внимания, ангедонию. В работе применялись шкалы – оценка субъективных ощущений (САН – «Самочувствие, активность настроение»), опросник «Оценки качества жизни» (SF-36), шкала депрессии Гамильтона (HDRS-17). Проведение исследования у 85 пациентов включало оценку психометрических показателей в начале и по окончании стационарного лечения. Пациентам было проведено 12-15 сеансов.

*Статистическая обработка* полученных данных осуществлялась в SPSS 20.0. Применялась описательная статистика; непараметрический М-критерий для зависимых выборок, оценивающий сдвиг значений признака, измеренного в дихотомической шкале МакНемара; непараметрический Т-критерий Вилкоксона; непараметрический критерий U-критерий Манна-Уитни.

*Этический аспект.* Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие.

**Результаты и их обсуждение.** После прохождения 5–7 сеансов ГБО у пациентов наблюдалось снижение выраженности астенических проявлений: заторможенности, утомляемости и адинамии. У некоторых пациентов во время сеансов ГБО (27 чел.) развивалось состояние психофизиологической расслабленности, в некоторых случаях переходящее в физиологический сон. У других пациентов (13 чел.) отмечался психоэнергезирующий эффект (бодрость, активность, «прилив сил»).

Проанализированные данные опросника САН показали отсутствие достоверных различий в изменении фона настроения в обеих группах пациентов (разница 0,3 балла), однако субъективное улучшение самочувствия и снижение астенических проявлений более выражено проявлялось в основной группе, проходящей сеансы ГБО. Самочувствие в первой группе улучшилось на 2,2 балла ( $p=0,066$ ) по сравнению с началом лечения, в группе сравнения – на 1,3 балла ( $p=0,063$ ), активность в основной группе выросла на 2,5 балла ( $p=0,061$ ), в группе сравнения – 1,7 балла ( $p=0,051$ ).

На первом этапе анализа были сопоставлены результаты, полученные при помощи опросника САН. Необходимо отметить отсутствие статистически значимых различий в исходных субъективных показателях психоэмоционального состояния у пациентов обеих групп. Оценка динамики показателей САН проводилась с использованием непараметрического Т-критерия Вилкоксона. Проведенный анализ показал, что оба рассматриваемых метода лечения приводят к статистически значимым изменениям в субъективной оценке пациентами своего состояния. Для сравнения результативности двух вариантов лечения был проведен сравнительный анализ с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты статистического анализа свидетельствуют о наличии значимых различий в итоговых субъективных оценках пациентов в зависимости от применяемого варианта лечения. Пациенты из основной группы имеют значимо более высокие показатели, чем пациенты группы сравнения. Кроме того, необходимо отметить, что показатели оценок пациентов основной группы лежат в зоне нормальных значений.

В разделе «Общего показателя здоровья» (generalhealth – GH) шкалы SF-36 средние значения в основной группе возросли с 34 до 47 баллов (значение критерия  $T=-5,585$  при  $p=0,000$ ), в группе сравнения – с 34 до 42 баллов (значение критерия  $T=-3,887$  при  $p=0,000$ ). Пациенты основной группы отмечали улучшения самочувствия, настроения, уменьшение симптомов астении. «Показатель жизненной активности» (VT) шкалы SF-36 в основной группе составил 25 и 37 баллов в начале и в конце госпитализации соответственно ( $T=-5,923$  при  $p=0,000$ ), в то время как в группе сравнения в начале лечения был 25 баллов и 30 – в конце (значение критерия  $T=-2,252$  при  $p=0,000$ ). Для пациентов основной группы увлекательным стало чтение, беседы, прогулки, появилось ощущение «прилива» физической энергии после сеансов. Показатели «Социального функционирования» (socialfunctioning – SF) шкалы SF-36 в обеих группах также улучшилась: в основной группе на 4,5 балла, в группе сравнения – на 4 балла (и  $T=-3,017$  при  $p=0,0327$  и  $T=-2,252$  при  $p=0,049$  соответственно). В разделе «Психического здоровья» (MH) шкалы SF-36 показатели в основной группе изменились с 24 баллов до 53 баллов (значение критерия  $T=-9,752$  при  $p=0,000$ ), во второй с – 24 до 48 (значение критерия  $T=-8,144$  при  $p=0,000$ ). После проведенных 5–7 сеансов гипербарической оксигенации у пациентов основной группы отмечено улучшение психической и физической активности, в связи с чем они с большей готовностью присоединялись к социальной и трудовой психореабилитации в отделениях стационара по сравнению с пациентами группы сравнения. Анализ показателей по шкале HDRS-17 выявил изменения в 12 баллов в основной группе, с 19 в начале и 7 баллами в конце, в группе сравнения – с 19 до 10 баллов. Статистическая обработка подтвердила значимость различий, указывающих на статистически достоверную большую эффективность лечения, проведенного в основной группе ( $U= 6,000$  при  $p=0,000$ ). Снижение выраженности и частоты предъявления жалоб на вегетативные расстройства в основной группе было

более выражено. Наиболее часто в обеих группах пациенты предъявляли жалобы на приступы учащенного сердцебиения, потливость, колебания АД. Различные болевые ощущения в данном исследовании не анализировались.

**Выводы.** Таким образом, применение ГБО снижает проявления астении в структуре депрессивных расстройств (слабости, сонливости, заторможенности, способствует субъективному улучшению самочувствия, настроения и физической активности. Отмечено ослабление интенсивности или полное исчезновение ощущения тяжести в голове, головной боли, ускоряется регресс вегетативных нарушений – стабилизируются АД, ЧСС, снижается гипергидроз. По результатам оценки шкалы SF-36 улучшается общее самочувствие, повышается уровень физической активности, социального функционирования, уровень психического здоровья, восстанавливается аппетит.

Таким образом, метод ГБО способствует снижению выраженности депрессивных расстройств, что позволяет рекомендовать его в комплексном лечении больных с депрессией.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство: клин. рек. / сост.: Р. В. Ахапкини [и др.] ; Рос. об-во психиатров. – Москва, 2021. – 88 с.
2. Психиатрия: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 768 с.
3. Авруцкий, Г. Я. Лечение психически больных : рук. для врачей / Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува. – Москва : Медицина, 1988. – 528 с.
4. Ильин, С. А. Сравнительная эффективность и переносимость циклической транскраниальной магнитной стимуляции и электростимуляторной терапии при затяжных терапевтически резистентных депрессиях / С. А. Ильин, Э. Э. Цукарзи, С. Н. Мосолов // Соц. и клин. психиатр. – 2008. – № 2. – С. 73-79.
5. Чуркин, Е. А. Применение гипербарической оксигенации в психиатрической практике : метод. рек. / Е. А. Чуркин. – Москва, 1994. – 25 с.
6. Гипербарическая медицина : практ. рук. / под. ред. Д. Матье ; пер. с англ. А. А. Митрохина. – Москва : Бином. Лаборатория знаний, 2020. – 720 с.
7. Гипербарическая оксигенация в лечении последствий черепно-мозговой травмы : метод. рек. / сост.: В. Н. Кошелев, А. Д. Белоусов, Ю. Г. Шапкин. – Саратов : Саратов. гос. мед. ин-т, 1990. – 12 с.
8. Hyperbaric Oxygen Effects on Depression-Like Behavior and Neuroinflammation in Traumatic Brain Injury Rats / S. W. Lim [et al.] // World Neurosurg. – 2017. – Vol. 100. – P. 128-137. – doi: 10.1016/j.wneu.2016.12.118.
9. Ahmadi, F. A review on the neuroprotective effects of hyperbaric oxygen therapy / F. Ahmadi, A. R. Khalatbary // Med. Gas. Res. – 2021. – Vol. 11, iss. 2. – P. 72-82. – doi: 10.4103/2045-9912.311498.

10. Impact of Hyperbaric Oxygen Therapy on Cognitive Functions: a Systematic Review / A. B. Marcinkowska [et al.] // Neuropsychol. Rev. – 2021. – Vol. 32, iss. 1. – P. 99-126. – doi: 10.1007/s11065-021-09500-9.

11. Hadanny, A. Editorial: Hyperbaric oxygen and the brain / A. Hadanny, S. Efrati // Front. Neurol. – 2022. – Vol. 13. – Art. 1078544. – doi: 10.3389/fneur.2022.1078544.

12. Survey of Molecular Mechanisms of Hyperbaric Oxygen in Tissue Repair / J. Lindenmann [et al.] // Int. J. Mol. Sci. – 2021. – Vol. 22, iss. 21. – Art. 11754. – doi: 10.3390/ijms222111754.

13. Hyperbaric oxygen therapy reduces apoptosis and dendritic/synaptic degeneration via the BDNF/TrkB signaling pathways in SCI rats / X. Ying [et al.] // Life Sci. – 2019. – Vol. 229. – P. 187-199. – doi: 10.1016/j.lfs.2019.05.029.

## **О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

*Мингазов И.Ф., Кормилина О.М.*

*Новосибирский областной клинический наркологический диспансер,  
Новосибирск, Россия*

**Актуальность.** По данным ВОЗ нарушения психического здоровья населения проявляются сегодня уже у каждого восьмого жителя планеты. Авторы статьи, изучив динамику заболеваемости и смертности населения в Российской Федерации выявили свой подход, позволяющий подойти к оценке бремени, связанного с особенностями класса психических и поведенческих расстройств.

**Цель.** Выявить особенности болезней класса психических и поведенческих расстройств в Российской Федерации.

**Методы исследования.** Аналитический, ретроспективный, описательный. Проведен анализ показателей и абсолютных данных первичной и общей заболеваемости по всем классам заболеваний в Российской Федерации. Рассчитаны осредненные показатели, характеризующие структуру заболеваемости, ежегодный темп прироста и убыли заболеваемости. В ходе анализа использовались материалы МЗ РФ и Росстата [1-8].

### **Результаты и их обсуждение.**

За 2008–2022 гг. в Российской Федерации значительно снизился уровень многих классов заболеваний. Опираясь на официальные статистические сборники МЗ Российской Федерации по заболеваемости населения, были составлены динамические ряды с параметрами уровней первичной и общей заболеваемости. Авторами получены уточненные данные по классам заболеваний, имеющих тенденции к росту заболеваемости.

Показатель первичной заболеваемости по Российской Федерации, имел тенденцию к снижению за 2009 – 2020 годы и к значительному росту в 2021-2022 годах (рисунок 1).

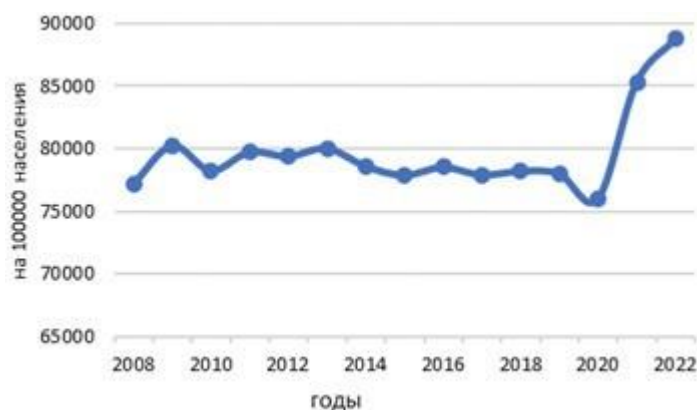


Рис.1 Динамика показателя первичной заболеваемости (все население Российской Федерации) на 100 тыс. населения

Показатель первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по Российской Федерации, снизился с 653,8 на 100 тыс. населения в 2008 до 346,8 на 100 тыс. населения в 2020 г. и росту заболеваемости в 2021 и 2022 годах до 431,6 на 100 тыс. населения (рисунок 2).

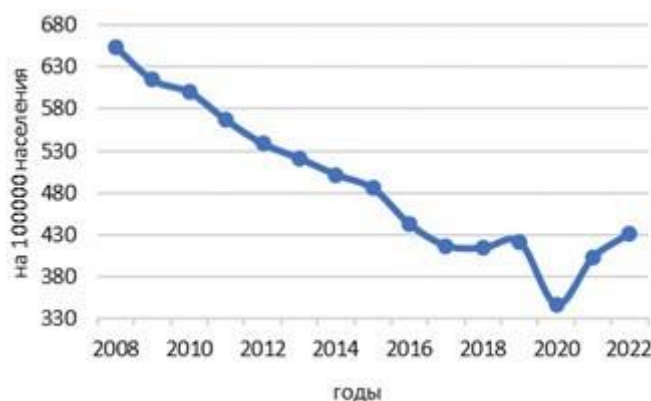


Рис. 2 Динамика показателя по классу Психические расстройства и расстройства поведения первичная заболеваемость (все население РФ)

Снижение уровня первичной заболеваемости за 2008-2022 годы по РФ по 14 классам заболеваний: Болезни инфекционные с 4,7% до 2,5 %; Болезни новообразования с 1,3% до 1,2%; Болезни крови с 0,7 до 0,4%; Болезни эндокринной системы с 1,5% до 1,4 %; Психические расстройства и расстройства поведения с 0,8% до 0,5%; Болезни нервной системы с 2,2% до 1,6%; Болезни глаза и его придаточного аппарата с 4,4% до 2,8%; Болезни уха и сосцевидного отростка с 3,2% до 2,5%; Болезни органов пищеварения с 4,5% до 3,1%; Болезни кожи и подкожной клетчатки с 6,4% до 4,1%; Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с 4,6% до 3,2%; Болезни мочеполовой системы с 6,3% до 4,2%; Врожденные аномалии с 0,3% до 0,2%;

Травмы с 12,1% до 9,6%. За этот же период выявлен рост уровня первичной заболеваемости по 2 классам: Болезни органов дыхания рост с 39,4% до 47,5% и Болезни системы кровообращения рост с 3,4% до 3,8% (рисунок 3).

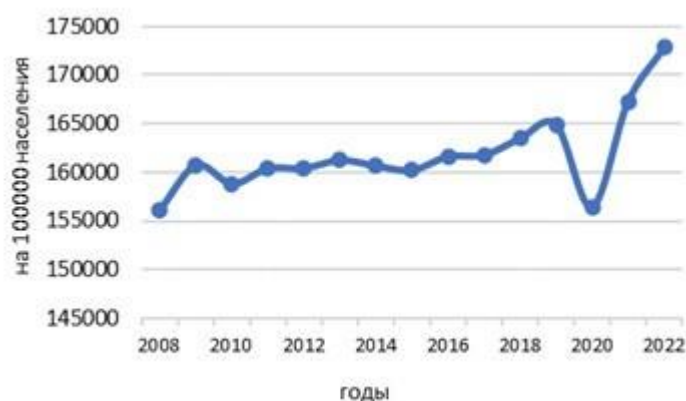


Рис.3 Динамика показателя общей заболеваемости (все население РФ на 100 тыс. населения)

Динамика общей заболеваемости по классу болезней Психические расстройства и расстройства поведения снизилась с 5250,4 в 2008 году до 3790,8 на 100 тыс. населения в 2020 году и вновь выросла в 2021-2022 году до 3901,5 на 100 тыс. населения (рисунок 4).

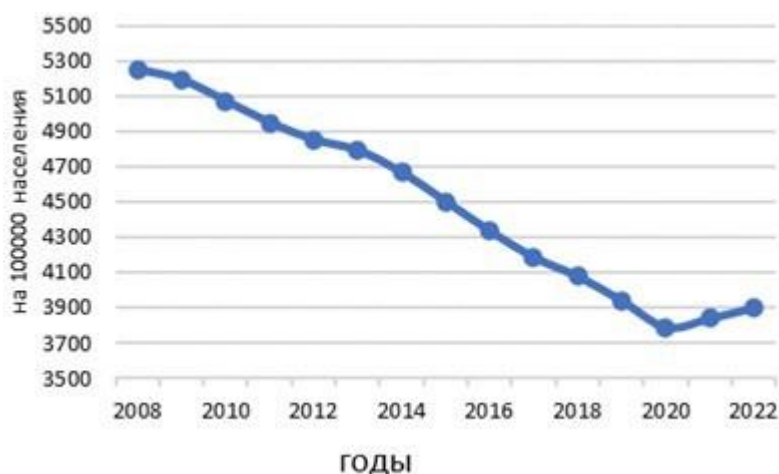


Рис. 4 Динамика показателя по классу Психические расстройства и расстройства поведения общая заболеваемость

Психическое здоровье населения отражает качество жизни населения. В структуре общей заболеваемости за 2022 год класс болезней Психические расстройства и расстройства поведения занимают 16 место.

При анализе многолетних показателей общей заболеваемости по классам болезней установлено, что идет снижение уровня общей заболеваемости в структуре за 2008-2022 годы по РФ по 11 классам заболеваний: Болезни инфекционные с 3,3% до 2,2 %; Болезни крови с 0,8 до 0,7%; Психические расстройства и расстройства поведения с 3,4% до 2,3%; Болезни нервной



системы с 3,6% до 3,2%; Болезни глаза и его придаточного аппарата с 7,0% до 5,3%; Болезни уха и сосцевидного отростка с 2,4% до 1,9 %; Болезни органов пищеварения с 7,3% до 6,0%; Болезни кожи и подкожной клетчатки с 4,0 % до 3,0%; Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с 8,0% до 7,4%; Болезни мочеполовой системы с 7,0% до 6,2%; Травмы с 6,0% до 4,6%.

За этот же период выявлен рост уровня общей заболеваемости по 6 классам: Болезни органов дыхания рост с 23,5% до 27,1%; Болезни системы кровообращения рост с 14,1% до 15,1%; Болезни новообразования с 2,5 % до 3,0 %; Болезни эндокринной системы с 3,7% до 5,1 %; Врожденные аномалии с 0,4% до 0,5%.

Выявлена характерная особенность класса психических и поведенческих расстройств через соотношение общей и первичной заболеваемости. Так еще раз уточнено, что вся общая заболеваемость в среднем превышает уровень всей первичной заболеваемости в 2 раза, однако для класса психических и поведенческих расстройств, связанными с употреблением психоактивных веществ выявляется стойкое увеличение этого соотношения в 5 раз (табл.1).

Таблица – 1 Отношение количество общей заболеваемости к количеству первичной заболеваемости

	2008	2010	2015	2020	2022
Показатель общей заболеваемости к первичной заболеваемости	2,0	2,0	2,1	2,1	1,9
Психические расстройства и расстройства поведения	8,0	8,4	9,3	10,9	9,0
Болезни системы кровообращения	8,3	8,7	7,5	8,2	7,8
Болезни эндокринной системы	5,0	5,8	5,6	7,5	7,1
Болезни новообразования	3,8	3,8	4,0	5,0	4,8
Врожденные аномалии	3,3	3,4	3,7	4,6	4,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3,5	3,8	4,4	4,7	4,5
Болезни нервной системы	3,3	3,5	3,8	4,1	4,0
Болезни органов пищеварения	3,3	3,4	3,3	3,8	3,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	3,2	3,4	3,2	3,6	3,6
Болезни крови	2,4	2,5	2,6	3,4	3,2
Болезни мочеполовой системы	2,2	2,3	2,5	2,9	2,8
Болезни инфекционные	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Беременность, роды	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы	2,2	1,9	1,4	1,1	1,2
Болезни органов дыхания	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
Травмы	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
COVID-19				1,0	1,0

Шлейф повторных обращений пациентов, высокий уровень инвалидности класса психических и поведенческих расстройств и высокая обремененность

тяжелым грузом хронических заболеваний подчеркивает уникальность и «тяжесть» этого класса заболеваний [1-8].

Данные по ежегодной смертности от болезней класса психических расстройств и расстройства поведения составляют 0,8 - 1,0 % от общей смертности за 2021 и за 2022 год. При детализации причин смерти выявлено, что причины смерти, обусловленные психоактивным веществом – алкоголем значительно превышает смертность от болезней класса Психические расстройства и расстройства поведения в 2,1 - 2,4 раза. Фактически показатель смертности по классу Психические расстройства и расстройства поведения не отражает реальной ситуации и регистрируется как причина смерти в других классах причин смерти.

**Выводы.** Заболеваемость по классу Психические расстройства и расстройства поведения находится на первом месте по соотношению уровня общей заболеваемости к первичной заболеваемости (соотношение 9,0 раз), что выше в 4,5-5 раза, чем по всем заболеваниям (соотношение 1,9 -2 раза), выше чем болезни системы кровообращения и болезни эндокринной системы; Общая и первичная заболеваемость по классу Психические расстройства и расстройства поведения длительное время снижалась, но с 2021 года наметился рост заболеваемости; в структуре общей и первичной заболеваемости класс Психические расстройства и расстройства поведения занимает 14-16 места; в динамике структуры общей заболеваемости класс Психические расстройства и расстройства поведения за 2008-2022 снизился с 3,4% до 2,3%; в динамике структуры первичной заболеваемости класс Психические расстройства и расстройства поведения за 2008-2022 снизился с 0,8% до 0,5%; фактически показатель смертности по классу Психические расстройства и расстройства поведения не отражает реальной ситуации и регистрируется как причина смерти в других классах причин смерти.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Заболеваемость всего населения России в 2015 году : стат. материалы / Г. А. Александрова [и др.] ; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Рос. Федерации ; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2016. – 139 с.
2. Заболеваемость всего населения России в 2018 году : стат. материалы / Г. А. Александрова [и др.] ; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Рос. Федерации ; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2019. – 142 с.
3. Заболеваемость всего населения России в 2019 году : стат. материалы / Г. А. Александрова [и др.] ; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава Рос. Федерации ; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2020. – 142 с.
4. Заболеваемость всего населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни : стат. материалы / Е. Г. Котова [и др.] ; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения.

Минздрава Рос. Федерации ; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2021. – 143 с.

5. Заболеваемость всего населения России в 2020 году: статистические материалы / Е. Г. Котова [и др.]; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. Минздрава Рос. Федерации ; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2021. – 145 с.

6. Заболеваемость всего населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы / Е. Г. Котова [и др.]; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. Минздрава Рос. Федерации; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2022. – 143 с.

7. Заболеваемость всего населения России в 2021 году: статистические материалы / Е. Г. Котова [и др.]; Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения. Минздрава Рос. Федерации; ЦНИИ орг. и информатиз. здравоохранения. – Москва, 2022. – 145 с.

8. Естественное движение населения Российской Федерации за 2022 год // Федеральная служба гос. статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13269>. – Дата доступа: 22.01.2024.

## **ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ: ФОКУС НА НЕГАТИВНУЮ СИМПТОМАТИКУ**

***Петрова Н.Н., Манюшина В.М.***

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»,  
Санкт-Петербург, Россия*

**Актуальность.** Изучение первого психотического эпизода (длительность заболевания не более пяти лет, не более трех психотических приступов) [3] является важным направлением в психиатрии, так как начальный период заболевания формирует и предопределяет его долгосрочный прогноз [1] и дает наибольшие возможности для профилактики хронизации заболевания [8].

Влияние гендерного фактора на здоровье долгое время игнорировалось в медицине в целом [10], несмотря на то, что выявление гендерных особенностей психических расстройств является первым шагом на пути к прецизионной психиатрии [5]. В последние годы начали активно изучать различия между пациентами мужского и женского пола с шизофренией с позиции эпидемиологии, клинической картины и течения болезни [4], а также биологических и психосоциальных характеристик [9]. Понимание механизмов, лежащих в основе гендерных особенностей психического расстройства, может способствовать прояснению патогенеза заболевания и реализации стратегий персонализированных вмешательств [4].

**Цель.** изучение гендерных характеристик негативной симптоматики и функционирования у пациентов с первым эпизодом шизофрении.

**Методы исследования.** На этапе ремиссии было обследовано 60 пациентов, среди них 56% мужчин в возрасте  $24,6 \pm 3,45$  года и 44% женщин в возрасте  $28,4 \pm 3,64$  лет с диагнозом F20.0 «Параноидная шизофрения» по МКБ-10. Средний возраст дебюта заболевания составил у мужчин  $22,4 \pm 5,18$  года, у женщин  $29,6 \pm 3,77$  года.

Критерии включения: возраст пациентов 18-40 лет, наличие письменного добровольного согласия на участие в исследовании, первый эпизод шизофрении (первые 5 лет заболевания, первые три приступа).

Критерии исключения: наличие актуального соматического заболевания/органического поражения головного мозга, употребление ПАВ в анамнезе.

Для оценки негативной симптоматики использовались психометрические шкалы: шкала оценки позитивных и негативных симптомов - Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), шкала оценки негативных симптомов - Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), клиническое интервью для оценки негативных симптомов - The Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). Для оценки вторичной негативной симптоматики использовались шкала депрессии Калгари, а также шкала оценки побочного действия препаратов Udvald for

Kliniske Undersogelser Scale (UKU). Для оценки когнитивного функционирования использовалась шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией - Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). Для оценки функционального исхода применялись шкала личностного и социального функционирования - Personal and Social Performance scale (PSP), шкала глобального функционирования - Global Assessment Scale (GAF).

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.8. Сравнение двух групп по количественному показателю, имеющему нормальное распределение, при условии равенства дисперсий выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента; распределение, отличающееся от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни. Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона, а также с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** Среди обследуемых пациентов у 63,6 % среди мужчин и 57,6 % среди женщин присутствовала первичная негативная симптоматика. Важно дифференцировать вторичные и первичные негативные симптомы, так как некоторые расстройства, в частности депрессия и паркинсонизм, имеют феноменологическое сходство с первичными негативными симптомами при шизофрении. Апатобулические расстройства можно легко спутать с депрессивной двигательной заторможенностью и паркинсонической акинезией, когнитивными нарушениями и нарушением

ассоциативного мышления. Шизофренический аутизм может быть трудно отличить (без может быть) от социальной замкнутости при депрессии или вынужденного ограничения социальных контактов при паркинсонизме. Следует обратить внимание, что наиболее важными отличительными признаками негативной симптоматики являются алогия, притупленный аффект и социальная замкнутость, что присутствовало у обследуемых пациентов, тогда как при депрессии у пациентов с шизофренией характерны гипотимия и суицидальные мысли [7].

У пациентов разного пола были выявлены статистически значимые различия степени выраженности негативных симптомов:  $22,0 \pm 7,23$  у мужчин,  $11,73 \pm 5,03$  у женщин ( $p < 0,001$  в обоих случаях), и общепсихопатологической симптоматики:  $36,71 \pm 8,70$  у мужчин,  $28,8 \pm 5,87$  у женщин ( $p = 0,004$  в обоих случаях), а также значения композитного индекса:  $-7,38 \pm 9,22$  у мужчин,  $0,4 \pm 5,12$  у женщин ( $p = 0,009$  в обоих случаях) (PANSS), что указывает на преобладание негативной симптоматики над продуктивной в обеих группах пациентов и стойкости первичных негативных симптомов [6].

По данным шкалы SANS были выявлены значимые различия выраженности всех негативных симптомов у пациентов разного пола, причем худшие показатели отмечались у мужчин. Наибольшие различия наблюдались по уровню таких негативных симптомов, как уплощение аффекта ( $17,85 \pm 8,99$  и  $6,33 \pm 6,62$  балла, соответственно) и апато-абулическая симптоматика ( $10,61 \pm 4,43$  и  $4,60 \pm 4,37$  балла, соответственно) ( $p < 0,001$  в обоих случаях).

При сопоставлении баллов по отдельным пунктам CAINS-MAP были выявлены статистически значимые различия: у мужчин, по сравнению с женщинами, больше выражено нарушение мотивации для близких родственников/супружеских/партнерских отношений:  $2,54 \pm 3,12$  у мужчин,  $0,4 \pm 2,15$  у женщин ( $p = 0,001$  в обоих случаях), частота ожидаемых социальных мероприятий, приносящих удовольствие:  $4,43 \pm 6,34$  у мужчин,  $1,12 \pm 3,44$  у женщин ( $p = 0,011$  в обоих случаях), мотивация для работы:  $5,65 \pm 3,74$  у мужчин,  $3,43 \pm 1,64$  у женщин ( $p = 0,033$  в обоих случаях), частота ожидаемой работы и обучения, приносящих удовольствие:  $7,63 \pm 4,14$  у мужчин,  $2,15 \pm 4,84$  у женщин ( $p = 0,035$  в обоих случаях).

При оценке депрессии в структуре шизофрении было установлено, что у женщин симптомы депрессии встречались чаще, чем у мужчин: 46% среди обследуемых женщин, в то время как лишь 27% среди мужчин. Была обнаружена обратная корреляционная связь между выраженностью депрессии и первичной негативной симптоматикой по шкале PANSS у пациентов обоего пола ( $r = -0,39$ ,  $p < 0,05$  для женщин и  $r = -0,75$ ,  $p < 0,05$  для мужчин).

В целом, у 88% обследуемых пациентов была выявлена побочная симптоматика, из них у 81,2% - легкой степени выраженности. По показателям неврологических и иных побочных эффектов не было значимой разницы между пациентами мужского и женского пола:  $2,7 \pm 1,55$  и  $2,6 \pm 1,65$ ,  $3,5 \pm 2,24$  и  $3,5 \pm 2,46$  соответственно. Психические и вегетативные побочные эффекты были больше

выражены у женщин, чем у мужчин:  $5,4 \pm 3,91$  и  $4,8 \pm 2,24$ ,  $3,2 \pm 1,64$  и  $2,8 \pm 1,67$  соответственно.

Композитный индекс BACS был выше у женщин по сравнению с мужчинами:  $27,1 \pm 16,76$  и  $13,17 \pm 14,89$  балла, соответственно ( $p = 0,001$  в обоих случаях). При этом анализ отдельных когнитивных областей не выявил половых различий ни в одном из пунктов, кроме рабочей памяти (последовательность чисел), которая была заметно хуже у мужчин, нежели у женщин:  $33,34 \pm 13,67$  и  $49,23 \pm 14,18$ , соответственно ( $p < 0,001$  в обоих случаях).

Считается, что женщины, больные шизофренией, как правило, имеют более благоприятный функциональный исход [2, 11], что согласуется с результатами проведенного нами исследования. По результатам оценки шкалы личностного и социального функционирования PSP были выявлены статистически значимые различия в пользу женщин в областях социально полезной деятельности:  $3,12 \pm 6,76$  у женщин,  $1,89 \pm 2,64$  у мужчин ( $p = 0,003$  в обоих случаях), отношений с близкими:  $4,52 \pm 3,16$  у женщин,  $2,15 \pm 1,76$  у мужчин ( $p = 0,002$  в обоих случаях) и способности к самообслуживанию:  $2,87 \pm 6,46$  у женщин  $0,8 \pm 3,79$  у мужчин ( $p = 0,007$  в обоих случаях). Общий балл по шкале PSP также оказался значимо выше у женщин, чем у мужчин:  $76,1 \pm 9,79$  и  $57,21 \pm 6,71$  соответственно ( $p = 0,002$  в обоих случаях). При оценке уровня функционирования по шкале GAF также были обнаружены значимые различия:  $80,7 \pm 5,16$  у женщин  $60,8 \pm 6,79$  у мужчин ( $p < 0,001$ ).

**Выводы.** Первичная негативная симптоматика чаще встречается и больше выражена у пациентов мужского пола, чем у женщин, причем мужской пол является предиктором большей выраженности апато-абулической симптоматики. Не выявлено взаимосвязи негативной симптоматики и неврологических, вегетативных и психических побочных эффектов, что может быть связано с незначительной выраженностью побочных эффектов фармакотерапии. Депрессия в структуре шизофрении чаще наблюдается у женщин и ассоциирована с меньшей выраженностью первичной негативной симптоматики. Женщины продемонстрировали более высокий уровень когнитивного функционирования в области рабочей памяти. Уровень общего функционирования выше у пациентов женского пола в таких областях, как социально полезная деятельность, отношения с близкими и способность к самообслуживанию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шашкова, Н.Г. Первый психотический эпизод: особенности оказания психиатрической помощи больным в современных условиях / Н.Г. Шашкова, А.К. Гажа // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – № 2. – С. 80-90.
2. Петрова, Н.Н. Половые особенности первого эпизода шизофрении / Н.Н. Петрова, Е.Е. Воинкова, М.В. Дорофейкова // Психическое здоровье. – 2018. – № 5. – С. 43-51.
3. Петрова, Н.Н. Препараты пролонгированного действия в поддерживающей терапии больных с первым психотическим эпизодом /

Н.Н. Петрова, Е.О. Кучер // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – № 3. – С. 67-72.

4. Gender Differences in Clinical and Psychosocial Features Among Persons With Schizophrenia / Giordano GM [et al.] // A Mini Review. Frontiers in psychiatry. – 2021. – № 12. Article.789179. doi.org/10.3389/fpsyt.2021.789179

5. Li, X A glimpse of gender differences in schizophrenia / X Li, W Zhou, Z. Yi // General psychiatry. 2022; (35). doi.org/10.1136/gpsych-2022-100823

6. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia / K. Lim [et al] // Asian J Psychiatr. 2021 (62) – 102732.

7. Mosolov, S.N. Primary and Secondary Negative Symptoms in Schizophrenia / SN Mosolov, PA.Yaltonskaya // Front Psychiatry. 2022; (3);12:766692.

8. First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory / J. Prakash [et al] // Ind Psychiatry J.. – 2021. – № 7. P. 198-206. doi: 10.4103/ipj.ipj\_38\_21. doi: 10.3389/fpsyt.2021.766692

9. Riecher-Rössler, A. Sex and gender differences in mental disorders / A. Riecher-Rössler // The Lancet Psychiatry.2017; (1): –8–9. doi.org/10.1016/S2215-0366 (16)30348-0

10. The influence of sex and gender on health: How much is being taught in medical school curricula? / N.K. Thande [et al] // Journal of Women's Health. 2019; (12): 1748–1754. doi.org/10.1089/jwh.2018.7229

11. K Negative symptoms in schizophrenia, assessed by the brief negative symptom scale, self-evaluation of negative symptom scale, and social cognition: a gender effect / P. Wojciak // International journal of psychiatry in clinical practice. 2021; (25): 252–257. doi.org/10.1080/13651501.2020.18102

## **ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММА ПАЦИЕНТОВ В СОМАТОГЕННОЙ ФАЗЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АГОНИСТАМИ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ**

*Михайлов А.Ю.<sup>1</sup>, Березина И.Ю.<sup>1</sup>, Сумский Л.И.<sup>2</sup>*

*Федеральное государственное бюджетное учреждение здравоохранения*

*«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия<sup>1</sup>*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», г. Москва, Россия<sup>2</sup>*

**Актуальность.** Передозировка опиоидных наркотических препаратов при их использовании с целью наркотического опьянения может приводить к угнетению уровня бодрствования и расстройствам дыхания, возникающими вследствие депрессорного влияния на функции центральной нервной системы

(ЦНС) с развитием токсикогипоксической энцефалопатии [3], а угнетение уровня бодрствования при этом может наблюдаться не только в токсикогенной фазе острого отравления, но и сохраняться в соматогенной фазе. Оценка степени и тяжести возникающих нарушений функций головного мозга в таком случае может осуществляться не только клинически, но и с помощью метода электроэнцефалографии (ЭЭГ).

Касательно вопроса трактовки паттернов ЭЭГ при отравлениях этими препаратами, в литературе отмечаются схожие представления на этот счёт. Например, Sutter R. et al. [4] предполагают, что препараты группы морфия, а также другие опиоидные агонисты способны приводить к замедлению альфа-ритма, а в отдельных случаях при их использовании возможно появление и пароксизмальной активности [4]. Александров М.В. [1] полагает, что возникающая в результате острых отравлений психотропными препаратами (в т.ч. опиоидами) гипоксия может вызывать нарушение функций ЦНС, сопровождающихся нарастанием представленности медленных волн в ЭЭГ [1].

В свою очередь, при трактовке показателей ЭЭГ этих пациентов возникает вопрос и о том, какие нейрофизиологические механизмы отражают выявленные колебания: отражение механизмов действия наркопрепаратов или отражение действия вторичных повреждающих факторов.

Как в современных [1], так и в более ранних работах [2], авторы отмечают, что если специфический механизм действия психотропных нейротоксикантов (в т.ч. опиатов) отражается только в токсикогенной фазе острого отравления, то в соматогенной фазе (особенно при длительной коме), возникающие на ЭЭГ изменения скорее всего обусловлены действием вторичных повреждающих факторов, таких как гипоксия и отек мозга [1]. При этом высказывается предположение, что если течение отравления сопровождается гипоксией и отеком мозга, то в ЭЭГ может отмечаться преобладание диффузной активности тета- и дельта-диапазонов [2].

С учётом вышесказанного врачу-нейрофизиологу необходимо иметь не только знания современных классификаций нарушений ЭЭГ в целом, но и представления о возможных паттернах ЭЭГ, которые могут регистрироваться у этих пациентов. Кроме того, необходимо иметь представления и о нейрофизиологических механизмах генерации феноменов ЭЭГ, даже несмотря на то, что эти представления в значительной степени базируются на данных экспериментальных работ.

**Цель.** Оценить показатели электроэнцефалограммы пациентов в соматогенной фазе острых отравлений опиоидными агонистами с помощью методов математической обработки сигналов ЭЭГ, которые необходимы для подхода к анализу возможных нейрофизиологических механизмов генерации, выявленных в ЭЭГ этих пациентов колебаний.

**Методы исследования.** Проанализированы данные ЭЭГ, полученные при обследовании 31 пациента (ср. возр.  $36,96 \pm 8,09$  лет) в реанимационных отделениях с острыми отравлениями опиоидными наркопрепаратами (героин, метадон, кодеин и т.д.). ЭЭГ записывали в соматогенной фазе острого



отравления наркотическими препаратами (со вторых-третьих суток от момента начала интоксикации). Уровень бодрствования оценивался по шкале ком Глазго (ШКГ), диапазон нарушений которого составлял от 3 до 15 баллов. Исследования проводили с целью оценки функций головного мозга у пациентов, находящихся в состоянии комы, при подозрении на бессудорожный эпилептический статус или при судорожном синдроме. Для регистрации ЭЭГ использовали электроэнцефалографы фирм «Medicom-MTD», «Mitsar-EEG» и «Neurosoft» производства Российской Федерации. Запись ЭЭГ проводили в соответствии со схемой наложения электродов 10-20%, рекомендованной IFCN (International Federation of Clinical Neurophysiology). Проводился визуальный анализ показателей ЭЭГ с оценкой степени выраженности их нарушений (амплитудные, частотные, временные и топографические характеристики фоновых колебаний), а также математическая обработка данных ЭЭГ с помощью частотно-спектрального анализа, локализации эквивалентных дипольных источников (ЭДИ) патологической электрической активности головного мозга с помощью дополнительного программного обеспечения (ПО) «Brainloc 6.1» и определения локализации максимума эквивалентной плотности токов колебаний (ПО «LORETA»).

**Результаты и их обсуждение.** Полученные данные в зависимости от степени выраженности изменений ЭЭГ разделили на 4 группы, в каждой из которых было выделено еще несколько вариантов изменений ЭЭГ.

К I-й группе («норма»; n=1; ШКГ 15 баллов) относили ЭЭГ с наличием нормального альфа-ритма (частотой 8-10 Гц, амплитудой до 80 мкВ, с наличием отчетливых зональных различий и модуляций, без значимой межполушарной асимметрии, локальных изменений и эпилептиформной активности). Во II-й группе («умеренные изменения»; n=10; ШКГ от 8 до 14 баллов) отмечали три варианта изменений ЭЭГ, а именно: 1) наличие билатеральных вспышек медленных волн на фоне нормального альфа-ритма; 2) нарушения амплитудно-частотных характеристик (АЧХ) альфа-ритма в виде инверсии зональных различий и наличия эпилептиформных комплексов типа «острая волна-медленная волна»; 3) нарушения АЧХ альфа-ритма с его замедлением. К III-й группе («выраженные изменения»; n=8; ШКГ от 6 до 10 баллов) относили ЭЭГ с преобладанием индекса и мощности медленноволновых колебаний (при отсутствии альфа-ритма) как диффузного характера, так и в виде билатеральных вспышек. В IV-й группе («грубые изменения»; n=12; ШКГ от 3 до 9 баллов) также выделяли три варианта изменений: 1) наличие диффузных моно- или полиморфных медленных волн, в т.ч. с преобладанием их амплитуды в передних отведениях; 2) наличие диффузной медленноволновой активности с высокоамплитудными пароксизмальными разрядами тета- и дельта-диапазонов, либо с наличием эпилептиформных комплексов «острая волна-медленная волна»; 3) наличие диффузной тета-активности невысокой амплитуды с короткими периодами угнетения электрической активности мозга либо с регистрацией феномена «вспышка-подавление» со вспышками медленных волн.

Подытожив результаты визуальной оценки показателей ЭЭГ, а также данных математической обработки можно отметить, что у значительной части обследованных (65%; 20 пациентов) в соматогенной фазе острых отравлений опиатными препаратами в ЭЭГ доминировали медленноволновые колебания (преимущественно дельта-волны). По данным анализа нативных ЭЭГ с помощью ПО «BrainLoc 6.1», было отмечено, что ЭДИ дельта-волн локализовались в проекции таламуса, а посредством ПО «LORETA» было отмечено наличие локализации максимума эквивалентной плотности токов дельта-волн в проекции неокортекса. Таким образом, было отмечено минимум два предполагаемых источника медленных волн - таламуса и неокортекса, что в частичной мере согласуется с современными представлениями о локализации генераторов волн указанного диапазона.

В нашей работе данный тип волн рассматривался как показатель наличия патологии, при этом для возможного объяснения их генеза нами использовались данные литературы, базирующиеся в значительной степени на результатах экспериментальных работ.

В литературе можно встретить попытки разделения «патологической» дельта-активности на два типа: перемежающуюся мономорфную и постоянную полиморфную дельта-активность. Примером перемежающейся мономорфной активности может быть паттерн FIRDA (лобная перемежающаяся ритмическая дельта активность), основным характерным признаком которого является преобладание мощности медленных волн в лобных отведениях. Существует несколько гипотез происхождения этого паттерна, например, его возникновение может быть связано с повреждением срединных структур головного мозга в области III желудочка или верхней части среднего мозга. Возникновение данной активности возможно при изменении возбудимости нейронов ретикулярной формации или возникновение этой активности в неокортексе может происходить в результате действия входящих стимулов от дорсомедиальных ядер таламуса, в случае критической возбудимости этих анатомических образований, обусловленной патологическим процессом. Также существует гипотеза, предполагающая локализацию генераторов паттерна FIRDA преимущественно в проекции поясной извилины (в медиальных отделах лобной коры). Указанный паттерн может встречаться не только при различных патологических состояниях, обусловленных структурными изменениями тканей мозга или изменении его метаболизма, но и, например, при различных физиологических состояниях: при пробе с гипервентиляцией или при засыпании. Существуют и другие паттерны перемежающейся мономорфной активности, например, OIRDA (затылочная перемежающаяся ритмическая дельта-активность), генез которого ассоциируется с первичной генерализованной эпилепсией, или что данный паттерн может рассматриваться как эпилептиформный феномен, возникающий в ЭЭГ в межприступный период; или паттерн TIRDA (височная перемежающаяся ритмическая дельта-активность), генез которого может быть связан с височной эпилепсией, но в таком случае его следует отличать от полиморфных дельта-волн,

которые могут возникать при морфологических изменениях тканей мозга в височной области.

Возникновение в ЭЭГ полиморфных дельта-волн также может быть обусловлено нарушениями целостности мозговой ткани или метаболическими причинами. Также существуют гипотезы, основанные на предположении о связи появления данного типа волн с повреждением таламуса и ретикулярной формации среднего мозга, при повреждении тканей которых может возникнуть дельта-активность с различными вариантами ее топографического распределения: локализованная, преимущественно латерализованная или регистрируемая с двух сторон (вероятно, в случае двустороннего повреждения этих структур). В противоположность этому существует предположение о том, что местное нарушение целостности неокортекса не приводит к возникновению в ЭЭГ полиморфной дельта-активности. Появление полиморфных дельта-волн рассматривается в том числе и как следствие отека головного мозга, однако предполагается, что непосредственно вазогенный отёк не приводит к генерации данного типа волн до того момента, пока он не становится значимым и не приводит к сдавлению срединных структур мозга, а генез, возникающих в этом случае дельта-волн, может объясняться работой механизмов таламуса и ретикулярной формации ствола головного мозга.

В литературе можно также встретить и другие предположения, например, о том, что возникновение полиморфных дельта-волн при локализованных или диффузно обусловленных нарушениях целостности тканей мозга может объясняться частичной деафферентацией неокортекса, при этом предполагается, что в случае полной неокортикальной деафферентации полиморфной дельта-активности не возникает.

Необходимо учитывать, что рассмотренные выше представления о механизмах генерации дельта-волн скорее относятся к их «патологическому» варианту и основаны в большинстве случаев на результатах экспериментов на животных, однако данные представления в частичной мере могут использоваться и для объяснения генеза «патологических» дельта-волн, возникающих в результате таких вторичных повреждающих факторов как гипоксия и отек мозга.

**Выводы.** Таким образом, в ЭЭГ пациентов с нарушениями уровня бодрствования в соматогенной фазе острого отравления опиоидными агонистами в 65% случаев отмечалось преобладание медленных волн (преимущественно дельта-диапазона), что, по-видимому, может быть обусловлено нарушением механизмов работы генераторов электрической активности неокортикальных и активирующих структур мозга. С учётом времени проведения обследования у этих пациентов (соматогенная фаза) можно предположить, что генерируемая в этом случае преимущественно дельта-волновая активность может быть следствием таких вторичных повреждающих факторов, как гипоксия и отёк мозга. Представления о возможных паттернах ЭЭГ при острых отравлениях опиоидными наркотическими препаратами необходимы не только для прогноза восстановления сознания и корректировки терапии в критический период, но и могут быть необходимы и для

оценки изменений ЭЭГ в динамике в более отдаленные сроки после выхода из комы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Александров, М.В. Влияние психотропных средств на биоэлектрическую активность головного мозга / М. В. Александров // Сиб. мед. обозрение. – 2017. – № 1. – С. 85-88. – <https://doi.org/10.20333/2500136-2017-1-85-88>.
2. Карлов, В.А. Неотложная помощь при судорожных состояниях / В. А. Карлов, А. А. Лапин. – Москва : Медицина, 1982. – 144 с.
3. Острые отравления метадон (дольфин) (обзор) / Г. А. Ливанов [и др.] // Общая реаниматология. – 2017. – Т. 13, № 3. – С. 48-63. – doi: 10.15360/1813-9779-2017-3-48-634.
4. Sutter, R. EEG in metabolic disorders, intoxications, and epileptic encephalopathies / R. Sutter, T. Pang, P. W. Kaplan // Niedermeyer's Electroencephalography. Basic Principles, Clinical Application, and Related Fields / ed.: D. L. Schomer, F. L. da Silva. – 7th ed. – New York, 2018. – P. 433-554.

## ВЛИЯНИЕ РАБОЧЕГО ПРОЦЕССА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Мосолова Е.С., Шпорт С.В.*

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия*

**Актуальность.** Пандемия коронавирусной инфекции (COVID-19) продолжалась более трех лет и унесла около 7 миллионов жизней [21]. В Российской Федерации, как и во всем мире, медицинские работники (МР) стали первыми, кто в полной мере столкнулся с ее последствиями. На сегодняшний день высокая распространенность симптомов острой реакции на стресс, расстройства адаптации, тревоги, депрессии и профессионального выгорания среди МР во время пандемии COVID-19 была подтверждена в серии метаанализов [1, 5, 13–15, 19]. В ряде работ было установлено, что наиболее уязвимой группой являются сотрудники «красной зоны» или те, кто имеют непосредственный контакт с заболевшими в острой фазе заболевания [1]. Более того, в ряде исследований подчеркивалось, что с течением времени симптомы стресса, тревоги и профессионального выгорания у МР усиливаются [3, 16] и могут сохраняться до нескольких лет после вирусной эпидемии [10].

Несмотря на высокую актуальность темы, исследований, оценивающих влияние пандемии на психическое здоровье МР в Российской Федерации, немного [22, 25, 26], и лишь некоторые зарубежные работы сравнивали уровень стресса среди МР между первой и последующими вспышками заболеваемости [11, 17].

Кроме того, актуальным является изучение клинико-психопатологических особенностей психических расстройств у МР «красных зон».

**Цель.** Оценка распространенности, выраженности и клинических особенностей психических нарушений и их факторов риска среди МР «красных зон» в период пандемии коронавирусной инфекции в Российской Федерации.

**Методы исследования.** Первый этап исследования включал проведение двух онлайн опросов – в мае и октябре 2020 года. Стресс, тревога, депрессия, профессиональное выгорание и воспринимаемый стресс оценивались с помощью опросников SAVE-9 (Стресс и тревога во время вирусной эпидемии – 9-пунктный опросник [2, 24]), ГТР-7 (опросник генерализованного тревожного расстройства [18]), PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9 [8]), MBI (Maslach Burnout Inventory [20]) и PSS-10 (The Perceived Stress Scale-10 [4]), соответственно. Факторы, ассоциированные с высокими уровнями симптомов, были выявлены с помощью метода логистической регрессии. Второй этап исследования включал проведение очных и онлайн интервью МР «красных зон» с целью клинической оценки психопатологических проявлений, ассоциированных со стрессом.

**Результаты и их обсуждение.** Всего в онлайн-опросах приняло участие 2195 МР. В мае и октябре 2020 года в Российской Федерации среди МР «красных зон» 45,6 % обнаруживали высокий уровень депрессии, 32,2% - стресса, 31,1% - тревоги, 67,8% - воспринимаемого стресса, а также были выявлены высокие показатели профессионального выгорания (74,9% отмечали эмоциональное истощение, 37,7% - дегуманизацию). Более того, 2,4% МР имели повышенный суицидальный риск. Выраженность депрессии, профессионального выгорания и воспринимаемого стресса среди МР в Российской Федерации оказалась выше по сравнению с другими странами. Такой результат может быть связан с тем, что все участники исследования работали в «красной зоне» в отличие от большинства зарубежных исследований [9], а также с разницей в методах психометрической оценки. Другие показатели были сопоставимы с результатами, полученным в крупных метаанализах [1, 5, 13–15, 19].

Общий балл по шкалам SAVE-9 и ГТР-7 был значимо выше в октябре по сравнению с маем 2020 года ( $p < 0,001$ ), что свидетельствует об отсутствии адаптации МР к тяжелым условиям труда, усилению тревоги и утяжелению симптомов стрессовых расстройств в первые шесть месяцев наблюдения, что также соответствует результатам, полученным в ряде зарубежных работ [3, 16].

Основные факторы риска, выявленные с помощью метода логистической регрессии и связанные с более высокими баллами самоопросников, включали: женский пол, более молодой возраст, должность врача, работу за пределами крупных городов (г. Москвы и г. Санкт-Петербург), работу более 6 месяцев, отсутствие вакцинации против коронавирусной инфекции. Полученные результаты также соответствуют факторам риска, установленным по результатам метаанализов [7] и большинства других работ [6, 12]. Исключением являлась работа в должности врача. Полученный результат

может быть связан с большей ответственностью, возложенной на врачей, необходимостью приостановить привычную практику по специальности, а также культурными и организационными особенностями.

В клиническую часть исследования было включено 49 МР «красных зон». Наиболее распространенным диагнозом в соответствии с МКБ-10 была неврастения (28/49, 57,1%). В соответствии с моделью А.Г. Иванова-Смоленского [23], наиболее часто отмечался гиперстенический вариант астенического синдрома (16/28, 57,1%), за которым следовал синдром раздражительной слабости (8/28, 28,6%) и гипостенический вариант (4/28, 14,3%). Критериям депрессивного эпизода (F32) соответствовали 20 (40,8 %) участников. У 17 медицинских работников (85%) депрессивный эпизод имел реактивный характер, обусловленный стрессогенным воздействием работы в условиях «красной зоны» во время пандемии COVID-19. Наиболее часто встречались тревожные (9/20, 45%) и астенические (9/20, 45%) варианты депрессивного синдрома, реже – меланхолический (1, 5%) и апато-динамический (1, 5%) варианты. У 6 (12,2%) медицинских работников отмечались критерии панического расстройства (F41), у половины из них отмечалась агорафобия. Критериям эмоционального выгорания, выделенным в МКБ-11 (QD85), соответствовали 36 (69,2%) участников.

**Выводы.** Полученные результаты подчеркивают необходимость и возрастающую с течением времени значимость психологической и психотерапевтической поддержки для МР в России, направленной прежде всего на выявленные группы риска, а также на изменение потенциально модифицируемых факторов риска во время вирусной эпидемии. Наиболее часто среди МР «красных зон» выявлялись: неврастения, депрессивный эпизод тревожной или астенической структуры, расстройство адаптации, паническое расстройство, более половины обнаруживали симптомы эмоционального выгорания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Meta-analysis of the prevalence of anxiety and depression among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic / Y. Chen [et al.] // *Front. Public. Health.* – 2022. – Vol. 10. – Art. 984630. – doi: 10.3389/fpubh.2022.984630.
2. Development of the Stress and Anxiety to Viral Epidemics-9 (SAVE-9) Scale for Assessing Work-related Stress and Anxiety in Healthcare Workers in Response to Viral Epidemics / S. Chung [et al.] // *J. Korean Med. Sci.* – 2021. – Vol. 36, N 47. – P. e319. – doi: 10.3346/jkms.2021.36.e319.
3. The US COVID-19 crises: facts, science and solidarity / P. F. Cipriano [et al.] // *Int. Nurs. Rev.* – 2020. – Vol. 67, iss. 4. – P. 437-444. – doi: 10.1111/inr.12646.
4. Cohen, S. A global measure of perceived stress / S. Cohen, T. Kamarck, R. Mermelstein // *J. Health Soc. Behav.* – 1983. – Vol. 24, iss. 4. – P. 385-396.
5. Nurses' burnout and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / P. Galanis [et al.] // *J. Adv. Nurs.* – 2021. – Vol. 77, iss. 8. – P. 3286-3302. – doi: 10.1111/jan.14839.

6. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health and Wellbeing of UK Healthcare Workers / J. Gilleen [et al.] // *BJPsych Open*. – 2020. – Vol. 7, iss. 3. – Art. e88. – doi: 10.1192/bjo.2021.42.
7. Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis / Q. Hao [et al.] // *Front. Psychiatry*. – 2021. – Vol. 12. – Art. 567381. – doi: 10.3389/fpsy.2021.567381.
8. Kroenke, K. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams // *J. Gen. Intern. Med.* – 2001. – Vol. 16, iss. 9. – P. 606-613. – doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
9. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / Y. Li [et al.] // *PLoS One*. – 2021. – Vol. 16, iss. 3. – Art. e0246454. – doi: 10.1371/journal.pone.0246454.
10. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic / X. Liu [et al.] // *Comp. Psychiatry*. – 2012. – Vol. 53, iss. 1. – P. 15-23. – doi: 10.1016/j.comppsy.2011.02.003.
11. Mental health status of healthcare workers in China for COVID-19 epidemic / Z. Liu [et al.] // *Ann. Glob. Health*. – 2020. – Vol. 86, iss. 1. – Art. 128. – doi: 10.5334/aogh.3005.
12. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic / L. Luceno-Moreno [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2020. – Vol. 17, iss. 15. – Art. 5514. – doi: 10.3390/ijerph17155514.
13. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / M. Marvaldi [et al.] // *Neurosci. Biobehav. Rev.* – 2021. – Vol. 126, iss. 12. – P. 252-264. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.03.024.
14. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / S. Pappa [et al.] // *Brain Behav. Immun.* – 2020. – Vol. 88. – P. 901-907. – doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.
15. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis / I. D. Saragih [et al.] // *Int. J. Nurs. Stud.* – 2021. – Vol. 121. – Art. 104002. – doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104002.
16. Prevalence of Depression and Anxiety in Nurses during the First Eleven Months of the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis / B. Ślusarska [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. – 2022. – Vol. 19, iss. 3. – Art. 1154. – doi: 10.3390/ijerph19031154.
17. Development of Health Care Workers' Mental Health during the SARS-CoV-2 Pandemic in Switzerland: Two Cross-Sectional Studies / T. R. Spiller [et al.] // *Psychol. Med.* – 2022. – Vol. 52, iss. 7. – P. 1395-1398. – doi: 10.1017/S0033291720003128.

18. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder / R. L. Spitzer [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166, iss. 10. – P. 1092-1097.
19. Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis / A. Varghese [et al.] // J. Glob. Health. – 2021. – Vol. 11. – Art. 05009. – doi: 10.7189/jogh.11.05009.
20. Single Item Measures of Emotional Exhaustion and Depersonalization Are Useful for Assessing Burnout in Medical Professionals / C. P. West [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 2009. – Vol. 24, iss. 12. – P. 1318-1321. – doi: 10.1007/s11606-009-1129-z.
21. Wise, J. Covid-19: WHO declares end of global health emergency / J. Wise // BMJ. – 2023. – Vol. 381. – Art. 1041. – doi: 10.1136/bmj.p1041.
22. Бачило, Е. В. Психическое здоровье населения в период пандемии COVID-19 / Е. В. Бачило // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 10. – С. 130-136.
23. Вельтищев, Д. Ю. Неврастения: история и современность / Д. Ю. Вельтищев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 4. – С. 9-13.
24. Валидация русскоязычной версии шкалы «Стресс и тревога во время вирусной эпидемии - 9-пунктный опросник» (SAVE-9) среди медицинских работников в период пандемии COVID-19 / Е. С. Мосолова [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14, № 1. – С. 45-51.
25. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 / С. С. Петриков [и др.] // Консульт. психол. и психотер. – 2020. – Т. 28, № 2. – С. 8-45.
26. Популяционное исследование психического здоровья медработников России: факторы дистресса, ассоциированного с пандемией covid-19 / М. Ю. Сорокин [и др.] // Соц. и клин. психиатр. – 2021. – Т. 31, № 1. – С. 49-57.

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ВЕРОЯТНОГО СУИЦИДА**

***Новик Н.О., Бизюкевич С.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Многие исследователи, в последние годы рассматривают несуйцидальные повреждения, как самоповреждение, не связанное со смертью [7], аутодеструктивное поведение [1, 6], способ справиться с эмоциональной болью или заявить о проблеме [8]. Тем не менее следует отметить, что



несуицидальное самоповреждение (аутоагрессивное поведение), по мнению некоторых авторов, в том числе является одним из основных факторов риска суицидального поведения [10]. В Российской Федерации распространенность несуицидального самоповреждения достаточно высока и составляет до 10–13% среди подростков [1].

Согласно публикации Ж. Р. Гарданова и соавт. (2020), к факторам риска несуицидального поведения и суицида относятся психические расстройства (заболевания), злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), приводящее к девиантному поведению, невротическим расстройствам и к депрессии [2]. При этом, авторы указывают, что такой фактор, как полнота состава семьи, не является определяющим для формирования у ребенка не суицидального и/или суицидального поведения [2]. Ряд авторов говорят о связи личностных особенностей подростков с несуицидальным самоповреждением [4, 9]. Другие исследователи обращают внимание на такие факторы риска несуицидального поведения как: женский пол, низкий экономический статус, импульсивность, рискованное поведение для здоровья, сплоченность семьи [5, 11]. В свою очередь исследователи утверждают, что наличие несуицидального самоповреждения не является напрямую угрозой возникновения суицида [11].

Учитывая, что подростковый возраст является самым чувствительным периодом, когда могут быть реализованы действия по улучшению эмоционального состояния и благополучия, мы считаем актуальным изучение психопатологических и социально-психологических особенностей у девочек-подростков, а знания о факторах риска самоповреждающего поведения потенциально могут быть использованы для обоснования разработки и осуществления профилактических мер для определения вероятности совершения повторных суицидальных действий и их предотвращения.

**Цель.** Изучить психопатологические и социально-психологических особенности у девочек-подростков с целью определения факторов риска несуицидального поведения и вероятного суицида.

**Методы исследования.** Исследование проводилось на базе детского отделения УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» с октября 2023 г. по январь 2024 г. В исследование было включено 39 пациентов женского пола в возрасте от 11 до 14 лет, при наличии письменного информированного согласия законного представителя пациента на участие в исследовании.

Для оценки степени выраженности тревоги и депрессии была использована шкала Гамильтона. Изучение психопатологических особенностей характера проводили с помощью теста акцентуаций характера Г. Шмишека, К. Леонгарда.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Полученные данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США, лицензионный номер AXAR207F394425FA-Q).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Шапиро-Уилка или критерий Колмогорова-Смирнова. В случае описания количественных показателей, имеющих нормальное распределение, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин и стандартных отклонений, результаты представлялись в виде  $M \pm s$ , где  $M$  – среднее значение,  $s$  – стандартное отклонение. Для сравнения двух независимых групп в случаях отсутствия признаков нормального распределения данных использовался критерий Манна-Уитни ( $U$ ),  $\chi^2$  Пирсона и таблицы сопряженности. С помощью непараметрического коэффициента корреляции Спирмена ( $R$ ) судили о наличии связи между изучаемыми параметрами. Различия считались статистически значимыми при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В исследовании приняли участие девочки-подростки в количестве 39 человек, в возрасте от 11 до 14 лет, средний возраст которых составил  $13,5 \pm 0,72$ . При анализе анамнестических сведений, было установлено, что 85% девочек (33 человека) имели в анамнезе нанесение несуицидальных самоповреждений, 6 девочек (15,3%) впервые нанесли самоповреждения. Причем, в большинстве случаев (76,9%) самоповреждения девочки наносили в возрасте 13-14 лет. Аналогичные результаты продемонстрированы в работе российских ученых [5]. Авторы отметили, что из 150 учащихся, в 65% случаев подростки в возрасте 14 лет, чаще совершали несуицидальные самоповреждения [5].

В нашем исследовании было установлено, что большинство подростков были госпитализированы впервые – 77% (30 человек) и только 9 человек (23%) – повторно, что может указывать на актуальность проблемы и большую распространенность несуицидальных самоповреждений среди детского населения.

Также нами было отмечено, что 59% (23 человека) госпитализированных девочек к моменту госпитализации уже находились на динамическом диспансерном наблюдении у врача-специалиста: 12,8% (5 человек) – у врача-психиатра, 33,3% (13 человек) наблюдались у врача-психотерапевта, 7,7% (3 человека) – у врача-нарколога, 5,1% (2 человека) – у врача-психиатра и врача-нарколога и только 41% (16 девочек-подростков) не находились на диспансерном наблюдении, что может указывать на наличие у подростков не разрешенных проблем в поведении, а также в эмоциональном состоянии.

Анализируя социально-психологические факторы обследуемых девочек-подростков нами, было выявлено, что 53,8% (21 человек) проживали в полных семьях, 43,6% (17 человек) – в неполных, 2,6% (1 человек) – оформлен в приемную семью. У 79,5% (31 человек) не отмечалось отягощенной психопатологической наследственности, у 15,4% (6 человек) один из родителей злоупотреблял алкоголем и только 5,1% (2 человека) имели в анамнезе родственников с другими психическими и поведенческими расстройствами.

У исследуемых нами девочек-подростков в 56,4% случаев выявлена акцентуация личностных черт (22 человека). Преобладающими типами акцентуаций являлись: циклотимный тип – 22,73% (5 человек), демонстративный тип – 18,18% (4 человека) и эмотивный тип – 18,18% (4 человека). Также в структуре выявленных акцентуаций у подростков отмечаются: тревожный тип, гипертимный, экзальтированный, возбудимый и дистимический тип.

При оценке уровня тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у наибольшей части исследуемых подростков было выявлено: отсутствие клинически значимого уровня тревоги в 54% случаев – у 21 человека, но у 18 девочек-подростков (46%) отмечалась клинически значимая тревога. Наличие клинически значимого уровня депрессивной симптоматики было отмечено в 62% случаев – у 24 девочек и только 15 пациентов (38%) не имели клинических симптомов депрессии. Данные различия между уровнем тревоги и депрессии подтверждают полученные статистически значимые результаты исследования ( $\chi^2=29,183$ ,  $df=6$ ,  $p<0,001$ ). В свою очередь, клинический уровень тревоги и депрессии, определяемый по шкале Гамильтона, связаны между собой прямо пропорциональной корреляционной связью ( $R=0,57$ ). Это означает, что у девочек-подростков, поступающих в стационар, часто выявляются симптомы депрессии [12]. При этом, чем более выражены клинические проявления тревоги, тем больше показатель выраженности клинических проявлений депрессии.

У исследуемых нами девочек-подростков в 10,26% случаев (4 человека) в анамнезе были зафиксированы аутодеструктивные действия, которые интерпретировались, как суицидальное поведение. Показатель совершения суицидальной попытки и показатель нанесения самоповреждений демонстрируют обратно пропорциональную корреляционную связь ( $R=-0,36$ ). То есть, чем выше показатель совершения суицидальной попытки, тем меньше вероятность того, что подросток наносит несуйцидальные самоповреждения. И наоборот, чем выше показатель нанесения несуйцидальных самоповреждений, тем ниже вероятность совершения суицидальной попытки.

По мнению, Е. В. Дарьина (2019), депрессия действительно может сильно повлиять на психоэмоциональное состояние подростков. Она может вызывать у них чувство печали, безнадежности и отчаяния, а также снижать мотивацию и интерес к жизни. Это может приводить к тому, что подростки начинают фокусироваться исключительно на негативных аспектах своей жизни, игнорируя положительные моменты. В таких случаях депрессия выступает предиктором несуйцидальных самоповреждений [3, 9].

**Выводы.** Таким образом, высокий показатель количества впервые госпитализированных подростков с несуйцидальными самоповреждениями и поведением свидетельствует об актуальности данного вопроса в детской психиатрии. Полученные данные и проведенный нами анализ указывают на многофакторность такой распространенной проблемы, как несуйцидальное поведение среди подростков женского пола. С целью своевременного

выявления суицидального риска у детей, врачам-специалистам необходим учет разных аспектов при сборе анамнеза в том числе и оценка психологических факторов, таких как: наличие депрессии, уровень тревоги и самооценки, наличие психических расстройств, проблемы с саморегуляцией эмоций. Важно отметить, что каждый конкретный случай несуйцидального самоповреждения у подростка уникален и может быть обусловлен различными комбинациями этих факторов. Поэтому для эффективной профилактики и поддержки подростков, находящихся в группе суицидального риска, необходимо учитывать все эти многообразные факторы и разрабатывать комплексные программы и стратегии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андронникова, О. О. Обзор зарубежных исследований по проблеме несуйцидального самоповреждения у детей и подростков / О. О. Андронникова, Е. Н. Волкова // Теор. и экспер. психология. – 2020. – Т. 13, № 3. – С. 38-50.
2. Гендерные особенности факторов риска суицидального поведения у подростков / Ж. Р. Гарданова [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2020. – Т. 6, № 4. – С. 131-150. – doi: 10.33029/1816-2134-2020-16-4-131-150.
3. Дарьин, Е. В. Эпидемиология несуйцидального самоповреждающего поведения (несистематический повествовательный обзор) / Е. В. Дарьин, О. Г. Зайцева // Обозр. психiatr. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2023. – Т. 57, № 2. – С. 8-19. – doi: 10.31363/2313-7053-2023-694.
4. Кузнецова, М. Н. Взаимосвязь личностных характеристик и предрасположенности к деструктивному поведению у подростков / М. Н. Кузнецова, Л. С. Рычкова // Уч. зап. ун-та П.Ф. Лесгафта. – 2019. – № 5. – С. 432-435.
5. Любов, Е. Б. Самоповреждающее поведение подростков: дефиниции, эпидемиология, факторы риска и защитные факторы / Е. Б. Любов, П. Б. Зотов, Г. С. Банников // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 4. – С. 16-46.
6. Соколова, Е. Т. Аутодеструктивное поведение молодежи: клинико-психологические и социокультурные ракурсы проблемы / Е. Т. Соколова // Вопр. псих. здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17, № S2. – С. 225-226.
7. Andrewes, H. E. Relationship between rates and severity of non suicidal self injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder / H. E. Andrewes [et al.] // Early Interv. Psychiatry. – 2019. – Vol. 13, iss. 2. – P. 194-201. – doi: 10.1111/eip.12461.
8. A self-harm series and its relationship with childhood adversity among adolescents in mainland China: a cross-sectional study / A. Han [et al.] // BMC Psychiatry. – 2018. – Vol. 18, iss. 1. – P. 28. – doi: 10.1186/s12888-018-1607-0.
9. The relationship of individual-personal characteristics with indicators on the beck scale in adolescents with suicidal thoughts / M. Nizamudin [et al.] // The Journal of Psychology and Sociology. – 2023. – Vol. 87, iss. 4. – С. 31-40. – doi: 10.26577/JPsS.2023.v87.i4.04.

10. A Pre-Adolescent and Adolescent Clinical Sample Study about Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Self-Harming / A. Raffagnato, S. Iannattone, R. Fasolato, E. Parolin [et al.] // Eur. J. Investig. Health. Psychol. Educ. – 2022. – Vol. 12, iss. 10. – P. 1441-1462. – doi: 10.3390/ejihpe12100100.

11. Shek, D. T. Self-harm and suicidal behaviors in Hong Kong adolescents: prevalence and psychosocial correlates / D. T. Shek, L. Yu // Scientific World J. – 2012. – Vol. 2012. – Art. e932540. – doi: 10.1100/2012/932540.

12. Shorey, S. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis / S. Shorey, E. Ng. Debby, C. H. J. Wong // J. Clin. Psychol. – 2022. – Vol. 61, iss. 2. – P. 287-305. – doi: 10.1111/bjc.12333.

## **МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ: АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ И НАУЧНЫМ ДАННЫМ**

*Ноздрачев Д.И., Голованова У.В.*

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии - филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел клинико-патогенетических исследований в психиатрии, отделение расстройств аффективного спектра, Москва, Россия*

**Актуальность.** Депрессивные состояния в рамках разных нозологических единиц не только остаются одним из основных компонентов бремени болезней, лежащего на экономике большинства стран мира, но и расширяют свою долю в нём, вместе с тем заметно снижая качество и продолжительность жизни пациентов [1]. Помощь при депрессии включает не только психофармакологические и другие биологические методы, но и психотерапевтические и психосоциальные вмешательства. Тем не менее, несмотря на прогресс системы здравоохранения, доступность помощи остаётся зачастую недостаточной.

В последние годы стремительно развивается сфера использования цифровых средств в борьбе с неинфекционными заболеваниями, в том числе психическими расстройствами. Число цифровых продуктов огромно, они ориентированы как на поддержку принятия медицинских решений, так и на помощь пациенту, определённые терапевтические и самотерапевтические вмешательства.

Одним из видов цифровых средств, используемых для помощи при психических расстройствах, являются мобильные приложения. Приложения в сфере ментального здоровья выполняют множество функций – психообразование, отслеживание симптомов и эмоций, когнитивные тренинги, выявление автоматических мыслей, техники релаксации [2]. Помимо этого,

приложения могут выполнять функцию контроля приёма фармакотерапии с целью повышения приверженности, а также служить интерфейсом связи со специалистами – через чаты или видеосвязь [2, 3, 4].

К преимуществам использования мобильных приложений можно отнести доступность, в том числе финансовую и пространственную, возможность прибегать к их использованию в любое удобное время, а также возможность не взаимодействовать с живым человеком [2, 4, 5].

Риски использования мобильных приложений включают возможность использования при разработке приложения недостоверной информации (вплоть до несущей пациенту прямой вред), а также вероятность неэтичного использования полученных данных о пользователе.

Ряд мета-аналитических исследований показывают эффективность использования мобильных приложений при психических расстройствах, в частности для снижения уровня симптомов депрессии и тревоги. Также показано, что эффективность длительного использования приложений (более 6 недель, что позволяет закрепить поведенческие изменения) зависит от использования напоминаний. Эти данные касаются в первую очередь приложений, использующих стратегии доказанно эффективных психотерапевтических подходов – когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), терапии принятия и ответственности (АСТ), поведенческой активации и т.п. [3].

Несомненно, прямое отождествление уровня доказательности метода психотерапии и приложения, его использующего, неправильно – в конечном счёте, «очная» психотерапия исследована лучше. Тем не менее, вышеприведённые результаты исследований являются аргументом в пользу использования именно приложений, использующих доказанно эффективные практики в качестве базы [2, 5].

**Цель.** Цель исследования – систематическая оценка качества и степени следования доказанно эффективным рекомендациями приложений для самопомощи при депрессии, доступных русскоязычным пользователям, путём оценки степени соответствия инструментов, реализуемых в мобильных приложениях, базовым принципам КПТ, сформулированным в виде валидированного чек-листа для оценки приложений.

**Методы исследования.** Настоящее исследование было посвящено оценке русскоязычного рынка мобильных приложений, направленных на борьбу с депрессией с применением элементов когнитивно-поведенческой терапии. Критерии включения в данное исследование: индексация приложения в базе приложений Google Play App Store, русскоязычный интерфейс, доступность хотя бы частичного функционала в бесплатной версии, ориентация на использование лицами с симптомами психических расстройств, использование приложением методик элементов когнитивной психотерапии (когнитивной реструктуризации, поведенческой активации, техник релаксации, психообразования). Критерии исключения: заявленная нацеленность на помощь при других нозологиях, прямо заявленное использование методов, не предполагающих доказательные методики, отсутствие у приложения

психотерапевтических функций (напр., только психообразование, трекер настроения, приложение для медитации, приложение для связи со специалистами в области ментального здоровья, приложения с чат-ботами).

Стратегия поиска приложений была организована в целом согласно стратегии PRISMA для систематических обзоров [5]. Поиск приложений осуществлялся в базе Google Play App Store в период с 01.04.2024 по 06.04.2024. В строку поиска вводился запрос «депрессия». Первично найдено и идентифицировано 238 приложений. После стадии первичного скрининга по названию и описанию в базе для второго этапа поиска отобрано 62 приложения; исключено 176 приложений (10 – психологические тесты, 4 – чат-боты, 10 – сервисы связи с психологами, 10 – предназначены для других нозологий, 2 – трекеры лекарств, 2 – ненаучные методы, 67 – нерелевантны целям терапии депрессии, 71 – не русскоязычные). 62 приложения были включены во вторую стадию отбора с целью детального исследования их функционала путём скачивания на смартфоны исследователей и оценки их функционала. 26 приложений отобрано для участия в исследовании на предмет соответствия протоколам КПТ, 36 – исключено (7 – трекеры настроения, 7 – приложения для медитации, 1 – чат-бот, 12 – использовали методики, не предполагающие доказательности (аффирмации, пранаяма и т.п.), 2 – тесты уровня депрессии и тревоги, 1 – мотивационное приложение без психотерапии, 6 – не использовали методы психотерапии).

Исследование приложений на степень соответствия современным базовым принципам когнитивно-поведенческой психотерапии проводилось с использованием ранее валидированного в исследовании авторского чек-листа L. Martinengo и соавторов, опубликованном в 2021 году [5]. В рамках чек-листа оценивалась реализация в рамках приложения следующих практик: когнитивной реструктуризации, поведенческой активации, психообразования, экспозиции, решения проблем, техник релаксации. Дополнительно оценивались некоторые свойства и функции приложения, не вошедшие в чек-лист: наличие трекера настроения, чат-бота, связи со специалистами, а также рейтинг в базе приложений, заявленная цель использования приложения и заявленные методы, в соответствии с устоявшейся методологией оценки приложений [5, 6, 7, 8]. Рейтерами являлись оба соавтора.

**Результаты и их обсуждение.** Распределение отобранных 26 приложений по баллам в рейтинге Google Play App Store оказалось следующим: 3,6-4,0 – 2 приложения (7,7%); 4,1-4,5 – 10 приложений (38,5%); 4,6-5,0 – 14 приложений (53,8%). В отношении заявленных целевых групп 19 приложений (73,1%) являются неспециализированными, 7 (26,9%) ориентированы на лиц с психическими расстройствами (депрессией, тревожными расстройствами, ОКР). Заявленные цели приложений в большинстве случаев пересекались – в 17 приложениях (65,4%) заявлена ориентация на помощь при симптомах психических расстройств, в 19 (73,1%) – ориентация на повышение качества жизни и саморазвитие. 10 приложений (38,5%) позиционировали себя как использующие КПТ, 9 (34,6%) – медитации и дыхательные техники, причём эти

группы пересекались, в сумме составляя 17 приложений (65,4%), 9 (34,6%) приложений не заявляли об использовании конкретной техники.

В сфере общего функционала приложения выявлена следующая ситуация: оценка симптомов с помощью теста – в 14 приложениях (53,8%), причем в большинстве случаев использовались оригинальные самоопросники, а не валидированные шкалы. Психообразовательные функции реализованы в 16 приложениях (61,5%), функции отслеживания (трекинга) настроения – в 19 (73,1%).

Из числа выделенных в чек-листе базовых элементов КПТ в исследованных приложениях использовались следующие: когнитивная реструктуризация (23 приложения, 88,5%), поведенческая активация (23 приложения, 88,5%), техники релаксации (18 приложений, 78,2%), экспозиция (1 приложение, 3,8%), решение проблем (4 приложения, 15,4%). При этом следует отметить, что среди методик когнитивной реструктуризации развёрнутые методики анализа автоматических мыслей, глубинных убеждений и их связи с эмоциональными состояниями были представлены в 11 приложениях (42,3%), в 12 приложениях (46,2%) эти методы ограничивались дневниками с возможностью сопоставления мыслей и эмоций.

Анализируя вышеприведённые описательно-статистические данные, можно выделить следующие основные параметры ситуации с рынком мобильных приложений психотерапевтической ориентации для самопомощи при симптомах депрессии: все исследованные нами приложения использовали хотя бы некоторые из доказанно эффективных методик КПТ, однако ни одно из приложений в полной мере не реализовало (с учётом технических ограничений) структуру терапевтических сессий. В частности, лишь меньшая часть приложений (42,3%) достаточно полноценно реализовала ключевую технику когнитивной терапии – реструктуризацию, большинство же приложений ограничились достаточно примитивными дневниками или не использовали когнитивные методики вовсе. Среди поведенческих методик ситуация близкая – 88,5% так или иначе их использовали, но в большинстве случаев в виде несложного планировщика поведения. Несколько реже представлены релаксационные методики, включая медитации, прогрессивную мышечную релаксацию и дыхательные техники, при этом уровень их реализации достаточно высок. Крайне узко представлены методики экспозиции и решения проблем.

**Выводы.** В целом, приложения для самопомощи при симптомах депрессии, представленные на русскоязычном рынке, в большинстве своём ориентируются на научно обоснованные практики, в частности КПТ. Вместе с тем следует отметить достаточно низкий уровень реализации отдельных когнитивно-поведенческих практик, в частности когнитивной реструктуризации, а также малую представленность практик экспозиции и решения проблем.



Сфера применения мобильных приложений для пациентов с депрессией требует дальнейшего глубокого изучения, как в сфере развития инструментария оценок приложений, так и в области клинических исследований их эффектов на пациентах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis / D. Moreno-Agostino [et al.] // *J. Affect. Disord.* – 2021. – Vol. 281. – P. 235-243. – doi: 10.1016/j.jad.2020.12.035.

2. Evaluation of Treatment Descriptions and Alignment With Clinical Guidance of Apps for Depression on App Stores: Systematic Search and Content Analysis / D. Bowie-DaBreo [et al.] // *JMIR Form. Res.* – 2020. – Vol. 4, iss. 11. – P. e14988. – doi: 10.2196/14988.

3. Khademian, F. The effects of mobile apps on stress, anxiety, and depression: overview of systematic reviews / F. Khademian, A. Aslani, P. Bastani // *Int. J. Technol. Assess. Health Care.* – 2020. – Vol. 37, iss. 1. – P. e4. – doi: 10.1017/S0266462320002093.

4. Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review / I. Moshe [et al.] // *Psychol. bull.* – 2021. – Vol. 147, iss. 8. – P. 749-786. – doi: 10.1037/bul0000334.

5. Self-guided Cognitive Behavioral Therapy Apps for Depression: Systematic Assessment of Features, Functionality, and Congruence With Evidence // L. Martinengo [et al.] // *J. Med. Internet Res.* – 2021. – Vol. 23, iss. 7. – P. e27619. – doi: 10.2196/27619.

6. Adherence to Established Treatment Guidelines Among Unguided Digital Interventions for Depression: Quality Evaluation of 28 Web-Based Programs and Mobile Apps / S. Bubolz [et al.] // *J. Med. Internet Res.* – 2020. – Vol. 22, iss. 7. – P. e16136. – doi: 10.2196/16136.

7. Бунова, А. С. Мобильные приложения для контроля симптомов тревоги и депрессии: поиск и оценка качества / А. С. Бунова, Д. В. Шикова // *Профилактическая медицина.* – 2023. – Т. 26, № 10. – С. 27-35. – doi: 10.17116/profmed20232610127.

8. Замятин, К. А. Мобильные приложения для борьбы с тревожностью и снижения уровня стресса: возможности для профилактики неинфекционной патологии / К. А. Замятин, Д. И. Ноздрачев, М. Н. Соловьева // *Рос. кардиол. журн.* – 2021. – Т. 26, № 9. – С. 22-27. – doi: 10.15829/1560-4071-2021-4681.

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИВА И ВОДКИ

*Орлов А.В.<sup>1</sup>, Клименко Т.В.<sup>2</sup>, Игумнов С.А.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Клинический Филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»,*

<sup>2</sup>*Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации,*

<sup>3</sup>*Республиканский научно-практический центр психического здоровья Министерства здравоохранения Республики Беларусь*

**Актуальность.** В Российской Федерации наблюдается существенное снижение потребления алкоголя в течение последних десятилетий, сопровождающееся ростом доли слабоалкогольных напитков, в частности пива. В 2009 году потребление алкоголя на душу населения составляло 18 литров, а к 2023 году этот показатель снизился до 8,9 литров. [5]. Среди продаваемых алкогольных напитков по данным Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка (Росалкогольрегулирование) за 2022 год в России было продано 665 685,6 тыс. daL пива, 77 678,3 тыс. daL водки и 55 512,8 daL вина [8]. В Республике Беларусь потребление алкоголя на душу населения составляет 12 литров на душу населения в возрасте 15 лет и старше. Более всего население Беларуси предпочитает крепкий алкоголь – более 55%, пиво и слабоалкогольные напитки – 23,2%, вино (в т.ч. игристое и плодово-ягодное) – 9,9% [9]. Потребление пива растет во всех возрастных группах, особенно среди молодежи. Это связано с его доступной стоимостью и сформированным представлением о том, что оно менее вредно, чем крепкий алкоголь [1, 2]. Снижение показателей тяжести алкогольной зависимости в России, таких как заболеваемость алкоголизмом, госпитализации с алкогольными психозами и смертность от алкогольных причин, сопровождается сохранением значительной доли пива в общем объеме потребляемых алкогольных напитков [7]. Сложившаяся ситуация в наркологическом сообществе вызывает неоднозначные, а иногда и противоречивые суждения о роли типа употребляемого алкогольного напитка на формирование и серьезность последствий алкогольной зависимости. В последние десятилетия в обществе участились дискуссии о пивном алкоголизме как о проблеме национального масштаба с серьезными медицинскими и социальными последствиями [3, 6]. Несмотря на противоречивые выводы исследователей, существует давнее предположение о том, что формирование алкогольной зависимости может

различаться в зависимости от типа употребляемого алкогольного напитка, как было отмечено ранее в случае винного алкоголизма [4]. На фоне разногласий по этому вопросу было проведено сравнительное исследование основных клинических проявлений алкогольной зависимости у лиц, употребляющих пиво и водку.

**Цель.** Определение характерных клинических симптомов, возникающих при развитии алкогольной зависимости в зависимости от типа употребляемого алкогольного напитка.

**Методы исследования.** Методом структурированного интервью было обследовано 412 больных алкогольной зависимостью, которые поступили на стационарное лечение с «Синдромом отмены алкоголя» в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы», затем с использованием парного метода были сформированы схожие по полу и возрасту (с допуском  $\pm 1$  год) группы больных: 1) группа больных с преимущественным потреблением пива (группа ПА – 40 больных); 2) группа больных с преимущественным потреблением водки (группа ВА – 40 больных). Для определения типа алкогольной зависимости (пивная или водочная) учитывался вид преимущественно потребляемого алкоголя. При преобладании в структуре потребления одного вида алкоголя более чем на 75%, алкогольная зависимость определялась как пивная или водочная. Суточное потребление каждого вида алкоголя при систематическом употреблении, пересчитывались в мл чистого этанола в соответствии с коэффициентами Госкомстата-Росстата (коэффициент алкогольного напитка умножался на суточную дозу алкоголя в мл (пример: коэффициент водки (0,39) умножается на суточную дозу в мл). Если преобладание одного вида алкоголя не удавалось выявить, больной относился в группу «смешанного» потребления и исключался из исследования. Критерием отбора больных было наличие у них средней стадии алкогольной зависимости по МКБ-10 (F10.2) и наличие информированного добровольного согласия на участие в данном исследовании. Из исследования исключались больные с выраженными психоорганическими изменениями и психическими расстройствами, не связанными с употреблением алкоголя, а также больные, имеющие сопутствующую зависимость (наркоманию, токсикоманию, игроманию).

Все больные обследовались клинико-психопатологическим, клинико-анамнестическим методом и методом структурированного интервью. Использовалась «Клинико-анамнестическая карта», содержащая 76 пунктов, которые отражали основные клинические показатели формирования и развития алкогольной зависимости. Тяжесть синдрома отмены алкоголя (СОА) оценивалась по международной шкале оценки тяжести состояния отмены алкоголя CIWA-Ar.

Каждая группа исследования (группы ПА и ВА) включали 31 мужчину и 9 женщин в возрасте от 22 до 62 лет. Возраст больных на период обследования в группе ПА – Ме 32,5, в группе ВА – 33,0; МКр соответственно по группам исследования 28,0–42,5 и 30,0–43,0. В группах не было достоверных различий по социальным и семейным характеристикам, в обеих группах выявлена

отягощенная по алкогольной зависимости наследственность. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica for Windows (версия 7, 10).

**Результаты и их обсуждение.** Большая часть обследованных отметили, что первые пробы алкоголя произошли в возрасте от 10 лет до 20 лет (Me=15 лет), различий между группами ПА и ВА выявлено не было ( $p=0,298$ ). При первых пробах суточная доза чистого этанола была меньше в группе ПА (0,03 л) по сравнению с группой ВА (0,04 л;  $p<0,05$ ).

На систематическое употребление алкоголя большинство больных перешли в возрасте от 16 до 25 лет, в группах ПА 19 лет и ВА 19,5 лет ( $p=0,162$ ), при этом суточная толерантность увеличивалась в группе ПА до 0,05 л и до 0,08 л в группе ВА чистого алкоголя ( $p=0,041$ ). На этапе систематического употребления алкоголя чаще наблюдалось состояние опьянения лёгкой и средней степени тяжести (45% и 40% в группе ПА; 42,5% и 47,5% в группе ВА), различий не выявлено ( $p>0,05$ ). Возраст формирования начального этапа алкогольной зависимости в группах ПА и ВА пришёлся на медианный возраст 19,5 и 22,0 ( $p=0,138$ ). Толерантность увеличилась и составила в группе ПА достигала 0,1 литра этанола, в группе ВА - 0,14 литра ( $p<0,05$ ). Длительность начальной стадии алкогольной у больных ПА в среднем 5,0 лет, а у ВА 4,5 года ( $p=0,05$ ). В группах ПА и ВА чаще наблюдалось состояние опьянения лёгкой и (или) средней степени тяжести (ПА – 90%; ВА – 82,5%), различий не выявлено ( $p>0,05$ ). На средней стадии алкогольной зависимости наблюдалось увеличение толерантности: в группе ПА – до 0,12 л., а группе ВА – до 0,2 литра в перерасчёте на чистый этанол ( $p=0,01$ ). У больных группы ПА чаще наблюдалось состояние опьянение лёгкой (25%) и средней степени тяжести (62,5%) и реже – тяжёлой (12,5%), в группе ВА – средней (50,0%) и тяжёлой степени (37,5%) и реже – лёгкой степени тяжести (12,5%) ( $p<0,05$ ). Возраст формирования СОА составил у больных ПА – 25,0 [21,5; 31,5] лет и у больных ВА – 26,5 [23,00; 33,00] лет, различий не выявлено ( $p=0,386$ ). Длительность СОА у больных ПА была короче (соответственно 2 дня и 3 дня;  $p=0,009$ ). Проявления СОА у больных из группы ПА были менее тяжёлыми по сравнению с СОА у больных из группы ВА, при этом тяжесть у всех больных оценивалась как умеренно тяжёлая (16-20 баллов), либо тяжёлая (свыше 20 баллов). Запой на средней стадии наблюдались в обеих группах больных, в группе ПА они были менее продолжительными, в сравнении с группой ВА (Me 5 vs 14 дня,  $p=0,002$ ). У больных ПА чаще наблюдалось перемежающееся пьянство 32,5%, в сравнении с ВА 10%, а в группе ВА чаще наблюдались запои (67,5% в группе ПА и 90% в группе ВА;  $p=0,0269$ ). У больных обеих групп наблюдались алкогольные палимпсесты (в группе ПА у 32,5% и в группе ВА 42,5%) и тотальные амнезии (7,5% в группе ПА и в группе ВА 22,5%) состояния опьянения, достоверность различий между группами  $p=0,0603$ . Исследование клинических проявлений алкогольной зависимости у двух групп больных (с преимущественным употреблением пива или водки) показало существенные различия между ними. Для пациентов с преимущественным

употреблением пива (ПА) характерно: более продолжительный начальный период формирования алкогольной зависимости, более низкий уровень толерантности к алкоголю на всех этапах формирования зависимости, реже наблюдаются алкогольные палимпсесты и тотальные амнезии опьянения на средней стадии зависимости, чаще встречается перемежающийся тип алкоголизации, реже – запойное пьянство, алкогольный синдром отмены менее продолжительный и протекает легче.

**Выводы.** Относительная социальная сохранность пациентов с “пивной” алкогольной зависимостью дает возможность организовать дифференцированные комплексные реабилитационные программы в отношении данного контингента пациентов с вовлечением не только врачей-психиатров-наркологов, но и врачей общей практики, в рамках Союзного государства Беларуси и России.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Андрущенко, Н.Ю. Пивной алкоголизм в подростковой среде / Н.Ю. Андрущенко, О.В. Гаврилова // Современное образование Витебщины. – 2015. – № 3(9). – С. 66-69.

2. Касянчук, Е.В. Мотивационные тенденции в сфере взаимодействия с другими у старшеклассников группы риска развития пивного алкоголизма / Психология образования будущего: от традиций к инновациям: Материалы II международной конференции студентов, магистрантов и аспирантов (Ярославль, 22 марта 2018 года). Под ред. Н.В. Нижегородцевой; Ярославль: Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского, 2018. – С. 56-58.

3. Ковалев, А.А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом / А.А. Ковалев // Наркология. – 2009. – № 5. – С. 56-61.

4. Лисицын, Ю.П. Алкоголизм: медико-социальные аспекты. Руководство для врачей / Ю.П. Лисицын, П. И. Сидоров. – Москва: Медицина, 1990. – 526 с. – ISBN 5-225-00355-9.

5. Минздрав призвал снизить потребление этанола на душу населения до 7,8 л к 2030 году. [Электронный ресурс]. URL: <https://tass.ru/ekonomika/19553663> (Дата обращения: 10.04.2024).

6. Попов, Ю.В. Рецензия на книгу Р.Д. Илюка, К.В. Рыбаковой, Л.С. Киселева, Е.М. Крупицкого «Сравнительное исследование зависимости от пива и крепких алкогольных напитков» / Ю.В. Попов // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – 125 с.

7. Распоряжение Правительства РФ от 11 декабря 2023 г. № 3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в РФ на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу».

8. Федеральная служба по регулированию алкогольного рынка. Основные показатели, характеризующие рынок алкогольной продукции в 2020-2022 годах. статистический сборник. М.: 2023. 135 с.

9. РНПЦ психического здоровья: около 145 тысяч белорусов зависимы от алкоголя [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sputnik.by/20231123/okolo-145-tysyach-belorusov-zavisimy-ot-alkogolya--rnpts-psikhicheskogo-zdorovya-1081372076>. – Дата доступа: 16.04.2024.

## **МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*Приленская А.В., Приленский Б.Ю.*

*ГБОУ ВО «Тюменский медицинский университет»  
кафедра психологии и педагогики с курсом психотерапии*

**Актуальность.** Аддиктивное (зависимое) поведение – это настоящая эпидемия 21 века. В последние десятилетия проблема пищевой зависимости и расстройств пищевого поведения приобрела достаточно широкие масштабы. По актуальности проблему пищевой зависимости можно поставить наравне с алкогольной или табачной. Но, не смотря на такую распространенность, в профессиональных кругах этой теме уделяется крайне мало внимания. Сложность прежде всего заключается в том, что прием пищи является естественным процессом для человека, базовой потребностью [1]. К сожалению, у избавления от зависимости нет простого решения. Комплексное лечение пищевой зависимости, как правило, сочетает в себе поведенческую терапию, консультации диетолога по вопросам питания, изменение пищевых привычек и социальную поддержку. Если пищевая зависимость является результатом эмоционального расстройства, такого как тревожность или депрессия, то в этом случае необходимо избавиться сначала от причин, где психологическая помощь может как минимум смягчить негативное пристрастие к еде. [2]. У пациента с пищевой зависимостью можно говорить о возникновении так называемых доминантных состояний, в которой время реализации предстоящего события неизвестно [3]. Такого рода состояние называется состоянием бдительности или тревоги, чаще неосознаваемой в силу имеющихся психологических защитных механизмов

**Цель.** выявить особенности формирования и рассмотреть отклонения пищевого поведения на разных этапах, выработать психотерапевтическую программу для пациентов с нарушениями пищевого поведения

**Методы исследования.** Материалы и методы. Нами было 200 пациентов с расстройствами пищевого поведения, в возрасте от 18 до 68 лет ( $39,45 \pm 0,77$ ). Выявляемые психопатологические нарушения относились с разделами МКБ-10 F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» с указанием соответствующего второго кода синдрома из рубрики F50 «Расстройства приема пищи». В проведенном исследовании использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический методы и

методы статистической обработки данных, а также обследовались с помощью психологических тестов.

**Результаты и их обсуждение.** В проведённом исследовании использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-катамнестический методы и методы статистической обработки данных, а также обследовались с помощью психологических тестов. Аддикты с индексом массы тела в пределах нормы составляли 11,5 %. Они желали похудеть, поскольку, как они считали, их внешний облик не соответствовал принятым в обществе стандартам. При этом, у них выявлялись пограничные психические расстройства, а также признаки зависимого пищевого поведения (доклиническая стадия зависимого пищевого поведения). У пациентов с индексом массы тела выше 25 (21,0 %) имелся избыточный вес. Ожирение I степени (33,5 %) – это, пожалуй, основная часть обследованного пациентов, в то время как с ожирением II степени было 18,5 %, и с резко выраженным – 15,5 %. Пациенты с нормальной массой тела и лёгким ожирением (66,0 %) больше обеспокоены своей внешностью и здоровьем, нежели с выраженной избыточной массой тела (34,0 %). Психотерапевтические программы не должны ограничиваться каким-либо направлением или отдельными техниками. Сознание, как высшая форма отражения действительности, интегрирует имеющиеся психические процессы, и в силу избыточно работающих психологических защит становится суженным, ограниченным. Аддикт, все более фиксированный на предмете своей зависимости, в результате перестаёт осознавать многое из происходящего, он начинает существовать на ограниченном пятнышке привычных шаблонных способов поведения, что, впрочем, позволяет ему неплохо адаптироваться в обычной жизни [4]. Психотерапия призвана не просто устранить тот или иной симптом, не затрагивая при этом глубинных вытесненных в бессознательное эмоционально окрашенных психических и физических травм. Если психотерапевт желает добиться качественного результата, то в процессе психотерапии следует решать куда более сложные задачи – научить пациента понимать и осознавать свою личность с её конфликтами и противоречиями, чувствовать и принимать тело, понимать окружающих людей, осознавать своё место и уметь находить смыслы существования за границами первичных потребностей. Человек осознанный или сознательный, освобождается от внутренних противоречий и конфликтов, начинает жить своей подлинной жизнью. Поведенческий этап психотерапии лиц с нарушениями пищевого поведения. Первый этап коррекции зависимого пищевого поведения был направлен на осознание патологического пищевого поведения. Пациенты обучались ежедневно взвешиваться и подсчитывать калорийность неторопливо съеданной вкусной и красиво подаваемой пищи в рамках индивидуально подобранного «коридора» калорийности. Здоровые навыки потребления пищи важны не только для формирования самоконтроля, но и для формирования волевых качеств. Больные заново учились испытывать положительные эмоции вовремя трапезы, а в дневниках фиксировали все положительные изменения.

Гипнотические техники (классический и эриксоновский гипноз) в состоянии транса открывал ресурсные возможности пациента путем формирования новых позитивных установок. Формировался образ достижения красивого, стройного, привлекательного тела. Личностный уровень психотерапии пациентов с нарушениями пищевого поведения. На этом этапе мы помогали раскрыть внутриличностный конфликт, создающий напряжение и порождающий тревогу. Мы использовали положения Э.Берна [5], позволяющие осознать структуру личности в простой и понятной форме. Гармонизация взаимоотношений между Ребенком, Взрослым и Родителем давала возможность пациентам научиться лучше управлять собой. Анализ жизненного сценария, негативных и позитивных Родительских сценарных установок давал возможность изменить свой жизненный сценарий. Психотерапия конфликта с телом у лиц с нарушениями пищевого поведения. Применяемые нами техники в рамках телесноориентированной психотерапии [6,7], позволяли не только снять мышечное напряжение, но ощутить в теле происходящие процессы, испытать спокойствие и радость и даже освободиться от горестных слез. Отношения с телом было довольно сложными. Нашими пациентами тело представлялось как придаток, некрасивый, несовершенный, которого они стыдились и даже старались не замечать, вспоминая, лишь когда оно начинает недомогать. Отсутствие «мышечной радости» приводит к тому, что радость, удовольствие или спокойствие могли возникнуть лишь в результате насыщения едой. Такие отношения с телом приводит к неизбежным внутренним невротическим конфликтным отношениям. Межличностный уровень психотерапии у лиц с нарушениями пищевого поведения. Следующим уровнем проработки психологического конфликта у лиц с зависимым пищевым поведением был межличностный уровень. В основу анализа межличностных отношений также была положена концепция транзактного анализа. В процессе анализа межличностных сложностей пациентам обучались различным подходам предотвращения и выхода из конфликтных ситуаций, с сотрудниками и близкими людьми, что позволяло нормализовать эмоциональный фон и не прибегать к избыточному потреблению пищи. Рассматривалась структура неконструктивных психологических игр, лежащих в основе зависимого поведения. Мы пришли к выводу, что можно говорить об особенностях так называемого жизненного сценария зависимого пищевого поведения, во многом схожего со сценарием “Алкоголика”, для которого была характерна чрезмерная, доминирующая многие годы неосознаваемая фиксация на регрессивных формах поведения в сложных ситуациях. Коррекция надличностной проблематики у лиц с нарушениями пищевого поведения. Следующий блок нашей работы – это сессии с применением интенсивных дыхательных психотехнологий. Для проведения таких сессий важна готовность пациента, его доверие к психотерапевту. Состояние измененного сознания (транса) возникало на фоне частого и глубокого дыхания в сопровождении специально подобранных часовых музыкальных программ. Прохождение таких сессий позволяло пациентам отреагировать заблокированные, погребенные под



невротическими психологическими защитами эмоции, вновь пережить и освободиться от пережитых всплывающих из глубин бессознательного неприятных эпизодов, завершая процесс в спокойном, оптимистическом состоянии. Тело также освобождалось от напряжения и зажимов, восстанавливалась работа внутренних органов. В процессе интенсивного дыхания всплывали переживания, связанные с осознанием биографического, перинатального и трансперсонального уровней бессознательного [8]. У пациентов возникали зрительные, слуховые или кинестетические воспоминания, позволяющие прожить те или иные важные события. Нередко всплывали ситуации, связанные с детскими травмами и с появлением на свет. Это помогало пациенту освободиться от эмоциональных переживаний, мышечных зажимов. После дыхательных сессий большое внимание уделялось различным приемам арттерапии. Пациентам предлагалось выразить свое состояние, часто ещё недостаточно осознаваемое, в свободном рисунке. С помощью красок, линий и штриховки каждый имел возможность рассказать о своих мыслях, чувствах и состоянии. После завершения пятидневного психотерапевтического цикла были встречи с частотой раз в месяц, на которых осуществлялась необходимая психотерапевтическая индивидуальная работа в группе. Наша программа позволяла достичь хороших стабильных результатов. Желаемая масса тела была достигнута и оказалась стабильной у 46,5 % пациентов, у 29,0 % – почти достигнуты желаемые показатели массы тела и стабильно держатся, у 23,0 % – не вполне достигнуты и стабильно держатся. Вес не изменился у 1,0 % пациентов.

**Выводы.** Применение многоуровневых психотерапевтических программ позволяет увеличить эффективность лечения больных с нарушениями пищевого поведения. Разработанные дифференцированные программы могут использоваться при создании подходов психотерапевтической помощи в учреждениях психотерапевтического, психиатрического и общесоматического профилей. Полученные данные оптимизируют превентивную и реабилитационную помощь лицам с нарушениями пищевого поведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шадрина, М. В. Пищевая зависимость: эффективность коррекции психологического состояния личности через занятия спортом / М. В. Шадрина // Педагогика, психология и экономика: вызовы современности и тенденции развития : материалы первой междунар. науч.-практ. конф. – Москва, 2024. – С. 292-300. – edn: IOIYVY.

2. Кожухова, О. А. Причины зависимого поведения (на примере пищевой зависимости) / О. А. Кожухова // Актуальные проблемы педагогики и психологии (Самара). – 2022. – № 1 (3). – С. 16-19. – doi: 10.55000/APPiP.2022.68.79.003. – edn: SBMWJQ.

3. Гримак, Л. П. Психология активности человека: Психологические механизмы и приемы саморегуляции / Л. П. Гримак. – Москва : Книж. дом «Либриком», 2017. – 368 с.

4. Уилбер, К. Никаких границ. Восточные и западные пути личностного роста / К. Уилбер. – Москва : Изд-во Трансперсон. ин-та, 1996. – 176 с.

5. Берн, Э. Групповая психотерапия / Э. Берн. – Москва : Академ. проект, 2000. – 464 с.

6. Лоуэн, А. Биоэнергетика (революционная терапия, которая использует язык тела для лечения проблем разума) / А. Лоуэн. – Санкт-Петербург : Ювента, 1998. – 382 с.

7. Баскаков, В. Ю. Танатотерапия: теоретические основы и практическое применение / В. Ю. Баскаков. – Москва : Ин-т общегуманитар. исслед., 2007. – 176 с.

8. Гроф, С. Психология будущего. Уроки современных исследований сознания / С. Гроф, К. Гроф. – Москва : Ин-т трансперсон. психологии, 2001. – 458 с.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО МАРКЕРА ЭТИЛГЛЮКУРОНИДА В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН**

*Разводовский Ю.Е., Шуриберко А.В.*

*ГП «Институт биохимии биологически активных соединений НАН Беларуси»,  
Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Ранняя диагностика связанных с алкоголем проблем является важным аспектом профилактики. В последние годы активно ведется изучение возможности использования концентрации этилглюкуронида (ЭГ) в волосах в качестве биохимического маркера хронического злоупотребления алкоголем [1]. Поскольку ЭГ является прямым минорным метаболитом этанола, образующимся только в присутствии алкоголя, он обладает значительно большей диагностической надежностью, чем традиционные непрямые биохимические маркеры [3]. Мета-анализ исследований показал, что содержание ЭГ в волосах является надежным маркером хронического злоупотребления алкоголем (чувствительность – 96%; специфичность – 99%) [4]. Определение содержания ЭГ в волосах имеет целый ряд преимуществ по сравнению с рутинным определением биохимических маркеров в биологических средах, заключающиеся в неинвазивности получения биологического материала, удобстве его транспортировки и возможности длительного хранения и проведения повторного анализа, широком окне определения (от месяца до года в зависимости от длины волос) [5].

Одной из важных характеристик маркера является его пороговая концентрация, позволяющая детектировать различные уровни потребления

алкоголя. В 2009 г Общество тестирования волос рекомендовало использовать пороговый уровень ЭГ 30 пг/мг в проксимальном фрагменте волос головы длиной 0-3 см для дискриминации между злоупотреблением алкоголем и умеренным его употреблением [6]. Однако эти рекомендации вызывают сомнения у некоторых экспертов, указывающих на значительную индивидуальную вариабельность образования и элиминации ЭГ [5]. Поэтому в настоящее время продолжают исследования по установлению пороговых значений содержания ЭГ, позволяющих дискриминировать различные группы потребителей алкоголя.

Существуют лишь единичные исследования, посвященные использованию содержания ЭГ в волосах с целью диагностики различных режимов алкоголизации у женщин. В работе с участием беременных женщин были установлены следующие пороговые уровни содержания ЭГ в волосах: абстиненты <7 пг/мг; умеренные потребители (социальные пьяницы) <25 пг/мг; злоупотребляющие алкоголем >25 пг/мг [3]. Дефицит данных относительно надежности ЭГ в дискриминации различных уровней потребления алкоголя у женщин обуславливает необходимость дальнейших исследований.

**Цель.** Целью настоящей работы была оценка эффективности определения содержания ЭГ в волосах в диагностике алкогольной зависимости у женщин.

**Методы исследования.** Участниками исследования явились 15 зависимых от алкоголя женщин, проходивших стационарный курс детоксикации в Гродненском областном клиническом центре «Психиатрия-Наркология». В контрольную группу вошли 15 умеренно пьющих женщин, представителей общей популяции, добровольно предоставивших свои волосы для исследований. Концентрация ЭГ определялась в проксимальном сегменте волос головы длиной 3 см. Определение концентрации ЭГ в волосах осуществляли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии – тандемной масс-спектрометрии (ВЭЖХ-МС) [2]. Статистическая обработка данных (описательная статистика, логистическая регрессия) производилась с помощью программы Statistica 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США). Для оценки диагностической надежности (чувствительность, специфичность, прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР), прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР), а также определения оптимальной пороговой концентрации ЭГ был проведен ROC (receiver operating characteristic) анализ. Для оценки прогностической ценности определяли площадь области под ROC-кривой – AUC (area under the ROC curves).

**Результаты и их обсуждение.** Согласно полученным данным, среднее значение концентрации ЭГ в волосах зависимых от алкоголя женщин оказалось значительно выше, чем у представителей общей популяции:  $141,8 \pm 37,9$  vs.  $17,0 \pm 7,3$  нг/мг. Медианное значение концентрации ЭГ также было значительно выше у зависимых от алкоголя женщин: 59,4 (20,2–400) vs. 9,8 (8,9–35,1) нг/мг. С помощью логистического анализа установлено регрессионное уравнение между концентрацией ЭГ и бинарной переменной,

определяющей принадлежность к контрольной группе или группе зависимых от алкоголя (табл.1).

Анализ ROC-кривой дал возможность определить концентрацию ЭГ, превышение которой позволяет с высокой вероятностью предположить наличие алкогольной зависимости: ( $p_{\text{пор}} = 0,21$ ;  $Z_{\text{пор}} = -0,45$ ,  $[\text{ЭГ}]_{\text{пор}} = 38$  нг/мг). При данной пороговой концентрации чувствительность, специфичность, ПЦПР и ПЦОР результата составили 93%, 92%, 98%, 90% соответственно (табл.2). Площадь под ROC кривой (AUC) составила 0,99, что свидетельствует об очень хорошей прогностической ценности модели.

Полученные результаты необходимо обсудить в контексте имеющихся литературных данных. В мета-анализе исследований была рассчитана средняя концентрация ЭГ для умерших от хронического злоупотребления алкоголем мужчин, которая составила 586,1 пг/мг [3]. Средняя концентрация ЭГ в волосах зависимых от алкоголя женщин в нашем исследовании оказалась существенно ниже, что может быть обусловлено более высоким уровнем потребления алкоголя у зависимых от алкоголя мужчин. Полученные нами результаты подтверждают литературные данные относительно высокой эффективности ЭГ в качестве биохимического маркера алкогольной зависимости [4]. Рассчитанная нами оптимальная пороговая концентрация ЭГ в волосах, дискриминирующая между умеренным потреблением алкоголя/социальным пьянством и алкогольной зависимостью оказалась существенно выше, чем пороговая концентрация, рассчитанная ранее для детекции злоупотребления алкоголем [5].

**Выводы.** Таким образом, результаты настоящего исследования свидетельствуют о высокой диагностической надежности ЭГ в качестве биохимического маркера алкогольной зависимости у женщин. Определение концентрации ЭГ в волосах является эффективным вспомогательным диагностическим инструментом, позволяющим объективизировать постановку диагноза алкогольной зависимости.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Разводовский, Ю. Е. Биохимические маркеры алкогольной зависимости / Ю. Е. Разводовский // Наркология. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 85-92. – doi: 10.25557/1682-8313.2020.01.85-92. – edn: UMMDOT.
2. Шуриберко, А. В. Разработка и валидизация метода количественного определения этилглюкуронида в волосах / А. В. Шуриберко, Ю. Е. Разводовский // Актуальные проблемы алкогольной и других химических зависимостей : тез. докл. III Междунар. науч.-практ. конф., Гродно, 5 окт. 2023 г. – Гродно, 2023. – С. 39-40.
3. Sensitivity and specificity of EtG in hair as a marker of chronic excessive drinking: pooled analysis of raw data and meta-analysis of diagnostic accuracy studies / R. Boscolo-Berto [et al.] // Ther. Drug Monit. – 2014. – Vol. 36, iss. 5. – P. 560-575. – doi: 10.1097/FTD.000000000000063.

4. Ethyl glucuronide concentration in hair for detecting heavy drinking and/or abstinence: a meta-analysis / R. Boscolo-Berto [et al.] // Int. J. Legal. Med. – 2013. – Vol. 127, iss. 3. – P. 611-619. – doi: 10.1007/s00414-012-0809-0.

5. Hair ethyl glucuronide levels as a marker for alcohol use and abuse: a review of the current state of the art / C. L. Crunelle [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2014. – Vol. 134. – P. 1-11. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.10.008.

6. Hair ethyl glucuronide as a biomarker of alcohol consumption in alcohol-dependent patients: role of gender differences / C. L. Crunelle [et al.] // Drug Alcohol Depend. – 2014. – Vol. 141. – P. 163-166. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.05.014.

## **ИММУННАЯ СИСТЕМА И ОПИЙНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

*Станько Э.П.*

*Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Огромное медико-социальное значение имеет сочетание зависимости от наркотиков и ВИЧ-инфекции [1]. Часть пациентов с ВИЧ-инфекцией остается потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), которые способствуют распространению ВИЧ-инфекции, что обуславливает актуальность вопросов коррекции рискованного поведения у данной категории пациентов.

Известно, что основными последствиями ВИЧ-инфекции являются повреждение иммунной системы – истощение CD4<sup>+</sup> лимфоцитов, которые участвуют в клеточно-опосредованном и гуморальном иммунитете и, во-вторых, иммунная активация [2]. Нормальное количество CD4<sup>+</sup> составляет приблизительно 750/мкл. Снижение количества CD4<sup>+</sup> до 200/мкл указывает на потерю клеточно-опосредованного иммунитета и запускает реактивацию различных условно-патогенных микроорганизмов, вызывает клинические проявления болезни. Поражение гуморальной иммунной системы проявляется в гиперплазии В-клеток в лимфоузлах, приводя к лимфаденопатии, повышается секреция антител к антигенам, что приводит к гиперглобулинемии. Иммунная активация способствует истощению резервов клеток CD4<sup>+</sup> и иммуносупрессии, при помощи механизмов, которые остаются до конца неизученными. Показатели распада CD4<sup>+</sup> лимфоцитов коррелируют с уровнем ВИЧ в плазме. Истощение резервов CD4<sup>+</sup> может быть результатом как прямых цитостатических воздействий репликации ВИЧ, так и иммунной клеточно-опосредованной цитотоксичности, а также поражения вилочковой железы, ослабляющего продуцирование лимфоцитов.

Влияние наркотиков на иммунную систему изучено хорошо. Так, потребление опиатов вызывает иммуносупрессивный эффект [3], изменяется цитокиновый профиль [4], слабеют функциональные свойства гранулоцитов,

макрофагов и натуральных киллеров. Следствием этого является развитие бактериальных и грибковых инфекций, опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции [1]. Даже при успешном подавлении репликации ВИЧ на фоне АРТ, наркотики препятствуют компенсации иммунодефицита [3]. Бактериальные пневмонии у ВИЧ-позитивных ПИН (ВПН) отличаются тяжелым течением [5]. До 40% ВПН страдают туберкулезом легких. Кроме этого, свыше 90% ПИН страдают гепатитом С, около 70-80% – гепатитом В [1].

Ко-инфекция ВИЧ/ВГС ускоряет прогрессирование хронического поражения печени в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. Гепатотоксичность антиретровирусных препаратов может оказывать неблагоприятное влияние на течение хронического вирусного гепатита, что способствует его прогрессированию в отдаленном периоде [6].

Вместе с тем, единый подход к оценке клеточного иммунитета у ВПН четко не выработан, существует необходимость изучения изменения иммунореактивного потенциала организма ПИН при инфицировании ВИЧ, что диктует необходимость дальнейших исследований

**Цель.** изучить влияние потребления инъекционных наркотиков на показатели клеточно-опосредованного иммунитета и течение ВИЧ-ассоциированной зависимости от опиатов.

**Методы исследования.** По единой программе были обследованы 144 респондента, из которых 109 – пациенты (49 – с опиоидной зависимостью, 23 – ВИЧ-инфекцией, 37 – ВИЧ-ассоциированной зависимостью от опиатов). Контролем служили показатели 35 практически здоровых лиц (26 женщин и 9 мужчин), средний возраст  $29,86 \pm 8,74$  лет.

I группу (сравнения) сформировали 35 человек. Критериями включения в эту группу являлись наличие информированного согласия на обследование, возраст свыше 18 лет, критериями исключения – зависимость от наркотиков, наличие на момент обследования ВИЧ, острых или обострения хронических заболеваний.

II группа представлена 49 пациентами (26 женщин и 23 мужчины), средний возраст  $28,80 \pm 5,04$  лет. Критериями включения в эту группу являлись наличие информированного согласия на обследование, возраст (старше 18 лет), синдром опиоидной зависимости, критериями исключения – инфицирование ВИЧ, наличие на момент обследования острых или обострения хронических заболеваний.

В III группу включено 23 пациента (11 женщин и 12 мужчин), средний возраст  $34,96 \pm 7,01$  лет. Критериями включения группы были наличие информированного согласия на обследование, возраст (старше 18 лет), лабораторно подтвержденное носительство ВИЧ, критериями исключения – зависимость от наркотиков, наличие на момент обследования острых или обострения хронических заболеваний.

IV группа состояла из 37 лиц (18 женщин и 19 мужчин), средний возраст  $31,03 \pm 4,68$  лет. Критериями включения в группу являлись наличие

информированного согласия на обследование, возраст (старше 18 лет), лабораторно подтвержденное носительство ВИЧ, синдром опиоидной зависимости, критериями исключения – наличие острых или обострение хронических заболеваний на момент обследования.

Диагностика ВИЧ-инфекции выполнена методом иммуноблоттинга. Для определения стадии ВИЧ-инфекции проводилось определение вирусной нагрузки и уровня CD3+, CD4+, CD8+ лимфоцитов.

Дизайн исследования был определен как аналитическое исследование типа «случай-контроль». При обработке данных использовался стандартный пакет прикладных статистических программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

**Результаты и их обсуждение.** Общеклинический анализ крови показал, что у пациентов II группы ( $p=0,05$ ) зарегистрирован наиболее высокий уровень лейкоцитов ( $9,55\pm 2,88$ ) с наиболее низким процентным содержанием лимфоцитов ( $32,45\pm 9,04$ ). У пациентов III и IV групп ( $2,48\pm 0,86$  и  $2,45\pm 1,12$  соответственно) абсолютное количество лимфоцитов ниже, чем у I и II групп ( $2,90\pm 0,82$  и  $3,02\pm 1,01$  соответственно) при  $p=0,03$ . В IV группе содержание лейкоцитов в крови у мужчин значимо выше по сравнению с женским полом (соответственно  $8,72\pm 4,74$  и  $6,57\pm 1,94$ ,  $p=0,02$ ). Самая высокая концентрация лейкоцитов зарегистрирована у пациентов II группы, причем содержание лейкоцитов у женщин II группы выше, чем у женщин IV (соответственно  $9,66\pm 3,24$  и  $6,57\pm 1,94$ ,  $p=0,01$ ).

Дисперсионный анализ показал, что статистически значимое снижение абсолютного содержания лимфоцитов вызывает только инфицированность ВИЧ ( $F=8,41$ ,  $p=0,004$ ). Вклады зависимости от опиатов и половой принадлежности в дисперсию этого показателя оказались недостоверными (в обоих случаях  $p>0,05$ ). Для пациентов IV группы был характерен наиболее высокий средний процент клеток с фенотипом CD3+. У пациентов III группы процент клеток с фенотипом CD3+ был выше, чем у обследованных I и II групп, а у пациентов II группы – выше, чем у обследованных I группы.

Дисперсионный анализ показал влияние факторов инфицированности ВИЧ ( $F=42,41$ ,  $p=0,000000001$ ) и зависимости от опиатов ( $F=12,68$ ,  $p=0,0005$ ) на содержание CD3+ клеток, но не половой принадлежности ( $p>0,05$ ). Средние значения абсолютного количества CD3+ лимфоцитов не имели значимых различий в сравниваемых группах. Самый низкий средний процент клеток с фенотипом CD4+ был установлен у пациентов IV и III групп. Наиболее высокий средний процент CD4+ клеток зарегистрирован у пациентов I группы ( $43,11\pm 4,76$ ). У пациентов II группы средний процент клеток с фенотипом CD4+ был значимо выше, чем у пациентов III и IV групп. На величину этого показателя статистически значимо влияли инфицированность ВИЧ, наличие наркозависимости и половая принадлежность (табл. 2).

Абсолютное количество CD4+ клеток у пациентов III и IV групп было достоверно ниже, чем у представителей I и II групп, кроме того, в IV группе

содержание хелперов было самым низким. На абсолютное число CD4+ клеток существенное влияние оказывала инфицированность ВИЧ ( $F=61,47$ ,  $p<10^{-11}$ ).

Процентное содержание CD8+ лимфоцитов наиболее высоким было у пациентов IV группы, у пациентов III группы значимо выше, чем у пациентов I и II групп. Самый низкий показатель процентного содержания CD8+ лимфоцитов был у обследованных I группы. На долю клеток с фенотипом CD8+ значимое влияние оказывали все анализируемые факторы, в том числе и половая принадлежность. У женщин величина CD8+ была меньше, чем у мужчин, однако значимые различия были выявлены только у пациентов III группы (у мужчин –  $55,38\pm 14,49\%$ , у женщин –  $45,22\pm 14,30\%$ ,  $p=0,01$ ). Кроме этого, у ВПН женщин процент CD8+ клеток был достоверно выше, чем у женщин с ВИЧ-инфекцией без зависимости от опиатов (соответственно  $56,22\pm 6,70\%$  и  $45,22\pm 14,30\%$ ,  $p=0,002$ ). Абсолютное количество CD8+ клеток у пациентов с ВИЧ-инфекцией было выше, чем у пациентов I и II групп. Максимальным абсолютное количество CD8+ клеток зарегистрировано у пациентов IV группы, минимальным – у пациентов I группы. Содержание цитотоксических Т-лимфоцитов зависело от влияния инфицированности ВИЧ ( $F=25,23$ ,  $p=0,000002$ ) и половой принадлежности ( $F=4,21$ ,  $p=0,04$ ). Различие в относительном и абсолютном количестве CD8+клеток у мужчин и женщин установлено только в III группе (у мужчин –  $1,49\pm 0,46$ , у женщин –  $1,02\pm 0,57$ ,  $p=0,02$ ). Наиболее низким индекс CD4/CD8+ клеток установлен у пациентов IV группы. В III группе этот показатель также был значимо ниже, чем у обследованных I и II групп. Достоверный вклад в дисперсию этого индекса вносили все анализируемые факторы. Значимые различия были получены только у ВИЧ-позитивных женщин (без зависимости –  $0,94\pm 0,55$ ; с зависимостью от опиатов –  $0,45\pm 0,15$ ,  $p=0,007$ ). Статистически значимые гендерные различия индексов были выявлены только во II группе (у мужчин –  $1,30\pm 0,44$ , у женщин –  $1,61\pm 0,69$ ,  $p=0,02$ ).

Анализ содержания В-лимфоцитов показал, что средний процент CD 19+ клеток у пациентов IV группы ( $6,19\pm 3,40$ ) был значимо ниже, чем у пациентов остальных групп. В III группе ( $8,46\pm 2,46$ ) величина CD 19+ клеток существенно ниже, чем в I и II группах ( $11,42\pm 3,54$  и  $11,33\pm 4,79$  соответственно) при  $p=0,005$ . Абсолютное число В-лимфоцитов также было значимо ниже у пациентов с ВИЧ-инфекцией (III и IV группы) по сравнению с обследованными I и II групп ( $p=0,01$ ). Наиболее низким абсолютное число В-лимфоцитов зарегистрировано у пациентов IV ( $0,15\pm 0,11$ ) и III ( $0,22\pm 0,13$ ) групп. Дисперсионный анализ показал, что на абсолютное количество и на долю CD19+ лимфоцитов влияет инфицированность ВИЧ (в обоих случаях  $p=0,05$ ).

Анализ содержания CD3+HLA-DR+ клеток показал более высокие показатели у пациентов с ВИЧ-инфекцией, чем у ВИЧ-негативных. Кроме того, у пациентов IV группы ( $32,92\pm 13,57$ ) величина содержания CD3+HLA-DR+ клеток значимо выше, чем у пациентов III группы ( $19,30\pm 8,43$ ). Значимое



влияние на процентное и абсолютное число клеток с фенотипом CD3+HLA-DR+ оказывала инфицированность ВИЧ ( $p < 0,000008$ ).

**Выводы.** На абсолютное количество хелперов влияет инфицированность ВИЧ и употребление опиатов, потенцирующий эффект которых можно объяснить снижением продукции IL2, что приводит к уменьшению пролиферации и числа хелперов за счет снижения доли TH1, так как опиоидные наркотики направляют дифференцировку CD4 клеток преимущественно по пути образования TH2. Подавление образования TH1 снижает резистентность к вирусной инфекции: увеличивается риск инфицирования и уменьшается эффективность противовирусного иммунного ответа.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией в крови общее количество лимфоцитов, процент и абсолютное количество В-клеток, а также CD4+25+ клеток (преимущественно Т-регуляторных лимфоцитов) ниже, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции. Вызываемое ВИЧ-инфекцией снижение CD4+лимфоцитов, Т-естественных киллеров (CD3+16+56+ лимфоцитов), естественных киллеров (CD3-16+56+ клеток), а также повышение процентного содержания цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+лимфоцитов), доли и абсолютного числа Т-лимфоцитов с признаками активации (CD3+HLA-DR+клеток) потенцирует потребление ВПН инъекционных наркотиков.

На общее количество лейкоцитов влияние оказывает потребление инъекционных наркотиков, вызывая их повышение и инфицированность ВИЧ, способствующая их снижению, особенно у женщин. У лиц мужского пола наблюдается увеличение абсолютного числа CD8+ лимфоцитов и снижение процента клеток с фенотипом CD4+.

Инъекционное потребление наркотиков повышает риск инфицирования ВИЧ-негативных потребителей опиатов и снижает противовирусный ответ у ВИЧ-позитивных пациентов, потенцируя вызванные ВИЧ-инфекцией такие эффекты, как снижение в крови хелперов, естественных и Т-естественных киллеров, регуляторных клеток, способствующих прогрессированию заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Петросян, Т. Р. ВИЧ-инфекция и наркопотребление / Т. Р. Петросян, М. З. Шахмарданов // Эпидемиология и инфекц. болезни. – 2018. – Т. 23, № 2. – С. 60-67. – doi: 10.18821/1560-9529-2018-23-2-60-6. – edn: XTSORF.

2. Sachay, E. R. Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) / E. R. Sachay // Справочник MSD [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/ru/профессиональный/инфекционные-болезни/вирус-иммунодефицита-человека-вч/инфекция-вызванная-вирусом-иммунодефицита-человека-вч>. – Дата доступа: 07.04.20224.

3. Иммунные дисфункции у наркозависимых и способы их коррекции / В.Н. Цыган [и др.] // Обзоры по клин. фармакол. и лекарств. терапии. – 2007. – № 4. – С. 2-81.

4. Шарокова, В. А. Особенности иммунного статуса, генофенотической характеристики наркомании : дис. ... д-ра мед. наук / В. А. Шарокова. – Владивосток, 2007. – 423 с.

5. Сабитова, Р. Я. Внебольничная пневмония у пациентов с наркотической зависимостью и ВИЧ-инфекцией: особенности клинических и лабораторных проявлений / Р. Я. Сабитова, А. В. Жестков, Т. А. Алпатова // Практик. пульмонология. – 2012. – № 3. – С. 23-27.

6. Моисеев, С. В. Хронический гепатит С у ВИЧ-инфицированных пациентов / С. В. Моисеев [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. – 2011. – Т. 20, № 4. – С. 62-68.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНОСТИ РАССОГЛАСОВАНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КОДИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

*Телешева К.Ю., Рабинович Э.И.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия*

**Актуальность.** Феномен негативности рассогласования (MMN) является потенциальным эндофенотипом психотических расстройств (14; 17). MMN определяется как максимальное негативное отклонение после неожиданного сенсорного стимула в потоке знакомых событий (14). В слуховой модальности девиантные стимулы отличаются от стандартных по одному акустическому признаку: продолжительность, интенсивность, высота, межстимульный интервал, пространственное расположение (2; 15).

В настоящее время феномен MMN интерпретируется как показатель ошибки прогностического кодирования. Предполагается, что процессы прогнозирования играют решающую роль в выявлении слуховых отклонений (20), которое осуществляется путем сравнения входящего звукового стимула в предсказанным на основе ранее обнаруженных закономерностей (5). В экспериментах с варьированием параметров стимуляции выявлено, что «система автоматического обнаружения отклонений» стимула работает на основе временно-спектрального представления стимула, сравнения стимула в контексте последовательности, но не на основе независимых измерений признака (8), что подтверждает представление о том, что феномен MMN основан на сравнении текущего звука с предсказанным.

Снижение амплитуды аудиальной MMN при шизофрении и в продромальном периоде было обнаружено в большом количестве исследований (3; 4; 16), это изменение является стабильным признаком (6). В некоторых исследованиях сообщалось о нарастании снижения амплитуды MMN при увеличении тяжести психотических симптомов (7; 18), однако в других не было

выявлено корреляции с продолжительностью (стадией) заболевания (9; 10). Как полагают, снижение амплитуды MMN при изменении продолжительности стимула указывает на личностный аспект расстройства, при изменении высоты или частоты может быть связано с аспектом состояния патологического процесса (14).

Выявлено, что амплитуда MMN положительно связана с общим баллом по шкале позитивных и негативных симптомов и отрицательно связана с баллом по шкале глобальной оценки функционирования (16), чем более выражен дефицит MMN, тем выше риск перехода в психоз (19) и уровень инвалидности вследствие заболевания (11).

Отмечают, что MMN в слуховой модальности имеет большую диагностическую ценность в отношении шизофрении, чем в зрительной (13). В существующих исследованиях величина слуховой MMN оценивалась преимущественно в пассивной парадигме odd ball (ignore condition, внимание не направлено на стимулы). Однако интерес также представляют особенности MMN в активной парадигме (attend condition), когда внимание направлено на слуховые стимулы.

Различия в парадигмах обусловлены тем, что прогнозируемая часть входных данных не требует дальнейшей обработки, если не требуется синхронизировать действие с ожидаемым событием (нажатие кнопки в момент звучания девиантного стимула, подсчитывание стимулов). Исследователи отмечают, что в пассивной парадигме «информация не теряется» (20).

Масштабное исследование (966 пациентов с шизофренией, 824 психически здоровых) показало, что дефицит MMN связан с показателями клинического, когнитивного и психосоциального функционирования у пациентов (12). Результаты подтверждают, что MMN может быть использован в качестве биомаркера в клинических исследованиях.

Таким образом, MMN является электрофизиологическим коррелятом нарушения процесса прогностического кодирования, которое выявляется при шизофрении и имеет диагностическое и прогностическое значение в отношении данного заболевания. Однако в русскоязычной литературе исследования о связи изменения MMN с симптоматикой шизофрении единичны (1), в зарубежной литературе отмечается дефицит исследований изменения латентного периода феномена, исследований в активной парадигме.

**Цель.** Изучение особенностей аудиальной MMN у лиц с шизофренией в пассивной и активной парадигме вероятностного предъявления слуховых стимулов.

**Методы исследования.** Пилотное исследование проведено с участием 26 лиц мужского пола от 21 до 48 лет. Основная группа (15 человек, средний возраст  $36,61 \pm 7,69$  года) - лица с диагнозом шизофрения в соответствии с критериями МКБ-10 (F20), проходящие судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ "НМИЦ Пин им. В.П. Сербского". Группа контроля (11 человек) состояла из психически здоровых, социально адаптированных

добровольцев, средний возраст 33,20±6,41 года. Все обследованные были праворукими.

ЭЭГ-исследование проводили вне острого психотического состояния, при отсутствии активной фармакотерапии. Регистрация ЭЭГ осуществлялась на энцефалографе Neuroscan Compumedics от 19 стандартных отведений, расположенных по схеме 10–20. Использовали вероятностный вариант предъявления стандартных (1000 Гц, 50 мс, 75 дБ, 80% от общего количества) и девиантных (2000 Гц, 50 мс, 75 дБ, 20%) слуховых стимулов, стимулы предъявлялись в наушники, межстимульный интервал от 1800 до 2000 мс. Исследование включало 2 серии слуховой стимуляции: в первой серии испытуемый получает инструкцию нажимать на кнопку в момент звучания девиантного стимула, во второй серии – не обращать внимания на звуки, смотреть на экран, на котором предъявляется видеоролик с нейтральным содержанием.

**Результаты и их обсуждение.** Были выявлены значимые отличия показателей амплитуды MMN в активной парадигме (значимые различия обнаружены преимущественно в правом полушарии), латентного периода в пассивной парадигме (таблица 1). В группе лиц с шизофренией снижена амплитуда, укорочен латентный период MMN.

Таблица 1. – Значимые отличия показателей MMN в группе лиц с шизофренией от контрольной группы (медиана, нижний и верхний квартили, значимость отличий при использовании U-критерия Манна-Уитни,  $p < 0,05$ ).

Отведение	Шизофрения	Контроль	p
Амплитуда MMN в мкВ (активная парадигма)			
C4	4,2 [3,4;10,7]	9,3[6,6;11,8]	0,040*
P4	3,2 [1,7;5,7]	7,2[5,0;8,7]	0,014*
O2	1,7 [0,8;3,5]	3,7[2,1;4,6]	0,036*
T6	2,0 [1,1; 2,4]	4,0[2,5;5,2]	0,006**
Pz	4,1 [1,8;5,4]	8,0[5,2;9,1]	0,021*
Латентный период MMN в мс (пассивная парадигма)			
C4	188[175;206]	219[200;224]	0,043*
P3	189[172;200]	218[206;230]	0,011*
O2	190[169;197]	213[187;239]	0,049*
T3	194[167;205]	227[192;245]	0,008**
T4	182[150;213]	216[201;243]	0,038*
T5	191[179;211]	220[195;227]	0,027*
Pz	188[162;201]	219[195;234]	0,016*
Амплитуда MMN в мкВ (пассивная парадигма)			
T5	0,8[0,3;1,5]	2,1[0,6;3,3]	0,036*

Следует отметить, что в активной парадигме амплитуда феномена выше, чем в пассивной (рисунок). Наиболее выраженное снижение амплитуды в обеих парадигмах наблюдается в теменно-центральных отделах, во фронтальных, напротив, отмечается увеличение амплитуды у лиц с шизофренией в сравнении с контролем (рисунок).

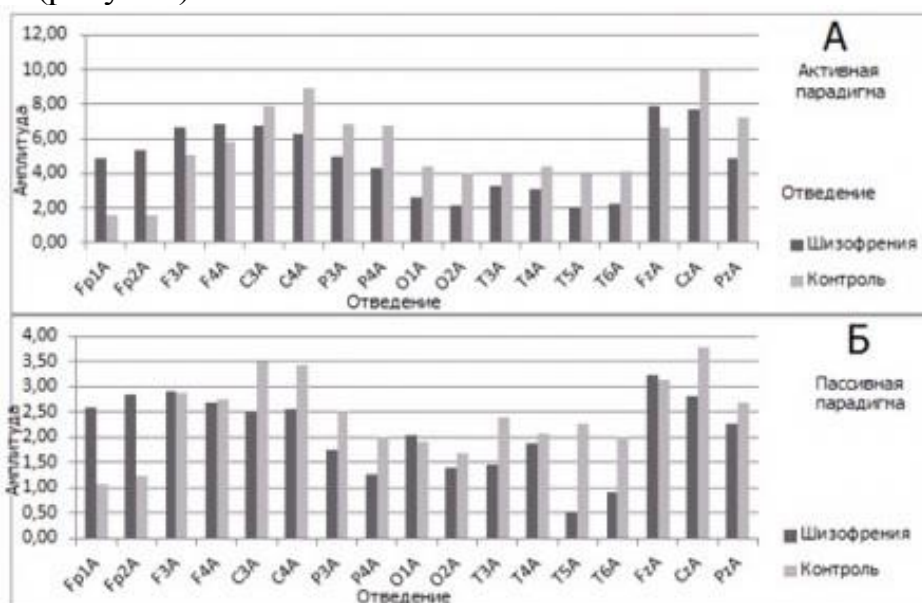


Рисунок – Показатели амплитуды MMN (в мкВ) в активной (А) и пассивной (Б) парадигмах.

Результаты демонстрируют различные паттерны изменений характеристик MMN при использовании разных типов парадигм. Значимые различия по амплитуде MMN получены только в активной парадигме. Выявленное снижение латентного периода соответствует данным о связи высокого риска психоза с укороченной латентностью (21). В контексте понимания MMN как сигнала ошибки прогнозирования можно предполагать дефицит построения и коррекции прогноза у лиц с шизофренией, что ускоряет обработку отклоняющихся стимулов.

Локализация различий по амплитуде в правом полушарии при шизофрении согласуется с литературными данными (1), может быть связана с преобладанием нарушений на уровне целостного восприятия.

Полученные паттерны изменений характеристик MMN у лиц с шизофренией подтверждают наличие нарушений процесса построения нисходящих прогнозов, способности к выделению значимых стимулов.

**Выводы.** Снижение амплитуды в центрально-теменных отделах и снижение латентности MMN потенциально могут использоваться как диагностические маркеры риска психотического расстройства. Использование как пассивной, так и активной слуховой парадигмы вероятностного предъявления при исследовании феномена MMN позволяет существенно дополнить информацию о нарушениях процесса прогностического кодирования при шизофрении.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Взаимосвязь редукции негативности расогласования и когнитивного дефицита при параноидной шизофрении / М. В. Петров [и др.] // *Вестн. СПб ун-та. Психология и педагогика.* – 2017. – Т. 7, № 1. – С. 91-103. – doi: 10.21638/11701/spbu16.2017.107.
2. Шестопалова, Л. Б. Негативность расогласования и пространственный слух / Л. Б. Шестопалова, Е. А. Петропавловская // *Успехи физиол. наук.* – 2019. – Т. 50, № 3. – С. 14-33. – doi: 10.1134/S0301179819030093.
3. Baldeweg, T. Mismatch negativity indexes illness-specific impairments of cortical plasticity in schizophrenia: a comparison with bipolar disorder and Alzheimer's disease / T. Baldeweg, S. R. Hirsch // *Int. J. Psychophysiol.* – 2015. – Vol. 95, iss. 2. – P. 145-55. – doi:10.1016/j.ijpsycho.2014.03.008.
4. Belger, A. In search of psychosis biomarkers in high-risk populations: is the mismatch negativity the one we've been waiting for? / A. Belger, G. H. Yucel, F. C. Donkers // *Biol. Psychiatry.* – 2012. – Vol. 71, iss. 2. – P. 94-5. – doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.11.009.
5. Rapid extraction of auditory feature contingencies / A. Bendixen [et al.] // *Neuroimage.* – 2008. – Vol. 41, iss. 3. – P. 1111-9. – doi: 10.1016/j.neuroimage.2008.03.040.
6. Mismatch negativity and clinical trajectories in psychotic disorders: Five-year stability and predictive utility / K. R. Donaldson [et al.] // *Psychol. Med.* – 2023. – Vol. 53, iss.12. – P. 5818-28. – doi: 10.1017/S0033291722003075.
7. Fisher, D. J. Alterations of mismatch negativity (MMN) in schizophrenia patients with auditory hallucinations experiencing acute exacerbation of illness / D. J. Fisher, A. Labelle, V. J. Knott // *Schizophr. Res.* – 2012. – Vol. 139, iss. 1-3. – P. 237-45. – doi: 10.1016/j.schres.2012.06.004.
8. Grimm, S. The processing of frequency deviations within sounds: evidence for the predictive nature of the Mismatch Negativity (MMN) system / S. Grimm, E. Schröger // *Restor. Neurol. Neurosci.* – 2007. – Vol. 25, iss. 3-4. – P. 241-9.
9. An interesting case of coincidental epidermolytic hyperkeratosis and erythema annulare centrifugum in the setting of latent tuberculosis in a 12-year-old female / P. Hirt [et al.] // *Int. J. Dermatol.* – 2019. – Vol. 58, iss. 11. – P. 1337-1340. – doi: 10.1111/ijd.14339.
10. Mismatch Negativity and Theta Oscillations Evoked by Auditory Deviance in Early Schizophrenia / J. P. Y. Hua [et al.] // *Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging.* – 2023. – Vol. 8, iss. 12. – P. 1186-1196. – doi: 10.1016/j.bpsc.2023.03.004.
11. Longitudinal associations between mismatch negativity and disability in early schizophrenia- and affective-spectrum disorders / M. Kaur [et al.] // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* – 2013. – Vol. 1, iss. 46. – P. 161-9. – doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.07.002.
12. Validation of mismatch negativity and P3a for use in multi-site studies of schizophrenia: characterization of demographic, clinical, cognitive, and functional

correlates in COGS-2 / G. A. Light [et al.] // Schizophr. Res. – 2015. – Vol. 163, iss. 1-3. – P. 63-72. – doi: 10.1016/j.schres.2014.09.042.

13. A comparison of visual and acoustic mismatch negativity as potential biomarkers in schizophrenia / H. Molnar [et al.] // Sci. Rep. – 2024. – Vol. 14, iss. 1. – P. 992. – doi: 10.1038/s41598-023-49983-5.

14. Näätänen, R. Mismatch negativity (MMN) as biomarker predicting psychosis in clinically at-risk individuals / R. Näätänen, J. Todd, U. Schall // Biol. Psychol. – 2016. – Vol. 116. – P. 36-40. – doi: 10.1016/j.biopsycho.2015.10.010.

15. Nordby, H. Event-related potentials to time-deviant and pitch-deviant tones / H. Nordby, W. T. Roth, A. Pfefferbaum // Psychophysiol. – 1988. – Vol. 25, iss. 3. – P. 249-61. – doi: 10.1111/j.1469-8986.1988.tb01238.x.

16. Mismatch negativity in schizophrenia spectrum and bipolar disorders: Group and sex differences and associations with symptom severity / A. B. Pentz [et al.] // Schizophr. Res. – 2023. – Vol. 261. – P. 80-93. – doi: 10.1016/j.schres.2023.09.012.

17. Mismatch negativity and polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder / A. B. Pentz [et al.] // Schizophr. Res. – 2024. – Vol. 264. – P. 314-26. – doi: 10.1016/j.schres.2024.01.013.

18. The difference in Mismatch negativity between the acute and post-acute phase of schizophrenia / N. Shinozaki [et al.] // Biol. Psychol. – 2002. – Vol. 59, iss. 2. – P. 105-19. – doi: 10.1016/s0301-0511(01)00129-6.

19. Reduced mismatch negativity predates the onset of psychosis / M. Shaikh [et al.] // Schizophr Res. – 2012. – Vol. 134, iss. 1. – P. 42-8. – doi: 10.1016/j.schres.2011.09.022.

20. Winkler, I. Auditory perceptual objects as generative models: Setting the stage for communication by sound / I. Winkler, E. Schröger // Brain Lang. – 2015. – Vol. 148. – P. 1-22. – doi: 10.1016/j.bandl.2015.05.003.

21. Automatic auditory processing features in distinct subtypes of patients at clinical high risk for psychosis: Forecasting remission with mismatch negativity / G. Wu [et al.] // Hum. Brain Mapp. – 2022. – Vol. 43, iss. 18. – P. 5452-64. – doi: 10.1002/hbm.26021.

## РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

*Усюкина М.В., Лаврущук М.В.*

*ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия*

**Актуальность.** Эпилепсия является одной из распространенных органических заболеваний головного мозга, приводящих к снижению когнитивных функций. Когнитивные нарушения – основная сопутствующая патология эпилепсии на протяжении всей жизни, которая оказывает негативное влияние на образовательные и профессиональные достижения,

психосоциальное функционирование и качество жизни (Mula M. et al., 2021; Jones N.C., Kanner A.M., 2022). Около половины вновь диагностированных пациентов в возрасте старше 15 лет имеют нарушения памяти, внимания и скорости психомоторных реакций, независимо от типа припадков и эпилептогенной зоны головного мозга (Taylor J. et al., 2010). Рассматривая связь возникновения когнитивных нарушений с локализацией и латерализацией очага поражения, Lemesle V. et al. (2017) уточняют, что при наличии левостороннего фокуса в височной доле у пациентов нарушается вербальная память, в то время как при правостороннем височном фокусе отмечается нарушение пространственной и зрительной памяти. E. Tramoni-Negre et al. (2017) высказали предположение, что при локализации очага в височной доле могут возникнуть нарушения долговременной памяти и неспособность удерживать вновь приобретенную информацию. Ряд авторов отмечают, что нарушение памяти является наиболее частым клиническим проявлением височной эпилепсии. В то время как у больных с лобной эпилепсией, как правило, задействуются более широкие области мозга для поддержки функций памяти, тем самым создавая эффективный компенсаторный механизм памяти (Arrotta K., Reyes A., Kaestner E., McDonald C.R. et al., 2022). В своих исследованиях Tramoni-Negre E., Lambert I., Bartolomei F. Felician O. (2017) разработали модель, основанную на структурно-анатомических особенностях нарушения памяти, согласно которой при височной эпилепсии в большей степени может страдать долговременная память при успешном запоминании информации после непродолжительного времени (Tramoni-Negre E., Lambert I., Bartolomei F. Felician O., 2017). Внимание наряду с дефицитом памяти, являются одними из наиболее часто упоминаемых когнитивных симптомов у пациентов с эпилепсией. Внимание участвует во всех познавательных процессах, а расстройства внимания отмечаются у пациентов с различными неврологическими заболеваниями, в том числе и при эпилепсии (Brissart H., Forthoffer N., Maillard L. 2019; Гребенюк О.В., Казенных Т.В. 2019). Высказывается также мнение, что внимание – это строительный блок для других познавательных процессов, а его нарушение влияет на все когнитивные функции, особенно память. Отечественные исследования показывают, что у больных эпилепсией с длительным течением болезни, свыше 10 лет, в преобладающем большинстве характерны снижение концентрации внимания и его колебания, что приводит к снижению устойчивости внимания. Недостаточная устойчивость внимания затрудняет протекание целенаправленной познавательной деятельности и является одной из самых главных предпосылок к возникновению трудностей в мыслительной деятельности; на втором месте — нарушение переключения внимания (Токарева Н.Г., Железнова Е.В., 2016).

**Цель.** Определение структурных характеристик нарушений внимания и памяти у больных эпилепсией.

**Методы исследования.** Было обследовано 42 больных в возрасте от 24 до 60 лет (в среднем 37,6 лет), с длительностью заболевания в среднем 16,8 лет,



находившихся на обследовании в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского». В большинстве случаев речь шла о симптоматической (согласно Международной классификации эпилепсий 2017 года – структурной) эпилепсии (35 чел, 59,7%). Преобладающим этиологическим фактором являлась черепно-мозговая травма. В 34 случаях был установлен диагноз: «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией» (F 07.02), пяти больным - «Органическое эмоционально-лабильное расстройство», троим – «Деменция в связи с эпилепсией». На основании проведенного клинико-психопатологического исследования больных эпилепсией было выделено три группы: с легкими (23 чел.), умеренными (12 чел.) и выраженными когнитивными нарушениями (7 чел.). При проведении исследования использовались клинико-психопатологический, психометрический, статистический методы. Оценка когнитивных функций проводилась при помощи Адденбрукской шкалы оценки когнитивных функций III (Addenbrooke's Cognitive Examination ACE-III). Статистический анализ полученных данных осуществлялся на базе MS Excel и программы Jamovi 2.2.5. Нормальность распределения показателей методик в каждой из групп проверялась с использованием критерия Шапиро–Уилка. Для количественных показателей статистически характеристики представлены в виде медианы (Me). Непараметрические зависимые анализировались при помощи критерия Краскела-Уоллиса с последующим попарным сравнением групп с учетом поправки Бонферрони для того, чтобы избежать ошибок, возникающих при множественных сравнениях.

**Результаты и их обсуждение.** При проведении психометрического исследования среднее значение (медиана) общего балла в группе больным эпилепсией с легкими нарушениями составил 82 по ACE-III, с умеренными – 66 баллов, с выраженными – 44 балла. В группе с легкими когнитивными нарушениями выявило среднее значение (Me) общего балла внимания, которое составило 17 баллов по ACE-III (при максимальном – 18). Больные понимали все инструкции, охотно включались в деятельность. При этом у них отмечалось замедление темпа выполнения заданий, недостаточность концентрации и отвлекаемость внимания при сохранной способности к переключаемости внимания. Показатель общего балла памяти составил 19 (при максимальном значении – 26). Выявлялись снижение отсроченного воспроизведения - 3 балла (при максимальном – 7). Обследуемые лица допускали ошибки при воспроизведении предложенных ранее слов, отсрочено называли 5 слова из 7, но при узнавании правильно указывали на все слова. Кратковременная память, объем непосредственного запоминания были снижены незначительно. Эпизодическая и семантическая память были сохранены. У больных с умеренными когнитивными нарушениями среднее значение (Me) общего балла внимания составило 13 баллов (при максимальном – 18). Наблюдались трудности вработываемости, снижение концентрации и устойчивости внимания, повышенная утомляемость, истощаемость. Больные не удерживали правильный способ выполнения заданий, часто уточняли их условия. У них наблюдались значительные трудности переключения внимания при переходе к

новой задаче, они фиксировались на малозначимых деталях. Показатель общего балла памяти составил 12 (при максимальном значении – 26). Выявлялись нарушения отсроченного воспроизведения - 2 балла (при максимальном – 7) с неспособностью длительного сохранения и воспроизведения информации. Наблюдалась сниженная способность к запоминанию, так при непосредственном запоминании больные правильно повторяли слова только со второй или третьей попытки. При отсроченном воспроизведении называли не более 3 слов, но при задании на узнавание повторяли все из ранее предъявленных слов. Объем непосредственного запоминания, кратковременная память были снижены. Также наблюдалось снижение эпизодической памяти, больные не всегда точно могли назвать значимые даты своей жизни, путали хронологию и последовательность событий и незначительные изменения в семантической памяти. У больных с выраженными когнитивными нарушениями среднее значение (Me) общего балла внимания составило 8 баллов (при максимальном – 18). Наблюдалась выраженная брадипсихичность, тугоподвижность, вязкость и обстоятельность мыслительных процессов. Продуктивность выполнения заданий была крайне снижена, так как больные были не способны усваивать инструкции, удерживать правильный способ действий, переключатся на другое задание. По шкале АСЕ-III общий балл памяти составил 6 (при максимальном значении – 26). Отмечался крайне низкий уровень непосредственного запоминания, больные могли запомнить только единичные слова с третьей попытки, отсрочено не воспроизводили ни одного выученного слова, при задании на узнавание распознавали лишь несколько слов. Эпизодическая и семантическая память были значительно снижены, больные с трудом сообщали сведения о себе и общие знания об окружающем мире. Проведенное сравнение трех групп между собой по критерию Краскела-Уоллиса выявило статистически значительное нарушение нейрокогнитивных доменов внимания, памяти у больных с выраженными когнитивными расстройствами по отношению к группе с легкими ( $p < 0.001$ ). Обнаружена статистически достоверная разница значений по показателю домена памяти между группами с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, что подтверждает наличие расстройств памяти как наиболее частого клинического феномена при умеренных когнитивных нарушениях ( $p < 0.001$ ).

**Выводы.** Данное исследование позволяет проследить динамику нарушений памяти и внимания у больных с разной степенью выраженности когнитивных нарушений. При лёгкой степени выявлялись несущественные нарушения внимания (концентрация и отвлекаемость) при относительно сохранной памяти, обстоятельность и замедленность мыслительных процессов. Несмотря на начальные проявления снижения когнитивных функций у них отмечалось поражение домена памяти за счет отсроченного воспроизведения наряду с достаточной способностью к переключению внимания, незначительным снижением объема непосредственного запоминания при сохранении основных мнестических процессов. При умеренной степени на

первый план выступала инертность и ригидность всех психических процессов, торпидность мышления больных с фиксацией на субъективно значимых деталях; значительные трудности вработываемости, снижение переключаемости, что свидетельствует о прогрессивном течении заболевания. Выявляются более значимые изменения домена внимания с вовлечением большего числа субдоменов (снижение устойчивости с неспособностью удержания внимания на одном объекте, концентрации внимания, переключаемости), всех субдоменов памяти с преобладанием нарушений долговременной памяти, непосредственного запоминания, снижение кратковременной, эпизодической и семантической памяти. При наличии выраженных когнитивных нарушений отмечалось значительное снижение всех форм познавательной деятельности, утрата гибкости и подвижности психических процессов (брадипсихичность) с грубым снижением концентрации и устойчивости внимания, низкой продуктивностью, грубыми нарушениями непосредственного запоминания, кратковременной, семантической и эпизодической памяти. Таким образом, с течением эпилептического процесса наблюдается прогрессирующее снижение когнитивных способностей, и в частности памяти и внимания. Так, одновременно с ослаблением избирательности внимания начинает преобладать угнетающая его функция, результатом чего является замедление скорости обработки информации, сопровождающееся истощаемостью, трудностями переключения. Страдает концентрация, объем, распределение и устойчивость внимания. Нарушения памяти проявляются в диапазоне от незначительного снижения объема непосредственного запоминания, кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения с дальнейшим усугублением нарушений мнестических процессов до проявлений изменений уже и семантической и эпизодической памяти.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гребенюк, О. В. Формирование когнитивного дефицита у пациентов, страдающих парциальной эпилепсией / О. В. Гребенюк, Т. В. Казенных // Науч. обзор. Мед. науки. – 2019. – № 2. – С. 5-9. – doi: 10.17513/srms.1074. – edn: PUBQAH.
2. Токарева, Н. Г. Клинико-психологическая оценка внимания больных эпилепсией / Н. Г. Токарева, Е. В. Железнова // Жур. науч. ст. Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 1. – С. 28-30. – edn: VPUHOR.
3. Cognitive phenotypes in frontal lobe epilepsy / K. Arrotta [et al.] // *Epilepsia*. – 2022. – Vol. 63, iss. 7. – P. 1671-1681. – doi: 10.1111/epi.17260.
4. Brissart, H. Attention disorders in adults with epilepsy. Determinants and therapeutic strategies / H. Brissart, N. Forthoffer, L. Maillard // *Rev. Neurol.* – 2019. – Vol. 175, iss. 3. – P. 135-140. – doi: <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.01.394>.
5. Psychiatric and Behavioral Aspects of Epilepsy: Current Perspectives and Mechanisms / eds.: N. C. Jones, A. M. Kanner. – New York, 2022. – P. 5-7. – doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-031-03235-6>.

6. Accelerated long-term forgetting and autobiographical memory disorders in temporal lobe epilepsy: One entity or two? / B. Lemesle [et al.] // Rev. Neurol. – 2017. – Vol. 173, iss. 7-8. – P. 498-505. – doi: 10.1016/j.neurol.2017.07.004.

7. Psychiatric Comorbidities in People With Epilepsy / M. Mula [et al.] // Neurol. Clin. Pract. – 2021. – Vol. 11, № 2. – P. e112-e120. – doi: 10.1212/CPJ.0000000000000874.

8. Taylor, J. Newly diagnosed epilepsy: Cognitive outcome at 5 years / J. Taylor, A. G. Baker // Epilepsy Behavior. – 2010. – Vol. 18, iss. 4. – P. 397-403. – doi: 10.1016/j.yebeh.2010.05.007.

9. Long-term memory deficits in temporal lobe epilepsy / E. Tramoni-Negre [et al.] // Rev. Neurol. – 2017. – Vol. 173, iss. 7-8. – P. 490-497. – doi: 10.1016/j.neurol.2017.06.011 .

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОПЫТ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)**

***Фахреев И.И.<sup>1</sup>, Каменщиков Ю.Г.<sup>1</sup>, Меняшева А.В.<sup>2</sup>***

*Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики  
«Республиканский клинический центр психического здоровья Министерства  
здравоохранения Удмуртской Республики», Ижевск, Россия<sup>1</sup>  
ФКУЗ Медико-санитарная часть № 18 ФСИН России, Ижевск, Россия<sup>2</sup>*

**Актуальность:** В последнее десятилетие Российской Федерации отмечается стабильно высокое число преступлений против половой неприкосновенности. Кроме того, отмечается почти двукратное увеличение количества преступлений сексуального характера в отношении детей [1].

В юридической литературе отмечены как “стабильно высокий уровень преступности среди аномальных субъектов” [3, с. 4], так и то, что “преступность становится все более психопатизированной” [2, с. 3]. Это наиболее актуально в отношении лиц, проходящих принудительное лечение в амбулаторных условиях. Особенностью последних является невозможность непосредственного осуществления диагностических и лечебных врачебных назначений и возможность уклонения от них. Поэтому своевременное и обоснованное лечение, обеспечивающее непосредственную и перспективную безопасность психически больных лиц, находящихся вне ограничительных условий, является важнейшей задачей психиатрической службы.

Проблемность вопросов осуществления амбулаторного принудительного лечения определяет потребность интерпретации законодательных установлений указанного правового института врачами-психиатрами и администрациями медицинских организаций при взаимодействии с субъектами

исполнения принудительных мер медицинского характера, исходя из целей их применения.

Непосредственное осуществление принудительного лечения лиц, страдающих расстройствами сексуального предпочтения, является наиболее показательной моделью разрешения вышеописанных сложностей, в связи тем, что противоправные деяния, связанные с нарушением половой неприкосновенности, сопряжены с отчетливым негативным восприятием со стороны общества, правовая регламентация принудительного лечения таких лиц наиболее обширна и, в то же время, их лечение сталкивается с методологическим несовершенством в диагностике, особенностями клинической картины, включающей стремление к сокрытию извращённых сексуальных побуждений, сложностью подбора и контроля исполнения врачебных назначений.

**Цель:** Анализ практического опыта работы психиатрической службы Удмуртской Республики при осуществлении принудительного лечения лиц, страдающих расстройствами сексуального предпочтения, в том числе и в амбулаторных условиях, отражает попытку успешного разрешения части вышеописанных актуальных задач.

**Материалы и методы исследования:** Исследование проведено в амбулаторных подразделениях БУЗ УР “РКЦПЗ МЗ УР” (далее – РКЦПЗ). Объектом исследования явились общественные отношения, связанные с осуществлением принудительного лечения, возникающие при его исполнении затруднения, предложены реализованные способы их преодоления.

Исследованы обстоятельства принудительного лечения в амбулаторных подразделениях РКЦПЗ 23-х лиц, совершивших общественно опасные деяния и преступления, в том числе против половой неприкосновенности, в течение последних пяти лет. Из них 12 лиц ранее были признаны судом невменяемыми и прошли принудительное лечение в стационарных условиях. Остальные 11 лиц, направлены на принудительное лечение, в связи со страданием психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, и назначением наказаний, не связанных с лишением свободы.

Нозологический состав представлен следующими расстройствами сексуального предпочтения: педофилия – 10 (43,5 %), эксгибиционизм – 3 (13,0 %), множественные – 4 (17,4 %), другие – 6 (26,1%).

В исследовании использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, сексологический, формально-юридический методы и метод правового моделирования.

Следует отметить, что РКЦПЗ, к 2014 году, отметил существенный рост количества лиц, страдающих парафилиями, признанных судом невменяемыми и направленных судом на принудительное стационарное лечение. В процессе их лечения, было установлено, что возможности традиционного психиатрического анализа их психического состояния весьма ограничены, сводятся к констатации отсутствия очевидной психопатологической симптоматики, нечувствительны к диссимуляции, что, подчас, обуславливало

их необоснованную выписку. Среди выписанных имелись случаи совершения повторных противоправных деяний идентичных предыдущим.

Проведение направленного сексологического обследования в отношении них, выявляло актуальность болезненного сексуального влечения и отсутствие или недостаточность критического отношения к нему, невзирая на длительное стационарное принудительное лечение с использованием общепринятых подходов к лечению.

В связи с указанными обстоятельствами, в ходе принудительного лечения было начато внедрение антиандрогенной терапии. Назначался препарат ципротерона ацетат в таблетках в дозе до 200 мг в сутки. В процессе лечения проводились гормональное исследование уровня тестостерона, инсулина, ТТГ, ФСГ, ЛГ, кортизола, уровни глюкозы и кальция крови. Врачом-эндокринологом осуществлялся осмотр пациентов до назначения лечения и в его процессе каждые 3 месяца.

Из достигнутых эффектов отмечались следующие:

1) Во всех случаях, у пациентов отмечалось снижение уровня тестостерона;

2) Общим для всех пациентов стало значительное снижение тенденции к сокрытию болезненных сексуальных переживаний, с возможностью получения подробного и детального самоотчёта, включающего глубоко интимные переживания с описанием состояния в моменты правонарушений, частоте возникающих парафильных фантазий и сновидений;

3) Во всех случаях отмечалось описанное в исследованиях влияние препарата на психическое состояние, однако в разной степени;

4) Побочные эффекты проявлялись гипергликемией и гиперпролактинемией и корректировались по назначению эндокринолога метформин и бромкриптин соответственно.

Результаты проведённого лечения показали, что антиандрогенная терапия оказывает непосредственное влияние на проявления расстройств сексуального предпочтения, а внедрение антиандрогенной терапии в практику лечения расстройств сексуального предпочтения не представляет значительных сложностей в условиях психиатрической больницы.

Обычно требовалось не менее четырёх месяцев систематического лечения до начала видоизменения болезненных проявлений. Важно учитывать, что в начале лечения может возникнуть повышение актуальности болезненных переживаний, в связи с чем целесообразно осуществлять его начало именно в ограничительных условиях психиатрического стационара.

Немаловажно учитывать, что уровень снижения тестостерона не находится в прямой связи с дезактуализацией парафильных симптомов. Изначально невысокий уровень тестостерона, вовсе не отражал безопасности состояния, а, наоборот, отражал актуальность парафильных переживаний, даже при низком гормональном уровне.

В случае положительной динамики, при улучшении психического состояния, изменении характера психического расстройства, в силу требований

уголовного законодательства, возникает необходимость обращения с ходатайством в суд об изменении вида принудительного лечения на амбулаторное, с продолжением приема антиандрогенной терапии в форме препарата пролонгированного действия.

#### **Результаты исследования:**

Правовой характер института принудительных мер медицинского характера определяет приоритет установленных уголовным законом целей их применения, в определенном законом порядке.

Принудительное лечение, как компонент правового института определяется началом лечения, его процессом, активной деятельностью лечащего врача и комиссии врачей-психиатров.

Соответственно, исполнение принудительных мер медицинского характера, направлено на обеспечение его начала, поддержание его процесса, обеспечение комиссионного освидетельствования.

Вместе с тем, субъекты исполнения принудительных мер медицинского характера, имеют разную подведомственность, различные порядки исполнения лечения и методы принуждения к лечению.

В связи с этим, исполнение примененных судебным решением принудительных мер медицинского характера, в медицинских организациях системы здравоохранения в амбулаторных условиях, требует от врачей-психиатров и администрации, учёта разнородности правового положения лиц, подлежащих принудительному лечению. Так, среди них присутствуют лица: 1) признанные невменяемыми; 2) лица с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. Последние представлены лицами: 1) осужденными к наказаниям, не связанным с лишением свободы; 2) лицами, принудительное лечение которых не прекращено судом к моменту отбытия наказания. Правовое положение лиц, страдающих педофилией, не исключающей вменяемости, регулируется особо.

Ключевой особенностью группы лиц, страдающих расстройствами сексуального предпочтения, признававшихся невменяемыми, является прохождение ими ранее стационарного лечения. В его процессе детально изучаются особенности психического состояния и характера заболевания, осуществляется подбор лечения. Само изменение принудительной меры медицинского характера на лечение в амбулаторных условиях, отражает существенное снижение связи психического расстройства с опасностью, отсутствие склонности к неожиданному ухудшению психического состояния. А в случае такового уголовным и уголовно-процессуальным законодательством предусмотрена возможность изменения вида лечения на его стационарный вид. За исследуемый период, ходатайство об изменении вида лечения с амбулаторного на стационарный, удовлетворено судом в отношении одного лица. Совершения повторных общественно опасных деяний, после выписки из психиатрического стационара не отмечено. В отношении 3-х лиц применение принудительных мер медицинского характера было прекращено, однако они были оставлены в группе активного диспансерного наблюдения.

Особенностью группы лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, является необходимость принятия лечебных и диагностических мер врачом-психиатром амбулаторной службы в отсутствие детальных сведений о психическом состоянии лица, направленного на принудительное лечение. При этом, отсутствие грубой дезинтеграции психической деятельности и формальное осознание противоправности содеянного, у таких лиц, ни в коей мере не отражает сохранность их контроля над сексуальными побуждениями. Их помещение в психиатрический стационар, вне учета их согласия, возможно только по основаниям, предусмотренным для недобровольной госпитализации (то есть при возникновении непосредственной опасности). Уклонение от посещения врача-психиатра определяет возможность неблагоприятных правовых последствий исключительно в отношении лиц, страдающих педофилией, после отбытия ими наказания, однако в нашей практике случаев применения таких санкций не имелось. Для остальных лиц, в том числе, имеющих компонент болезненного влечения стремление к изнасилованию, таких последствий законом не предусмотрено. Назначение антиандрогенной терапии, при таких обстоятельствах, не осуществлялось.

Значительную трудность представляет должный и своевременный информационный обмен между медицинскими организациями, в отношении лиц, страдающих расстройствами сексуального предпочтения. Так, законодательство о здравоохранении не включает применение принудительных мер медицинского характера, в основания, допускающие предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина. Этот вопрос крайне актуален в связи с тем обстоятельством, что по состоянию на март 2024 год 54 лица, страдающих педофилией, проходят принудительное лечение в исправительных колониях Удмуртской Республики. Кроме того, в отношении осужденных за совершение преступлений против половой неприкосновенности, при участии врачей-психиатров медицинской службы ФСИН, реализованы положения ч.2 ст. 18 УИК РФ, и применение принудительных мер медицинского характера, начато в отношении педофилов, у которых доказательные признаки болезни были выявлены уже после осуждения. Своевременное и непосредственное уведомление медицинских учреждений системы здравоохранения об их освобождении представляется крайне необходимым.

В качестве преодоления существующих затруднений в Удмуртской Республике, психиатрической службой, последовательно реализуется подход к принудительному лечению, состоящий в единообразном отношении ко всем группам лиц, в отношении которых оно применяется, включая: 1) Приоритет достижения целей применения принудительных мер медицинского характера, заключающийся в улучшении психического состояния и предупреждении совершения новых общественно опасных деяний; 2) Прекращение принудительного лечения исключительно на основании судебного решения в



основании лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости, а не по факту отбытия ими наказания.

Обеспечение начала принудительного лечения и его продолжение, в амбулаторных условиях, реализуется во взаимодействии с полицией, что прямо предусмотрено положениями законодательства о полиции и предусматривает содействие в доставлении в медицинскую организацию, в случае уклонения от принудительного лечения.

Реализовано обеспечение информационного взаимодействия с медицинской службой ФСИН, с учетом требований законодательства о здравоохранении, и получением эпикризов о состоянии лиц, страдающих психическими расстройствами, не исключаящими вменяемости и копий судебных решений, обосновывающих необходимость продолжения лечения в учреждениях здравоохранения.

Осуществляется консультирование врачами-сексологами РКЦПЗ лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, для диагностики расстройств сексуального предпочтения.

Разработаны и утверждены стандартные операционные процедуры, касающиеся принудительного лечения. Их разработка позволяет упорядочить нормативно-правовые установления, касающиеся исполнения принудительных мер медицинского характера, упростить понимание врачами-психиатрами общего представления о структуре и внутренних взаимоотношениях правовых норм в структуре правового института, своевременно и обосновано обращаться к должным субъектам, оказывающим содействие в исполнении принудительного лечения, исходя из приоритета их целей.

#### **Выводы:**

1) Лица, страдающие расстройствами сексуального предпочтения и подлежащие принудительному лечению, неоднородны по своему правовому положению.

2) Не смотря на различие оснований принудительного лечения, его цели и способы обеспечения единообразны в отношении всех лиц, подлежащих ему.

3) Расстройства сексуального предпочтения, требующие принудительного лечения, не ограничиваются педофилией.

4) Требуется формирование законодательных механизмов обеспечения возможности детальной диагностики и начала принудительного лечения, лиц, страдающих расстройствами сексуального предпочтения, не исключаящими вменяемости, в условиях психиатрического стационара.

5) Необходимо совершенствование законодательных механизмов информирования субъектов исполнения принудительных мер медицинского характера о лицах, проходящих принудительное лечение.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Протокол заседания Правительственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав от 7 декабря 2022 г. № 34

(<https://docs.edu.gov.ru/document/5aa955c1ffe036f78ff07d06d81bdbae/download/5427/>)

2. Васеловская, А.В. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре по Уголовному кодексу Российской Федерации: Монография / – М.: Юрлитинформ., 2023.

3. Кононов, А.Д. Актуальные проблемы уголовной ответственности лиц с психическим расстройством, не исключающим вменяемости, и применения к этим лицам принудительных мер медицинского характера: Дис. ... канд. юрид. наук. – Москва, 2018.

## **ТОКСИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ: ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМАТИКА**

*Фецура И.В.*

*ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер № 1», Тула, Россия*

**Актуальность.** При медицинском освидетельствовании на состояние опьянения (МОСО) диагностируются следующие виды опьянения – алкогольное, наркотическое или иное токсическое. Существует ряд правовых и методологических сложностей при ХТИ биологических образцов (моча, кровь) на исследование ПАВ, вызывающих нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности, то есть установлении токсического опьянения.

Обозначенные сложности представляют проблему в виде риска отмены судом медицинского заключения как для водителей ТС в виде несправедливого лишения водительских прав на срок от 1,5 до 2 лет при приеме незапрещенных лекарственных препаратов, так и для врачей, проводящих МОСО.

**Цель.** Актуализация проблематики правовых и методологических сложностей при установлении токсического опьянения и разработка алгоритма интерпретации результатов ХТИ при выявлении ПАВ.

**Методы исследования.** Ретроспективное исследование проведено на базе государственного учреждения здравоохранения «Тульский областной наркологический диспансер № 1» (ГУЗ «ТОНД № 1»).

Объектом исследования были 25 освидетельствуемых лиц – водителей ТС, у которых за период 2020-2023 гг. включительно при проведении МОСО выявлены ПАВ.

*Критериями включения* были водители ТС и отсутствие медицинского заключения, то есть состояние «токсическое опьянение». *Критериями исключения* были отсутствие алкогольного и наркотического опьянения.

Таблица 1 – Выявленные ПАВ

ПАВ	Количество
Трамадол	4
Фенирамин	3
Баклофен, Дифенгидрамин, Амитриптилин	по 2
Аминазин, Тригексифенидил, Тропикамид, Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, Прегабалин, Карбамазепин, Аминофенилмасляная кислота, Фонтурацетам, Вальпроевая кислота, Клозапин, Мемантин + циталопрам, Тиаприд + флувоксамин	по 1

В предшествующие годы, а также в других регионах РФ также встречались следующие подобные лекарственные препараты: дицикловерин, габапентин, доксиламин, флуоксетин, сертралин, венлафаксин и т.п.

Во всех случаях исследование выдыхаемого воздуха на наличие абсолютного этилового спирта имело отрицательный результат (концентрация – 0,00 мг/л), наркотические средства и психотропные вещества, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации (РФ) от 30 июня 1998 г. N 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ», обнаружены не были.

**Результаты и их обсуждение.** Химико-токсикологическим отделением лаборатории ГУЗ «ТОНД № 1» обнаруженные ПАВ, указанные в таблице № 1, определились на уровне предела обнаружения используемых методов, с указанием только их наименования без концентрации.

В этой связи, в п.17 Акта МОСО медицинское заключение не выносилось, то есть п.17 Акта перечеркивался. В соответствии с п. 1 ст. 1079 Гражданского кодекса РФ, исходя из фармакодинамических свойств обнаруженных ПАВ, может иметь место нарушение физических и психических функций, ведущее к неблагоприятным последствиям при деятельности, связанной с источником повышенной опасности (управление ТС). Кроме того, в соответствии с п. 2.7 Правил дорожного движения, водителю запрещается: управлять ТС под воздействием лекарственных препаратов, ухудшающих реакцию и внимание.

Более того, Постановления Верховного суда РФ от 22.08.2018 №19-АД18-17, от 17.04.2020 №30-АД20-1, от 12.04.2021 №69-АД21-2-К7, решениями которых подтверждена правомерность привлечения водителя ТС к административной ответственности по ч.1 ст.12.8 КоАП РФ, у которого по результатам МОСО в образце мочи при ХТИ обнаружено психоактивное лекарственное вещество прегабалин, которое не включено в Списки наркотических средств и психотропных веществ согласно Постановлению Правительства № 681.

В правоприменительной практике возникает вопрос обоснованности данного подхода, поскольку отсутствие нормативного закрепления конкретного перечня препаратов, запрещённых к использованию водителем при управлении

ТС ввиду наличия возможности ухудшения реакции и внимания, наряду с невозможностью определения концентрации вещества (может быть идентифицировано на границе метода обнаружения в терапевтически незначимых концентрациях, не влекущих клинических эффектов) и комплексной оценки клинического состояния с определением наличия или отсутствия негативных проявлений в виде ухудшения реакции и внимания, влечёт за собой невозможность применения стандартизованных подходов и повышает вероятность судебных ошибок с фактическим нарушением прав граждан в виде ограничения права управления ТС.

Таким образом, закономерным является вопрос о чрезмерности упомянутого наказания для водителей ТС, поскольку указанные ПАВ не относятся к наркотическим средствам и психотропным веществам, утвержденным постановлением Правительства № 681.

Примечание к статье 12.8 КоАП РФ определяет запрет употребления веществ, вызывающих алкогольное или наркотическое опьянение, либо психотропных или иных вызывающих опьянение веществ. Рассматриваемые ПАВ под данное положение не попадают.

В инструкциях по применению указанных лекарственных препаратов, как правило, не содержится четкого запрета их приема водителям ТС, а присутствуют неопределенные формулировки «не рекомендуется», что препятствует потребителям лекарственных препаратов, в состав которых не входят запрещенные вещества, адекватно оценить правовые последствия управления ТС после их приема.

Наконец, отсутствует возможность определения концентрации указанных в таблице № 1 препаратов, что требует Приказ № 933н. На данный момент на территории РФ определить концентрацию всех выявляемых лекарственных препаратов не представляется возможным [1]. Причиной возникшей проблемы является несоответствие требования п. 21 Приложения № 1 Приказа № 933н указывать концентрацию выявляемых лекарственных препаратов требованиям Федерального закона от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений». Согласно указанному закону определение концентрации является количественным измерением (определением) параметров анализируемых веществ при ХТИ анализируемых жидкостей на инструментальном оборудовании, которое в свою очередь является средством измерения и попадает под действие вышеуказанного закона.

При этом, основными метрологическими требованиями при проведении количественных измерений являются: 1) наличие методики (метода) количественных измерений, применимых к конкретному веществу в конкретной среде; 2) указанная методика (метод) количественных измерений должна быть аттестована в метрологической службе и зарегистрирована в Федеральном информационном фонде об обеспечении единства измерений; 3) наличие стандартного образца утвержденного типа (с точной концентрацией конкретного вещества), который должен быть зарегистрирован в Федеральном информационном фонде об обеспечении единства измерений.

На сегодняшний день для всех указанных в таблице № 1 препаратов и их аналогов определение их количественного значения (концентрации) в моче/крови инструментальными подтверждающими методами исследований не представляется возможным. В виду изложенного, по результатам подтверждающих ХТИ невозможно определить в каких целях и каком количестве принимался выявленный лекарственный препарат.

Таким образом, используют качественный (без концентрации) результат выявления ПАВ при его наличии на уровне предела обнаружения используемых методов. Кроме того, все рассматриваемые в таблице № 1 препараты и их аналоги в той или иной степени вызывают нарушение физических и психических функций, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности.

Соответствующее разъяснение о невозможности определения концентрации обнаруживаемых ПАВ также содержалось в информационном письме главного внештатного специалиста по аналитической и судебно-медицинской токсикологии Минздрава РФ Изотова Б.Н. от 25.09.2022 № 72.02-45/46 [2].

Приведем несколько контраргументов невиновности водителя ТС при приеме ПАВ. Во-первых, возможно злоупотребление большинством из указанных препаратов: например, с целью эйфоризирующего эффекта – бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, баклофен, тригексифенидил; с целью купирования симптоматики отмены алкоголя или наркотических средств – прегабалин, тропикамид, трамадол. Во-вторых, при избыточной дозировке любого из указанных препаратов возможна клиническая картина опьянения (токсического), что отражается в симптомах освидетельствуемого. Однако ценность таких симптомов довольно сомнительна ввиду субъективной оценки врача-специалиста, проводящего МОСО. Данный факт доказан отечественными и зарубежными исследованиями, согласно которым достоверность выявляемых врачами признаков опьянения в рамках МОСО составила менее 10% [3].

Согласно постановлению Конституционного Суда РФ от 24.11.2022 N 51-П...в той мере, в какой в нем содержится пробел, препятствующий привлечению к административной ответственности за управление транспортным средством в состоянии опьянения в случае, когда по результатам МОСО в организме водителя обнаруживаются входящие в состав лекарственных препаратов вещества, не относящиеся к этиловому спирту, наркотическим средствам и психотропным веществам, но могущие ухудшать его внимание и реакцию, что при попытках его восполнения порождает риск неоднозначного истолкования и противоречивого применения данного примечания в производстве по делам об административных правонарушениях в области дорожного движения. Впредь до внесения в законодательство необходимых изменений управление транспортным средством лицом, употребившим ПАВ не может служить основанием для привлечения к

ответственности (соответствующей). В данном случае у водителя ТС был выявлен габапентин.

На текущий день возможно формирование определенного перечня ПАВ, прием которых запрещен водителям ТС наравне с наркотическими средствами и психотропными веществами (например, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, баклофен, тригексифенидил или комбинации нескольких таких препаратов), поскольку ставить в один ряд условный фенирамин и приведенные выше препараты некорректно ввиду различия их фармакодинамических эффектов. Постановление Конституционного Суда РФ от 24.11.2022 N 51-П позволит водителям ТС при приеме сильнодействующих лекарственных препаратов, таких как бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, избегать юридической ответственности даже при наличии клинических признаков опьянения (то есть токсического опьянения), что представляет собой несоответствующее установленным нормам состояние здоровья отдельных граждан, наделенных правом управления транспортными средствами, может привести к нарушению прав иных участников дорожного движения на безопасность дорожного движения.

Таким образом, решение согласно постановлению Конституционного Суда РФ от 24.11.2022 N 51-П о незамедлительном принятии меры к устранению выявленного пробела и вызываемой им неопределенности примечания к статье 12.8 КоАП Российской Федерации является крайне актуальным.

**Выводы.** Проанализированы правовые и методологические сложности при обнаружении по результатам ХТИ в биологическом объекте (моча, кровь) ПАВ (как правило, лекарственных препаратов), то есть установлении токсического опьянения, что важно для водителей ТС. Оптимальным, но технически непростым выходом из сложившейся ситуации, будет создание аттестованных методик измерений при ХТИ мочи/крови для лекарственных препаратов. В случае превышения уникальной для каждого ПАВ концентрации будет формироваться медицинское заключение «установлено состояние опьянения».

## ЛИТЕРАТУРА

1. Фецура, И. В. Законодательная проблематика при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) / И. В. Фецура // *Вопр. наркологии.* – 2022. – № 4-6(210). – С. 56-65. – doi: 10.47877/0234-0623\_2022\_4-5-6\_56. – edn: ДААНРВ.

2. Изотов, Б. Н. Информационное письмо № 72.02-45/46 / Б. Н. Изотов ; Российская наркологическая лига.

3. Бурцев, А. А. Обзор международного опыта объективизации признаков наркотического опьянения у водителей транспортных средств / А. А. Бурцев // *Вопр. наркологии.* – 2021. – № 2 (197). – С. 60-73. – doi: 10.47877/0234-0623\_2021\_02\_60. – edn: ЗКСТЕО.

# СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

*Ходжаев А.В., Игумнов С.А., Осипчик С.И., Баразненко А.Л.,  
Малмыгин А.С., Вынар Н.Р.*

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,  
Минск, Республика Беларусь*

**Актуальность.** Суицидальное поведение как осознанные действия, направленные на лишение себя жизни, включающие соответствующие мысли, поступки или намерения, представляет собой одну из основных социально-медицинских проблем современного общества, выступает реальной угрозой его демографической безопасности.

**Цель.** В Республике Беларусь снижение уровня суицидов на протяжении многих лет находится в фокусе государственной политики, что отражено в качестве приоритетной задачи, которая определена как «Охрана психического здоровья и снижение уровня суицидов» и является составной частью подпрограммы 3 «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма, охрана психического здоровья» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28.

Кроме того, в данной Государственной программе снижение уровня суицидов выступает в качестве целевого показателя.

**Методы исследования.** Определение механизмов эффективная реализация которых может способствовать достижению намеченных целей:

реализация комплекса мероприятий по профилактике суицидального поведения населения и оказания медицинской и психологической помощи лицам, совершившим суицидальные попытки;

обеспечение социальной помощи и психологической поддержки лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами, повышение уровня их восстановлению и ресоциализации;

создание структурной функциональной и материальной базы в первичном звене здравоохранения для реализации профилактики, выявления и оказания медицинской помощи лицам, страдающим психическим и поведенческими расстройствами;

совершенствование системы подготовки медицинских кадров психиатрической службы, а также врачей общей практики в части оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах по желанию пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** В Республике Беларусь создана система профилактики суицидальной активности, представляющая собой следующую систему:

- формирование единой информационной среды;
- установление субъектами профилактики – медицинскими работниками, психологами риска совершения суицида, в том числе по наличию признаков суицидального поведения у лиц, обратившихся за медицинской и психологической помощью;
- консультация пациента врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи с целью определения нуждаемости в оказании психиатрической помощи, а также форм и условий ее оказания, нуждаемости в психологической помощи;
- организация оказания психологической и психиатрической (наркологической, психотерапевтической) помощи пациентам в соответствии с установленным суицидальным риском и признаками суицидального поведения [1].

На протяжении 2018-2023 гг. в Республике Беларусь продолжает сохраняться стойкая тенденция уменьшения числа и уровня суицидов в общей популяции.

Так, в 2018 г. было совершено – 1816 самоубийств, в 2019 г. – 1619, в 2020 г. – 1528, в 2021 г. – 1482, в 2022 г. – 1433, в 2023 г. – 1384. Таким образом, в 2023 г. по сравнению с 2018 г. число самоубийств снизилось на 14,5%; или в относительных цифрах с 19,1 до 15,0 чел. на 100 тыс. населения.

Максимальное число суицидов совершено в популяции трудоспособного возраста – 74,5%, доля суицидов в популяции старше трудоспособного возраста – 25 %, в популяции моложе трудоспособного возраста – 0,5 %, детской популяции – 0,9%.

В 2023 г. уровень суицидов среди сельского населения республики превалирует над уровнем суицидов в городском населении во всех популяциях:

в общей популяции: сельское 28,6 на 100 тысяч населения / городское 11,3 на 100 тысяч населения;

в популяции трудоспособного возраста: сельское 38,9 на 100 тысяч населения / городское 13,3 на 100 тысяч населения;

в популяции моложе трудоспособного возраста: сельское 0,9 на 100 тысяч населения / городское 0,7 на 100 тысяч населения;

в детской популяции: сельское 1,4 на 100 тысяч населения / городское 0,8 на 100 тысяч населения;

в популяции старше трудоспособного возраста: сельское 24,5 на 100 тысяч населения / городское 14,8 на 100 тысяч населения.

В подростковой популяции за данный период число самоубийств также снижалось. В 2018 г. было отмечено 28 самоубийство среди лиц в возрасте до 18 лет, тогда как в 2019 г. – 24, в 2020 г. – 19, в 2021 г. – 21, в 2022 г. – 16, в 2023 г. – 17.

**Выводы.** В Республике Беларусь, в том числе в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», осуществляются комплексные исследования в области суицидологии. В частности, изучены патогенетические механизмы



формирования суицидального поведения, разработаны и внедрены новые методы оказания медицинской помощи:

1) метод определения вероятности преднамеренного самоповреждения у лиц, находящихся в состоянии расстройства адаптации (2022) [2],

2) метод оценки вероятности преднамеренного самоповреждения (2021) [3],

3) метод определения вероятности совершения повторных суицидальных действий в подростковом возрасте (2020) [4],

4) метод кризисной терапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами в психотравмирующей суицидоопасной ситуации (2018) [5],

5) метод оценки риска совершения суицидальных действий при расстройствах настроения и шизофренического спектра (2015) [6],

6) метод оценки риска совершения повторных суицидальных действий при непсихотических психических расстройствах (2013) [7].

Своевременное выявление пациентов с показателями среднего или высокого риска совершения аутоагрессии позволяет своевременно оказать им специализированную медицинскую помощь и предупредить совершение актов суицидальной аутоагрессии.

Республика Беларусь совместными усилиями органов государственного управления, учреждений и организаций различного подчинения из страны с высоким уровнем суицидов среди населения (более 20 случаев на 100 тысяч населения) перешла в разряд стран со средним уровнем суицидов (менее 20 случаев на 100 тысяч населения).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-социальные аспекты суицидального поведения подростков и молодежи / С. А. Игумнов [и др.]. – Москва-Минск-Томск : Интегральный переплет, 2020. – 178 с. – edn: ZMRUAS.

2. Метод определения вероятности преднамеренного самоповреждения у лиц, находящихся в состоянии расстройства адаптации : инструкция по применению № 140-1122 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 23.12.2022 / С. В. Давидовский, Ж. А. Ибрагимова, С. А. Костюк, А. В. Гончарик, Л. В. Картун, С. Е. Семерихина, А. В. Ходжаев, Т. В. Глинкина. – Минск, 2022. – 12 с.

3. Метод оценки вероятности преднамеренного самоповреждения : инструкция по применению № 057-0621 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.11.2021 / С. В. Давидовский, М. М. Скугаревская, Ж. А. Ибрагимова, С. И. Марчук, А. В. Гончарик, А. С. Бабенко, А. В. Ходжаев. – Минск, 2021. – 5 с.

4. Метод определения вероятности совершения повторных суицидальных действий в подростковом возрасте : инструкция по применению № 111-1120 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 07.12.2020 /

А. П. Гелда, И. В. Быченко, М. Л. Гнедько, Е. Г. Горюшкина, В. Н. Шаденко. – Минск, 2020. – 13 с.

5. Метод кризисной терапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами в психотравмирующей суицидоопасной ситуации : инструкция по применению № 146-1118 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 30.11.2018 / А. П. Гелда, Е. Г. Горюшкина, К. Е. Рунец, В. Н. Шаденко. – Минск, 2018. – 31 с.

6. Метод оценки риска совершения суицидальных действий при расстройствах настроения и шизофренического спектра : инструкция по применению № 142-1115 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 27.11.2015 / А. П. Гелда, М. Л. Гнедько, Е. Г. Горюшкина, Е. Н. Давыденко, М. И. Калмыкова, А. Н. Нестерович, О. Е. Портнова, А. В. Роменский, К. Е. Рунец, Е. В. Чернецкая. – Минск, 2015. – 14 с.

7. Метод оценки риска совершения повторных суицидальных действий при непсихотических психических расстройствах : инструкция по применению № 175-1113 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 05.12.2013 / А. П. Гелда, К. Е. Рунец, И. С. Залеская, Е. Ю. Никулина, Е. В. Шейко, А. В. Роменский, Е. Г. Горюшкина, Е. В. Кучко, Т. Б. Карманова, В. С. Чудук, Н. С. Отчик, И. Г. Сорокин. – Минск, 2013. – 27 с.

## **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

*Шайдеггер Ю.М., Клименко Т.В., Шпорт С.В.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия*

**Актуальность.** На фоне непрерывно меняющейся структуры нелегального наркорынка и в связи с появлением Новых Психоактивных Веществ (НПАВ), практикующие врачи все чаще сталкиваются с новыми типами психотических расстройств, развивающихся вследствие их употребления [1]. Одним из таких феноменов является синдром длительного расстройства восприятия, вызванный приемом различных ПАВ. Данный синдром, описываемый в англоязычной литературе под аббревиатурой HPPD (Hallucinogen Persisting Perception Disorder), ассоциируется, исходя из названия, с приемом ПАВ галлюциногенного ряда. Однако, к настоящему времени накоплены данные, что синдром HPPD может быть вызван приемом более широкого спектра ПАВ, не только галлюциногенного ряда, но и НПАВ [3, 4, 5, 8]. HPPD характеризуется повторным возникновением и персистированием симптомов, наблюдавшихся в состоянии острой интоксикации ПАВ, после полного его выведения из организма. Наиболее частыми проявлениями HPPD являются нарушения зрительного восприятия: визуальный снег, “мушки”, восприятие остаточного

изображения, когда объект более не находится в поле зрения (палинопсия), нарушения сумеречного зрения, “туман перед глазами”. Также пациенты описывают явления дереализации и/или деперсонализации, которые также частично повторяют пережитой интоксикационный опыт [3,4, 5,7,8]. Распространённость НРРД малоизучена. Согласно результатам одного из онлайн-опроса, проведенном Baggott et al. [2], 4,2% из 2455 опрошенных описали наличие у себя стойких нарушений визуального восприятия, возникших вследствие употребления ПАВ. Однако точные оценки распространённости НРРД затруднены вследствие отсутствия популяционных исследований [6]. Также недостаточно данных о клинических вариантах синдрома, роли преморбидного фона в рисках развития нарушений восприятия и вариантах их исхода, рознятся сведения о ПАВ, способных спровоцировать манифест нарушений восприятия.

**Цель.** изучение клинико-динамических особенностей синдрома длительного расстройства восприятия вследствие употребления различных психоактивных веществ.

**Методы исследования.** В клинике Национального научного центра наркологии (ННЦН) – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России было проконсультировано 100 больных, у которых нарушения восприятия были вызваны предварительным приемом ПАВ, развились после полного их выведения из организма и явились причиной выраженного снижения качества жизни. Все пациенты были обследованы клинико-anamnestическим и клинико-катамnestическим методами.

**Результаты и их обсуждение.** Большинство обследованных – мужчины - 81 чел. (81%). Средний возраст  $24,68 \pm 4,9$  лет. У 76% пациентов выявлена наследственная отягощённость наркологическими и/или психическими заболеваниями. Из них у 34% пациентов установлена наследственная отягощенность по наркологическим заболеваниям, у 16% - по психическим заболеваниям, наследственная отягощенность и по психическим, и по наркологическим заболеваниям отмечена у 26% пациентов. Наличие неврологических стигм (послеродовые осложнения, логоневрозы, тики, энурезы, нарушения сна, синдром гиперактивности и дефицита внимания и прч.) выявлены у 54% пациентов. До первых проб ПАВ более чем у трети пациентов (38%) была выявлена психическая патология, представленная, в основном: расстройствами настроения (F30-F39) и невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-48). Доманифестный этап НРРД. Первые пробы ПАВ приходились на возраст от 12 до 28 лет, средний возраст первой пробы –  $17,45 \pm 2,8$  лет. В 79% случаев инициальным ПАВ были производные каннабиоидов (ТГК) растительного происхождения. Достоверно реже первые пробы ПАВ были связаны с употреблением психостимуляторов-10%; галлюциногенов-7%; летучих органических соединений-4%. У абсолютного большинства пациентов (98%; n=98) употребление ПАВ происходило пероральным, интраназальным путем или путем курения/испарения. На доманифестном этапе у обследованных лиц

выявлены различные наркологические расстройства: эпизодическое (разовое/единичное, до 3-х раз) употребление различных ПАВ – 19%; употребление ПАВ с вредными последствиями – 52% (F1x.1); синдром зависимости от ПАВ - 48%.

Возраст формирования синдрома зависимости варьировал от 14 до 27 лет, средний возраст формирования синдрома зависимости -  $19,06 \pm 3,5$  лет. «Триггеры» НРРД. Под триггером НРРД понимается ПАВ, с употреблением которого сам пациент связывает манифест синдрома НРРД, т.к. возникающие нарушения восприятия отчасти повторяют пережитой интоксикационный опыт во время приема данного ПАВ и хронологически с ним связаны. В большинстве наблюдений (26%) манифесту нарушений восприятия предшествовало сочетанное употребление ПАВ-триггеров разных групп, среди которых преобладали сочетания каннабиоидов и синтетических галлюциногенов (ЛСД, N-bome), а также каннабиоидов и алкоголя. В случаях, где манифесту нарушений восприятия предшествовало одно ПАВ, также преобладали растительные каннабиоиды - 20%; синтетические галлюциногены различных групп (ЛСД, N-Nome, 2-СВ) – 24%, растительные галлюциногены (псилоцибин, пантерный мухомор, мескалин) - 10%. В 10% случаев триггером нарушений восприятия являлся МДМА (мелитендиоксиметамфетамин), в 5% случаев – прочие психостимуляторы (амфетамины, мефедрон, кокаин). В 2% наблюдений характерные нарушения восприятия были вызваны приемом синтетических каннабиоидов.

Клиника НРРД. Первые клинические проявления синдрома развивались после купирования явлений интоксикации триггерным ПАВ на следующий день (40%), либо в течение последующего месяца (52%), реже (8%) - через месяц и более после последней интоксикации ПАВ. У большинства обследованных (88%) НРРД манифестировал возникновением расстройств визуального восприятия: «снег», «рябь», «мушки», фракталы, «помехи» перед глазами, снижение остроты сумеречного зрения.

Помимо расстройств визуального восприятия у 84% пациентов наблюдались деперсонализационные и дереализационные расстройства. Дерееализационные расстройства пациенты описывали как «словно в компьютерную игру попал», «окружающее словно детскими яркими фломастерами раскрашено». Также пациенты описывали нарушения восприятия времени в виде его ускорения - либо, напротив, замедления. Деперсонализационные расстройства описывались «как будто тело стало не мое, какое-то невесомое, плохо меня слушается», «не могу свое отражение в зеркале узнать», «не могу испытывать такие же яркие и тонкие эмоции, как раньше».

В зависимости от наличия клинических проявлений НРРД было выделено три его варианта: с преобладанием нарушений визуального восприятия – т.н. визуальный вариант (16%); с преобладанием явлений дереализации-деперсонализации - т.н. деперсонализационно-дереализационный вариант (12%); с нарушениями визуального восприятия и явлений дереализации-

деперсонализации, представленными примерно в равной степени, т.н. смешанный вариант (72%).

При анализе ПАВ-триггеров у больных с различными клиническими вариантами НРРД были найдены определенные отличия: у пациентов с визуальным вариантом НРРД среди ПАВ-триггеров отсутствовали производные ТКК и преобладали - галлюциногены (как синтетические - особенно ЛСД - так и растительные) и МДМА. У пациентов с деперсонализационно-дереализационным вариантом НРРД среди ПАВ-триггеров преобладали ТКК (в том числе в виде единичных проб). Виды ПАВ – триггеров и их сочетания в случаях смешанного варианта НРРД были различными. Было выделено два типа манифестации синдрома НРРД: 1. Постепенный тип манифестации (52%) – при котором клинические проявления синдрома НРРД появлялись и нарастали постепенно, как правило, не вызывая у пациента явлений дискомфорта и дезадаптации. 2. Острый тип манифестации (48%) - когда все основные клинические проявления НРРД возникали одновременно, сопровождались выраженным аффектом страха, формированием панических атак, стойко сниженным настроением, диссомническими нарушениями.

Динамика НРРД:1. Суточная динамика: 72% пациентов с нарушением визуального восприятия отмечали еще большее его усугубление в вечернее и ночное время суток, а явления дереализации и деперсонализации, наоборот, “заметно ослабевают в послеобеденное и вечернее время” (69% пациентов с явлениями дереализации -деперсонализации).2. Аутохтонная и не связанная с лечением обратная динамика клинических проявлений НРРД (12-14%) случаев, когда в период от 3 месяцев до 1,5 лет после манифестации синдрома его проявления самопроизвольно нивелировались при условии прекращения употребления всех ПАВ.

**Выводы.** Синдром длительного расстройства восприятия вследствие употребления ПАВ может развиваться как у пациентов с синдромом зависимости, так и у пациентов с пагубным (и даже разовым) употреблением ПАВ.

Манифест синдрома могут вызывать не только препараты галлюциногенного ряда, но и ряд других ПАВ, особенно в различных сочетаниях (растительные каннабиноиды, синтетические и растительные галлюциногены, психостимуляторы, в том числе из группы НПАВ, алкоголь).

В зависимости от соотношения основных структурных феноменов синдрома, выделено три его клинических варианта: с преобладанием нарушений визуального восприятия, с преобладанием явлений дереализации-деперсонализации и смешанный вариант, которые запускаются различными ПАВ-триггерами.

Структурные компоненты синдрома отличались суточной динамикой: ухудшение визуального восприятия в вечернее и ночное время суток, а явления дереализации и деперсонализации, наоборот, ослабевают во второй половине дня.

Самопроизвольная обратная динамика синдрома наблюдалась лишь у 14% пациентов. Очевидно, что существующее название HPPD не вполне отражает его феноменологию. Данное исследование, также, как и ряд других работ, показало, что HPPD может развиваться после употребления различных ПАВ. Вследствие этого представляется более корректным говорить о данном синдроме, как о синдроме длительного расстройства восприятия вследствие употребления различных ПАВ (СДРВ) - то есть без указания конкретного класса ПАВ. Дальнейшее изучение феномена длительного расстройства восприятия вследствие приема ПАВ необходимо для более полного понимания его этиопатогенеза, предикторов риска его развития, возможных причин (триггеров), а также для уточнения диагностических критериев синдрома.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыборов, А. В. Психоактивные эффекты и токсические реакции, связанные с употреблением мефедрона и метилона (обзор литературы) / А. В. Анцыборов, А. Р. Асадуллин // *Интерактивная наука*. – 2017. – № 9(19). – С. 24-31.
2. Abnormal visual experiences in individuals with histories of hallucinogen use: A web-based questionnaire / M. J. Baggott [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2011. – Vol. 114, № 1. – P. 61-67. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.09.006.
3. Brodrick, J. Hallucinogen persisting perception disorder and risk of suicide / J. Brodrick, B. G. Mitchell // *J. Pharm. Pract.* – 2016. – Vol. 29, № 4. - P. 431-4. – doi: 10.1177/0897190014566314.
4. Coppola, M. JWH-122 Consumption Adverse Effects: A Case of Hallucinogen Persisting Perception Disorder Five-Year Follow-Up / M. Coppola, R. Mondola // *J. Psychoact. Drugs.* – 2017. – Vol. 49, № 3. – P. 262-265. – doi: 10.1080/02791072.2017.1316431.
5. Hallucinogenic Persisting Perception Disorder: A Case Series and Review of the Literature / H. Ford [et al.] // *Front Neurol.* – 2022. – Vol. 13, № 6. – Art. 878609. – doi: 10.3389/fneur.2022.878609.
6. Halpern, J. H. Hallucinogen persisting perception disorder: what do we know after 50 years? / J. H. Halpern, H. G. Pope // *Drug Alcohol Depend.* – 2003. – Vol. 69. – № 2. – P. 109-119. – doi: 10.1016/s0376-8716(02)00306-x.
7. Halpern, J. H. A Review of Hallucinogen Persisting Perception Disorder (HPPD) and an Exploratory Study of Subjects Claiming Symptoms of HPPD / J. H. Halpern, A. G. Lerner, T. Passie // *Curr. Top. Behav. Neurosci.* – 2018. – Vol. 36. – P. 333-360. – doi: 10.1007/7854\_2016\_457.
8. Hallucinogen Persisting Perception Disorder: Etiology, Clinical Features, and Therapeutic Perspectives / G. Martinotti [et al.] // *Brain Sci.* – 2018. – Vol. 8, № 3. – P. 47. – doi: 10.3390/brainsci8030047.

# О СИТУАЦИОННОЙ ОРИЕНТИРОВАННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ЛИЦАМ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ

*Шевцова Ю.Б., Агibalова Т.В., Круглых А.А.  
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», Москва, Россия*

**Актуальность.** Профилактика самым тесным образом связана с паттернами мышления, привычками и образом жизни, корректируя которые можно надежно предупредить ряд различных расстройств здоровья. В полной мере сказанное относится к алкоголь-ассоциированным соматическим заболеваниям, развитию синдрома зависимости от алкоголя и к некоторым психическим расстройствам пограничного уровня.

**Цель.** Определить механизмы ситуационно обусловленного систематического употребления алкогольных напитков, злоупотребления ими, возобновления употребления алкоголя после периода ремиссии и предложить соответствующие безалкогольные копинг-стратегии с учетом иерархии индивидуальной значимости ситуаций.

**Методы исследования.** Клинико-анамнестический, клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, изучение иерархии приоритетов и ценностей, триггерных ситуаций и индивидуальных возможностей их утилизации (переработки) без употребления алкоголя.

**Результаты и их обсуждение.** Чрезмерное употребление алкоголя относится к так называемому «проблемному поведению», нарушающему не всегда заметно для самого человека его здоровье, психическую и социальную адаптацию. К аддиктивному поведению и систематическому употреблению алкогольных напитков, злоупотреблению ими, возобновлению употребления алкоголя после ремиссии могут приводить различные механизмы. Первый механизм – условно нормативный, потребностный, включающий такие мотивы (потребности) как гедонистические, гиперактивации поведения, традиционные (социально обусловленные, псевдокультуральные. Он обусловлен личностно, встречается у здоровых лиц, включая лиц с акцентуациями. Второй механизм – патопсихологический, включает субмиссивные, атактические, самоповреждающие мотивы, встречается при наличии коморбидного психического расстройства пограничного уровня, включая органические F0, аффективные F3, невротические и связанные со стрессом расстройства F4, расстройства личности F6, а также некоторые синдромы, связанные с физиологическими нарушениями F5. Третий механизм – психопатологический (патологическое влечение к алкоголю). Этот механизм формируется вследствие заболевания алкоголизмом – психическим расстройством, сопровождающимся расстройствами поведения и осложняющимся органической симптоматикой интоксикационного генеза. В клинической практике наиболее известным психометрическим инструментом для изучения мотивации употребления алкоголя у русскоязычных пациентов является опросник мотивации

потребления алкоголя, разработанный В.Ю. Завьяловым [3, 5]. Он объединяет в себе мотивы из трех перечисленных механизмов. При планировании и проведении психотерапии пациентов с проблемным употреблением алкогольных напитков, ориентированной на мотивационную сферу, можно придерживаться как моно-, так и поливалентных теорий злоупотребления алкоголем. Моновалентная мотивационная теория злоупотребления алкоголем лежит в основе терапевтических подходов врачей психиатров-наркологов и клинических психологов к лечению и консультированию пациентов со сформированным алкоголизмом. Сторонники поливалентных мотивационных теорий – психологи и психотерапевты – чаще рассматривают различные виды мотиваций употребления алкоголя, действующие одновременно или попеременно в зависимости от ситуации, в которой находится пациент. Кроме основной, ведущей мотивации злоупотребления алкоголем можно предполагать, что конкретная точечная мотивация употребления «здесь и сейчас» не всегда может быть сразу проясненной, т.к. паттерны зависимого поведения формируются каждый раз уникальным образом, задействуя сложные взаимосвязи потребностей и ценностей конкретного человека [9]. К поливалентным теориям мотивации относится, например, мотивационная теория PRIME (Plans, Responses, Impulses, Motives, Evaluations), которая описывает мотивацию как комплексную систему автоматических и рефлексивных процессов. Теория PRIME предполагает, что на мотивацию оказывают влияние как внешние обстоятельства, так и внутренние факторы [10]. Если возможностей проведения долгосрочной психотерапии у нас нет, и мы ограничены несколькими консультациями по 30-60 минут, то можно прибегнуть к изучению более доступного информационного материала – субъективно значимых ситуаций, которые у конкретного пациента вызывают интенсивное желание употребить алкоголь. Наряду с этим необходимо учитывать, что анозогнозия как важный предиктор драматического развития алкоголизма не всегда преодолима в психотерапевтическом процессе. Длительная алкоголизация способствует ряд психологических защит, надежно оберегающих сознание от трудного решения принять у себя диагноз «алкоголизм» [2]. В парадигме ситуационно-иерархической психотерапии анозогнозию можно обойти, если удастся нащупать и раскрыть проблемные внутренние ситуации, которые человек привык облегчать путем употребления алкоголя. Связки и ступеньки между некой отправной точкой в мышлении и состоянием алкогольного опьянения могут быть весьма причудливы и неочевидны. При большом количестве повторений соскальзывания сознания от субъективной проблемы к позыву употребить алкоголь становятся почти автоматическими, ухудшается их осознаваемость. К триггерным точкам могут относиться неадекватные нынешнему положению дел когниции, тягостные воспоминания о давно прошедших ситуациях, тревожные ожидания грядущих событий, привычные бытовые страхи, неотработанные паттерны поведения в непонятных для человека ситуациях, невозможность достижения некоторых желанных целей, так называемый «незакрытый гештальт», соматические



заболевания с алгическим компонентом. Клинические научные работы по специальности «психиатрия-наркология» в части описания материала исследования часто включают анализ и описание психической патологии пограничного регистра, коморбидной наркологическим расстройствам [1, 4]. В части случаев психическая патология констатируется преморбидно, может служить косвенной причиной для начала злоупотребления алкоголем, а потом нивелируется, «смазывается» аддиктивными расстройствами, которые выходят на первый план. В других случаях коморбидная психическая патология в течение долгих лет сосуществует с психопатологической симптоматикой наркологического регистра, налагая свой специфический отпечаток на синдромогенез и патодинамику алкоголизма. В наших предыдущих работах [6, 7, 8] мы предлагали при сборе анамнеза пациентов с наркологическим диагнозом получать сведения о преморбидной и/или коморбидной психической патологии пограничного уровня и обязательно учитывать эти особенности при разработке максимально индивидуализированной программы комплексного лечения. Важно подчеркнуть, что в таких случаях врачу необходимо знать и применять клинические рекомендации как по наркологической тематике, так и по тематике пограничных психических расстройств.

**Выводы.** Таким образом, злоупотребление алкоголем может развиваться: 1) как самостоятельное аддиктивное расстройство у здоровых людей; 2) как вторичное аддиктивное образование по отношению к большому количеству разнообразных психологических переживаний, жизненных коллизий, расстройств физического здоровья, а также к так называемым пограничным психическим расстройствам. В условиях ограниченных ресурсов мотивационно-ориентированный, ситуационно-иерархический подход к психотерапии при лечении пациентов с алкогольными проблемами может быть полезным, а в чем-то даже и предпочтительным, поскольку нахождение индивидуально приемлемых безалкогольных решений важных для человека задач может помочь ему не только обрести трезвость, но и улучшить качество жизни в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Обзор факторов, влияющих на формирование ремиссии у наркологических больных / Т. В. Агибалова [и др.] // Рос. мед.-биол. вестн. им. И.П. Павлова. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 155-163.
2. Баранова, О. В. Алкогольная анозогнозия и её преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / О. В. Баранова. – Москва, 2005. – 222 л.
3. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. – Новосибирск : Наука : Сиб. отд-ние, 1988. – 200 с.
4. Оценка эффективности мотивационной работы в программе медицинской реабилитации пациентов с сочетанной зависимостью от

психостимуляторов и коморбидной психиатрической патологией / К. Н. Поппевченков [и др.] // Наркология. – 2023. – Т. 22, № 3. – С. 52-57.

5. Оценка мотивации потребления алкоголя: психометрические характеристики опросника В.Ю. Завьялова (МПА) / А. В. Трусова [и др.] // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. – 2021. – Т. 55, № 4. – С. 76-85.

6. Шевцова, Ю. Б. Коморбидность невротических расстройств и синдрома зависимости от алкоголя / Ю. Б. Шевцова, А. Л. Игонин, А. Ю. Шевцов // Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств : материалы респ. науч.-практ. конф., Гродно, 28 окт. 2010 г. / Гродн. гос. мед. ун-т. ; редкол.: В. А. Снежицкий [и др.]. – Гродно, 2010. – С. 197-201.

7. Шевцова, Ю. Б. Коморбидность невротических расстройств и синдрома зависимости от алкоголя / Ю. Б. Шевцова // Коморбидные состояния в психиатрии и наркологии : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 40-летию наркологической службы Чеченской Республики, Грозный, 08-09 апр. 2021 г. [Электронный ресурс] / под ред. Н. В. Семеновской, К. В. Рыбаковой. – Грозный, 2021. – Режим доступа: <https://bekhterev.ru/wp-content/uploads/2021/04/shevcova-groznyj.pdf>. – Дата доступа: 24.02.2024.

8. Шевцова, Ю. Б. О сочетании алкогольной зависимости с тревожными, фобическими и связанными со стрессом расстройствами / Ю. Б. Шевцова // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению : сб. тез., Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 г. – СПб, 2021. – С. 1077. – edn: XEEIRN.

9. Motivational Models of Substance Use: A Review of Theory and Research on Motives for Using Alcohol, Marijuana and Tobacco / M. L. Cooper [et al.] // The Oxford Handbook of Substance Use and Substance / ed.: K. J. Sher. – 2016. – Vol. 1. – P. 375-421. – doi: 10.1093/oxfordhb/9780199381678.013.017.

10. West, R. Models of addiction / R. West ; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. – Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2013. – 168 p. – doi: 10.2810/99994.

## СОДЕРЖАНИЕ

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СФЕРУ МУЖЧИН Абрамов С.В., Боринская С.А., Игумнов С.А., Григорьева И.В., Вынар Н.Р.....	5
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Березина И.Ю., Михайлов А.Ю., Горецкая Т.А. ....	8
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОЛИМОРФИЗМОМ ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА Бизюкевич С.В.....	13
МОТИВЫ НАРКОПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА Виндорф С. А., Аболмасов В.О., Конькова Е.С., Поноедова А.А.....	18
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ И СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Григорьева И.В., Вольхина Д.М.....	23
ПРЯМЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ Гутько А.Г. ....	27
ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ НАРКОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА» ЗА 2019-2023 Г.Г. Евдокимова Е.М., Попов С.В., Коваленко А.Ю.....	28
СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ МОРБИДНЫХ ФОРМ ОЖИРЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ Емельянцева Т.А.....	33
ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫХ РЕАКЦИЙ В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЁННОСТИ У ЛИЦ, ОБВИНЯЕМЫХ В СОВЕРШЕНИИ АГРЕССИВНЫХ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ Зейгер М.В. ....	37
ПСИХОТЕРАПИЯ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ: КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД Игумнов С.А., Григорьева И.В., Лапанов П.С., Вынар Н.Р. ....	42
О ЗНАЧИМОСТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО УРОВНЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАБОТАЮЩИХ С ПАЦИЕНТАМИ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Котов С.В. ....	48
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ ПРИ СМЕШАННОМ И ДЕПРЕССИВНОМ ЭПИЗОДАХ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА Лысенко Н.Е., Пеева О.Д. ....	51
ТЕХНОЛОГИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ОЦЕНКОЙ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Макушкина О.А., Леурда Е.В. ....	56

ОЦЕНКА РОЛИ СУБСТАНЦИИ P В РАЗВИТИИ КОМОРБИДНОГО ВАРИАНТА ПСОРИАЗА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <b>Маркевич Е.Б.<sup>1</sup>, Хворик Д.Ф.<sup>1</sup>, Лискович В.А.<sup>2</sup> .....</b>	<b>60</b>
ИССЛЕДОВАНИЕ УСЛОВИЙ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ <b>Мартынченко А.И., Емельянцева Т.А., Захаревич О.Ю., Кринчик Т.Ю.....</b>	<b>64</b>
ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА КЛИНИКУ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ <b>Матейчик Л.А., Станько Э.П.....</b>	<b>68</b>
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ <b>Милехина А.В., Драчева Е.В.....</b>	<b>73</b>
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ <b>Мингазов И.Ф., Кормилина О.М. ....</b>	<b>78</b>
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ: ФОКУС НА НЕГАТИВНУЮ СИМПТОМАТИКУ <b>Петрова Н.Н., Манюшина В.М.....</b>	<b>83</b>
ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММА ПАЦИЕНТОВ В СОМАТОГЕННОЙ ФАЗЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АГОНИСТАМИ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ <b>Михайлов А.Ю., Березина И.Ю., Сумский Л.И.....</b>	<b>87</b>
ВЛИЯНИЕ РАБОЧЕГО ПРОЦЕССА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ <b>Мосолова Е.С., Шпорт С.В.....</b>	<b>92</b>
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, КАК ФАКТОРЫ РИСКА НЕСУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ВЕРОЯТНОГО СУИЦИДА <b>Новик Н.О., Бизюкевич С.В.....</b>	<b>96</b>
МОБИЛЬНЫЕ ПРИЛОЖЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ: АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ И НАУЧНЫМ ДАННЫМ <b>Ноздрачев Д.И., Голованова У.В.....</b>	<b>101</b>
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПИВА И ВОДКИ <b>Орлов А.В., Клименко Т.В., Игумнов С.А. ....</b>	<b>106</b>
МНОГОУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ <b>Приленская А.В., Приленский Б.Ю. ....</b>	<b>110</b>
ЭФФЕКТИВНОСТЬ БИОХИМИЧЕСКОГО МАРКЕРА ЭТИЛГЛЮКУРОНИДА В ДИАГНОСТИКЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН <b>Разводовский Ю.Е., Шуриберко А.В.....</b>	<b>114</b>
ИММУННАЯ СИСТЕМА И ОПИЙНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ, АССОЦИИРОВАННАЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ <b>Станько Э.П. ....</b>	<b>117</b>

ОСОБЕННОСТИ НЕГАТИВНОСТИ РАССОГЛАСОВАНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЯ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО КОДИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	
<b>Телешева К.Ю., Рабинович Э.И.</b> .....	<b>122</b>
РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	
<b>Усюкина М.В., Лаврущик М.В.</b> .....	<b>127</b>
ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ОПЫТ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ)	
<b>Фахреев И.И., Каменщиков Ю.Г., Меняшева А.В.</b> .....	<b>132</b>
ТОКСИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ: ПРАВОВАЯ ПРОБЛЕМАТИКА	
<b>Фецура И.В.</b> .....	<b>138</b>
СУИЦИДАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ	
<b>Ходжаев А.В., Игумнов С.А., Осипчик С.И., Барзненко А.Л., Малмыгин А.С., Вынар Н.Р.</b> .....	<b>143</b>
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ДЛИТЕЛЬНОГО НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	
<b>Шайдеггер Ю.М., Клименко Т.В., Шпорт С.В.</b> .....	<b>146</b>
О СИТУАЦИОННОЙ ОРИЕНТИРОВАННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ЛИЦАМ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩИМ АЛКОГОЛЕМ	
<b>Шевцова Ю.Б., Агибалова Т.В., Круглых А.А.</b> .....	<b>151</b>

Научное издание

**Первые Российско-Белорусские  
майские чтения по актуальным вопросам  
психического здоровья**

Сборник материалов  
научно-практической конференции  
с международным участием

30-31 мая 2024 года

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка С. В. Петрушиной, А. А. Хартанович  
Корректурa А. Г. Виницкая

Подписано в печать 24.05.2024  
Тираж 9 экз. Заказ 78.

Издатель и полиграфическое исполнение  
Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013.  
Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978-985-595-898-8

