



НАУЧНЫЙ  
ЦЕНТР  
ПСИХИЧЕСКОГО  
ЗДОРОВЬЯ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
ВОССТАВЛЕННОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ



Материалы Юбилейной Всероссийской  
научно-практической конференции  
с международным участием, посвященной  
**75-летию Научного центра психического здоровья**



## Шизофрения ломает судьбы Это возможно изменить

 **РЕАГИЛА®**  
КАРИПАЗИН  
Возвращая жизни смысл



ГЕДЕОН РИХТЕР

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА»: г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8. Тел.: (495) 987-18-80. E-mail: GRFarma@g-richter.ru  
Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия): г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д. 8.  
Тел.: +7 (495) 987-15-55. E-mail: cent@g-richter.ru www.g-richter.ru

Инструкция по медицинскому применению препарата Реагила® РУ: ЛП-005405 от 18.03.2019. Информация для специалистов здравоохранения.  
Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата Реагила® РУ: ЛП-005405 от 18.03.2019. С инструкцией можно ознакомиться на сайте [www.grfs.rosminzdrav.ru](http://www.grfs.rosminzdrav.ru)

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научный центр психического здоровья»**

# **Психиатрическая наука в истории и перспективе**

Материалы Юбилейной Всероссийской  
научно-практической конференции  
с международным участием,  
посвященной 75-летию Научного центра  
психического здоровья



Москва  
ФГБНУ НЦПЗ  
2019

**Редакционная коллегия:**  
**Т.П. Ключник, В.Г. Каледа, С.В. Иванов, И.С. Лебедева,**  
**Н.В. Симашкова, И.В. Колыхалов, М.А. Омельченко,**  
**И.В. Плужников, У.О. Попович**

ISBN 978-5-6042918-1-8



9 785604 291818

## Предисловие

Вниманию читателей предлагается сборник тезисов, присланных на юбилейную конференцию, посвященную 75-летию Научного центра психического здоровья, которая состоялась 7 июня 2019 г.

Мы не ограничивали тематику, однако юбилей НЦПЗ, послуживший поводом для организации этой конференции, предполагал, в первую очередь, рассмотрение традиционных для НЦПЗ вопросов, касающихся психопатологии и клиники психических заболеваний, их биологических основ, а также вопросов терапии пациентов с психическими расстройствами.

Многие представленные работы являются продолжением традиций отечественной исследовательской практики, заложенных первыми поколениями психиатров, и охватывают широкий диапазон актуальных и дискуссионных проблем клинической психиатрии. Вместе с тем, представлены также работы, касающиеся более узких и специальных проблем психиатрии, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, компьютерной зависимостью, психическими расстройствами при ВИЧ-инфицировании и т.д.

Отрадно отметить, что присланы работы не только из научно-практических учреждений самых разных городов России (Москва, Санкт-Петербург, Краснодар, Челябинск, Тюмень, Керчь, Киров, Тула и др.), но также из бывших союзных республик (Узбекистан, Украина, Беларусь).

Анализ присланных работ показывает, что современная психиатрическая наука значительно расширила свои методологические и аналитические приемы, включив в свой арсенал не только нейробиологические методы, но также методы математического моделирования. Обращает на себя внимание также значительная доля клинико-биологических исследований. Такие совместные исследования, несомненно, способствует более глубокому пониманию сути психопатологических феноменов и созданию новых диагностических и терапевтических подходов.

*Директор Научного центра психического здоровья  
профессор Т.П. Ключник*

## Содержание

### Раздел I. Психопатология и клиника эндогенных психозов и аффективных расстройств

#### **Ассанович М.В.**

Критерии минимальных значимых изменений в браунской шкале оценки убеждений (BABS – The Brown Assessment of Beliefs Scale) при шизофрении ..... 16

#### **Воронова Е.И.**

Траектории развития негативных и коморбидных позитивных дименсий, формирующихся в клиническом пространстве шизофрении ..... 19

#### **Лепилкина Т.А., Морозова М.А.**

Взаимосвязь когнитивного функционирования и клинической симптоматики у пациентов разного пола, больных шизофренией ..... 21

#### **Морозова М.А., Бурминский Д.С.**

Влияние резидуальной психотической симптоматики на социальное функционирование и способность к автономному существованию больных шизофренией в ремиссии ..... 24

#### **Пискарева Т.К.**

Половое самосознание при эндогенных психических заболеваниях, сопровождающихся нарушением половой идентичности ..... 26

#### **Самойлова Е.Д.**

Структура негативных расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, протекающих с обсессивно-компульсивной и истерической симптоматикой ..... 29

#### **Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В.**

Психопатологические особенности синдрома Кандинского-Клерамбо с религиозным содержанием при шизофрении ..... 32

#### **Харькова Г.С., Иванов С.В., Гиацинтова А.А.**

Шизоастения ..... 35

#### **Ястребова В.В.**

Взаимосвязь мотивации, дефицитарной симптоматики и социального функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра ..... 37

## Раздел II.

### Пограничная психиатрия

**Аведисова А.С., Аркуша И.А., Захарова К.В., Акжигитов Р.Г.**

Распространенность сепарационной тревоги и тревожного расстройства сепарации у взрослых среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами ..... 41

**Голованова Е.А., Гиацинтова А.А.**

Психические расстройства при проведении химиотерапии онкозаболеваний ..... 44

**Жилин В.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И.**

Место инфантилизма в пространстве дефицитарных расстройств эндогенного круга (на модели истерошизофрении) ..... 46

**Нийноя И.Н.В., Махмудова Г.Ж., Романов Д.В., Нодель М.Р., Парфенов Е.А., Дмитренко К.Ю.**

Клиника депрессий, ассоциированных с болезнью Паркинсона ..... 49

**Смулевич А.Б., Львов А.Н., Романов Д.В., Дамулин И.В., Юзбашян П.Г.**

Психогенно провоцированные эванесцентные дерматозы: «новая болезнь» ..... 52

**Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Гненная О.Н.**

Особенности непсихотических психических расстройств среди ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия признаков деструктивного поведения ..... 56

**Спирина И.Д., Шевченко Ю.Н., Фаузи Е.С.**

Оценка эффективности дифференцированных реабилитационных программ для больных панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами ..... 58

**Цидик Л.И.**

Психометрические параметры шкалы депрессии, созданной на основе опросника невротических расстройств ..... 61

**Шарова Е.Н., Злоказова М.В.**

Тревожно-депрессивные расстройства у ВИЧ-инфицированных наркозависимых от синтетических каннабиноидов и психостимуляторов ..... 64

**Ягубов М.И., Кан И.Ю.**

Соматоформные расстройства с сексуально-тематическим оформлением у мужчин ..... 66

**Раздел III.**  
**Возрастные аспекты психической патологии детского  
и подростково-юношеского возраста**

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

Дисфункциональная семья – как фактор формирования суицидального поведения у подростков ..... 68

**Балакирева Е.Е.**

Расстройства приема пищи (РПП) при эндогенных заболеваниях в детском возрасте ..... 70

**Балакирева Е.Е., Зверева М.В., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А.**

Особенности применения методики «Рисунок себя» у детей и подростков с нарушениями пищевого поведения ..... 73

**Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О., Чернова А.А.**

Вопросы профилактики суицидального поведения у детей и подростков Краснодарского края ..... 76

**Головина А.Г.**

Несуицидальное аутодеструктивное поведение подростков с личностной патологией круга шизофрении ..... 78

**Голубев С.А., Калед В.Г.**

Клинико-психопатологические особенности юношеской шизофрении на этапе отдалённого катамнеза ..... 81

**Голубева Н.И., Лобачева М.В.**

К особенностям аффективных нарушений в детстве ..... 85

**Григорьева А.А., Гавриченко А.А., Селезнева С.С.**

Влияние употребления табака на аутоагрессивное поведение подростков ..... 87

**Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Симашкова Н.В., Жукова О.Н.**

Опыт совместной работы клинических психологов и психиатров в детской психиатрии ..... 88

**Калед М.И., Степаненко Н.Ю., Никишина И.П.**

Особенности психических расстройств у больных системной красной волчанкой с ювенильным дебютом ..... 91

**Калинина М.А., Козловская Г.В., Боровова А.И.**

О поиске предикторов шизофрении в детском возрасте ..... 94

**Калинина М.А., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В.**

Психическое состояние и вегетативные дисфункции у детей раннего возраста с высоким риском психических расстройств ..... 96



<b>Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Балакирева Е.Е.</b> К особенностям социального взаимодействия подростков с заболеваниями шизофренического спектра .....	99
<b>Козловская Г.В., Калининна М.А., Кремнева Л.Ф., Иванов М.В., Шимонова Г.Н.</b> Основные научно-практические положения психиатрической помощи детям раннего возраста .....	101
<b>Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А.</b> Гендерный фактор в подростковой психиатрии .....	104
<b>Куликов А.В.</b> Кататонические и кататоно-регрессивные расстройства при детском процессуальном аутизме .....	106
<b>Левченко Н.С., Дамянович Е.В., Олейчик И.В., Изнак А.Ф.</b> Особенности пространственной организации ЭЭГ у пациенток подростково-юношеского возраста с несуицидальным самоповреждающим поведением .....	109
<b>Леонова А.В., Раева Т.В.</b> Особенности нервно-психической сферы у детей раннего возраста с задержкой речевого развития .....	112
<b>Луцс Л.А.</b> Теоретические и клинические аспекты психопатоподобных расстройств при шизофрении и шизотипических расстройствах в детско-подростковом возрасте .....	114
<b>Малинина Е.В., Пирогова М.Ю.</b> Клинико-нейрофизиологические маркеры психического дизонтогенеза в детском возрасте .....	116
<b>Марголина И.А., Платонова Н.В.</b> Депривационный парааутизм у детей, подвергшихся физическому и сексуальному насилию .....	119
<b>Олейчик И.В., Юнилайнен О.А., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.</b> Клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессивных состояний у девушек .....	121
<b>Омельченко М.А. Мигалина В.В.</b> Психопатологические особенности затяжных депрессивных состояний в юношеском возрасте .....	124
<b>Панкова О.Ф., Дорина И.В., Соболев А.А.</b> Шизотипическое расстройство в детско-подростковом возрасте: распространенность и подходы к диагностике .....	127

**Романенко Н.В., Попович У.О.**

Особенности течения юношеских эндогенных приступообразных психозов с религиозными бредовыми идеями в структуре ..... 130

**Сергиенко А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И.**

Нейропсихологический подход в диагностике детей и подростков с психической патологией (опыт работы в ФГБНУ НЦПЗ) ..... 136

**Симашкова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А.**

Предварительные результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста в России (данные за 2017 г.) ..... 139

**Суетина О.А.**

Расстройства адаптации у детей и подростков, излеченных от онкогематологического заболевания ..... 142

**Тихонов Д.В.**

Психопатологические особенности становления ремиссии после перенесенного в юношеском возрасте манифестного психотического приступа ..... 144

**Шмакова О.П.**

К проблеме ранней диагностики детско-подростковых психических расстройств ..... 148

**Раздел IV.**

**Возрастные аспекты психической патологии пожилого и старческого возраста**

**Абдуллина Е.Г., Савина М.Р., Рупчев Г.Е., Шешенин В.С.**

Состояние когнитивных функций при поздней шизофрении: скрининговая оценка и особенности абстрактного мышления ..... 151

**Балашова Е.Ю.**

Нейропсихологический подход к изучению депрессий позднего возраста ..... 153

**Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., Орлецкая Ю.В.**

Новая методика в нейропсихологической диагностике когнитивной сферы у пациентов в позднем возрасте ..... 156

**Рассоха А.А. Ичитовкина Е.Г. Злоказова М.В.**

Анализ состояния психического здоровья пенсионеров министерства внутренних дел ..... 158

**Черкасов Н.С., Шешенин В.С., Савина М.А.**

Поздняя дискинезия у пациентов пожилого возраста: обзор литературы . . . 160

**Шешенин В.С., Савина М.А., Почуева В.В., Абдуллина Е.Г.**

Шизофрения и расстройства шизофренического спектра  
в позднем возрасте . . . . . 163

**Раздел V.**

**Биологические основы психических заболеваний**

**Андросова Л.В., Михайлова Н.М., Колыхалов И.В., Симонов А.Н.,  
Гаврилова С.И., Ключник Т.П.**

Особенности спектра иммунных маркеров у пациентов  
с различными формами деменций позднего возраста . . . . . 166

**Багуцкий А.Ю., Панфилов Е.И., Панфилова А.А.**

Анти-NMDA рецепторный энцефалит, клинический случай  
аутоиммунного энцефалита с доминированием психических  
расстройств . . . . . 168

**Бизиюкевич С.В.**

Генетический полиморфизм ферментов фолатного цикла у детей  
с расстройствами аутистического спектра . . . . . 171

**Брусов О.С., Олейчик И.В., Карпова Н.С., Фактор М.И., Сизов С.В.,  
Левченко Н.С., Николаева Е.Р.**

Поиск экстрацеребральных маркеров остроты нейровоспаления:  
тромбодинамические корреляты тяжести негативных симптомов  
шизофрении у больных в остром состоянии . . . . . 173

**Брусов О.С., Симашкова Н.В., Карпова Н.С., Фактор М.И.,  
Никитина С.Г.**

Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции со спонтанными  
сгустками в плазме крови детей с детским аутизмом:  
корреляционная связь с выраженностью кататонии . . . . . 175

**Васильева Е.Ф., Секирина Т.П., Сарманова З.В., Зозуля С.А.,  
Фактор М.И., Ключник Т.П.**

Оценка уровня субпопуляции моноцитов cd14+/cd16+ у больных  
юношескими депрессиями . . . . . 178

**Васин К.С., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Шмитова Н.С.,  
Шаронин В.О., Куринная О.С., Юров И.Ю.**

Биоинформатический анализ дупликации в участке 22q11.2  
при расстройствах аутистического спектра . . . . . 181

<b>Ветлугина Т. П., Савочкина Д. Н., Бойко А. С., Никитина В. Д., Лобачева О.А., Кисель Н. И.</b> Провоспалительные цитокины при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя . . . . .	183
<b>Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Кравец В.С., Колотий А.Д., Демидова И.А., Куринная О.С., Зеленова М.А., Васин К.С., Шаронин В.О., Зяблова Н.В., Смирнова О.А., Юров И.Ю.</b> Геномная нестабильность как механизм нарушения психики у детей . . . . .	186
<b>Ершова Е.С., Вейко Н.Н., Симашкова Н.В., Мартынов А.В., Агафонова О.Н., Конькова М.С., Малиновская Е.М., Никитина С.Г., Жесткова Е.М., Захарова Н.В., Костюк Г.П., Чудакова Ю.М., Пороховник Л.Н., Вейко Р.В., Каменева Л.В., Шмарина Г.В., Куцев С.И., Костюк С.В.</b> Вариация числа копий повтора субфракции сателлита 3 (1q12) в геномах лейкоцитов крови детей с психическим расстройством . . . . .	188
<b>Зозуля С.А., Захарова Н.В., Сарманова З.В., Отман И.Н., Кутовой Д.Д., Костюк Г.П., Клюшник Т.П.</b> Маркеры воспаления и протеазно-ингибиторный дисбаланс у пациентов с шизофренией . . . . .	190
<b>Карпов Д.С., Абашкин Д.А., Куришев А.О., Голов А.К.</b> Разработка подхода к исследованию функций энхансеров, ассоциированных с повышенным риском развития шизофрении, с помощью искусственных эпигенетических регуляторов на основе системы CRISPR/SpCas9 . . . . .	193
<b>Карпов Д.С., Смирнова С.В., Куришев А.О., Абашкин Д.А., Кондратьев Н.В.</b> Контроль активности факторов транскрипции, ассоциированных с повышенным риском развития шизофрении, с помощью искусственных эпигенетических регуляторов на основе системы CRISPR/SpCas9 . . . . .	195
<b>Клочкова И.В., Тихонов Д.В., Томышев А.С., Божко О.В., Каледа В.Г.</b> Профиль когнитивных нарушений и нейроанатомические характеристики головного мозга при шизофрении . . . . .	197
<b>Коровайцева Г.И., Габаева М.В.</b> Исследование влияния VNTR- полиморфизма гена AS3MT и родовых осложнений на клинические особенности шизофрении . . . . .	200
<b>Куринная О.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю.</b> Возможная ассоциация мутаций гена SNAP29 с недифференцированной умственной отсталостью . . . . .	202

<b>Лежейко Т.В., Габаева М.В., Смирнова С.В., Боглов М.И., Голимбет В.Е.</b> Исследование эффектов гена <i>CD38</i> (rs3796863) и алкоголизации родителей в семье больного на выраженность негативных симптомов шизофрении	204
<b>Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Мальцева Ю.Л.</b> Иммуноэндокринные критерии прогноза эффективности лечения больных шизофренией	207
<b>Никитина В. Б., Рудницкий В. А., Лобачева О. А., Ветлугина Т. П.</b> Дифференциально-диагностическая модель течения непсихотических психических расстройств органического регистра на основе иммуноэндокринных показателей	209
<b>Никитина С.Г., Чудакова Ю.М., Шмарина Г.В., Канонирова С.А., Шаронова Н.В., Ершова Е.С., Мартынов А.В., Пороховник Л.Н., Костюк С.В., Симашкова Н.В.</b> Вариация содержания сателлита 3 (1q12) в геномах лейкоцитов крови психически здоровых детей и детей больных аутизмом	212
<b>Паникратова Я.Р., Лебедева И.С., Соколов О.Ю., Кост Н.В., Мясоедов Н.Ф.</b> Функциональная связанность правой миндалины (по данным фМРТ покоя) на фоне приема «Селанка» и «Семакса»	214
<b>Паникратова Я.Р., Лебедева И.С., Помыткин А.Н., Попович У.О., Кананович П.С., Клочкова И.В., Калета В.Г.</b> Функциональная связанность дорсолатеральной префронтальной коры и височной речевой области (левое полушарие) при семейном риске шизофрении	216
<b>Сафарова Т.П., Яковлева О.Б., Андросова Л.В., Симонов А.Н., Ключник Т.П.</b> Роль факторов воспаления в развитии депрессий у пожилых больных	219
<b>Сизов С.В., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Изнак А.Ф.</b> Особенности ЭЭГ при маниакально-парафренических состояниях с разной синдромальной структурой	221
<b>Славуцкая М.В., Лебедева И.С., Карелин С.А., Омельченко М.А.</b> ЭЭГ корреляты нарушения когнитивного контроля у больных с ультравысоким риском развития шизофрении	224
<b>Славуцкая М.В., Лебедева И.С., Федотова А.А., Омельченко М.А.</b> Нарушения прогностических процессов внимания и торможения у больных с первым эпизодом шизофрении. ЭЭГ исследование	226

<b>Соколова С.В., Созарукова М.М., Ханнанова А.Н., Проскурнина Е.В.</b> Свободнорадикальный профиль крови у больных шизофренией и болезнью Альцгеймера: опыт применения кинетической хемилюминесценции . . . . .	229
<b>Терешкина Е.Б., Бокша И.С., Прохорова Т.А., Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш., Морозова М.А., Мукаетова-Ладинска Е.Б.</b> Тромбоцитарный предшественник бета-амилоида (APP) при шизофрении . . . . .	231
<b>Тумова М.А., Иванов М.В., Шошина И.И., Малкова Е.Е., Любомирская Д.В.</b> Взаимосвязь нарушений когнитивных функций и процессов обработки зрительной информации у больных шизофренией . . . . .	234
<b>Уранова Н.А., Вихрева О.В., Востриков В.М., Коломеец Н.С., Орловская Д.Д.</b> Роль активации микроглии в патологии белого вещества при шизофрении . . . . .	237
<b>Черемных Е.Г., Фактор М.И., Иванов П.А., Карпова Н.С., Позднякова А.Н., Симашкова Н.В., Брусов О.С.</b> Новый метод определения функциональной активности системы комплемента и его апробация . . . . .	239
<b>Шмарина Г.В., Симашкова Н.В., Чудакова Ю.М., Мартынов А.В., Пухальская Д.А., Долгих О.А., Ершова Е.С., Никитина С.Г., Пороховник Л.Н., Вейко Н.Н., Костюк С.В.</b> Признаки системного воспаления у пациентов с расстройством аутистического спектра . . . . .	242
<b>Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Зеленова М.А., Куринная О.С., Васин К.С., Юров Ю.Б.</b> Определение молекулярных и клеточных процессов-кандидатов психических заболеваний . . . . .	243
<b>Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю.</b> Цитогеномика психических болезней . . . . .	245

## Раздел VI.

### Социальные, эпидемиологические и диагностические аспекты психической патологии

<b>Абрамов А.В., Гордеева Е.А., Иоаннисянц О.М.</b> Патоморфоз клинической картины у пациентов с расстройствами пищевого поведения в свете влияния современных информационных технологий . .	247
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

<b>Баева А.С., Захарова Н.М., Цветкова М.Г.</b> Опыт оказания медико-психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших во время массового убийства в политехническом техникуме г. Керчь .....	248
<b>Белопольская Н.Л., Гречаная М.В.</b> Исследование особенностей реабилитации девочек, переживших физическое и сексуальное насилие, в условиях православного приюта .....	251
<b>Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н.</b> Гендерная специфика психологических и психопатологических характеристик самоповреждающего поведения у интернет-пользователей .....	253
<b>Бойко О.М.</b> Соотношение характера использования интернет-технологий с воспринимаемым уровнем обмена эмоциональной социальной поддержкой у мужчин, страдающих психическим заболеванием .....	256
<b>Габаева М.В., Коровайцева Г.И., Алфимова М.В., Аникеева К.Э.</b> К эффектам влияния генетических и средовых факторов на мотивацию больных шизофренией .....	260
<b>Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю.</b> Отсутствие планов на будущее и аутоагрессивное поведение .....	262
<b>Иванов Д.Н.</b> Ранние дезадаптивные схемы у лиц с зависимостями от ПАВ, находящихся в ремиссии .....	266
<b>Ким Д.П.</b> Исследование эмоционально-личностных и когнитивных нарушений у больных с алкогольной зависимостью с учетом гендерных особенностей .....	268
<b>Колмогорова В.В., Патракова А.А.</b> Характер невротических расстройств у пострадавших в бассейне р. Теча и зоне ВУРСа .....	271
<b>Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Марченко А.А.</b> Валидизация «Шкалы Автономии» для оценки автономии у больных шизофренией в ремиссии .....	272
<b>Образцова В.С., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н.</b> Взаимосвязь гелотофобии и самостигматизации у пациентов с психическими заболеваниями и с повреждениями головного мозга .....	275

<b>Омельченко М.А., Воловик Д.Д., Иванова Е.М.</b> Аспекты эмоционального реагирования и эмоциональной экспрессии у больных из группы риска по шизофрении . . . . .	278
<b>Семакина Н.В., Злоказова М.В.</b> Анализ результатов скрининг-анкетирования подростков при проведении профилактических психиатрических осмотров . . . . .	281
<b>Симашкова Н.В., Иванов М.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В., Шарлай И.А.</b> Предварительные результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста в России (данные за 2017 г.) . . . . .	285
<b>Солохина Т.А., Митихин В.Г.</b> Развитие концептуальной модели психосоциальной реабилитации на основе системно-ориентированного подхода . . . . .	288
<b>Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Гненная О.Н.</b> Особенности непсихотических психических расстройств среди ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия признаков деструктивного поведения . . . . .	290
<b>Тюменкова Г.В., Бедина И.А.</b> К проблеме стигматизации лиц с психическими расстройствами . . . . .	293

## Раздел VII.

### Вопросы комплексной терапии психических заболеваний

<b>Арпентьева М.Р.</b> Психофизиологическая проблема и реабилитация . . . . .	296
<b>Ащуров З.Ш., Шин З.В.</b> Клинические особенности социально-когнитивных расстройств у больных шизофренией и применение комплексной терапии . . . . .	299
<b>Живилова Я.С.</b> Стратегия построения программ психосоциальной реабилитации больных расстройствами психики органического происхождения в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением . . . . .	302
<b>Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Патракова А.А.</b> Применение рisperидона у детей с расстройствами шизофренического спектра . . . . .	304
<b>Исаков А.А., Шигакова Ф.А.</b> Терапевтическая модель в лечении больных подросткового возраста с психическими расстройствами, осложненными неврологическими нарушениями . . . . .	307



<b>Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И.</b>	
Опыт конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психических больных с алкогольной зависимостью .....	308
<b>Кузнецова С.О., Строгова С.Е.</b>	
Влияние арт-терапевтических занятий на социальные и коммуникативные навыки подростков с психической патологией .....	311
<b>Мамин Г.В., Колесниченко Т.Н., Шарова О.Н.</b>	
Комплексный подход к лечению цереброваскулярной патологии .....	314
<b>Митихин В.Г., Солохина Т.А.</b>	
Оценка комплаенса на основе системного подхода .....	316
<b>Помыткин А.Н.</b>	
Использование ритмической ТМС в комплексной терапии резистентных расстройств при параноидной шизофрении .....	318
<b>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</b>	
Терапевтическая профилактика цитиколином когнитивного дефицита у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера ..	323
<b>Черемных Е.Г., Иванов П.А., Соколов О.Ю., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Баймеева Н.В., Мирошниченко И.И., Кост Н.В.</b>	
Влияние галоперидола на показатели врожденного иммунитета, гемостаза и антиоксидантной системы крыс .....	326
<b>Шарипова Ф.К., Арифджанова А.Б.</b>	
Роль психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа .....	328
<b>Якимец А.В., Зозуля С.А., Олейчик И.В., Клошник Т.П.</b>	
Иммуномодулятор гамма-d-глутамил-триптофан в терапии астенических расстройств при шизофрении .....	330

**Раздел VIII.  
Страницы истории**

<b>Савенко Ю.С.</b>	
История академического института психиатрии. Несколько воспоминаний .....	334

# Раздел I. ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

УДК 616-072.85

*Ассанович М.В.*

## **Критерии минимальных значимых изменений в браунской шкале оценки убеждений (BABS – The Brown Assessment of Beliefs Scale) при шизофрении**

*Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродно, Республика Беларусь  
marina.viass@gmail.com*

**Актуальность.** Одним из фундаментальных симптомов шизофрении являются бредовые идеи. Согласно современным представлениям, бред представляет собой многомерный конструкт, характеризующийся рядом относительно независимых компонентов (дименсий). Современное клиническое психопатологическое исследование требует количественной оценки переменных, составляющих компоненты бредовой идеи. Данный подход позволяет более точно описать структуру бредовых переживаний и оценить динамику изменений в состоянии пациента в процессе терапии. Одной из перспективных методик для оценки выраженности бредовых идей и инсайта является Браунская шкала оценки убеждений (BABS – the Brown Assessment of Beliefs Scale). BABS представляет собой семипунктовую полуструктурированную клинически-ориентированную шкалу, позволяющую оценить наличие бредового мышления как категориально (являются идеи бредовыми либо небредовыми), так и дименсионально (степень выраженности существующих бредовых идей). Валидизация данной методики в русскоязычной популяции не проводилась. Критерии оценки изменения состояния пациента в динамике терапии не разработаны.

**Цель исследования.** Определение критериев минимальных значимых клинических изменений в Браунской шкале оценки убеждений (BABS).

**Материал и методы исследования.** Для работы с данным клинико-метрическим инструментом необходимо выявить доминирующее патологическое убеждение, которым пациент был поглощен предшествующую

исследованию неделю. BABS включает в себя 7 оцениваемых исследователем пунктов: первые 6 пунктов суммируются для получения общего балла по шкале BABS. Каждый пункт оценивается от 0 до 4 баллов (от минимальной до самой тяжелой степени). Общий балл может варьировать от 0 (отсутствие бредовых идей) до 24 (максимальная выраженность бредовых идей, полное отсутствие инсайта). Методика позволяет оценить степень убежденности пациента в истинности существующей идеи, оценку пациентом точки зрения окружающих относительно существующей идеи, объяснение пациентом различий в его собственных взглядах и оценке окружающих по поводу существующей идеи, стойкость идей, наличие либо отсутствие собственных попыток пациента опровергнуть существующую идею и инсайт (осознание того, что идея имеет психиатрическую/психологическую причину). Процедура обследования занимает порядка 10-15 минут [Eisen J. L., 1998].

С точки зрения научного измерения, наличие простой разницы в суммарных оценках шкалы не позволяет говорить об изменении в состоянии пациента в связи с влиянием ошибки измерения. Применение психометрических шкал в клинике требует наличия точных критериев интерпретации результатов и оценки состояния пациента в динамике. Критерии интерпретации заключаются в наличии пороговых оценок, которые точно соответствуют определенному уровню выраженности измеряемого конструкта и основываются на определении минимальных клинически значимых различий [Ассанович М.А., 2017]. Метрическую основу клинически значимых различий составляет величина разности между оценками при повторном и первичном обследовании, которая превышает стандартную ошибку измерения этой разности. Математически данное понятие формализуется в виде индекса минимальных определяемых изменений для 95 %-ой вероятности (MDC95 %). Величина MDC95 % соответствует статистически значимой разнице между оценками шкалы в динамике обследований. Методологическую основу исследования составила метрическая система Раша (MSP), позволяющая определить индивидуальные величины MDC95 % для каждой суммарной оценки шкалы.

Было обследовано 118 пациентов мужского и женского пола с диагнозом шизофрения, проходивших курс лечения в стационарных отделениях УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» и получавших адекватную психофармакотерапию. Возрастной диапазон составил от 18 до 59 лет. Всем пациентам было дважды проведено обследование с использованием методики BABS: первое – в течение первых 3 дней госпитализации, повторное – через 24–28 дней после поступления в стационар.

**Результаты исследования.** Калибровочный анализ шкалы на основе вычисления значения MDC95 % между оценками позволил выделить

в шкале 8 метрических независимых уровней выраженности бредовых симптомов и нарушений инсайта. Были определены значения минимальных клинических изменений для каждого метрического уровня шкалы. Для первых двух оценок величина MDC95 % составила 3 балла, для оценок в диапазоне от 2 до 13 баллов – 4 балла, для оценок в диапазоне от 14 до 21 балла – 3 балла, оценке, равной 22 баллам, соответствует значение индекса, равное 2 баллам. Полученные значения MDC95 % позволяют определить наличие действительных статистически значимых различий в уровнях выраженности бредовых идей и нарушения инсайта при повторных обследованиях. Для этого фиксируется суммарная оценка и метрический уровень по результатам первого и повторного обследований пациента. Далее определяется разность между второй и первой оценкой. Если разность равна или превышает значение MDC95 % для оценки с меньшим значением, то следует сделать вывод о статистически значимом изменении уровня психопатологических нарушений. В этом случае определяют метрический уровень выраженности психопатологических нарушений, которому соответствует полученная при повторном обследовании оценка. Если же значение разности не достигает значения MDC95 % меньшей оценки, то разность в баллах не имеет клинометрического значения и носит случайный характер. В таком случае уровень выраженности конструкта остается прежним независимо от того, какому уровню соответствует вторая оценка.

**Выводы.** Таким образом, результаты проведенного исследования продемонстрировали, что русскоязычная версия шкалы BABS способна дифференцировать 8 метрических уровней выраженности бредовых идей и нарушений инсайта. В процессе метрического анализа шкалы определены показатели минимальных значимых различий для каждой суммарной оценки. Данные показатели пригодны для использования в клинической практике и научном исследовании.

#### **Список литературы**

1. Ассанович, М. А. Метод определения пороговых критериев в клинических рейтинговых шкалах, разработанных на основе модели Раша / М. А. Ассанович // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2017. – Т. 18, № 3. – С. 19–24.
2. The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity / J. L. Eisen [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 155, № 1. – P. 102–108.

УДК 616.89

**Воронова Е.И.**<sup>1,2</sup>

## **Траектории развития негативных и коморбидных позитивных дименсий, формирующихся в клиническом пространстве шизофрении**

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава РФ  
(Сеченовский Университет), г. Москва

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: voronova\_e@mail.ru

**Актуальность.** Высокая распространенность негативных расстройств (достигающая уже через год после первой госпитализации 16–35 % [Chang, W.C. et al., 2011; Szkulciecka-Dębek M. et al., 2015; Üçok A., Ergül C., 2016]), их клиническая гетерогенность как в плане траектории развития, так и связи с другими проявлениями шизофрении (позитивные расстройства) обуславливают актуальность настоящего исследования.

**Цель.** Анализ вариантов динамики негативных расстройств и их соотношения с позитивными на протяжении течения шизофрении.

**Результаты.** Первостепенное значение для установления закономерностей динамики дефицитарных расстройств приобрела концепция негативной шизофрении [Strauss J. S. et al., 1974; Andreasen N. S., 1981, 1995; Crow T., 1980, 1985; Carpenter W. T. et al., 1988; Zubin G., 1985; Kay S. R., Sevy S., 1990; Мосолов С.Н., 2000], в психопатологической модели которой заложен модус разнонаправленной динамики негативных по отношению к позитивным дименсиям.

При этом негативная шизофрения позиционируется в качестве самостоятельной формы заболевания [Galderisi S., 2017; Mucci A., 2016].

Однако, как свидетельствуют данные ряда публикаций, а также данные настоящего исследования (обследовано 200 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, средняя длительность заболевания – 18,7,2±4,3 лет) полярные тенденции в развитии негативных и позитивных дименсий при негативной шизофрении – лишь один из вариантов перекрывания психопатологических симптомокомплексов при заболеваниях эндогенного круга.

Как свидетельствуют данные клинического анализа обследованного контингента больных в психопатологическом пространстве шизофрении могут быть выделены следующие две формы «взаимодействующих»

(совмещения/поляризации) траекторий развития негативных и позитивных дименсий:

- **симультанно-прогредивентная;**
- **разнонаправленная** (полярные векторы).

При **симультанно-прогредивентной динамике** негативные и позитивные расстройства нарастают содружественно (этап активного течения эндогенного заболевания). На этапе стабилизации процесса при их соучастии формируются либо конечные/исходные состояния (перекрытие негативных симптомокомплексов субпсихотической симптоматикой позитивного круга), либо резидуальные состояния – негативные изменения (эмоциональные изменения, апато-абулический дефект с явлениями РЭП), сочетающиеся с персонифицированными феноменами («нажитые психопатии»), дублирующими в редуцированном виде проявления психоза.

**Разнонаправленная динамика** психопатологических симптомокомплексов представлена траекториями негативных/позитивных расстройств, имеющих полярные векторы развития. При этом выделяются варианты динамики с доминированием на всём протяжении течения заболевания негативных расстройств (негативная шизофрения), либо позитивной симптоматики («шизофрения, остановившаяся в плане прогредивентного развития негативных расстройств в самом начале» [Huber G., 1957]).

В рамки *негативной шизофрении* включаются первичные по E.Bleuler или базисные по G.Huber (1983 г.) негативные расстройства<sup>1</sup>, определяющие клиническую картину на всём протяжении заболевания при минимальной выраженности и тенденции к дальнейшей редукции позитивных симптомокомплексов.

При *«шизофрении, остановившейся в самом начале»*, формирование негативных изменений, обнаруживающихся уже на уровне продромальных расстройств, завершается в окончательном виде на ранних этапах течения эндогенного заболевания (подростковый/юношеский возраст). Структура негативных изменений в дальнейшем существенно не меняется, а динамика заболевания реализуется преимущественно на уровне позитивных расстройств, ограниченных проявлениями аффективно-тревожного регистров (дистимия, ипохондрия с фобиями и ПА, деперсонализационные симптомокомплексы).

---

<sup>1</sup> В качестве прототипа негативной шизофрении может рассматриваться выделяющаяся в рамках категориальной модели эндогенного процесса простая форма шизофрении. Клиническая картина простой шизофрении на протяжении многих лет определяется дефицитарными расстройствами с притуплением эмоций, утратой силы воли, снижением интеллекта и прежней энергии [Klosterkotter J., 1983].

**Заключение.** Траектория развития шизофренического дефицита и его соотношение с позитивными симптомокомплексами относится к базисным расстройствам, отражающим основные тенденции течения, а также психопатологическую структуру клинических расстройств на всех этапах эндогенного процесса.

#### **Список литературы**

1. Carpenter W.T., Heinrichs D.W., Wagman A.M. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *Am J Psychiatry* 1988;145:578–583.

2. Mucci A, Merlotti E, Üçok A, Aleman A, Galderisi S. Primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments and neurobiological bases. *Schizophr Res.* 2016. 19-28 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.014>

УДК 616.89

*Лепилкина Т.А., Морозова М.А*

### **Взаимосвязь когнитивного функционирования и клинической симптоматики у пациентов разного пола, больных шизофренией**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: lepilkina@hotmail.com*

**Актуальность.** Клиническая симптоматика и когнитивная дисфункция являются ядерными проявлениями шизофренических расстройств. Несмотря на это природа взаимосвязи между двумя группами расстройств остается не до конца проясненной.

Наиболее последовательны свидетельства о связи когнитивных нарушений с негативными проявлениями шизофрении. Реже выявляются связи когнитивного функционирования с продуктивными симптомами заболевания и явлениями дезорганизации. Есть основания предполагать, что наличие связей между когнитивными нарушениями и тем или иным кластером симптоматики во многом зависит от текущего клинического статуса пациента. Так, в одной из работ [Морозова М.А. и соавт., 2008] было показано, что в период острого эпизода заболевания наибольшую связь с параметрами когнитивного функционирования обнаруживают признаки дезорганизации, а в период становления ремиссии – резидуальные психотические проявления и негативные расстройства.

Мы предположили, что взаимосвязь между клинической симптоматикой и когнитивными проявлениями может быть опосредована полом пациента. Основанием для этой гипотезы послужили данные о том, что пациенты

разного пола обнаруживают различия как в психопатологических проявлениях, так и в когнитивном функционировании, хотя во втором случае имеющиеся сведения достаточно противоречивы.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 129 пациентов (71 мужчина и 58 женщин) в возрасте от 18 до 59 лет с диагнозом параноидной шизофрении, с приступообразно-прогредиентным типом течения (шифр по МКБ-10 F20.01). Все пациенты находились в стадии ремиссии, характеризующейся умеренной выраженностью психопатологической симптоматики и получали адекватную антипсихотическую терапию. Группы мужчин и женщин статистически достоверно не отличались по возрасту начала и длительности заболевания, а также по тяжести клинических симптомов.

Для исследования когнитивной сферы была использована обширная батарея когнитивных тестов [Лепилкина и соавт., 2016], направленная на оценку тех областей познавательной деятельности, нарушения которых в наибольшей степени характерны для больных шизофренией: различные аспекты памяти, внимания, управляющей (исполнительной) функции, психомоторная скорость, мотивационный компонент познавательной деятельности. Выраженность клинических проявлений заболевания оценивалась при помощи Шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS и Шкалы общего клинического впечатления в аспекте тяжести состояния CGI-S. Полученные данные обрабатывались статистически.

**Результаты и обсуждение.** Проведенное исследование показало, что когнитивная сфера мужчин-пациентов характеризуется одновременно более высоким уровнем функционирования самых сохранных аспектов познавательной деятельности, и более низким – самых нарушенных функций. Профиль когнитивных процессов у женщин был более «сглаженным».

Клиническая симптоматика шизофрении и когнитивные функции по-разному взаимодействовали между собой у пациентов разного пола. В группе мужчин чем в большей степени в клинической картине пациента были представлены различные группы симптомов, тем в большей степени был нарушен мотивационный компонент познавательной деятельности, а также параметры скорости простой реакции, кратковременной слухоречевой памяти и внимания. В группе женщин в наибольшей степени с клиническими факторами были связаны различные аспекты исполнительного функционирования – абстрактное мышление, планирование, импульсивность.

В группе женщин наибольшую плотность связей (частоту) с клинико-психопатологическим комплексом имели те аспекты познавательной деятельности, которые были снижены относительно общегруппового тренда



(исполнительные функции). Схожая тенденция присутствовала и в группе мужчин, но несколько менее явно: по ряду аспектов функции внимания, обнаружившей множество взаимосвязей с клиническими проявлениями болезни, испытуемые мужского пола демонстрировали результаты ниже, чем группа в целом.

В группе пациентов-мужчин более высокий по сравнению с женщинами уровень исполнительного функционирования сопровождается меньшим количеством связей его параметров с клиническими проявлениями шизофрении, а более низкий уровень функционирования внимания – большим количеством связей между когнитивными параметрами и различными психопатологическими симптомами. В группе женщин, напротив, при несколько более высоком, по сравнению с мужчинами, уровне функционирования внимания, количество связей между вниманием и клиническими факторами было относительно мало, тогда как параметры исполнительного функционирования, более нарушенного в группе женщин, обнаружили максимальную плотность связей с психопатологическими явлениями.

Таким образом, полученные результаты указывают на следующее: у пациентов разного пола те когнитивные функции, которые в большей степени снижены относительно группового тренда (внимание у мужчин и исполнительные функции – у женщин), в большей же степени взаимосвязаны с психопатологическими проявлениями шизофрении.

Выявленные особенности когнитивной дисфункции и ее интеракции со спектром клинических проявлений шизофрении у пациентов разного пола может указывать на различия функциональных и, вероятно, анатомических и биохимических механизмов, лежащих в основе этих процессов.

**Выводы.** Результаты работы свидетельствуют о том, что биологический пол пациентов, страдающих шизофренией, является важным фактором, опосредующим взаимодействие двух ключевых сфер шизофренической патологии – клинической симптоматики и когнитивной дисфункции.

#### **Список литературы**

1. Лепилкина Т.А., Рупчев Г.Е., Морозова М.А., Ениколопов С.Н. Комплексы психометрических методик для оценки когнитивных функций при шизофрении: методическое пособие. – Чехов: Центр образовательного и научного консалтинга, 2016. – 24 с.

2. Морозова М.А., Лепилкина Т.А., Рубашкина В.В. Динамика связи уровня когнитивного функционирования и психопатологических проявлений при редукции психотической симптоматики у больных параноидной шизофренией в состоянии психоза и при становлении ремиссии // Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 7. – С. 4–12.

УДК 616.895.8

*Морозова М.А., Бурминский Д.С.*

**Влияние резидуальной психотической симптоматики на социальное функционирование и способность к автономному существованию больных шизофренией в ремиссии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: desbur@gmail.com*

**Актуальность.** Данные литературы говорят о том, что на социальное функционирование больных шизофренией главным образом влияет негативная симптоматика и когнитивные расстройства [Liddle P.F., 1987; Гурович И.Я., 2001; Вишневецкая О.А., 2012]

**Гипотеза исследования.** Резидуальные психотические симптомы оказывают негативное влияние на социальное функционирование больных шизофренией в ремиссии больше, чем негативная симптоматика и когнитивная дисфункция.

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 193 пациента обоего пола, страдающих приступообразно-прогредиентной формой шизофрении и находящейся в состоянии ремиссии. Критерием включения в исследуемую группу являлось сохранение в клинической картине ремиссии резидуальной психотической симптоматики в виде наличия одного из двух пунктов, отражающих психотическую симптоматику (пункт «Бред» и пункт «Галлюцинаторное повеление») шкалы PANSS легкой и средней степени (3 или 4 балла). В контрольную группу (пациентов без резидуальных психотических симптомов) вошли больные, у которых эти показатели равнялись 1 или 2 баллам. В первую (исследуемую) группу было включено 103 пациента, из них 84 мужчины (81,6 %) и 19 женщин (18,4 %). Средний возраст пациентов составил  $39,38 \pm 12,87$  лет. Длительность заболевания в группе составила  $15,3 \pm 10,4$  года, возраст начала заболевания –  $23,75 \pm 8,11$  лет. Количество пациентов во второй (контрольной) группе составило 90, из них 17 женщин (18,9 %) и 73 мужчины (81,1 %). Средний возраст пациентов составил  $41,8 \pm 11,74$  лет. Длительность заболевания в группе составила  $16,89 \pm 10,61$  года, возраст начала заболевания –  $23,68 \pm 9,15$  лет. Группы были сопоставимы по полу, возрасту на момент осмотра и возрасту начала заболевания.

Психометрическое исследование проводилось с использованием шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). Анализ показателей шкалы PANSS также проводился при

помощи факторов Мардера. Нейрокогнитивные показатели определялись с использованием краткой шкалы оценки когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS). Для общей оценки способности к повседневному функционированию психически больных использовалась Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning Scale, GAF). Социальное функционирование оценивалось при помощи шкалы оценки личностного и социального функционирования (PSP scale). Для более детального анализа отдельных аспектов автономного существования пациента применялась шкала Автономии [Морозова М.А., 2015].

Обсчёт производился с использованием компьютерной программы Statistica 6.0.

**Результаты.** Группы не отличались между собой по показателям негативной подшкалы и показателям BACS. Было показано, что в клинической картине группы больных с резидуальной психотической симптоматикой отличалась большей выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики (по четырем факторам Мардера).

При сравнении особенностей социального функционирования, измеренной шкалами GAF и PSP, и способности к автономному существованию, измеренной при помощи шкалы Автономии, в двух группах обнаружилось, что по шкале GAF пациенты группы с резидуальными психотическими симптомами продемонстрировали худшее функционирование ( $p < 0,01$ ). Напротив, по шкале PSP у тех же пациентов была обнаружена тенденция ( $p = 0,057$ ) к более высокому уровню функционирования.

Общий показатель по шкале автономии в обеих группах не достигал уровня достоверности, но отличался в числовом выражении в пользу группы с резидуальной психотической симптоматикой ( $p = 0,083$ ). Достоверные отличия были обнаружены в показателях пункта «Способность строить социальную сеть» ( $p < 0,05$ ), также в пользу группы с сохраняющейся резидуальной психотической симптоматикой.

**Обсуждение.** В результате проведенного исследования было обнаружено противоречивое влияние резидуальной психотической симптоматики на социальную адаптацию больных шизофренией. По шкале, которая измеряет насколько хорошо пациент может использовать свои адаптационные возможности (шкала GAF) пациенты с резидуальной психотической симптоматикой проигрывали пациентам группы сравнения. В то время как по шкале, оценивающей преимущественно степень нарушения личностного и социального функционирования (шкала PSP) различий не обнаруживалось. Против ожидания пациенты с резидуальной психотической симптоматикой были лучше приспособлены к автономному существованию,

включая способность формировать вокруг себя поддерживающую социальную среду.

**Выводы.** В целом можно сказать, что наличие резидуальной психотической симптоматики в клинической картине неоднозначно влияет на социальное функционирование больных. Очевидно, у этих больных существуют скрытые ресурсы, которые могут реализовываться при индивидуализации реабилитационных программ.

#### **Список литературы**

1. Вишневская О.А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии / О.А. Вишневская, А.Н. Гвоздецкий, Н.Н. Петрова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 30–36.

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрорекогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 31–35.

3. Морозова, М.А. Новая шкала для оценки автономии у больных шизофренией (описание и исследование валидности) / М. А. Морозова, Г. Е. Рупчев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115. – №. 1. – С. 53–57.

4. Liddle P.F. Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. *Psychological Medicine*. 1987; 17: 49–57.

УДК: 159.972

**Пискарева Т.К.**

#### **Половое самосознание при эндогенных психических заболеваниях, сопровождающихся нарушением половой идентичности**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: stm8649806@yandex.ru*

**Актуальность.** Состояние несоответствия биологического пола переживаемому психологическому полу в последнее время привлекает все больше внимания со стороны различных специалистов. Нарушение половой идентичности (НПИ) является социально значимым заболеванием, которое в случае отсутствия лечения может приводить к развитию социофобии, депрессии, суицидальным попыткам. Лечение НПИ заключается

в выполнении гормональной терапии, хирургической коррекции, а затем паспортной смены пола. Экспертиза, требующаяся для разрешения этих процедур, включает оценку полового самосознания: образа себя как мужчины и женщины, системы представлений об эталонах мужественности и женственности, личностных смыслов [Ткаченко И.В., 1999], полотипических установок. Однако зачастую представляет трудности разграничение истинного транссексуализма и НПИ в рамках психического заболевания [Кибрик и др., 2017]. Половое самосознание при истинном транссексуализме характеризуется эмоциональной и смысловой интериоризацией противоположной половой роли при дифференцированности представлений о половых ролях и соответствии их культуральным [Саламова и др., 2000]. Однако остаются малоизученными особенности НПИ при эндогенных психических заболеваниях.

**Цель** нашего исследования – описать половое самосознание при нарушениях гендерной идентификации, сопровождающихся эндогенными психическими заболеваниями.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 35 пациентов с эндогенными психическими заболеваниями, сопровождающимися нарушениями полоролевой идентичности, проходивших стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ, 29 женщин и 6 мужчин в возрасте 15-26 лет. Половое самосознание исследовалось при помощи методик: Фигура-Поза-Одежда [Саламова Д.К. и др., 2000], опросник половых ролей С. Бем «Bem Sex Role Inventory» [Практикум по гендерной психологии, 2003]. Математическая обработка данных производилась с помощью пакета статистических программ SPSS 23.0.

**Результаты и обсуждение.** В связи с небольшим размером выборки для подсчета результатов использовались непараметрические статистические методы.

По критерию Манна-Уитни женщины значимо отличались от мужчин по результатам выполнения опросника Бэм ( $\text{sig}=0,017$ ). Для женщин с НПИ была характерна андрогинность, когда для мужчин – феминность. Сходные данные получены в методике Фигура-Поза-Одежда: у женщин актуальный образ Я больше соответствовал мужским ( $\text{sig}=0,054$ ) и «бесполом» ( $\text{sig}=0,021$ ) изображениям, чем женским. У мужчин выявлено обратное соотношение: актуальный образ Я больше соответствовал женскому, чем мужскому ( $\text{sig}=0,056$ ). Интересна интерпретация пациентами «бесполом» изображений по наличию в них женских и мужских признаков. По коэффициенту корреляции Спирмена у мужчин значимо связаны оценки женских и «бесполом» изображений ( $r=0,949$ ;  $\text{sig}=0,051$ ) и не коррелируют оценки мужских и «бесполом». У женщин значимо коррелируют как «бесполом»

и женские ( $r=0,749$ ;  $\text{sig}=0,000$ ), так и «бесполое» и мужские ( $r=0,637$ ;  $\text{sig}=0,002$ ) изображения. Таким образом, учитывая проективный характер недифференцированных по полу изображений, можно предположить, что в них проецируется Я испытуемых. Транссексуальные установки более выражены у мужчин, чем у женщин. Возможно, это связано с тем, что гендерные стереотипы допускают проявления маскулинных черт у женщин, но порицают феминные черты мужчин, поэтому мужской транссексуализм гораздо более подвержен стигматизации. В результате мужчины заявляют о переживании гендерного несоответствия только тогда, когда оно достигает гораздо большей выраженности, чем в аналогичной ситуации у женщин.

Далее мы исследовали образ Я-идеальное. Девушки значимо более хотели соответствовать мужскому идеалу, чем женскому ( $\text{sig}=0,000$ ) и «бесполом» изображениям ( $\text{sig}=0,01$ ). Мужчины больше хотели соответствовать женскому образу ( $\text{sig}=0,002$ ) и «бесполому» ( $\text{sig}=0,004$ ), чем мужскому. При этом в своих суждениях они значимо чаще опирались на формальные признаки соответствия желаемому полу (одежда, поза), а не на признаки, объективно отражающие половые различия (фигура). В этом находит проявление недостаточность эмоциональной и смысловой идентификации с противоположной половой ролью, желание соответствовать ей только на уровне внешних проявлений.

Ни у мужчин, ни у женщин не было выявлено различий по степени привлекательности мужских, женских и «бесполох» изображений. При этом подавляющее большинство декларировало у себя гомосексуальную ориентацию. В своих оценках они также опирались в основном на формальные признаки (одежда). В результате корреляционного анализа была выявлена положительная связь между оценками Я и привлекательности Другого у всех испытуемых. Таким образом, испытуемые идентифицировали себя с половыми партнерами, что говорит о размытости границ Я и трудности различения Я-Другой.

**Выводы.** Таким образом, половое самосознание при НПИ в рамках эндогенных психических заболеваний характеризуется формальной идентификацией с желаемой половой ролью на уровне лишь внешних признаков (одежды и позы), а также спутанностью образа Я и образа желаемого партнера. Транссексуальные установки у мужчин более выражены, чем у женщин, что объясняется влиянием стигматизации и социальной дискриминации.

### Список литературы

1. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Журавель А.П. Расстройства половой идентификации: ошибки диагностики и тактики ведения пациентов. Социальная и клиническая психиатрия, 2017, 27(4), с. 63–69.

2. Практикум по гендерной психологии. Под ред. И.С. Клециной. СПб.: Питер, 2003. С. 277–280.

3. Саламова Д.С., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Проективная методика исследования полоролевой идентичности «Фигура – Поза – Одежда». Журнал практического психолога, 2000, № 10-11, с. 87–102.

4. Ткаченко И.В. Развитие психологического пола у детей младшего школьного возраста. Дисс. ... канд. психол. наук, Ставрополь, 1999.

УДК 616.89

*Самойлова Е.Д.*

### **Структура негативных расстройств при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра, протекающих с обсессивно-компульсивной и истерической симптоматикой**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: eu.smlv@gmail.com*

**Актуальность.** Изучение обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра (РШС) имеет длительную историю, но малоизученными остается взаимодействие навязчивых феноменов с негативными изменениями и расстройствами личности (РЛ). Исследования РЛ коморбидных ОКР выявили высокую представленность аномалий личности кластера С (избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное РЛ). При этом взаимодействию ОКР с другими РЛ и негативной симптоматикой уделяется меньше внимания. Современные данные указывают на значительную частоту коморбидности истерического РЛ с ОКР. По данным [O.Friborg et al., 2013] среднее значение коморбидности ОКР с РЛ кластера В .15 против .13 РЛ кластера А. Имеется небольшое число работ, оценивающих аспекты коморбидности ОКР и истерического РЛ. [M. Rufert et al., 2006] выявили связь перепроверок с диссоциативной симптоматикой при истерическом РЛ. В исследованиях, посвященных ОКР в рамках шизофрении, указывается, что истерическое РЛ является наиболее часто встречающимся преморбидным складом, характерным для развития контрастных obsessions [Наджаров Р.А., Морозов В.М., 1956]. Несмотря на указания на взаимосвязь истерического РЛ и ОКР, отсутствует информация об особенностях взаимодействия этих психопатологических образований в рамках шизофрении и РШС, не изучен аспект участия истерических и ОК феноменов в формировании негативных расстройств.

**Цель.** Определение структуры негативных расстройств при шизофрении и РПС с ОК и истерической симптоматикой.

**Материал и методы.** Клинический и психометрический методы обследования (PANSS, SANS, MFI-20, SCL-90, SPQ, ОЧХ-В).

**Критерии включения:** диагноз шизотипическое расстройство (F21), шизофрения, протекающая с преобладанием ОКР (F20.8); наличие аномалий личности истерического круга. Критерии невключения: тяжелые соматические заболевания; злоупотребление ПАВ; возраст <18 и >60 лет.

Выборку составили 15 пациентов (9 муж. и 6 жен., средний возраст  $35,7 \pm 9,7$  лет). Социодемографические показатели отражают социальную и трудовую дезадаптацию: 9 из 15 пациентов (60 %) не работают, 6(40 %) на иждивении родственников/сожителей, 3(20 %) имеют группу инвалидности по психическому заболеванию.

**Результаты.** Преморбидные характеристики пациентов соответствуют истерическому РЛ: демонстративность, стремление к вниманию, капризность, внушаемость. В качестве латентных черт выявлены характерные для РЛ кластера С нерешительность, склонность к тревожным реакциям, рефлексия, педантичность. В преморбиде обнаруживаются субсиндромальные ОК феномены: пере проверки, защитные ритуалы. В соответствии с современной концепцией негативных расстройств [Mucci A., Galderisi S., 2014], в выборке доминируют негативные нарушения абулического круга (avolition: апатия, ангедония)  $3,6 \pm 0,4$ , при умеренной выраженности эмоциональных изменений (blunted affect: бедность эмоциональной экспрессии, алогия)  $2,5 \pm 0,3$ . Основываясь на концепции вклада конституциональных аномалий в структуру дефекта [Смулевич и соав., 2018], в изученной выборке находит подтверждение гипотеза о трансформации патохарактерологических изменений путем амплификации латентных преморбидных черт, которые, взаимодействуя с позитивными и негативными симптомами, приобретают доминирующее положение в **патохарактерологическом профиле**: на первый план выступают черты, характерные для истерического РЛ: инфантилизм, внушаемость; что сочетается с актуализацией латентных черт: склонности к тревожным реакциям, рефлексии, нерешительности.

**Эмоциональная сфера.** Позиция опекаемого ребенка, утриворванная привязанность к родителям/супругу, заострение эгоцентризма, капризности. Обеспечение собственных нужд путем драматизации симптомов психического или соматического неблагополучия.

**Сфера коммуникаций:** ограничение социальных контактов, нерешительность, застенчивость, быстрая истощаемость в условиях активных социальных взаимодействий.



**Сфера общей психической энергии:** трудности в инициации волевого усилия, склонность к реакциям отказа, тревожным и истеро-ипохондрическим реакциям.

**Позитивная симптоматика** складывается из обсессивно-компульсивных, конверсионных (7 набл.) и диссоциативных (6 набл.) расстройств. Обсессии повторного контроля (6 набл.) перекрываются с диссоциативными расстройствами, контрастные навязчивости (5 набл.) с конверсионной симптоматикой, обсессии симметрии (3 набл.) несут в себе черты истерического перфекционизма – стремления добиться «идеальной красоты». Ритуалы характеризуются манипулятивностью – пациенты имеют возможность их отложить либо полностью от них отказаться.

**Обсуждение:** представленные данные позволяют сделать несколько предположений о вкладе преморбидного склада в формирование позитивных и негативных расстройств. Ведущие преморбидные истерические проявления видоизменяют картину ОКР, однако в структуре негативных изменений сохраняются лишь в эмоциональной сфере. Во всех остальных сферах доминируют проявления личностного кластера С. Можно предположить, что процесс нарастания абулических расстройств сопряжен с актуализацией латентных и частичной невилировкой ведущих (истерических) патохарактерологических черт.

**Выводы.** Структура патохарактерологических изменений ассоциируется с типом первичных негативных расстройств: в данном случае – с волевыми нарушениями.

Выявлен вклад преморбидного патохарактерологического профиля: заострение ранее латентных психастенических на фоне доминирующего истерического склада, что приводит к формированию инфантилизма, зависимого поведения.

Общий синдром формируется за счет взаимодействия негативной и обсессивно-компульсивной симптоматики. Навязчивые сомнения, обсессии повторного контроля, амальгамируя с волевыми нарушениями, проводят к заострению нерешительности, патологической склонности к сомнениям.

#### **Список литературы**

1. Морозов В.М., Наджаров Р.А. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении. // Журнал невропат. и психиатр. – 1956. – вып 2. – С. 937–941.
2. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Лобанова В.М., Воронова Е.И., Жилин В.О., Коллюцкая Е.В., Самойлова Е.Д. Сорокина О.Ю. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности)// Журнал неврологии и психиатрии, 11, 2018. – С. 4–14.

3. Friberg O, Martinussen M, Kaiser S, Øvergard K, Rosenvinge J. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders* 145 (2013) 143–155.

4. Mucci A, Merlotti E, Üçok A, Aleman A, Galderisi S. Primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments and neurobiological bases. *Schizophr Res.* 2016; 19–28.

5. Rufer M, Fricke S, Held D, Cremer J, Hand I. Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: A replication study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 256: 146–150.

УДК – 616.89-008.1; 616.89-02-036

*Самсонов И.С., Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В.*

### **Психопатологические особенности синдрома Кандинского-Клерамбо с религиозным содержанием при шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: Ivansamson@yandex.ru*

**Актуальность.** Проблема изучения синдрома Кандинского-Клерамбо с религиозным содержанием является значимой ввиду малочисленности и неоднородности имеющихся исследований. Кроме того, актуальность рассматриваемой темы определяется частотой встречаемости различных форм асоциального поведения при данной разновидности психопатологических расстройств.

**Цель:** определение психопатологических особенностей синдрома Кандинского-Клерамбо с религиозным содержанием при шизофрении.

**Материалы и методы.** Пациенты обследованы с помощью клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, клинико-статистического, экспериментально-психологического методов.

#### **Критерии включения:**

1. Возраст от 18 до 55 лет на момент госпитализации;
2. Диагноз эндогенного психического заболевания (F20.00, F20.01, F20.02 по МКБ-10);
3. Наличие синдрома Кандинского-Клерамбо с религиозным содержанием при шизофрении.

#### **Критерии исключения:**

1. Наличие на момент исследования тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации;

2. Органические поражения ЦНС;
3. Эпилепсия;
4. Злоупотребления психоактивными веществами;
5. Детский, подростковый и старческий возраст.

Выборка сформирована из когорты пациентов отдела по изучению особых форм психической патологии (руководитель – к.м.н. Г. И. Копейко) ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Ключник). Изученную выборку составили 30 пациентов (15 женщин; 15 мужчин, средний возраст –  $34,9 \pm 10,5$  лет). Клиническая картина состояния пациентов, включённых в исследование, определялась наличием синдрома Кандинского-Клерамбо религиозного содержания, и характеризовалась стойкой убежденностью во внедрении в тело и личность больных чужеродной сущности «духовного» происхождения (дьявол, демон, бес).

**Результаты.** В подавляющем большинстве случаев (25 больных – 83,3 %) заболевание удавалось проследить с пубертатного периода (средний возраст инициального этапа –  $17,5 \pm 6,2$  лет; средняя продолжительность инициального этапа составляла  $15,7 \pm 6,7$  лет.), когда у больных появлялись амбулаторные аутохтонные аффективные расстройства разной глубины и продолжительности. Как правило, аффективные расстройства носили атипичный характер и были представлены отдельными депрессивными состояниями с наиболее выраженным тимическим компонентом, реже – маниакальными состояниями. Часто на инициальном этапе отмечались так называемые форпост-синдромы в виде эпизодов галлюцинаций воображения с идеями воздействия, в дальнейшем трансформировавшиеся в интерпретативные бредовые идеи архаического содержания – колдовства, сглаза, порчи [Пашковский В.Э., 2010]. У большинства больных религиозность на этом этапе отсутствовала, или носила формально-обрядовый характер; лишь по миновании подростково-юношеского возраста у больных происходило формирование религиозного мировоззрения [Каледа В.Г., 2017]. Манифестация болезни приходилась преимущественно на зрелый возраст (средний возраст манифестации заболевания –  $34,8 \pm 11,2$ ). Психические расстройства возникали остро, нередко по механизму озарения. Чаще всего, заболевание начиналось с развития феномена галлюцинаций общего чувства [Копейко Г.И., 2018], который заключался в ощущении внедрения в тело некой посторонней сущности: «вошел бес» в виде «теплой волны», «сгустка энергии», «жжения». Присутствие беса ощущалось в разных по локализации частях тела, он проникал в голову, эпигастральную область, позвоночник. После того, как у больных появлялась убежденность во внедрении беса в тело, отмечалось появление идеаторных автоматизмов, а также вербальных псевдогаллюцинаций комментирующего и императивного содержания.

В дальнейшем могли присоединяться моторные автоматизмы различной степени выраженности, доходящие до степени тотального овладения. На этом этапе имела место высокая опасность совершения ауто- и гетеро-агрессивных поступков, суицидальных попыток. В случае нарастания остроты психотических проявлений тотальный синдром овладения мог включать в себя бред метаморфозы. В целом, изучаемый синдром отличался выраженным полиморфизмом: наряду с описанной симптоматикой, у больных отмечались такие психопатологические феномены как бред греховности, бред колдовства, антагонистический бред, истинные зрительные и обонятельные галлюцинации, бредовые деперсонализационные расстройства. Следует также отметить особенности бредового поведения, когда больные изобретали особые способы борьбы с бесом с помощью «поста и молитвы», чтения специальных «акафистов-бесогонов», резкого ограничения в еде, что, как правило, шло вразрез и с каноническими православными традициями.

**Обсуждение.** Представленные данные описывают психопатологические особенности синдрома Кандинского-Клерамбо религиозного содержания на манифестном этапе эндогенного заболевания непрерывного и приступообразного типа течений.

**Выводы.** Выявленные особенности синдрома Кандинского-Клерамбо связаны, по нашему мнению, с влиянием фактора религиозности на психопатологические особенности психических расстройств. Полученные данные будут способствовать расширению наших представлений о психопатологическом разнообразии синдромов с религиозной тематикой.

#### **Список литературы**

1. Пашковский В.Э. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда. *Психическое здоровье*. 2010; 7:77-84.
2. Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Особенности бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова*, 2018. – N 4. – С. 30–35.
3. Каледа В.Г., Попович У.О., Романенко Н.В., Копейко Г.И. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе. *Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова*, 2017. – N 12. – С. 13–20.

УДК 616.895

*Харькова Г.С., Иванов С.В., Гиацинтова А.А.*

## **Шизоастения**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: gkharkova@bk.ru*

**Актуальность.** Проблема астенических состояний при шизофрении и расстройств шизофренического спектра является актуальной ввиду ее частого присутствия в клинической картине заболевания и дезадаптирующего влияния на качество жизни больных в социальной и профессиональной сферах. Эпидемиологические исследования по данным ряда авторов указывают на то, что частота астенических расстройств среди пациентов психиатрических клиник и амбулаторий составляет до 18 %. Терминологический ряд, используемый разными авторами для обозначения феноменов падения психической активности при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра с признаками утомления, утрированной гиперестезией, жалобами на слабость, общее плохое самочувствие не связанные с воздействием экзогенных вредностей, физических и умственных перегрузок, соматическими и неврологическими заболеваниями, достаточно широк. Используются различные термины: наряду с чаще всего употребляемым – «шизоастения», выступает пседоневрастения, процессуальная псевдоастения, шизофреническая астения. В литературе, посвященной расстройствам астенического круга у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, можно выделить два основных направления [А.Б.Смулевич, 2019]: первое – психопатологические расстройства, феноменологически сопоставимые с астеническими, рассматриваются в рамках политетической – дименсиональной модели шизофренического дефекта, то есть «размещаются» в пространстве комплекса расстройств, на первых этапах концептуально объединявшихся понятием «основное расстройство» [J.Berze, 1914; K.Conrad, 1958; Glatzel J., 1968; Janzarik W., 1969]; второе направление рассматривает астению, интерпретируемую как дефицитарную психопатологическую категорию, в рамках монотетической – категориальной модели негативных расстройств [Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008]. При этом положение астении в ряду расстройств, выступающих в психопатологическом пространстве шизофрении, остается неясным, что и определяет актуальность данного исследования.

**Цель исследования.** Клинический анализ астенических нарушений при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось клиническим и психометрическим методами на основе непосредственного клинического обследования больных, анализа психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации, психометрического метода с использованием шкал PANSS, SANS, теста MFI-20, ВАШ астении. В выборку исследования были включены 111 пациентов (19 женщины, 92 мужчин; возраст от 17 до 69 лет; средний возраст  $32,2 \pm 11,2$  лет). Средний возраст начала заболевания составил  $16,9 \pm 7,5$  лет, средний возраст длительности заболевания к моменту обследования  $15,9 \pm 9,6$  лет. На момент осмотра все пациенты находились на лечении, либо обращались на консультативный прием в ФГБНУ НЦПЗ.

**Результаты и обсуждение.** В соответствии с критериями отбора у пациентов выборки отмечалась выраженная астения, верифицируемая высоким средним суммарным баллом шкалы MFI-20, равным 70,5 (против <30 баллов в норме). Основу выборки (83 % из 111) составили пациенты с шизотипическим расстройством (малопрогрессирующая шизофрения). Во всех случаях отмечалось преобладание негативных расстройств:  $21,5 \pm 3,9$  баллов по шкале PANSS (против  $10,1 \pm 1,2$  баллов для позитивных; композитный индекс  $-11,4 \pm 3,9$ ). При исследовании астенических нарушений в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра было обнаружено, что шизоастения представляет собой сложный психопатологический феномен, не укладывающийся в рамки самостоятельного дефицитарного расстройства (т.н. астенического дефекта). У всех пациентов астеническая симптоматика выступает как промежуточный клинический феномен, обнаруживающий относительную клиническую самостоятельность, но в то же время тесно интегрирующийся как в позитивные, так и негативные симптомокомплексы. Аффинитет астенических расстройств к позитивной симптоматике реализуется в рамках ипохондрических синдромов различной структуры: стойкое ощущение слабости, вялости, сниженного жизненного тонуса, как в психической, так и соматической сфере, наряду с жалобами на непереносимость физических и умственных нагрузок выступают как составная часть невротической, сверхценной, сенесто-ипохондрии. При этом астеническая симптоматика обнаруживает значимый аффинитет к негативным расстройствам, преимущественно с апато-абулическими расстройствами по SANS и PANSS (максимальные баллы относительно других негативных симптомов). Также установлены значимые положительные корреляции между показателями «Уплощение аффекта» и «Обеднение мимики» по SANS и суммарным баллом астении по MFI-20. В то же время непереносимость нагрузок выступает как относительно независимое явление: стабильность падения продуктивности в когнитивных

тестах независимо от текущего психопатологического синдрома, вплоть до отсутствия статистически значимых различий (в отличие от колебаний выраженности позитивных и негативных симптомов) между депрессивными и гипоманиакальными фазами.

**Выводы.** В рамках рабочей гипотезы можно предположить, что шизоастения в клинической практике не является изолированным феноменом, а представляет собой протопсихопатологическое образование, реализуется в промежуточном пространстве между негативными и позитивными симптомами, и формирует тесные коморбидные связи как с позитивными (ипохондрическими), так и негативными (апато-абулическими) расстройствами. При подтверждении данной гипотезы подобный подход к пониманию шизоастении будет способствовать разработке прогностических критериев и выделению приоритетных симптомов-мишеней для терапии.

#### **Список литературы**

1. Berze J., «Die primare Insuffizienz der psychischen Aktivität», Leipzig, Wien, 1914
2. Conrad K., «Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahnes», Stuttgart, 1958
3. Glatzel J., «Periodische Versagenzustände im Vorfeld Schizophrener Psychosen», *Forsch. Neurol. und Psychiat.*, 1968;36:509-52
4. Janzarik W., «Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen», Berlin, 1969
5. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 288 с.

УДК 616.895

***Ястребова В.В.***

### **Взаимосвязь мотивации, дефицитарной симптоматики и социального функционирования у пациентов с расстройствами шизофренического спектра**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: vvyastrebova@gmail.com*

Нарушение мотивационной сферы у больных шизофренией выражается в снижении психической активности, волевых нарушениях, отсутствии интереса к приобретению новых навыков, нежелании ставить и добиваться жизненных целей, что рассматривается как проявление симптомов

дефицитарного регистра [Waltz J.A., 2016; Критская Р.П., 1983]. Эти нарушения приводят к снижению социального функционирования во многих жизненных областях пациентов.

**Целью** является изучение мотивации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, ее связи с клинико-психопатологическими особенностями и социальным функционированием.

**Материал** 100 пациентов с расстройствами шизофренического спектра: пациенты-члены РБОО «Семья и психическое здоровье»; дневного стационара и медико-реабилитационного отделения ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ.

**Методы:** клинико-психопатологический, шкала PANSS, шкала личностного и социального функционирования PSP, определяющая нарушения социально полезной деятельности, включая работу и учебу, социальные отношения, самообслуживание и агрессивное поведение, мотивация оценивалась по опроснику URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale, E.N. McCoimughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer, 1983), состоящий из шкал предразмышление, размышление, действие, сохранение. Статистический: критерий Манна-Уитни, Фишера, коэффициент корреляции r-Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациентов составил  $38,5 \pm 5,3$  года. 80,7 % пациентов не состояли в браке, проживая с родителями (70,6 %). Инвалидами являлись большинство пациентов – 85,2 %. Не работали 79,1 %. В нозологической структуре пациентов преобладала параноидная шизофрения (65 %), шизотипическое (15 %) и шизоаффективное расстройство (7 %), резидуальная шизофрения (7 %), шизофрения детского типа (6 %).

У всех пациентов в статусе представлена дефицитарная симптоматика псевдоорганического типа (45 %) с проявлениями когнитивного дефицита, гипобулией, астено-анергией и изменения типа дефицитарных шизоидов (36 % пациентов) с аутизацией, эмоциональным обеднением.

У 67 % пациентов наблюдались выраженные негативные изменения (балл по негативной шкале PANNS >15). В этой группе был выявлен также низкий уровень социального функционирования, балл по шкале PSP ( $51,1 \pm 7,6$ ,  $P < 0,005$ ), о чем свидетельствовали значительные затруднения в трудовой деятельности, социальных отношениях и самообслуживании. У 33 % пациентов фиксировались умеренные дефицитарные изменения (балл по негативной шкале PANNS <15), а также наблюдалось умеренное снижение социального функционирования по шкале PSP ( $71,4 \pm 6,8$ ,  $P < 0,005$ ).

Анализ выявил связь выраженности дефицитарных расстройств пациентов с уровнем их мотивации. Так, у пациентов со значительными



негативными изменениями по сравнению с пациентами с умеренными выявлен высокий балл по шкале мотивации, находящихся на стадии «Предразмышление» ( $56,20 \pm 9,29$  против  $42,22 \pm 6,21$ ,  $P < 0,01$ ), что свидетельствует о низком уровне мотивации, отсутствии потребности что-либо менять в жизни. Напротив, у пациентов с умеренными негативными изменениями выявлен высокий балл, соответствующий стадии «Действие» ( $49,34 \pm 8,22$ , против  $36,12 \pm 7,22$ ,  $P < 0,005$ ), что говорит о признании проблем и готовности прикладывать усилия для их преодоления.

Выявлена статистически значимая отрицательная корреляционная связь между показателями стадии «Действие» шкалы мотивации и негативным профилем шкалы PANSS: волевые нарушения ( $r = -0,75$ ,  $P < 0,01$ ), социальная отгороженность ( $r = -0,64$ ,  $P < 0,01$ ), притупленный аффект ( $r = -0,62$ ,  $P < 0,005$ ), нарушение абстрактного мышления ( $r = -0,44$ ,  $P < 0,005$ ). Это позволяет говорить о взаимосвязи мотивации и дефицитарной симптоматики – апатии, ангедонии, снижении воли, эмоций и расстройств мышления. Выявлены статистически значимые положительные корреляции между высокими показателями мотивации «Действие» и пунктами шкалы PSP социально-полезная деятельность ( $r = 0,74$ ,  $P < 0,005$ ) и социальные отношения ( $r = 0,65$ ,  $P < 0,01$ ).

Мотивация зависела не только от степени выраженности негативной симптоматики, но и от ее типа. Наиболее низкие показатели уровня мотивации продемонстрировали пациенты с псевдоорганическим типом негативных изменений. Пациенты, отнесенные к дефицитарным шизоидам, имели значимо более высокий уровень мотивации.

**Выводы.** Выявленные в исследовании результаты позволяют считать, что нарушения мотивации напрямую связаны с дефицитарными симптомами шизофрении, что, в свою очередь, влияет на психосоциальную продуктивность пациентов. Воздействие на мотивацию пациентов с дефицитарными расстройствами и включение в программу реабилитации тренингов с мотивационной направленностью (мотивационный тренинг, комплаенс-терапия) позволит персонализировать комплексное лечение и реабилитацию, реализовать полипрофессиональный подход к ведению пациентов, что будет способствовать улучшению их социального функционирования [Ястребова В.В., Солохина Т.А., 2016, Семенова Н.Д., 2010].

### Список литературы

1. Критская Р.П. Савина Т.В. Экспериментально-психологическое исследование изменений психической деятельности у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1983. – № 12. – С. 1821–1827.

2. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 1. – С. 52–63.

3. Ястребова В.В., Солохина Т.А. Метод комплаенс-терапии при психосоциальном лечении больных шизофренией: технология работы // Социальная интеграция психически больных. Арт-терапия в психиатрической практике: материалы науч.-практ. конференции (Москва, 2016г.), под ред. А.Л. Шмиловича, Е.А. Загряжской, А.А. Иванова. – 2016. – Москва: Форте-принт. – С. 32–328.

4. Waltz J.A., Gold J.M. Motivational Deficits in Schizophrenia and the Representation of Expected Value // Current Topics in Behavioral Neurosciences. – 2016. – 27. – P. 375–410.

## Раздел II. ПОГРАНИЧНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.891.6

*Аведисова А.С.<sup>1</sup>, Аркуша И.А.<sup>1</sup>, Захарова К.В.<sup>1</sup>, Акжигитов Р.Г.<sup>2</sup>*

### **Распространенность сепарационной тревоги и тревожного расстройства сепарации у взрослых среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами**

*<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В.П. Сербского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(г. Москва, Россия)*

*<sup>2</sup>Научно-практический психоневрологический центр  
им. З.П. Соловьева Департамента здравоохранения города Москвы  
(г. Москва, Россия)  
e-mail: alla.avedisova@gmail.com*

Тревожное расстройство сепарации (ТРС) характеризуется наличием онтогенетически неадекватного и чрезмерного страха или тревоги по поводу реальной или воображаемой разлуки с объектом привязанности, сопровождающимся выраженным дистрессом и связанным с ним нарушением функционирования. В нескольких крупных эпидемиологических исследованиях отмечена высокая распространенность симптомов сепарационной тревоги (СТ), также ТРС во взрослой популяции [Eapen V. et al. 2012; Silove D. и соавт. 2015].

**Целью** исследования является изучение распространенности СТ и ТРС, оценка симптоматики СТ среди взрослых амбулаторных пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня.

**Материалы и методы.** В 2018 г. на базе ГБУЗ «Научно-практического психоневрологического центра им. В.В. Соловьева ДЗМ» с использованием самоопросника СТ у взрослых (ASA-27) обследовано 557 амбулаторных пациентов старше 18 лет, имеющих непсихотические психические расстройства. Набравшим  $\geq 22$  баллов (пороговое значение, свидетельствующее о наличии СТ), проводилась верификация диагноза ТРС с помощью клинико-психопатологического метода и структурированного клинического

интервью для симптомов СТ (SCI-SAS). При обследовании также использовался опросник качества жизни и удовлетворенности (QLES-Q). Статистический анализ данных проводился в программе SPSS Statistics 23.

**Результаты.** Из 557 пациентов отобраны 138 человек (24,8 %), средний балл которых по ASA-27 составлял  $\geq 22$ . Клинико-психопатологическое исследование, а также SCI-SAS выявило, что из 138 пациентов 30 (5,4 %) соответствуют диагнозу ТРС: большая часть пациентов не соответствовали критериям ТРС или в связи недостаточной длительностью расстройства, или в связи с неактуальностью на момент исследования. Приведенные цифры распространённости СТ и ТРС соответствуют данным зарубежных исследований.

Пациенты с симптомами СТ составили первую группу, вторую группу – пациенты с ТРС. В обеих группах преобладали женщины (90 %). Средний возраст пациентов ( $38,71 \pm 13,8$  и  $36 \pm 12,7$ , соответственно), данные об их уровне образования, профессиональной занятости не различались между группами. Среди пациентов с ТРС не было разведенных пациентов, в то время как в группе СТ в разводе – 17 % опрошенных.

Общий балл по ASA-27 выше в группе пациентов с ТРС ( $44,53 \pm 13,22$ ), по сравнению с первой группой ( $37,19 \pm 12,43$ ). Средний уровень тревоги (19–37 баллов по ASA-27) чаще встречался у пациентов первой группы (62,3 % и 40 %, соответственно), тогда как высокий (38–56) и очень высокий уровень СТ (свыше 57) – у 40 % и 28,3 % пациентов с ТРС и только в 28,3 % и 7,97 % случаев с СТ. Все приведенные различия имели значимость при  $p < 0,05$ .

Соотношение специфических (соответствующих диагностическим критериям ТРС) и неспецифических симптомов в первой группе составляло 3/5, во второй – 4/7, что свидетельствовало о практически равном распределении симптомов в группах. Однако, в группе ТРС 62,5 % от общего числа специфических симптомов имели распространённость  $\geq 90$  %, в то время как в группе СТ только  $\frac{1}{4}$  часть.

Наиболее часто встречаемыми специфическими симптомами в обеих группах являлись: ощущение себя в большей безопасности при нахождении дома с близкими людьми, огорчение при мыслях о разлуке с близкими, тревога о том, где находятся близкие в их отсутствие. В группе пациентов с ТРС распространёнными симптомами были: кошмарные сновидения и фантазии о нахождении вдали от дома, сильное волнение из-за того, что какие-то события могут разлучить с объектом привязанности, беспокойство при невозможности регулярно говорить с ним по телефону. Существенных различий в распространённости неспецифических симптомов между группами не выявлено. В обеих группах часто встречались: волнение перед

поездками, волнение за близких при разлуке, а также панические атаки (ПА) при потенциальной и реальной разлуке. При этом в первой группе пациентов неспецифические симптомы, такие как ПА, явления агорафобии отмечались с большим постоянством, чем специфические симптомы, тогда как в группе пациентов с ТРС стабильными являлись именно специфические симптомы, тогда как неспецифические появлялись редко.

У 56,7 % пациентов с ТРС расстройство началось в детском возрасте (в среднем в  $8,4 \pm 3,98$  лет). В 43,3 % случаев отмечено начало ТРС во взрослом возрасте (в среднем в  $34,4 \pm 9,9$  г.). Полученные результаты соответствуют литературным данным, в соответствии с которыми 43,1 % случаев манифестация ТРС приходится на возраст старше 18 лет.

Среди пациентов с началом расстройства в детском возрасте 64,7 % имели несколько объектов привязанности: 2 объекта – 52,9 %, 3 – 11,8 %. У 58,8 % наблюдалась несменяемость объектов привязанности на протяжении жизни, которыми чаще становились биологические и приемные родители (52,9 %), реже (5,9 %) – «суррогатные родители» (бабушки/дедушки, принявшие на себя ответственность за внуков и заботу о них). 83,3 % пациентов с началом ТРС во взрослом возрасте имели 1 объект привязанности: у 58,3 % – партнеры/супруги, у 25 % – мать или ребенок. 25 % отметили привязанность к 2 объектам, во всех случаях ими являлись дети.

У пациентов с началом ТРС в детском возрасте общий показатель качества жизни и удовлетворенности и показатели, отражающие эмоциональные переживания, активность в свободное время и сферу общения, были ниже, чем при манифестации расстройства во взрослом возрасте, хотя и не достигали статистически значимого уровня.

**Выводы.** Распространенность СТ и ТРС среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами составляет 24,8 % и 5,4 %. Пациенты с ТРС по сравнению с СТ имеют более высокую выраженность явлений СТ, в структуре их состояний преобладают специфические расстройства над неспецифическими, которые отличаются постоянством. Примерно у равного числа пациентов с ТРС первые симптомы СТ выявлялись в детском и во взрослом возрасте. Расширение числа объектов привязанности у пациентов с ТРС с началом в детском возрасте свидетельствует о патологической динамике состояния, в основе которого лежат нарушения паттернов привязанности – как один из механизмов развития ТРС во взрослом возрасте.

УДК 616.89:616-006

*Голованова Е.А., Гуацинтова А.А.*

## **Психические расстройства при проведении химиотерапии онкозаболеваний**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: Golovanova\_psy@mail.ru*

Химиотерапевтическое лечение (ХТ) является неотъемлемым этапом в терапии большинства онкологических заболеваний. Уровень дистресса пациентов во время ХТ выше по сравнению с хирургическим лечением [Hughes J., 1982]. Манифестация и ухудшение психических расстройств на ХТ, с одной стороны, могут быть связаны с побочными эффектами проводимого лечения, с другой стороны, значительный вклад вносят конституциональные факторы. Данные литературы ограничиваются констатацией факта развития депрессии, тревоги и астении на фоне ХТ [Ancoli-Israel S. с соавт., 2014; Liu L., 2012], тогда как последующая динамика нозогенных расстройств в условиях ХТ не рассматривается

**Целью** настоящей работы стало изучение клинической структуры и динамики психических расстройств на фоне проведения ХТ.

**Методы и материалы.** Исследование проводилось клиническим и психометрическим методом («Пятифакторный» опросник личности, опросник тревожности Спилберга, шкала астении MFI-20). Из 30 обследованных у 7 пациентов с гипоманиакально-диссоциативной нозогенной реакцией состояние оставалось стабильным на протяжении всего курса ХТ, в связи с чем эти больные не включались в данный анализ. Соответственно, выборку составили 23 пациентки с прогрессированием нозогенной реакции, которые получали ХТ по поводу рака молочной железы (n=18) и яичников (n=5) (средний возраст  $49,1 \pm 1,6$  лет; 47 % – работающие; 69 % – замужем) в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. На момент обследования было проведено  $4,5 \pm 0,5$  курса ХТ.

**Результаты.** У 16 из 23 пациентов динамика нозогении после начала ХТ проявлялась усугублением предшествующей реакции тревожно-ипохондрического и депрессивного типа, в 7 случаях отмечалось видоизменение предшествовавшей диссоциативной нозогенной реакции. По результатам психологического обследования у всех пациентов обнаруживались высокие показатели нейротизма (ср. значение 32,3 балла), а также высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (50,7 и 49,1 балл соответственно). По данным шкалы MFI-20, для группы в целом был характерен повышенный уровень астении (60,5 баллов из 100 при норме от 20 до

30 баллов), при этом на первый план выступали показатели «общая астения» (14,6 баллов), «снижение активности» (13,8) и «физическая астения» (13,2), в то время как показатели «снижение мотивации» (9,8 баллов) и «психическая астения» (9,2) были менее выражены. В соответствии с типом динамики нозогенных реакций на фоне ХТ выделено 2 группы пациентов. В 1 группе (n=10) прогрессирование нозогенной реакции (депрессивной, диссоциативной или тревожно-ипохондрической) реализуется формированием соматизированных расстройств, способствующих как амплификации свойственных ХТ побочных эффектов (тошнота, рвота, астения), так и расширению явлений телесного дискомфорта. При этом клиническая картина нозогенных соматизированных расстройств дифференцируется в зависимости от ведущего конституционально обусловленного механизма их формирования: невропатия (n=4) в рамках тревожного и истерического РЛ (преобладает амплификация побочных эффектов ХТ, включая изнурительную тошноту/рвоту, утрированная астения с формированием чрезмерно ограничительного поведения); конверсионная истерия (n=2) (умеренная амплификация побочных эффектов ХТ, формирование полиморфных соматовегетативных и конверсионных симптомов); проприоцептивный диатез в рамках шизотипического РЛ (n=4) (трансформирование побочных эффектов ХТ в сенестопатии, сенестоалгии, телесные фантазии). Потребность в психофармакотерапии данной группы умеренная (5 из 10 пациенток).

Во 2 группе (n=13) прогрессирование нозогенной реакции реализуется путем формирования/углубления депрессивных и тревожно-фобических расстройств. Астено-депрессивные состояния (n=6) протекают со стойкими явлениями гипотимии (подавленность, апатия) в сочетании с астеническими расстройствами с преобладанием «раздражительной слабости» по типу соматопсихической хрупкости [Внуков В. А., 1937]; формируются у пациентов с шизотипическим РЛ. Тревожно-фобические расстройства (n=7) протекают со стойкими явлениями нозофобии (страх прогрессирования опухоли, развития осложнений), тревожными опасениями нарастания побочных эффектов ХТ с отчетливыми обострениями накануне очередных контрольных обследований; формируются у пациентов с тревожной акцентуацией в рамках тревожного (n=4) или истерического (n=3) РЛ. Потребность в психофармакотерапии высокая (12 из 13 пациентов).

**Выводы.** Усугубление психических расстройств может проявляться с одной стороны в виде амплификации побочных эффектов проводимого лечения, с другой стороны, в виде ухудшения психического состояния в связи с развитием или усилением расстройств аффективного и тревожного спектра. Данное обстоятельство определяет необходимость дифференцированного подхода к применению психофармакотерапии на этапе ХТ.

### Список литературы

1. Hughes J. (1982). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *J Psychosomatic Research*, 26, 277–283.
2. Ancoli-Israel S., Liu L., Rissling M., et al. (2014) Sleep, fatigue, depression, and circadian activity rhythms in women with breast cancer before and after treatment: a 1-year longitudinal study. *Support Care Cancer*, 22:2535–2545
3. Liu L., M. Rissling, L. Natarajan, L. Fiorentino, P. J. Mills, J. E. Dimsdale, et al. (2012). The longitudinal relationship between fatigue and sleep in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Sleep* 35:237–245

УДК: 616.895.8; 616.89-008.454; 616.89-008.48

**Жилин В.О.<sup>1</sup>, Лобанова В.М.<sup>1</sup>, Воронова Е.И.<sup>1,2</sup>**

### **Место инфантилизма в пространстве дефицитарных расстройств эндогенного круга (на модели истерошизофрении)**

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup> ГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», Москва

Жилин В.О. e-mail: [beatle92@mail.ru](mailto:beatle92@mail.ru)

Лобанова В.М. e-mail: [lobanovanika@gmail.ru](mailto:lobanovanika@gmail.ru)

Воронова Е.И. e-mail: [voronova\\_e@mail.ru](mailto:voronova_e@mail.ru)

**Актуальность.** Наибольшее развитие проблема инфантилизма при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра получила в границах: 1) исследований злокачественных форм течения шизофрении с тяжелым когнитивным распадом (психический инфантилизм при олигофреноподобном дефекте – Симсон Т.П., 1935; Сухарева Г.Е., 1955); 2) изучения реактивных психозов с преобладанием истеро-диссоциативных расстройств (пуэрилизм, псевдодеменция, синдром Ганзера).

Параллельно с этим начиная с 30-х годов прошлого столетия постоянно разрабатывался вопрос взаимосвязи психического инфантилизма и расстройств личности (П.Б. Ганнушкин, 1933; Гурьева В.А., 1971; Ушаков Г.К. 1973; Фильц А.О., 1987; Janet P., 1911; Freud S., 1911; Ljungberg L., 1957; Verbeek E., 1973). Основополагающими в этом направлении считаются работы Е. Kretschmer (1948), по мнению которого, психический инфантилизм является неизменным конституциональным свойством всех психопатов, в первую очередь – истериков.

Особого внимания заслуживают современные зарубежные исследования, в которых выделяются затяжные диссоциативные состояния пограничного



уровня, рассматриваемые в пространстве динамики личностных расстройств (в частности – истерического), для выделения которых авторы используют такие термины как «синдром взрослого ребенка» [Jennifer E. Pate, Glen O. Gabbard, 2003] и «расстройство возрастной идентичности» [James Giles, 2012].

Особый научный интерес вызывает изучение феномена инфантилизма в структуре дефекта при шизофрении, протекающей на базе истерической конституции.

**Цель** настоящей работы – изучение на модели истерошизофрении особой формы дефекта с явлениями инфантилизма.

**Материал и методы.** В исследовании обобщаются результаты наблюдений 30 пациентов (20 – женщины, 10 – мужчины; средний возраст  $40,8 \pm 8,6$  лет), обратившихся в ФГБНУ НЦПЗ по поводу экзацербации эндогенно-процессуальной патологии. Диагностический аппарат включал клинико-психопатологический и психометрический методы оценки с использованием специализированных клинических шкал (SANS, PANSS, MFI-20, WAIS, шкала самооценки личностной зрелости (ШСЛЗ)).

**Результаты и их обсуждение.** Выделенные в ходе проведенного исследования синдромы представлены ниже:

I группа – синдром “эволюционирующего инфантилизма”.

Преморбид пациентов соответствует профилю «блазированной истерии» (Фильц А.О., 1988; Petrilowitch N., 1960). Уже в преморбиде пациенты отличаются признаками инфантилизма (наивность, впечатлительность, преобладание интересов, соответствующих более раннему возрасту (ретроспективная оценка с применением ШСЛЗ –  $21 \pm 5 \pm 5,7$ )) и интеллектуальной недостаточности (низкая школьная успеваемость, потребность в репетиторстве, неспособность к освоению точных наук и т.д.).

Манифест заболевания приходится на возраст  $32,7 \pm 4,4$  лет. По его мновании (в среднем:  $33,5 \pm 2,3$  лет) на фоне присоединяющихся расстройств апато-абулического круга («апатия-абулия» SANS –  $3,1 \pm 0,6$ ) амплифицируются присущие пациентам еще в преморбиде черты психической незрелости, что в совокупности приводит к формированию особого варианта профиля дефицитарных изменений по типу «прогрессирующего инфантилизм» (H. Sjobring).

На первый план выходит патологическая зависимость от значимых других. Им свойственны незрелость увлечений и хобби, приоритетность общения в кругу более младших по возрасту, отказ от профессиональной и семейной самореализации в угоду развлекательным формам жизнедеятельности (ШСЗЛ –  $39,7 \pm 10,1$ , при норме от 50 баллов).

II группа – Синдром нажитого инфантилизма по типу «дефектной диссоциации» [Fontana A., 2017].

Преморбид пациентов определяется складом «шизоидных истериков» (Симсон Т.П., 1923; Шендерова В.Л., 1974), с конституциональной предрасположенностью к явлениям диссоциативного спектра («диссоциативная личность» по McWilliams N., 1994): гипертрофия и нестабильность сферы самосознания со склонностью к обостренной рефлексии, длительной ретенции впечатлений, тенденции к формированию транзиторных деперсонализационных эпизодов – *déjà vu* и др. (Воробьев В.Ю., 1971; Ильина Н.А., 1998). В отличие от пациентов первой группы, у этих больных явления инфантилизма в преморбиде отсутствуют (ретроспективная оценка с применением методики диагностики уровня личностной зрелости –  $72,3 \pm 8,5$ ).

Заболевание манифестирует ( $29,6 \pm 6,1$  лет) психогенно-индуцированным психозом, на первый план в структуре которого выступает грубая диссоциативная симптоматика, представленная феноменами пуэрилизма, перитравматической (compartment) диссоциации, псевдодеменции,

По миновании приступа происходит формирование «общего синдрома», в рамках которого дефицитарные расстройства апато-абулического спектра амальгамируются с резидуальной диссоциативной симптоматикой и присоединяющимися тяжелыми когнитивными расстройствами ( $IQ - 73,5 \pm 3,9$ ).

Состояние определяется явлениями выраженного инфантилизма («синдром взрослого ребенка», Gilles J., 2001), облик и поведение пациентов грубо не соответствуют их реальному возрасту и социальному положению – так, больные предпочитают одежду с изображением героев мультфильмов, строят детские гримасы, сюсюкают, предпочитают игровые формы досуга (коллекционируют мягкие игрушки, раскрашивают картинки, читают книги для младшего школьного возраста, смотрят детские сериалы и фильмы, и т.д.).

**Выводы.** Полученные в результате исследования данные позволили выделить два, гетерогенных как по механизму формирования, так и по синдромальной структуре дефицитарных изменений, варианта инфантилизма при шизофрении: 1) конституционально-обусловленный инфантилизм, амальгамированный с явлениями апато-абулических расстройств; 2) нажитой инфантилизм, формирующийся в рамках «общих синдромов» – амальгамирование дефицитарных расстройств с явлениями резидуальной compartment-диссоциации.

#### Список литературы

1. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Лобанова В.М., Воронова Е.И., Жилин В.О., Колуцкая Е.В., Самойлова Е.Д., Сорокина О.Ю. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). Журнал

неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 118 (11): 4–14. <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181114>

2. Fontana A. Is psychosis caused by defective dissociation? An artificial life model for schizophrenia. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2018; 2 (1): 11–19. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.07.002>

3. Pate J, Gabbard G. Adult Baby Syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 2003; 160 (11): 1932–1936. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.11.1932>

4. Giles J. Adult Baby Syndrome and Age Identity Disorder: Comment on Kise and Nguyen (2011). *Arch Sex Behav*. 2011; 41(2): 321–322. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9884-4>

УДК: 616.895.4; 616.892; 616.858

***Нийноя И.Н.В.<sup>1</sup>, Махмудова Г.Ж.<sup>1</sup>, Романов Д.В.<sup>1,2</sup>,  
Нодель М.Р.<sup>1</sup>, Парфенов Е.А.<sup>2</sup>, Дмитренко К.Ю.<sup>1</sup>***

**Клиника депрессий, ассоциированных с болезнью Паркинсона**

*<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Первый МГМУ И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет), Москва, РФ*

*<sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: niinoja.inv@gmail.com*

**Введение.** Болезнь Паркинсона (БП) – нейродегенеративное заболевание, характеризующееся высокой частотой аффективных нарушений. Распространенность депрессии при БП составляет около 40–50 % [J. Reijnders и соавт., 2007]. Актуальность проблемы коморбидности связана с усугублением тяжести двигательных симптомов и когнитивной дисфункции, обусловленных основным заболеванием, а соответственно – ухудшением прогноза БП и снижением качества жизни [Нодель М.Р., 2015].

Несмотря на обилие исследований, психопатологическая структура, нозологическая принадлежность, механизмы формирования и закономерности соотношений депрессии с БП изучены недостаточно. Доступные данные о природе и клинике депрессий, как правило, ограничиваются представлениями о нозогенном механизме обсуждаемых расстройств – реакции на неврологическое заболевание, квалифицируемые как «неглубокие, психогенно окрашенные депрессивные состояния» [Штернберг Э.Я., 1977]. Лишь в единичных публикациях приводятся указания на возможность эндогенной природы депрессий, что подтверждается сведениями о рекуррентном течении аффективных расстройств до манифестации БП

[U. Ehrt и соавт., 2006], либо об их органическом происхождении, на что среди прочего указывает тесная корреляция затяжного течения аффективных нарушений с динамикой прогрессирующего нейродегенеративного процесса [Голубев В.Л., 1998].

**Цель исследования** – анализ психопатологической структуры и нозологической принадлежности депрессий при БП с учетом модуса ассоциации с основным неврологическим заболеванием.

**Материалы и методы.** В исследование включено 19 пациентов с подтвержденным диагнозом БП (стадия по Хён-Яру –  $2,3 \pm 0,6$ ) и депрессией, в возрасте от 52 до 79 лет (средний возраст –  $66,16 \pm 7,93$  лет).

Междисциплинарное обследование проводилось психиатрами и неврологами клиническим методом с применением шкал: госпитальной шкалы депрессии HDRS-21, шкал оценки когнитивных функций КНОКС и MMSE, а также унифицированной шкалы оценки БП (УШОБП). Анализировались клинические и психометрические характеристики депрессии, а также модус ассоциации с болезнью Паркинсона.

**Результаты и обсуждение.** В выборке исследования средний суммарный балл HDRS-21 составил  $18,2 \pm 6,1$ , что соответствует депрессии средней степени тяжести. В отношении когнитивных нарушений выборка характеризовалась легкой степенью снижения (средние значения КНОКС и MMSE –  $25,2 \pm 2,5$  и  $25,3 \pm 3,0$  баллов соответственно) при верифицированной слабости регуляторных функций. При оценке неврологических симптомов по УШОБП объективные двигательные нарушения ( $44,8 \pm 19,2$  балла) преобладали над субъективной моторной дисфункцией ( $13,7 \pm 10,7$  баллов).

В соответствии с нозологической принадлежностью, а также механизмами формирования и ассоциации с БП выделено три варианта аффективных нарушений: (1) психогенные (нозогенные либо реактивные), (2) органические, (3) эндогенные.

При этом в половине случаев ( $n=9$ ) депрессия не обнаруживала ассоциации с БП, манифестировала до дебюта неврологического заболевания и была реактивной, лишённой нозогенного денотата, либо эндогенной, протекавшей с витальными расстройствами, не зависящими от длительности, тяжести или формы БП.

Предметом настоящего сообщения является группа депрессий ( $n=10$ ), ассоциированных с БП – нозогенных и органических, непосредственно связанных с нейродегенеративным заболеванием, обнаруживающих признаки психосоматического параллелизма и тенденцию к хронификации по мере постепенного утяжеления основного заболевания. Длительность таких депрессий – более двух лет (в среднем –  $2,2 \pm 0,7$  лет).

**Нозогенные депрессии** (n=6) отличаются средней степенью тяжести (средний балл HDRS-21 – 15,9±5,7), психопатологически квалифицируются как тревожно-ипохондрические и характеризуются бимодальностью денотата. Так, с одной стороны, речь идет о реакции на собственно факт установления диагноза БП. Однако такого рода реакция на семантику диагноза при условиях минимальной выраженности симптомов на начальных стадиях БП возникает в меньшей части наблюдений (n=2). В большинстве случаев (n=4), дебют нозогении отсрочен (в среднем на 4,5±2,4 года) и определяется нозогенным комплексом, обусловленным прогрессирующими симптомами болезни, сопровождающимся ипохондрической фиксацией на усилении моторных нарушений, страхом развития полной обездвиженности. Гипотимия и ипохондрические опасения демонстрируют обратное развитие на фоне антипаркинсонической терапии и сопутствующего улучшения неврологического статуса.

**Органические депрессии** (n=4) возникают вскоре после или одновременно с дебютом БП (в среднем через 1,0±0,8 год после появления первых симптомов БП) и также обнаруживают утяжеление параллельно нарастанию двигательных нарушений, резистентных к терапии. В отличие от БП, сопровождающейся нозогенными депрессиями, наблюдается стремительное прогрессирование неврологического заболевания, быстрое нарастание тяжести как основных неврологических симптомов, так и аффективных нарушений, соответствующих тяжелой степени (средний балл HDRS-21 – 20,5±7,5) при меньшей общей продолжительности БП (3,6±0,9 лет). Синдромально такие депрессии квалифицируются как астено-апатические и сопоставимы по клинической картине с соматогенными депрессиями при тяжелой висцеральной патологии. Доминируют признаки негативной аффективности, в частности, явления гипостенической астении, апатия с потерей стремления к мотивированной деятельности, ангедония, а также «недержание аффекта» (слабодушие), дисфория и отчетливые когнитивные нарушения по органическому типу, сопряженные с гипотимией и идеями бесперспективности.

**Заключение.** По предварительным данным депрессии, ассоциированные с БП, обнаруживают признаки психосоматического параллелизма, однако развиваются по различным механизмам, связанным либо с нозогенной провокацией, либо с непосредственным влиянием нейромедиаторного дефицита (органические). Такие депрессии характеризуются затяжным течением и различной динамикой на фоне терапии.

#### **Список литературы**

1. Reijnders J, Ehrт U, Weber W, Aarsland D, Leentjens A. A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2007;23(2):183-189. <https://doi.org/10.1002/mds.21803>

2. Нодель М.Р. Нервно-психические нарушения при болезни Паркинсона и их влияние на качество жизни пациентов. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2015. / Nodel' M.R. Nervno-psikhicheskie narusheniya pri bolezni Parkinsona i ikh vliyanie na kachestvo zhizni patsientov. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. M., 2015. [in Russian]

3. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977; 216 / Shternberg E.Ya. Gerontologicheskaya psikiatriya. M.: Meditsina, 1977; 216 [in Russian].

4. Ehrt U, Brønnick K, Leentjens A, Larsen J, Aarsland D. Depressive symptom profile in Parkinson's disease: a comparison with depression in elderly patients without Parkinson's disease. Int J Geriatr Psychiatry. 2006; 21(3): 252–258. <https://doi.org/10.1002/gps.1456>

5. Голубев В.Л. Депрессии при органических заболеваниях нервной системы. Депрессии в неврологической практике. М.: МИА, 1998; с. 39–55. / Golubev V.L. Depressii pri organicheskikh zabolevaniyakh nervnoi sistemy. Depressii v nevrologicheskoi praktike. M.: MIA, 1998; s. 39–55. [in Russian]

**Смулевич А.Б.<sup>1,2</sup>, Львов А.Н.<sup>3</sup>, Романов Д.В.<sup>1,2</sup>,  
Дамулин И.В.<sup>1</sup>, Юзбашян П.Г.<sup>1</sup>**

**Психогенно провоцированные эванесцентные дерматозы:  
«новая болезнь»**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Первый МГМУ И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет), Москва, РФ

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

<sup>3</sup>ГБУЗ г. Москвы «Московский научно-практический  
Центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗ г. Москвы,  
Москва, РФ

*e-mail: polly0509@mail.ru*

**Актуальность.** Среди соматизированных ипохондрических расстройств наряду с функциональными симптомокомплексами (СФР, органические невроты, психогенный зуд и др. [Смулевич А.Б., 2016]) – ипохондрия sine materia – в пространстве психосоматической патологии выделяется группа психогенно провоцированных нозологически очерченных дерматологических состояний – ипохондрия cum materia: психогенная пурпура, ангионевротический отек и др.

Для обозначения этих психодерматологических заболеваний вводится термин эванесцентный<sup>1</sup> (англ. *evanescent* – пропадающий; эфемерный; проходящий), подчеркивающий отличия данной клинической категории как от патологии *sine materia*, так и от типичных дерматозов (псориаз, atopический дерматит и пр.). Эванесцентные дерматозы формируются и существуют при облигатном сочетании психопатологических/патохарактерологических феноменов и объективируемых нарушений кожного покрова (пурпура, отеки, эрозии, эритема и т.п.).

**Цель.** Клиническая характеристика группы редких психогенно спровоцированных психодерматологических заболеваний, клинические проявления которых (механизм манифестации, стереотип течения и обратного развития) по целому ряду параметров соответствует клинике психосоматических расстройств.

**Материалы и методы.** Выборка исследования – 8 пациентов (7 женщин; средний возраст 55,2 года), прошедших комплексное (дерматологическое, психопатологическое, неврологическое) обследование. Дерматологическое обследование включало оценку кожного статуса, микробиологическое исследование, биопсию. Психопатологическое обследование проходило в форме клинического интервью (SCID); неврологическое – методом объективной оценки неврологического статуса.

**Результаты.** Выделена группа относительно редких психодерматологических заболеваний, отличающаяся от функциональных психосоматических расстройств (*sine materia*), наличием сопровождающих кожные ощущения объективно диагностируемых дерматологических феноменов. Эванесцентные дерматозы включают (1) синдром Гарднера-Даймонда с психогенной пурпурой и болезненными экхимозами (n=1); (2) глоссодинию с папулезной, напоминающей красный плоский лишай (КПЛ), сыпью и болезненными эрозиями на слизистой полости рта (n=4); (3) психогенную форму ангионевротического отека, сопровождающегося алгиями (n=1); психогенно спровоцированные папулезные зудящие высыпания по типу кольцевидной гранулемы (n=1) и психогенно провоцируемую экземопоподобную сыпь с зудом и везикулярными элементами (n=1).

Объективно отмечаемые высыпания на коже и слизистых у пациентов имитируют симптомы широко распространенных заболеваний, однако,

---

<sup>1</sup> Термин используется по аналогии с физическим понятием «эванесцентная волна» – волна, существующая и распространяющаяся исключительно на границе двух сред с разными свойствами (показателями преломления и диэлектрическими проницаемостями) и экспоненциально убывающая при удалении от этой границы.

при детальном анализе выявляется ряд клинических отличий: атипичная локализация высыпаний, преходящий характер, несоответствие патологических ощущений гомономным сенсориям, свойственным объективно регистрируемым высыпаниям.

Так, экхимозы при синдроме Гарднера-Даймонда, хотя внешне напоминают элементы сыпи при гематологической патологии (ДВС-синдром, болезнь Шенлейна-Геноха, тромбоцитопеническая пурпура), но при этом, имеют уникальный паттерн возникновения и обратного развития вслед за стрессом [Иванов О.Л. и соавт., 2000]. При появлении пурпуры возвышается над поверхностью кожи, сопровождается зудом, локализуется на коже, не затрагивая слизистые оболочки, а при клинико-лабораторных исследованиях обнаруживаются лишь неспецифические изменения картины крови без патологий тромбоцитарного русла либо системы гемостаза. У пациентов с глоссодинией и высыпаниями по типу КПЛ клиническая картина также не соответствует типичной форме КПЛ: ощущения охватывают не только область высыпаний, но и нижележащие отделы пищеварительного тракта и дыхательных путей, носят полиморфный характер (жжение, печение, «прохождение электрического разряда»). При этом в отличие от типичных форм КПЛ в 50 % наблюдений ощущения, крайне интенсивные в дневное время, не проявлялись ночью и не нарушали сон, а также не усиливались при воздействии потенциальных раздражителей, прежде всего, вслед за приемом пищи, а соответственно, не сопровождалась отказом от приема пищи и значительной потерей веса.

Характерным свойством эванесцентных дерматозов является также резистентность к этиотропной терапии: стандартная схема лечения типичных дерматозов не дает положительного эффекта (даже при условии редукции высыпаний, кожные сенсории персистируют, а психогенные триггеры вызывают новые обострения).

Преморбидно пациенты относятся к экспансивному полюсу расстройств личности: шизоидному (n=2), шизотипическому (n=3) и паранойальному (n=1), истеро-гипертимному (n=2). При этом, более, чем в половине случаев у пациентов в анамнезе выявлялись эпизоды соматизированных реакций на стресс по типу реактивной лабильности (психогенный зуд, головные боли, приступы кашля и т.п.).

Дебют психодерматологических расстройств ассоциирован с воздействием психической травмы – потеря значимого родственника (реакция утраты), серьезная соматическая патология и угроза инвалидизации/беспомощности, болезненные хирургические манипуляции (нозогенные реакции), семейный конфликт или длительный стресс на работе с угрозой семейному статусу или профессиональной репутации (реакции по типу



ключевого переживания). При этом в 62,5 % случаев проявлениям заболевания предшествовали либо аффективные расстройства – депрессия/дистимия, либо – в 12,5 % – астения, не сопровождавшаяся гипотимией. В 25 % случаев отчетливых аффективных и астенических расстройств не наблюдалось, но выступали тревожные феномены – тревожно-ипохондрические либо тревожно-дисфорические нарушения.

У пациентов выборки заболевание протекало длительно (более одного года) – средняя длительность заболевания – 30 мес., максимальная – 8 лет, однако для течения были характерны кратковременные эксацербации, перемежающиеся с периодами ослабления/регресса объективно регистрируемой симптоматики. В половине случаев симптоматика присутствовала постоянно, безремиссионно, но наблюдались волнообразные ухудшения и улучшения, без отчетливой связи с какой-либо внешней провокацией (континуальное течение). В остальных случаях болезнь протекала обострениями, с отчетливыми длительными интермиссиями и психогенно провоцируемыми эксацербациями (фазное течение).

**Обсуждение и выводы.** В качестве рабочей гипотезы относительно механизма развития эванесцентных дерматозов возможно предположение о генерализации реактивно либо кататимно заряженного аффекта в пределах соматической сферы. Это положение соотносится с теорией стресса Н. Selye [1974], согласно которой первая стадия воздействия патологических переживаний (дистресса) проявляется, помимо аффективных расстройств и тревоги, психосоматическими реакциями, реализующимися по нейро-гуморальным механизмам (например, генерализованная аллергия). Это подчеркивается и в теориях эмоций психологически ориентированных авторов [Крылова А., 1997; Kandel E., 1995]: эмоциональные состояния (тревога, гнев, горе) не являются исключительно психическими феноменами, их манифестация сопровождается электрофизиологическими, биохимическими, вегетативно-сосудистыми эффектами. Таким образом, формирование психогении этого типа отличает быстрый темп нарастания симптоматики, развитие которой связано не с усугублением психопатологических расстройств, но с генерализацией реактивно либо кататимно заряженного аффекта в пределах дерматологической сферы.

#### **Список литературы**

1. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. МЕД-пресс информ, 2016.
2. Иванов О.Л., Мареева Е.Б., Шкребец С.В. и др. Синдром аутоэритрочитарной сенсебилизации Гарднера–Даймонда: обзор литературы и описание случая. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000; 3: 17–23.

3. Selye H. Stress without distress. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1974.
4. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности, Учебная литература, 1997.
5. Kandel, E. R.; Jessell, T. M.; Schwartz, J. H. Essentials of Neural Science and Behaviour, New York: McGraw-Hill/Appleton & Lange, 1995.

УДК: 616.98:578.828 ВЛ:616.89-008.1

*Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Гненная О.Н.*

**Особенности непсихотических психических расстройств среди ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия признаков деструктивного поведения**

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия  
Министерства здравоохранения Украины», Днепр, Украина  
e-mail: gnennayolga@gmail.com*

Психическое здоровье людей, живущих с ВИЧ, а также взаимное потенцирование данной инфекции и психических расстройств – являются важными составляющими в понимании особенностей поведения и эмоционального состояния пациентов данной категории, что дает возможность медицинским службам оказывать правильный и комплексный подход в лечении и реабилитации. Многочисленные эпидемиологические исследования указывают, что показатели психических расстройств у ВИЧ-инфицированной популяции встречаются в 1,5–8 раз чаще по сравнению с общей популяцией или неинфицированными лицами [Del Guetta F.V., 2013; Neigh G.N. и соавт., 2016]. Среди психических нарушений выделяют расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга. Осознание инфицирования ВИЧ является тяжелой психологической травмой. Оно сопровождается страхом стигматизации (исключение личности из широкого социального признания) и последующей дискриминации (ограничение прав и обязанностей) [Кадочникова Д.С. и соавт., 2015], что может отражаться на вариабельности непсихотических психических расстройств и, соответственно, формировать особенности поведения, проявляющиеся в виде различных форм деструктивного поведения.

**Цель исследования:** выявить особенности непсихотических психических расстройств среди ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия признаков деструктивного поведения.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 43 пациента с заболеваниями, вызванными ВИЧ (В20-В24 по МКБ-10), которые находились на стационарном лечении в отделении Коммунального учреждения «Днепропетровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом». Из них: 27 (62,79 %) мужчин и 16 (37,21 %) женщин. Средний возраст обследованных  $M (SD) = 38,53 (8,10)$ , средняя продолжительность ВИЧ-инфекции – от 1 месяца до 20 лет и составляла в среднем 4,0 (0,5; 7,0) года –  $Me (25 \%; 75 \%)$ . В зависимости от пути заражения: сексуальным путем – 32 (74,42 %) пациента, парентеральным путем – 11 (25,58 %) пациентов. Обследование включало анализ первичной медицинской документации, клинико-психопатологический метод исследования и клинико-диагностическое интервью с использованием самостоятельно разработанной карты исследования больного.

**Результаты исследования.** Обследованные пациенты были разделены на 2 группы наблюдения в зависимости от наличия/отсутствия признаков деструктивного поведения. В основную группу, которую составили 26 (60,47 %) пациентов, вошли ВИЧ-инфицированные с проявлениями саморазрушительного поведения (злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами) и аутоагрессии в виде суицидальных тенденций и мыслей. Группу сравнения составляли 17 (39,53 %) пациентов без признаков деструктивного поведения.

Ведущими психопатологическими синдромами у всех обследованных были астенический и астено-депрессивный синдромы, которые встречались с одинаковой частотой 13,95 % (95 % ДИ 6,56 – 27,26), и тревожно-депрессивный синдром, который был выявлен у 11,63 % обследованных (95 % ДИ 5,07–24,48). В то же время, в группе с признаками деструктивного поведения на первое место выступал тревожно-депрессивный синдром – 19,23 % (95 % ДИ 8,51 – 37,88), а в группе сравнения – астено-депрессивный 29,41 % (95 % ДИ 13,28 – 53,13) ( $p < 0,05$ ). Также в основной группе чаще, без статистически значимого преимущества ( $p > 0,05$ ), встречались астено-ипохондрический, ипохондрически-депрессивный, ипохондрический, апато-астенический и фобический синдромы. Данные результаты свидетельствуют о более выраженной степени расстройств адаптации среди пациентов с деструктивными формами поведения в сравнении с группой без признаков деструкции.

**Вывод.** Психическое состояние ВИЧ-инфицированных зависит от особенностей реагирования на свое заболевание и проявляется в виде снижения активности, астенизации, депрессивных и тревожных реакциях. Особенно данные расстройства выражены и распространены среди ВИЧ-инфицированных с признаками деструктивного поведения. Перспективы дальнейших

исследований заключаются в изучении клинико-психопатологических, эмоционально-психологических особенностей характера и поведения ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия непсихотических психических расстройств с использованием более расширенного спектра экспериментально-психологических и психодиагностических методов.

### **Список литературы**

1. Del Guerra F.B. Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immuno-inflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways / F.B. Del Guerra et al. // *J Neuro-Virol.* – 2013. – № 19. – P. 314–327.
2. Neigh G.N. PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? / G.N. Neigh, S.T. Rhodes, A. Valdez // *Neurobiol Dis.* – 2016. – № 92. – P. 116–123.
3. Кадочникова Д.С. Квалифицирующие критерии оценки тяжести вреда здоровью в случае развития психического расстройства при заражении ВИЧ-инфекцией / Д.С. Кадочникова, Д. А. Полянська, В.В. Калинин, П.В. Минаева // *Судебно-медицинская экспертиза.* – 2015. – № 58(1). – С. 8–12.

УДК: 616.89-008-009:616.37-002036.83.001.12

*Спирина И.Д., Шевченко Ю.Н., Фаузи Е.С.*

### **Оценка эффективности дифференцированных реабилитационных программ для больных панкреатитом с непсихотическими психическими расстройствами**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,  
г. Днепр, Украина  
e-mail: elizaveta.fedenk@gmail.com*

**Актуальность.** За последние 30 лет произошел двукратный рост числа больных острым и хроническим панкреатитом. Инвалидизация данных больных достигает 15 % [Гурович И.Я. и соавт., 2001]. Отмеченная во многих исследованиях высокая частота тревожных и депрессивных расстройств

при соматических заболеваниях определяет чрезвычайную актуальность коррекции данных симптомов у пациентов с панкреатитом. Среди психических нарушений ведущей является пограничная психическая патология, представленные тревожными, депрессивными, неврастеническими и ипохондрическими расстройствами [Дзяк и соавт., 2014; Смулевич А.Б., 2005]. Тревожные и депрессивные расстройства часто сочетаются и коморбидность этих состояний с панкреатитом достигает 70 % [Гурович И.Я. и соавт., 2001; Дзяк Г.В. и соавт., 2014], что ведет к социально-психологической дезадаптации и снижению качества жизни этих пациентов.

**Цель исследования.** Разработать поэтапные дифференциальные реабилитационные программы для больных с панкреатитом, на основе комплексного исследования клиничко-психопатологических, психологических, социально-демографических особенностей этого контингента больных, с целью повышения качества жизни.

**Материалы и методы.** В исследовании, приняли участие 131 пациент с рецидивирующим панкреатитом, 60 из которых находились на стационарном лечении в ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» (г. Днепропетровск) с диагнозом «хронический панкреатит» (К 81.1 по МКБ-10) и 71 пациент находился на стационарном лечении в КУ «ДКОСМП» ДОР» г. Днепропетровск с диагнозом «острый панкреатит» (К 85.0 по МКБ-10).

**Результаты и их обсуждения.** По результатам клиничко-психопатологических и психологических исследований все пациенты разделились на две основные группы; у 74 (56,5 %) пациентов с рецидивирующим панкреатитом выявлены клинические признаки непсихотических психических расстройств, в том числе астено-невротических F 48.9 в 18 (13,8 %) случаях, тревожно-депрессивных F 41.2 в 46 (35,1 %), генерализованное тревожное расстройство F41.1 в 10 (7,6 %) случаях, а у 57 (54,5 %) пациентов не отмечалось существенных отклонений в психической сфере.

Выраженность личностной и ситуационной тревожности у пациентов с выявленными непсихотическими психическими расстройствами в 1,3 раза превышала таковую у пациентов без существенных отклонений в психическом здоровье –  $51,6 \pm 1,2$  и  $52,0 \pm 0,9$  балла против  $38,7 \pm 0,7$  и  $41,3 \pm 0,8$  балла, соответственно ( $p < 0,001$  по t-критерию Стьюдента).

На основании комплексной оценки клинического и социально-психологического состояния пациентов и их динамики в процессе лечения были разработаны дифференцированные программы лечебно-реабилитационных мероприятий, которые включают 4 этапа: диагностический, лечебно-коррекционный, восстановительный и этап социально-психологической адаптации.

Главной целью диагностического этапа является психопатологическая квалификация состояния больного с панкреатитом, психолого-психиатрическое обследование, определение ведущего клинического синдрома, разработка плана проведения реабилитационной программы.

Главной лечебно-коррекционного этапа является активное комплексное лечение, которое включает базовую фармакотерапию, индивидуальную психотерапию. Формируется высокий уровень комплаентности.

Главной целью этапа восстановления является психотерапевтическое и фармакологическое сопровождение пациента в период реконвалесценции.

Главной целью этапа социально-психологической адаптации является приспособлении пациента к жизни и труду, в создании благоприятной психологической и социальной среды.

В динамике комплексного лечения у 67 пациентов наблюдалась устойчивая тенденция ( $p < 0,001$ ) к уменьшению степени выраженности как ситуативной, так и личностной тревожности. Количество пациентов с высоким уровнем реактивной тревожности снизилось с 57 (85,1 %) до 21 (31,3 %), личностной тревожности – с 52 (77,6 %) до 24 (35,8 %) ( $p < 0,001$  по критерию Мак-Немара). У пациентов, отказавшихся от лечения, к этому сроку наблюдения выраженность ситуативной тревожности уменьшилась ( $p < 0,05$ ), а личностной – не изменилась ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Подтверждена эффективность предложенных программ. У пациентов улучшился психоэмоциональный статус, снизилась тревожность и повысилась самооценка, больные стали менее замкнутыми и фиксированными на болезни, повысилась способность осознавать и обсуждать свои проблемы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения лечебно-реабилитационных программ в комплекс лечебных мероприятий, больным панкреатитами, которые лечатся в общесоматическом стационаре.

### Список литературы

1. Гурович И.Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 3. – С. 5–6.
2. Дзяк Г.В. Депресивні розлади у хворих на хронічну ішемічну хворобу серця / Г.В. Дзяк, Л.М. Юр'єва, О.О. Дукельський // Київ, 2014. – 108 с.
3. Калинин А.В. Хронический панкреатит: распространенность, этиология, патогенез, классификация и клиническая характеристика этиологических форм / А.В. Калинин // Клинические перспективы гастроэнтерологии гепатологии. – 2006. – № 6. – С. 5–15.

4. Смулевич А. Б. Расстройство личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических психопатий / А. Б. Смулевич // Психиатрия. – 2005. – № 5. – С. 13–21.

5. Wilson, G. T. Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems / G. T. Wilson // Behavior. Res. Ther. – 1999. –V. 37. – Suppl. 1. – P. 79–95.

УДК 616.89-072.87(075.8)

*Цидик Л.И.*

### **Психометрические параметры шкалы депрессии, созданной на основе опросника невротических расстройств**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно, Беларусь  
e-mail: ltsidik@mail.ru*

**Актуальность.** В клинике в настоящее время используются психодиагностические методики различной степени стандартизации, которые по большей части созданы и продолжают создаваться на основе классической теории тестов (КТТ). Опросник невротических и неврозоподобных расстройств (ОНР) также был создан на основе данной теории [Ассанович М.А., 2012]. Классическая теория тестов имеет множество недостатков, основной из которых – это зависимость результатов тестирования от нормативной выборки испытуемых [Bond T.G., 2007]. Поэтому появилась необходимость применить для создания новых и модификации уже имеющихся диагностических инструментов современную теорию тестов. Модель Раша, являясь разновидностью современной теории тестов, представляет собой психометрическую модель полного цикла, которая содержит всё необходимое для полноценного психометрического анализа и разработки психодиагностической шкалы.

**Цель исследования.** Анализ конструктивной валидности и надёжности шкалы депрессии нового многомерного клинического опросника, создаваемого на основе опросника невротических и неврозоподобных расстройств. На данном этапе работы был произведён расчёт трудности утверждений, оценка конструктивной валидности методики, надёжность шкалы оценивалась с помощью показателей надёжности и сепарационной статистики на основе модели Раша.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №3 г. Гродно». Осуществлено обследование группы

пациентов, страдающих депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести (рекуррентное депрессивное расстройство и депрессивный эпизод), невротическими, соматоформными и связанными со стрессом расстройствами (n=286).

Всего было обследовано 296 пациентов. Состав группы по полу: мужчины – 129, женщины – 167. Средний возраст испытуемых 36,4±9,6. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, находились на стационарном лечении в психоневрологическом отделении.

В процессе обследования испытуемым предлагалось ответить на 300 утверждений опросника: использовался дихотомический вариант заданий. Ответы всех испытуемых на все задания методики были внесены в матрицу данных, которая изначально рассматривалась как единая шкала. Затем был произведён расчёт конструктивной валидности путём вычисления индексов качества для каждого пункта рассматриваемой шкалы.

Трудность задания расценивается как доля неключевых ответов от ответов всех испытуемых на конкретное задание. Чем больше значение трудности пункта, тем меньше вероятность предоставления ответа с более высокой оценкой. В модели Раша трудность утверждений шкалы трансформируется в логиты, что позволяет отображать данный параметр на равноинтервальной шкале [McDonald R.P., 1999].

**Результаты и обсуждение.** Трудность утверждений находится в диапазоне от -1,77 до +2,14 логита, а так как, наиболее приемлемым для психодиагностических методик является интервал от -2 до +2 логитов, то в данной шкале присутствуют пункты с высоким и низким уровнем трудности, что позволит ей с большой точностью диагностировать разные уровни выраженности исследуемого конструкта.

В метрической системе Раша конструктивная валидность пунктов оценивается на основе значений индексов качества утверждений (UMS и WMS). Индексы качества позволяют оценить, насколько эффективно вопрос функционирует в оценке исследуемого конструкта. Нормы индексов качества разнятся в зависимости от конструируемой методики: для клинических опросников диапазон приемлемых значений составляет 0,7–1,3. Оценка конструктивной валидности пунктов проводилась в несколько повторяющихся циклов моделирования (итераций). Итерации повторялись до тех пор, пока значения индексов качества утверждений не попали в диапазон приемлемых значений. Цикл, в результате которого данное условие было соблюдено, и явился последним. После исключения некачественных пунктов при проведении заключительной итерации все пункты шкалы вошли в диапазон 0,7–1,3. Такие значения характеризуют утверждения как принадлежащие



исследуемому конструкту и эффективно работающие, а шкалы позволяют оценить как достаточно конструктно валидную.

Показатели надёжности и сепарационной статистики также рассчитывались отдельно для каждой итерации. Изначально высокое значение индекса надёжности (0,97) при значительном уменьшении количества пунктов, в результате проведённых циклов моделирования, практически не изменилось (0,91). Такое значение показателя характеризует надёжность методики, как очень хорошую. Индекс числа слоёв значительно изменился и составил 5, что соответствует количеству уровней выраженности свойства, которое способен выявить диагностический инструмент в исследуемой выборке. Данный показатель отражает высокие дифференциально-диагностическим свойства шкалы.

**Выводы.** 1. Применение модели Раша дало возможность разработать шкалу депрессии нового диагностического инструмента на основе опросника невротических расстройств.

2. Созданная шкала на основе ОНР обладает удовлетворительными психометрическими характеристиками: трудность пунктов находится в пределах от -1,77 до +2,14 логита, утверждения обладают адекватной конструктивной валидностью; индекс надёжности равен 0,91.

3. Шкала имеет однородную структуру, способна дифференцировать 5 уровней выраженности исследуемого свойства, что является показателем высоких дискриминативных свойств шкалы.

#### **Список литературы**

1. Ассанович, М. А. Клиническая психодиагностика: учеб. пособие / М. А. Ассанович. – Минск: Беларусь, 2012. – 343 с.
2. Bond, T. G. Applying the Rasch Model. Fundamental Measurement in the Human Sciences / T. G. Bond, C. M. Fox. – New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2007. – 348 p.
3. McDonald, R.P. Test theory: A unified treatment / R.P. McDonald. – NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1999. – 487 p.

УДК 616.89-008.454: 616.89-008.441.33:616.98:578.828 HIV

**Шарова Е.Н.<sup>1</sup>, Злоказова М.В.<sup>1</sup>**

**Тревожно-депрессивные расстройства  
у ВИЧ-инфицированных наркозависимых  
от синтетических каннабиноидов и психостимуляторов**

<sup>1</sup> *кафедра психиатрии имени В.И.Багаева  
Кировского Государственного медицинского университета  
e-mail: marinavz@mail.ru*

По данным мировой статистики, из числа наркозависимых, употребляющих инъекционные наркотики каждый восьмой (1,6 миллиона человек) живет с ВИЧ, и более половины (6,1 миллиона) – с гепатитом С, около 1,3 миллиона страдают как от гепатита С, так и от ВИЧ [2]. Исследователи называют тревожные, аффективные и личностные расстройства причинами недостаточной приверженности к антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных наркозависимых, что делает необходимым участие психиатра в системе помощи наркозависимым, больным СПИДом [5]. Сочетание наркозависимости от современных наркотиков с ВИЧ-инфекцией приводит к появлению стойких психогенных и аффективных психических расстройств, что усугубляет течение обоих заболеваний и требует особых подходов при проведении реабилитации [1,3]. Однако данная проблема изучена недостаточно.

**Цель исследования:** изучение тревожно-депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых от синтетических каннабиноидов и психостимуляторов.

**Материал и методы:** было проведено психодиагностическое исследование 116 наркозависимых от каннабиноидов и современных психостимуляторов (II стадия), находящихся в ремиссии более 6-ти месяцев, проходивших социальную реабилитацию по программе «12 шагов» в условиях негосударственных коммерческих центров в городах: Саратов, Ульяновск, Киров. Основная группа (ОГ) – 52 чел. наркозависимых ВИЧ-инфицированных, средний возраст – 33,1±0,5 лет, мужчин – 91,2 %, женщин – 8,8 %. Контрольная группа (КГ) 64 чел. – наркозависимые без ВИЧ, средний возраст 26,5±0,8 лет, мужчин -79,1 %, женщин – 20,9 %.

Применялись клинический и экспериментально-психологический методы исследования: шкала депрессии Бека (BDI) (Бек А.Т. и др., 1961) – для выявления депрессии; шкала самооценки Спилбергера-Ханина (STAI) (Спилбергер Ч.Д., Ханин Ю.Л., 1978) – для исследования реактивной

и личностной тревожности. Статистическая обработка результатов проведена по t-критерию Стьюдента с поправкой Бонферрони.

**Обсуждение результатов:** был получен достоверно более высокий средний балл по шкале депрессии Бека у ВИЧ-инфицированных наркозависимых – 15,45±0,92, что соответствует уровню умеренной депрессии, у наркозависимых без ВИЧ – 11,25±1,44 (легкий уровень депрессии) ( $p=0,02$ ). Это может быть связано с появлением чувства безнадежности у наркозависимых после постановки диагноза ВИЧ в связи с его неизлечимостью. По имеющимся данным, ряд антиретровирусных препаратов также могут усиливать уже имеющуюся депрессию [Сыропятов О.Г. и др., 2015]. Среди симптомов депрессии наркозависимых ОГ преобладали: нарушение социальных связей, чувство вины, отвращение к самому себе, нарушения сна, потеря веса, утомляемость, в КГ были более выражены симптомы пессимизма, неудовлетворенности, утраты работоспособности.

Средние показатели личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина не имели значимых различий между ОГ – 42,95±1,63 балла и КГ – 40,90±1,68, так же, как и показатели реактивной тревожности: М (ОГ) = 39,20±1,52, М (КГ) = 40,95±1,6. Личностная и реактивная тревожность в обеих группах соответствовала умеренному уровню.

**Выводы:** для ВИЧ-инфицированных наркозависимых от современных наркотических веществ характерен достоверно более глубокий уровень депрессии в сравнении с наркозависимыми без ВИЧ-инфекции, в обеих группах выявлена умеренная личностная и реактивная тревожность. Полученные данные свидетельствуют о том, что требуется обязательное включение психиатра (психиатра-нарколога) в реабилитационные программы для данного контингента с целью выявления тревожно-депрессивной симптоматики, назначения биологической терапии, а также совершенствования методов психотерапевтической (психологической) коррекции.

#### **Список литературы**

1. Беляева, В.В. Повышение приверженности к антиретровирусной терапии и предупреждение лекарственной устойчивости. Российский федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД / В.В. Беляева. – М.:2009. – 52 с.
2. Всемирный доклад о наркотиках. – 2017. – Режим доступа <http://www.unodc.org/wdr2017/>
3. Недзельский Н. Поддержка людей, живущих с ВИЧ / Недзельский Николай, Морозова Елизавета. – М.: БФ «Просветительский центр» ИНФО-Плюс», 2003. – 148 с.
4. Сыропятов О.Г., Н.А. Дзеружинская, В.А. Солдаткин, В.И. Крылов, А.Я. Перехов Психические и поведенческие расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие – 2015. – 354 с.

5. Ясникова Е.Е., Рыбалко В.О. Психические расстройства при четвертой стадии ВИЧ-инфекции. Международная научно-практическая конференция АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ Материалы конференции СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2016. – 336 с.

УДК 616.89-008

*Ягубов М.И., Кан И.Ю.*

### **Соматоформные расстройства с сексуально-тематическим оформлением у мужчин**

*Московский научно-исследовательский институт  
психиатрии-филиал ФГБУ «Национальный медицинский  
исследовательский центр психиатрии и наркологии  
им. В.П.Сербского» Минздрава России;  
Москва, Россия  
e-mail: v.iuwanow@yandex.ru*

**Актуальность.** Одной из частых причин обращения пациентов с сексуальными дисфункциями являются повторно возникающие физические симптомы в виде патологических ощущений в области половых органов, позволяющие предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования. Данные состояния в соответствии с критериями МКБ-10 следует отнести к соматоформным расстройствам. Актуальность представленного исследования определяется широкой распространенностью, недостаточной изученностью соматоформных расстройств с сексуально-тематическим оформлением у мужчин, диагностическими сложностями, способствующими отсутствию своевременного адекватного лечения, что может приводить к их затяжному течению.

**Целью настоящего исследования** является анализ клинических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин при соматоформных психических расстройствах и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

**Материалы и методы.** Проанализированы материалы обследования 75 пациентов мужского пола в возрасте в среднем 35,2±12,2 лет, обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП-филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось наличие у них множественных, часто видоизменяющихся ощущений

в области промежности и гениталий, исчезающих и повторно возникающих, усиливающихся на фоне сексуальной активности, имевших место на протяжении ряда лет вне рамок диагностированного соматического заболевания. В работе применялся клинко-сексологический метод, использовались результаты лабораторно-инструментальных методов обследования.

**Результаты и обсуждение.** Проведенный обобщенный анализ включал оценку клинической динамики психических и сексуальных расстройств у пациентов, характера партнерской ситуации, конституциональных особенностей больных. Для сравнения характерных клинко-психопатологических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин при соматоформных психических расстройствах в рамках различных вариантов психической патологии в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 больные были распределены на две группы. Более многочисленную группу из 50 человек составили больные с соматизированным расстройством. Ведущими переживаниями больных с соматизированными расстройствами являлись озабоченность наличием болевой и сомато-вегетативной симптоматики, а также неудовлетворенность эмоциональными отношениями с партнером или одиночество. В группу больных с сексуальными дисфункциями, обусловленными ипохондрическим расстройством, вошли 25 мужчин. Основным признаком, объединяющим этих больных, была постоянная озабоченность наличием возможного тяжелого и прогрессирующего заболевания.

**Выводы.** В результате проведенного исследования было установлено, что возникновение сексуальных дисфункций у мужчин при соматоформных психических расстройствах и специфика клинической картины определялись их психопатологической структурой. При дальнейшей разработке терапевтических мероприятий необходимо, чтобы они были направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики.

### Раздел III.

## ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

УДК: 616.89-008.441.44: 616.895.4

*Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.*

**Дисфункциональная семья – как фактор формирования  
суицидального поведения у подростков**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,  
Узбекистан, город Ташкент.  
e-mail: sayorababaraximova2010@gmail.com*

**Актуальность:** в проблеме суицидального поведения подростков одним из факторов, обуславливающих формирование и развитие этого способа поведения, усвоение его моделей, являются семейные взаимоотношения [1, 5]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы [2, 3]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности, со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье [4].

**Цель исследования:** изучить роль семьи и семейных взаимоотношений на формирование суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

**Материал и методы:** было обследовано 40 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

**Результаты исследования и обсуждения:** в ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70 %), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки» – 16 %); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения (14 %). Анализ полученных данных установил 14 % подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем проявлялся значительными дисциплинарными санкциями, спровоцировавшими в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28 % обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70 % подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности. Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые группы смерти виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр.

**Выводы:** таким образом, проведенное исследование влияния стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, выявлять суицидальное поведение на самых

ранних этапах его формирования. В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи в формировании гармонично развитой личности.

#### **Список литературы**

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Вопросы науки и образования/ Научно-практический журнал №6(52)март 2019. С. 54–59.

2. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами // Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. 24 апреля 2007 г. – Волгоград: ВолгГМУ, 2007. – С. 87–88.

3. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс. психиатр. журн. – 2006, 4. – С. 41–45.

4. Каршибаева Г.А. Особенности суицидального поведения в подростковом возрасте // Молодой ученый. – 2015. – № 7. – С. 663–665.

5. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self harm: population based birth cohort study. *BMJ*, 349: pg. 50–54.

УДК 616.89-02-053

***Балакирева Е.Е.***

### **Расстройства приема пищи (РПП) при эндогенных заболеваниях в детском возрасте**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*

**Актуальность изучения проблемы** обусловлена ростом РПП в последние десятилетия, трудностями диагностики и лечения. Исследование проводилось в ФГБНУ НЦПЗ, в отделе детской психиатрии. В исследовании проведено изучение РПП, по МКБ-10 (F50), у больных с эндогенными заболеваниями в детском возрасте.

**Материалы и методы:** Изученная выборка состояла из 250 пациентов (229 девочек, 21 мальчик). Возраст пациентов от 10 до 18 лет. В 52 % случаев больные прослежены катamnестически. В исследовании использовались клинический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катamnестический, физикальный и инструментальный методы исследования.



**Цель:** создание типологии, изучение психопатологических особенностей протекания РПП.

**Результаты:** На основе детального изучения выделены 3 основных типа синдрома РПП при эндогенных заболеваниях: нервная анорексия (НА) у 170 больных (68 %), НА с доминированием булимии НАНБ у 40 больных (16 %); НА, НБ+В (вомитоманическими нарушениями) у 40 больных (16 %). Катamnестическое исследование показало, что на протяжении заболевания происходит видоизменение синдрома в 63 % случаев. В 50 % наблюдений НА заменяется на НБ. В 30 % НАНБ переходит в НАНБ+В, обратный переход наблюдался только в 12 % случаев. Структура синдрома РПП включает преданоректический, инициальный, аноректический, кахектический этапы и этап редукции. Проведенное исследование РПП выявило клиническую неоднородность, что позволило выработать типологическую систематику, на основании уровня и структуры дисморфофобических идей. При первом типе – доминирование монотематической дисморфофобии сверхценного и обсессивно-фобического характера. При втором типе – наряду с монотематической дисморфофобией отмечался бредовой характер идеи полноты. При 3 типе преобладала бредовая дисморфофобия. В изученной группе больных наблюдались 3 выделенных типа РПП. При 1 типе – НА, на фоне изменения пищевого поведения отмечались отчетливо выраженные смены настроения от подавленного дистимически-раздражительного или безразлично-вялого до повышенного. В 17 % случаях убеждение в излишней полноте возникало на фоне незначительно повышенной массы тела у больных, в 83 % наблюдений дисморфофобические идеи возникали на фоне нормального и даже сниженного веса и носили сверхценный характер. Отказ от еды сопровождался изнуряющими физическими нагрузками. На этапе становления НА большую роль играли сенестопатически-ипохондрические расстройства. Тогда к астеническому синдрому присоединялась фиксация на вторичных сомато-эндокринных расстройствах. Дефицитарная симптоматика заключалась в нерезкой аутизации, эмоциональной холодности, снижении уровня активности, социальной дезадаптированности, и в то же время появлялась частичная критика к болезненному состоянию. При 2 типе у больных с НАНБ отмечались истероидные, истеро-возбудимые и истеро-тормозимые личностные особенности, на фоне которых на инициальном этапе болезни появлялись навязчивые мысли и действия вычурного характера, а также ритуалы, близкие к двигательным стереотипам. Аффективные расстройства проявлялись в виде длительных атипичных депрессий и коротких гипоманий с сензитивными идеями отношения. Обсессивно-фобические расстройства имели вычурное содержание, в качестве облигатного синдрома манифестировала

дисморфофобия. Булимия играла роль компенсаторного механизма, включающегося на грани угрозы для жизни на аноректическом и кахектическом этапах, после чего наступал этап редукции. Исход заболевания при данном типе течения был наиболее благоприятным, за счет чередования булимической симптоматики с аноректической. Изменения в эмоционально-волевой сфере, расстройства мышления здесь были незначительными при формальной сохранности интеллекта. При 3 типе НАНБ+В больным были свойственны личностные радикалы истеро-шизоидного и истеро-эпилептоидного круга. На инициальном этапе, возникавшие мысли о собственной неполноценности, касались не только повышенного веса, но и «уродства» какой-либо части тела, т.е. возникла дисморфофобия, которая носила бредовой характер, на фоне тревожно-фобических, конверсионных и психопатоподобных расстройств с эксплозивностью. На аноректическом этапе дисморфофобия усложнялась деперсонализационно-дереализационными расстройствами. В клинической картине психопатологических расстройств отмечалась булимическая симптоматика, носящая обсессивно-компульсивный характер с двигательными ритуалами, в виде стремления к сплевыванию, срыгиванию. Приступам булимии предшествовала тревога, вызванная стрессовыми ситуациями. Аффективная патология носила стертый характер и проявлялась в виде атипичных депрессий с выраженными идеями отношения. На этапе кахексии наступлению НБ предшествовало внутреннее напряжение, эмоциональный дискомфорт, развивалось доминирование тревожной депрессии с чувством вины, раскаяния и наличия суицидальных мыслей. Переедание сопровождалось наступлением эйфории и выраженными вегетативными реакциями. Больные начинали осознанно вызывать рвоты, которые приносили физическое облегчение и психическое удовлетворение и носили обсессивно-компульсивный характер, с последующим развитием угнетенности и самобичевания. При сопротивлении компульсивным действиям у больных нарастала тревога с нейродисциркуляторными расстройствами, которые сопровождались психическим напряжением и ипохондрическими расстройствами. При редуцировании НАНБ+В дисморфофобические идеи актуализировались. Для заболевания было характерно затяжное волнообразное течение со склонностью к рецидивированию. По мере нарастания дефицитарной симптоматики наблюдалась «парциальная деградация личности», проявляющаяся в потере этических и эстетических навыков.

**Выводы:** Изучение РПП поможет ранней диагностике заболевания, позволит своевременно оказывать лечебно-реабилитационную помощь на начальных этапах и предупредит развития осложнений, приводящих к дезадаптации и инвалидизации больных.

УДК 616.89-008.441.42

***Балакирева Е.Е., Зверева М.В., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А.***  
**Особенности применения методики «Рисунок себя»**  
**у детей и подростков с нарушениями пищевого поведения**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: balakirevalena@yandex.ru, nwzvereva@mail.ru*

**Актуальность.** Нарушения пищевого поведения – расстройства приема пищи (РПП) F50.0 по МКБ-10 – и прежде всего, нервная анорексия, широко распространены в детско-подростковой популяции. Клинико-психологическая диагностика РПП осуществляется в рамках мультидисциплинарного подхода. Совместная работа психологов и психиатров в этом направлении имеет свою историю и традиции [Коркина М.В. и др., 1976; Балакирева Е.Е. и др., 2014]. В результате этих исследований было показано наличие когнитивных, мотивационно-личностных особенностей и своеобразия самооценки у пациентов с РПП. Традиционно использовались как номотетические и экспериментально-психологические, так и проективные средства диагностики. Доступные литературные источники практически не ориентированы на применение рисуночных методик в оценке РПП, хотя для сферы клинико-психологической оценки личностных особенностей и своеобразия состояния эти методики хорошо себя зарекомендовали [Венгер А.Л., 2006, Зверева Н.В. и др., 2016].

**Цель работы:** оценка применения методики «Рисунок себя» у детей и подростков с РПП.

**Материал и методы.** 27 пациентов (26 девочек) в возрасте от 9 до 18 лет (средний возраст 13,6±4), проходивших стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ в 7-м детском отделении с диагнозами F32, F50 (4 чел.), F50.0 (6 чел.); F21.x, F50.0 (17 чел.) в 2016–2018 годах.

Применялась методика «Рисунок себя». Оценивались параметры: качество рисунка, тип изображения, особенности нажима, штриховки, наличие зачернений и др. Трое детей были осмотрены дважды в период госпитализации. Все дети осмотрены психологом в период проведения назначенной докторами фармакотерапии, на выходе из острого состояния, ближе к становлению ремиссии. Все дети учились в общеобразовательных школах, в том числе 12 девочек и 1 мальчик учились в гимназиях, лицеях или спецшколах. Полученные материалы прошли первичную статистическую обработку.

**Результаты и их обсуждение.** Среди полученных 30 рисунков, включенных в анализ, 3 были метафорическими, еще 3 – были рисунком «человека

под дождем», т.к. пациентки отказывались рисовать себя. Мы проанализировали все 30 рисунков по выделенным параметрам (см. табл.1).

Таблица 1  
Оценка выполнения рисуночных методик больными с РПП

Тип изображения	Схема	Смешанный	Пластичный	Всего
Параметры рисунка				
Частота встречаемости (абс/ %)	2/7 %	6/20 %	22/73 %	30/100 %
Качество для возраста (1–10, среднее)	4,8	5,4*	7,3* $p \leq 0,01$	6,7
Размер рисунка большой (абс/ %)	-	-	7	7/23 %*
Размер рисунка средний	1	2	11	14/47 %* $p \leq 0,05$
Размер рисунка маленький	1	4	4	9/30 %
Нажим сильный (абс/ %)	1	3	7	11/37 %
Нажим средний	1	2	4	7/23 %
Нажим слабый	-	-	2	2/7 %
Нажим разный	-	1	9	10/33 %
Особое изображение конечностей (абс/ %)	2	4	9	15/50 %
Штриховка (есть/ %)	-	5	16	21/70 %
Зачернения (есть/ %)	2	5	20	27/90 %
В полный рост	2	4	13	19/63 %

Наиболее частотный тип изображения в выборке пациентов с РПП – пластичный, а схематичные изображения встречались реже всего. По качеству, уровню выполнения рисунка относительно возраста, оказалось, что максимально высокое качество было у тех, кто использовал пластичный тип изображения  $p \leq 0,01$  по критерию Стьюдента). Среди рисунков преобладали изображения среднего размера ( $p \leq 0,05$  по критерию Фишера). В 90 % случаев рисунков были выявлены зачернения. Чаще, чем зачернения частей или линий тела – живота, шеи, спины, бедер и т.п. (7 случаев), встречалось зачернение глаз, зрачков, ресниц (в 15 случаях),  $p \leq 0,05$  по критерию Фишера. Достаточно неожиданным, учитывая дисморφοфобические переживания пациентов, показалось, что большинство испытуемых изобразили себя в полный рост (63 %). Тот факт, что у половины

испытуемых имелись определенные искажения в изображении конечностей (руки-варежки, веточки, палочки и т.п.) соотносится с полученными нами ранее данными об особенностях рисунков детей с эндогенной психической патологией [Коваль-Зайцев А.А., 2010, Зверева Н.В. и др., 2016].

#### **Выводы по результатам:**

– Проективная методика «Рисунок себя» эффективна для диагностической работы с больными РПП с эндогенной психической патологией.

– Мы обнаружили сходные с другими расстройствами эндогенной патологии искажения и своеобразие изображения конечностей у пациентов с РПП при сравнительно высоком качестве рисунков в целом.

– В рисунках пациентов с РПП выявлено определенное искажение или сокрытие изображения значимых частей тела. Завуалированные и прямые отказы от изображения себя, метафора в изображении могут отражать имеющиеся проблемы с собственной телесностью.

– Значительное количество штриховок и зачернений в рисунках может указывать на наличие тревожности.

Следует продолжить исследование, расширяя количество обследованных пациентов с РПП, проанализировать динамику и связь с клиническими показателями (возраст начала заболевания, прогрессивность и др.), сравнить с материалами исследования других вариантов психической патологии и здоровыми сверстниками.

#### **Список литературы**

1. Балакирева Е. Е., Зверева Н. В., Якупова Л. П. Психологическая квалификация когнитивных нарушений при нервной анорексии у детей и подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2014. № 1. С. 30–34.

2. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. М.: Владос-Пресс, 2006.

3. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Особенности выполнения методики «Рисунок себя» детьми и подростками с ранним началом нарушений психического развития // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2016. – N 1 (11) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 25.03.2019).

4. Коваль-Зайцев А. А., Зверева Н.В. Уровень выполнения рисунков и состояние моторики у детей, больных шизофренией // Культурно-историческая психология. 2010. № 3. С. 39–45.

5. Коркина М. В. и др. Роль возрастного фактора в формировании клиники нервной анорексии // Журнал невропатологии и психиатрии. 1976. № 3. С. 1871–1875.

УДК 61 (614.212)

**Васянина Ю.Ш., Бойко Е.О., Чернова А.А.**

**Вопросы профилактики суицидального поведения  
у детей и подростков Краснодарского края**

*ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1»  
министерства здравоохранения Краснодарского края,  
г. Краснодар, Краснодарский край, Россия  
e-mail: vasyaninayu@mail.ru*

**Цель данного исследования:** изучить распространенность суицидального поведения детей Краснодарского края, выявить наметившиеся в ходе суицидального мониторинга общие тенденции, обозначить проблемы суицидологической службы и перспективы её развития.

**Материал и методы исследования:** В системе здравоохранения суицидологическая помощь населению Краснодарского края осуществляется в рамках оказания специализированной психиатрической и психолого-психотерапевтической помощи. Деятельность психиатрической службы региона сфокусирована на проведении комплекса профилактических мероприятий, находящихся в её компетенции, которые составляют малую часть в сложном, системном и межведомственной подходе к проблеме суицида. Организационно-методическое руководство мониторингом суицидального поведения несовершеннолетних и контроль за проведением профилактических мероприятий возложен на главного внештатного детского специалиста психиатра министерства здравоохранения Краснодарского края.

**Результаты и их обсуждение:** С 2004 г. в Краснодарском крае ведётся мониторинг суицидального поведения детей. При этом до 2013 г. 12 % зарегистрированных суицидов можно было трактовать как сомнительные или ошибочные. В статистику суицидов попадали случаи случайного отравления наркотиками и алкоголем; случаи, напоминающие убийства; практически все случаи обнаружения тел «в петле» и падения с высоты; а возможность суицида при утоплении сразу исключалась. С 2014 г. совместная работа с краевым управлением ЗАГС и Краснодарстатом, позволила снизить число ошибок до 2,1 % в 2017 г. В связи с реорганизацией системы хранения сведений о смертности граждан, с 2018 г. получение достоверной информации о завершённых суицидах вновь затруднено.

Начиная с 2004 года, в Краснодарском крае организована работа по оказанию необходимой помощи детям с суицидальным поведением. В пресуицидальный период, после первичного обращения пациента на «Телефон доверия» или в кабинет медико – социально – психологической помощи,

ребёнок направляется на консультацию к врачу – психиатру. В постсуицидальный период, после оказания неотложной помощи пациенты направляются на консультацию к районному врачу – психиатру; а в диагностически сложных случаях – на консультацию к краевым специалистам. На каждом этапе осуществляется комплексное психолого-психиатрическое и функциональное обследование, диффдиагностика и подбор адекватной терапии в амбулаторных или стационарных условиях, курсовая реабилитация под контролем врача – психиатра и психолога по месту жительства.

За 2004–2018 гг. показатель распространенности завершённых суицидов несовершеннолетних в Краснодарском крае имел волнообразный характер, с тенденцией к снижению. Максимальный его уровень составил 3,3 на 100 тыс. детского населения в 2005 г., а минимальный – 0,53 в 2017 г.

За весь период наблюдения можно выделить несколько устойчиво сложившихся тенденций. Это значительное преобладание по возрасту подростков 15–17 лет (60–80 %) и преобладание при незавершённых суицидальных попытках девушек (65–80 %), а при завершённых суицидах – юношей (60–70 %). Большинство незавершённых суицидальных попыток было зарегистрировано в городах, а погибали от суицидов чаще сельские подростки. В случаях истинных суицидальных намерений чаще выбирались наиболее «травматичные» способы (повешения, падения с большой высоты, прыжки под поезд, огнестрельные ранения), а в случаях демонстративного привлечения внимания к себе – не тяжёлые медикаментозные отравления и повреждения (царапины, неглубокие порезы) поверхностных вен запястья. Причинами попыток суицида, большинством детей (более 70 %) назывались конфликты в семье (авторитарное воспитание с физическим и психологическим насилием, игнорирование базовых потребностей); отвержение в значимой группе сверстников (15–20 %), проблемы успеваемости (5–10 %); неразделённые чувства (5–10 %).

Показателем эффективности проводимой профилактической работы, явилось увеличение количества выявленных детей «группы риска» – высказывающих суицидальные мысли, намерения и угрозы, но еще не совершивших суицидальные попытки, что позволило своевременно оказать им необходимую помощь.

В рамках универсальной профилактики суицидов специалистами психиатрической службы регулярно проводятся семинары и научно-практические конференции для специалистов образовательных организаций, разработаны методические рекомендации («Проблемы суицидального поведения у детей и подростков»). Ежеквартально проводятся научно-практические конференции и обучающие семинары, для врачей первичного звена здравоохранения. В структуре психиатрической службы функционируют

8 кабинетов медико – социально – психологической помощи и 8 кабинетов «Телефон доверия». Проводятся круглые столы, беседы и лекции по профилактике суицида и всех видов зависимости для учащихся и их родителей. Ежемесячно проводятся заседания 8 «Школ для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития», посвященные вопросам воспитания и сопровождения детей. Систематически ведется информационно–просветительская деятельность, распространяется пособие для родителей «Детская агрессия и суицид. Как избежать беды». В рамках селективной и антикризисной профилактики суицидов специалистами психиатрической службы проводится оказание суицидентам психиатрической и дифференцированной психотерапевтической помощи.

**Заключение:** Специалистами психиатрической службы Краснодарского края на постоянной основе проводится комплекс мероприятий по профилактике суицидов, однако проблемы смертности детей от суицидов носят межведомственный характер.

УДК 616.89-02-053

*Головина А.Г.*

### **Несуицидальное аутодеструктивное поведение подростков с личностной патологией круга шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: golovinalla@mail.ru*

**Актуальность** изучения аутодеструктивного несуйцидального поведения у пациентов подросткового возраста с личностной патологией круга шизофрении обусловлена как его высокой распространенностью, так и опасностью для здоровья/жизни, которую он может представлять, особенно при запоздалом выявлении или неправильной квалификации. Клинически ориентированные исследования чаще посвящены взрослым больным [Сергеев И.И. и соавт, 2006], проведенные же на подростковых контингентах немногочисленны [Левковская О.Б. и соавт, 2017], преимущественно сосредоточены на вариантах расстройств, сопровождающихся суицидальной активностью [Польская Н.А., Власова Н.В., 2015], часть же спектра паттернов аутодеструктивного поведения с несуйцидальными вариантами исследована пока недостаточно.

**Цель исследования:** Клинико-психопатологический анализ несуйцидального аутодеструктивного поведения подростков с личностной патологией круга шизофрении. Материал и методы. Проанализированы данные



клинико-катамнестического обследования 63 пациентов с личностной патологией круга шизофрении (53 юноши, 10 девушек 15–17 лет), обращавшихся за помощью в подростковый кабинет ФГБУЗ ПКБ №1 ДЗМ «ПНД №13» в 2011–2018 гг. и обнаруживавших несуицидальное аутодеструктивное поведение. У 49 из них (43 юноши, 6 девушек) диагностировано шизотипическое личностное расстройство (F 21.8), у 14 (10 юношей, 4 девушки) – шизоидное расстройство личности (F 60.1). В исследование не включались больные с выраженными формами умственной отсталости, текущими сомато-неврологическими заболеваниями.

**Результаты и обсуждение:** Клиническая картина у обследованных отличалась полиморфизмом, синдромальной незавершенностью, нестабильностью отдельных проявлений, сосуществованием психопатологически неоднородных нарушений. У больных отмечались неврозоподобные, аффективные, психопатоподобные, соматоформные, субпсихотические образования, когнитивные и волевые нарушения, а также особенности мышления, прослеживающиеся с детства интровертированность, эмоциональная блеклость. Отмечавшиеся расстройства имели специфическую, характерную для патологии круга шизофрении, окраску (своеобразие сюжетов фобий, утрированность и нелепость поведенческих эксцессов, нестандартная психологическая мотивировка и тональность реакций, невыразительных или чрезмерно бурных). Аутодеструктивное поведение, регистрировавшееся у обследованных подростков, согласно современным классификационным подходам [Nocs M.K., 2010; Turp M., 2002], подразделялось на саморазрушающее (self-destructive behavior), когда причинение вреда личности прямо не осознавалось пациентом – прием алкоголя, психоактивных веществ, рискованное поведение (хулиганство, побеги) и опасные увлечения (руфинг, скайуокинг, диггерство, stalking, паркур, зацепинг) с высоковероятной провокацией несчастных случаев, а также самоповреждающее поведение (self-injurious behavior) с преднамеренным причинением вреда собственному телу. К нему относились удары, шипки, втыкание в мягкие ткани острых предметов, кусание губ, пальцев, выдергивание волос, экскориаии, нанесение на кожные покровы самопорезов, гравировок, уколов, ожогов, а также глотание или сосание вредных для здоровья и не предназначенных для употребления в пищу предметов (батареек, булавок). При этом ни у кого из пациентов не выявлялось суицидальных намерений. Проявления аутодеструктивного поведения могли выступать в структуре сложных синдромов (обсессивно-фобических, аффективных, расстройств влечений, возникать при пубертатной или реактивно обусловленной декомпенсации личностной патологии, в картине субпсихотических эпизодов, существовать в виде замещающей активности). Социальная

отгороженность подростка, его психологическая незрелость, поиск границ собственных возможностей, потребность в новых ярких ощущениях формировали у пациентов почву для возникновения и закрепления паттернов аутодеструктивного несуицидального поведения. К этому же приводили недовольство собой, желание избавиться от негативных эмоций, символические попытки «наказания себя» за реальные или воображаемые проступки. У пациентов с шизоидным расстройством личности аутодеструктивное несуицидальное поведение чаще реализовалось в форме рискованного поведения и опасных увлечений, эпизоды самоповреждений были легкими по степени тяжести, эпизодическими, возникали преимущественно в периоды декомпенсаций, редуцируясь вне их. У больных с шизотипическим личностным расстройством эти феномены отличались большей тяжестью, тяготели к хронификации, приобретали монотонно-стереотипный характер.

**Выводы.** Диапазон несуицидальных аутодеструктивных действий, обнаруженных у подростков с личностной патологией круга шизофрении широк. В отличие от условно адаптивных, существующих вне связи с континуумом психопатологических расстройств, характерных и для подростков общей популяции, эти образования сосуществуют с иными психопатологическими образованиями, выявляемыми у обсуждаемой категории больных.

#### **Список литературы**

1. Левковская О.Б., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю., Грачев В.В. Феноменологический анализ несуицидальных самоповреждений у подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(7): 10–15.
2. Польская Н.А., Власова Н.В. Аутодеструктивное поведение в подростковом и юношеском возрасте. // Консультативная психология и психотерапия. 2015; 4: 176–190.
3. Сергеев И.И., Левина С.Д., Панкова О.Ф. Несуицидальная аутодеструкция при шизофрении (варианты, психопатология, коморбидность) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006;4:4-18.
4. Nocs M.K. Self-injury // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2010; 6: 339–363.
5. Turp M. Hidden Self-Harm: Narratives from Psychotherapy. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd. 2002.

УДК 616.89-008.1

Голубев С.А., Каледва В.Г.

## Клинико-психопатологические особенности юношеской шизофрении на этапе отдалённого катамнеза

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*

**Цель.** Выявление клинико-психопатологических профилей состояния больных юношеской шизофренией на этапе отдалённого катамнеза (20–25 лет).

**Материалы и методы.** Проведено изучение отдалённого катамнеза 78 больных, перенесших первый приступ шизофрении в юношеском возрасте (16–25 лет), впервые обратившихся в ПНД №1 г. Москвы в 1990–1994 гг. Применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический методы.

**Результаты:** В зависимости от соотношения позитивного и негативного регистров и постпроцессуальной динамики личности было выделено три типа состояний. I тип – с позитивными и негативными расстройствами включал подтипы с актуальными позитивными и негативными расстройствами а также с изолированным существованием негативных и позитивных расстройств («осколков психотики»), характеризовался различным сочетанием позитивных и негативных расстройств. Отражал самые низкие показатели социального функционирования (PANSStot 73,9±7,5, PSP 27,2±12,4). II тип – с негативными расстройствами включал подтипы с доминированием редукции энергетического потенциала и с доминированием псевдоорганической симптоматики, характеризовался преобладанием негативной симптоматики, отражающих истощение ресурса волевых и интеллектуальных психических функций. Также отражал низкие показатели социального функционирования (PANSStot 63,4±5,3, PSP 38,4±11,6). III тип – с преобладанием постпроцессуальной личностной динамики включал подтипы с дефицитарными расстройствами в виде изменения личностных черт и с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру «первичного дефекта», характеризовался преобладанием явлений личностной постпроцессуальной динамики, отсутствием или сохранением резидуальной продуктивной симптоматики и разной степени выраженности негативных расстройств. Показатели социального функционирования здесь были существенно выше (PANSStot 54,3±7,8, PSP 52,7±10,1).

**Заключение.** Выделенные типы позволяют оценить различные проявления шизофренического процесса на этапе отдалённого катамнеза, дают

возможность ранжировать данные состояния по степени выраженности социальной дисфункции.

**Ключевые слова:** шизофрения, юношеский возраст, отдалённый катамнез, социальное функционирование, качество жизни.

**Актуальность:** В настоящее время вопросы предикции течения шизофрении остаются в центре внимания современных исследований. При этом ряд исследователей делает акцент преимущественно на оценке степени выраженности негативных расстройств [Демчева Н.К., Кузнецов С.В., 2009; Cavelti M. et al., 2012], по мнению других – состояние больного на этапе отдалённого катамнеза обусловлено прежде всего соотношениями актуальной процессуальной и постпроцессуальной динамики [Коцобинский А.П., 2013]. Таким образом, ведущую роль приобретает взаимодействие двух психопатологических рядов – позитивного и негативного. При оценке формирования состояния стабилизации необходимо учитывать связь данных расстройств со структурой личности пациента, а также постпроцессуальную динамику во взаимодействии с динамическим компонентом болезненного процесса [Мелехов Д.Е., 1980; Смулевич А.Б. и др., 2017].

**Цель:** выявление клинко-психопатологических профилей состояния больных юношеской шизофренией на этапе отдалённого катамнеза (20–25 лет).

**Материал и методы.** В работе представлены результаты изучения отдалённого катамнеза 78 больных, перенесших первый приступ шизофрении в юношеском возрасте (16–25 лет), впервые обратившихся по поводу данного заболевания в ПНД № 1 г. Москвы в период с 1990 по 1994 г. Применялись клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, психометрический методы.

**Результаты и обсуждение.** При анализе клинического материала была выявлена высокая гетерогенность клинической картины состояния больных на момент отдалённого катамнеза, представляющих собой континуум от близких к практическому выздоровлению до конечных состояний. В основание типологического разделения положен принцип соотношения основных психопатологических компонентов в пространстве позитивного и негативного регистров и постпроцессуальной динамики личности, что позволило выделить четыре типа состояний.

I тип – с позитивными и негативными расстройствами (26,1 % случаев) характеризовался различным сочетанием продуктивных и негативных расстройств. Было выделено два подтипа.

II подтип – с актуальными позитивными и негативными расстройствами (16,3 % случаев), которые претерпевали прогрессивную динамику на протяжении всего периода течения заболевания или же, достигнув

определённого уровня, стабилизировались. Степень выраженности дефицитарных расстройств становилась очевидной по мере редукции продуктивных психопатологических расстройств.

Iб подтип – с изолированным существованием негативных и позитивных расстройств («осколков психотики») (9,8 %) включал варианты с перекрыванием постпроцессуальной личностной динамики субпсихотическими психопатологическими расстройствами острого периода заболевания, которые, сепарируясь от личности, формировали стабильные изолированные образования резидуального уровня. Дефицитарные изменения определялись главным образом эмоциональным обеднением с утратой прежних привязанностей, усилением эгоцентризма.

Показатели социального функционирования при данном типе были самыми низкими. Средний балл по шкале PANSStot составлял  $73,9 \pm 7,5$ , по шкале PSP составлял  $27,2 \pm 12,4$ .

II тип – с негативными расстройствами (24,6 % случаев) характеризовался преобладанием негативной симптоматики, отражающих истощение ресурса волевых и интеллектуальных психических функций, и включал два подтипа.

IIа подтип – с доминированием редукции энергетического потенциала (15,1 %) характеризовался стойким падением психической активности, а также выраженным обеднением двигательной, когнитивной и мотивационной сферы с явлениями псевдобрадифрени, падением побуждений, аспонтанностью, общим снижением энергетического потенциала.

IIб подтип – с доминированием псевдоорганической симптоматики (9,5 %) определялся сочетанием эмоционально-волевых расстройств с расстройствами псевдоорганического характера. Пациентам была свойственна тугоподвижность психических процессов, утрата прежних знаний и навыков, снижение уровня личности, нивелирование её особенностей. В некоторых случаях клиническая картина была близка к классическому описанию состояний «шизофренического слабоумия».

Показатели социального функционирования при данном типе состояний также были достаточно низкими. Средний балл по шкале PANSStot составлял  $63,4 \pm 5,3$ , по шкале PSP составлял  $38,4 \pm 11,6$ .

III тип – с преобладанием постпроцессуальной личностной динамики (49,3 % случаев) характеризовался преобладанием явлений личностной постпроцессуальной динамики на фоне отсутствия или сохранения резидуальной продуктивной симптоматики, а также разной степени выраженности негативных расстройств. Включал два подтипа состояний.

IIIа подтип – с дефицитарными расстройствами в виде изменения личностных черт (28,7 %) характеризовался отсутствием продуктивной симптоматики или её сохранением в стёртом виде по типу «второй болезни».

Негативная симптоматика была представлена в двух вариантах: происходило или утрирование характеристик личности, присущих ей на преморбидном этапе, или их искажение, что проявлялось патологическим характером постпроцессуального реагирования с искажением структуры личности, формированием вычурных сверхценных образований и патологических форм поведения (развитие по типу «Verschrobene»).

ШБ подтип – с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру «первичного дефекта» (20,6 %) характеризовался слиянием имевшего место психотического опыта с личностью, что формировало своеобразное «мировоззрение» больного. Постпроцессуальная динамика реализовывалась по механизму личностных изменений. Имело место ипохондрическое или паранойальное развитие с отчётливо выраженным истерическим радикалом, сутяжно-кверулянтским поведением.

Показатели социального функционирования при данном типе состояний были существенно выше, чем при двух ранее описывавшихся типах, Средний балл по шкале PANSSот составлял  $54,3 \pm 7,8$ , средний балл по шкале PSP составлял  $52,7 \pm 10,1$ .

Таким образом, выделенные типы состояний позволяют оценить клинически очерченное соотношение различных проявлений шизофренического процесса (продуктивной симптоматики, негативных расстройств, личностной динамики) на этапе отдалённого катамнеза, а также дают возможность ранжировать данные состояния в зависимости от степени выраженности социальной дисфункции.

*Исследование поддержано грантом РФФИ 18-013-01214*

#### **Список литературы**

1. Демчева Н.К., Кузнецов С.В. Негативные расстройства при паранойидной форме шизофрении // Психическое здоровье. – 2009. – № 1(32). – С. 38-42.

2. Коцюбинский А.П. Холистический диагностический подход в психиатрии. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – 23(4). – С. 45–50.

3. Мелехов, Д. Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза) / Д.Е. Мелехов// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1981.- № 1. – С. 128–138.

4. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Воронова Е.И. и др. Эволюция учения о шизофреническом дефекте // Журн. неврол. и психиатр. – 2017. – № 9 (117). – С. 4–14.

5. Cavelti M., Kvirgic S., Beck E. et al. Assessing recovery from schizophrenia as an individual process. // A review of self-report instruments. – Eur Psychiatry. – 2012. 27 (1). – С. 19–32.

**Голубева Н.И., Лобачева М.В.**

**К особенностям аффективных нарушений в детстве**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: n\_golubeva@mail.ru; doktorpsih@gmail.com*

**Актуальность.** Несмотря на большую распространенность аффективных нарушений в детском возрасте, их распознавание, квалификация, реабилитация и медикаментозное воздействие остаются недостаточно разработанными, что связано с возрастным полиморфизмом, атипичностью и маскированностью клинической картины.

**Цель исследования.** Изучить влияние аффективных расстройств на остроту, выраженность, характер двигательных нарушений у детей в зависимости от клинико-динамических характеристик.

**Материал.** В исследование были включены пациенты, находящиеся на стационарном лечении в детском отделении клиники ФГБНУ НЦПЗ, наблюдающихся амбулаторно в поликлиническом отделе НЦПЗ (директор ФГБНУ НЦПЗ проф. Т.П. Ключник, руководитель отдела детской психиатрии проф. Н.В.Симашкова).

Исключались из исследования пациенты, имеющие тяжелые перинатальные поражения ЦНС и генетическую патологию.

Всего исследовано: 46 человек от 4 до 11 лет (средний возраст  $7 \pm 4,3$  года). Мальчиков 35, девочек 11. Психическое состояние отобранных пациентов квалифицировалось по МКБ 10 (1994), как Депрессивный эпизод различной степени тяжести F 32.0, 32.1; 32.2 – 13 человек, Шизотипическое расстройство F 21.4, 21.3, 21.9 – 33 человека. Клиническая картина отобранной группы характеризовалась симптомами депрессии, гипердинамическими нарушениями поведения, ангедонией, суточным циркадным ритмом, психосоматическими симптомами, нарушенной социальной адаптацией.

**Методы.** Психопатологический, клинкодинамический, катанестический, патопсихологический.

У 46 пациентов наследственность была отягощена аффективными расстройствами, личностными нарушениями шизотипического круга у одного из родителей, шизофренией у родственников. В анамнезе у всех исследованных детей отмечались симптомы последствий перинатального поражения ЦНС не приводившие к выраженной задержке психоречевого развития на 1–2 году жизни. У 75 % детей отмечались симптомы ранней депрессии на первом году жизни. У 55 % детей отмечалось опережающее развитие речи, у остальных была темповая задержка речевого развития. В анамнезе

у всех детей отмечались двигательные нарушения в виде гипердинамии, неусидчивости, двигательных стереотипий (раскачивания, биения головой), транзиторные двигательные навязчивости и тики.

В группе больных аффективными расстройствами преобладали депрессивные нарушения. В возрастной динамике, начиная с 4 лет, аффективные симптомы, постепенно утрачивая остроту, приобретали латентный характер. На первый план выходили двигательные и поведенческие нарушения, на фоне которых наблюдались обострения депрессивной симптоматики, спровоцированной стрессом или сезонными колебаниями, которые сопровождались усилением депрессивных симптомов и присоединением новых. Нарастала циркадность с ухудшением самочувствия в утренние часы. Дети часто плакали или были грустны, мало радовались подаркам и успехам. В поведении появлялись избегание людных мест, отказ от посещения детских коллективов, усиление двигательных навязчивостей и стереотипий, а также нарастание симбиотической привязанности к матери. В 35 % случаев в клинической картине преобладали тревожные и фобические симптомы, жалобы на скуку. У детей появлялось много соматических жалоб, что заставляло родителей их обследовать, снижая к ним требования и окружая их вниманием и заботой. В 23 % дети впервые выказывали недовольство собой, как идеи самообвинения, в 17 % отмечались симптомы деперсонализации в виде болезненного бесчувствия. Когнитивное развитие соответствовало возрастным показателям.

В группе больных (33 человека) с Шизотипическими расстройствами, в анамнезе детей отмечалась задержка психоречевого развития в 60 % случаев. На фоне депрессивно-тревожных нарушений с двигательной расторможенностью имели место транзиторные симптомы кататонического характера: манежный бег, кружение, прыжки на месте, стереотипное вращение руками и хлопанье в ладоши, возникала импульсивность в поведении, с аутохтонной сменой двигательной расторможенности на вялость в движениях, замирание в эмбриональной позе. У них были выражены психопатоподобные нарушения поведения в виде демонстративности, протестности, самоагрессии и гетероагрессии, направленной на мать, при усилении симбиотической связи с ней. У детей этой группы отмечались выраженные фобические расстройства. В 40 % происходило нарастание психотической симптоматики за счет присоединения бредаподобного фантазирования, сверхценной непродуктивной деятельности, формирование когнитивной дефицитарности. В 33 % случаев выявлялись аддиктивные нарушения и нарушения влечений.



УДК: 159.9.07; 178; 178.7

**Григорьева А.А., Гавриченко А.А., Селезнева С.С.**

**Влияние употребления табака  
на аутоагрессивное поведение подростков**

*Научно-исследовательский институт наркологии, филиал  
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России;  
Москва. РФ  
e-mail: alexandrina\_gr@mail.ru; a.a.gavrichenkova@mail.ru;  
selezneva.s@serbsky.ru*

**Актуальность исследования.** Проблема взаимосвязи разных видов аутоагрессивного поведения с употреблением психоактивных веществ рассматривается рядом исследователей (Т. Корхонен, Е. Сихволла, Х. Чо, Д.Д. Холлфорс). Как отдельную значимую проблему выделяют употребления табака и его влияния на суицидальное и самоповреждающее поведение. (Н. Бреслау, Л.С. Кови, Т. Хеммингссон, Д. Крибель, Berlin I., 2015; Riala K., 2009). Никотиновая зависимость рассматривается в качестве предиктора суицидальных попыток наряду с депрессивным расстройством, пограничным расстройством личности, и посттравматическим стрессовым расстройством [Bolton J.M., 2010]. Регулярность и длительность употребление табака выступает значимой характеристикой для оценки суицидальных рисков [Berlin I., 2015]. В исследованиях было выявлено, что значение таких демографические предикторов суицидальных попыток, как подростковый возраст, женский пол, низкий социально-экономический уровень, а также, риск попытки самоубийства был выше как среди курильщиков, чем среди некурящих [Riala K. et.al., 2009, Evren C. et.al., 2014; Brunner R. et.al., 2007]. Так, высокий уровень риска преднамеренного самоповреждения в 2–3 раза выше у курящих девочек-подростков, в то время как значительной связи между курением и самоповреждающим поведением для мальчиков-подростков выявлено не было [Brunner R. et.al., 2007]. В отношении употребления табака и самоповреждающего и суицидального поведения наблюдается также и обратная зависимость. Взрослые люди, имевшие опыт самоповреждений в подростковом возрасте, чаще регулярно употребляют табак и другие ПАВ, по сравнению с испытуемыми, не имевшими такого опыта. [Borschmann R. et. al., 2017]

**Цель исследования:** выявление взаимосвязи между употреблением табака и рисками самоповреждающего и суицидального поведения.

**Методы исследования:** Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А), опросник для определения риска суицида «Суицидальная

личность-19». Для статистической обработки эмпирических данных использовалась программа SPSS17, U Манна Уитни.

В исследовании участвовали 2085 учащихся в возрасте от 10 до 18 лет.

**Результаты:** У детей групп риска с самоповреждающим и суицидальным поведением отмечается следует статистически значимое увеличения интереса к употреблению табака. В группе подростков с суицидальным риском 20,9 % отмечают употребление табака; в группе с самоповреждающим поведением – 24,6 %, в то время как в контрольной группе детей без признаков аутоагрессивного поведения процент курящих составил 2,5 %.

**Выводы:** проявление самоповреждающего и суицидального поведения подростков сопровождается увеличением интереса к употреблению психоактивных веществ, в частности табака.

УДК 616.89:159.9.018

***Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Симашкова Н.В., Жукова О.Н.***  
**Опыт совместной работы клинических психологов  
и психиатров в детской психиатрии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: nwzvereva@mail.ru*

**Актуальность.** 75-летие ФГБНУ НЦПЗ требует серьезного анализа научной работы за этот большой период. Авторы имеют свыше 30 лет опыта совместной работы в отделе детской психиатрии. Отечественный и международный опыт показывает, что для полноценной диагностики, последующей коррекции и профилактики психических нарушений у детей и подростков необходим комплексный мультидисциплинарный подход. Смещение основной работы в область амбулаторного звена приводит к еще более тесному сотрудничеству психологов и психиатров в деле оказания помощи детям с аномальным развитием.

**Цель** – краткий анализ совместной работы психологов и психиатров в детской психиатрии в исследовательском, практическом и прикладном направлении.

**Исследовательское направление.** В НЦПЗ детские психиатры и клинические психологи работали над рядом научных тем. Это совместные с М.Ш.Вроно, И.А.Козловой, В.М.Башиной, Н.В.Симашковой, Н.М.Иовчук и другими исследования психического дизонтогенеза при шизофрении (детский тип шизофрении, шизотипическое расстройство); аффективной патологии у детей и подростков (гипоманиакальные, циклотимоподобные

и депрессивные расстройства); патологии влечений; суицидального поведения; нарушений пищевого поведения; обсессивно-компульсивных расстройств; расстройств аутистического спектра (РАС) и др. В мультидисциплинарной работе развивались и теоретические представления детской патопсихологии, детской клинической психологии. В 1970–80-х гг. развитие подхода Ю.Ф.Полякова о своеобразии познавательной сферы при шизофрении определило основные направления работы. Н.П.Щербакова показала особенности формирования мышления подростков. Т.К.Мелешко совместно с С.М.Алейниковой и Н.В.Захаровой доказали наличие особого типа познавательного развития детей при шизофрении, касающегося диссоциации двух сторон познавательной деятельности – операционной и аспекта избирательности, показали значение нарушений общения и произвольной регуляции деятельности в его формировании. А.Е.Назаренко выявила своеобразие распознавания эмоций детьми, больными шизофренией по позе и жесту. Л.В.Гончарова показала своеобразие когнитивного развития детей-аутистов, разработала одну из первых программ коррекции (1995).

В 1990–2010-е гг Н.В.Зверевой развивается концепция когнитивного дизонтогенеза: впервые рассматриваются его виды – искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий (А.А.Коваль-Зайцев), варианты когнитивного развития – опережающее, нормативное, искаженное, дефицитарное, дефектное (А.И.Хромов) и виды дефекта – парциальный и тотальный (С.Е.Строгова) у детей и подростков с эндогенной психической патологией. Диссертационные работы сотрудников отдела детской психиатрии сопровождалась специальными блоками психологической диагностики (А.В. Горюнов, Е.Е. Балакирева, А.В Куликов и др.). Разработанные в диссертациях сотрудников отдела медицинской психологии понятия, касающиеся когнитивных дефицитов разной степени выраженности, вошли в практику клинко-психологического консультирования в НЦПЗ. Оригинальные исследования касались модальной специфики когнитивного дизонтогенеза и его проявлений в тактильной сфере. Реализуется интерес к оценке роли клинических факторов (диагноза, ведущего синдрома, прогрессивности заболевания, возраста его начала и др.), материалов, раннего развития и адаптации пациентов для квалификации психического и когнитивного дизонтогенеза. Получены подтвержденные данные о роли раннего начала заболевания при прогрессивных формах эндогенной психической патологии для формирования когнитивного дизонтогенеза дефицитарного и регрессивно-дефектирующего видов при шизофрении и РАС у детей и подростков, и для формирования тотального когнитивного дефекта (Н.В.Зверева, А.А.Коваль-Зайцев). Реализуется

нейропсихологический подход в диагностике детей с психической патологией (А.А.Сергиенко). Исследуются новые области, связанные с социальным и эмоционально-личностным статусом больных, а именно оценка восприятия опасности внешнего мира подростками с психической патологией (М.И.Вещикова). Опубликованы коллективные монографии (Н.В.Симашкова, Т.П.Клюшник, Н.В.Зверева и др., Рощина И.Ф., Зверева Н.В.) и учебники (Н.В.Зверева, О.Ю.Казьмина, Е.Г.Каримулина), часть из них удостоены дипломов лауреатов Всероссийского конкурса на лучшую научную книгу года (2008, 2013).

**Практическое и прикладное направление.** Результаты психологических исследований позволили получить новые инструменты оценки когнитивной и эмоционально-личностной сфер, это и модифицированные известные методики и новые, оригинальные средства диагностики. Собраны новые нормативные данные по ряду методик. Выпущены методические рекомендации (2) по оценке когнитивной сферы в норме и при эндогенной патологии. Предложены новые варианты обработки уже известных средств диагностики. Проведено сравнение сходных по дизайну исследований пациентов в различные социально-исторические периоды (сравнение исследования мышления в 70–80-е гг. и в 2000-е, сравнение по проективным методикам и др.). Сопоставлена успешность выполнения рисуночных проб (рисунок себя) детьми с разным возрастом начала заболевания, разными ведущими синдромами. Критически проанализированы средства диагностики интеллекта (тест Векслера, Психолого-образовательный профиль и др.) в сравнении с классическим патопсихологическим обследованием отечественными методиками, определено показание их применения в диагностике индивидуально и комплексно. Предложен новый вариант базовой оценки психологических заключений, что позволило выделить наиболее значимые сферы для первичной диагностики и в динамике. Проведены пилотные исследования динамики когнитивных дефицитов на фоне проводимой терапии. Создается база данных психологической диагностики пациентов отдела детской психиатрии и нормативной выборки. Впереди новые формы комплексной работы на благо пациентов.

УДК 616.002.77-07

***Каледя М.И., Степаненко Н.Ю., Никишина И.П.***

## **Особенности психических расстройств у больных системной красной волчанкой с ювенильным дебютом**

*ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии  
им. В.А. Насоновой»  
e-mail: kaleda-mi@yandex.ru*

**Введение:** Системная красная волчанка (СКВ) – аутоиммунное заболевание, характеризующееся широким спектром клинических и иммунологических проявлений, непредсказуемым течением и прогнозом, которое в 10-20 % случаев начинается до наступления совершеннолетия. Согласно многочисленным результатам исследований СКВ у детей и подростков является более агрессивным заболеванием, чем у взрослых: чаще выявляется поражение почек, нейропсихические нарушения и гемолитическая анемия. Клинические проявления СКВ могут колебаться от незначительных до тяжелых, иметь волнообразное или непрерывно рецидивирующее течение. С учетом появления новых диагностических и терапевтических возможностей прогноз при СКВ с ювенильным дебютом в последние годы значительно улучшился, однако по-прежнему значимой проблемой остаются вопросы комплаенса и социальной реабилитации этих пациентов, на которые существенный отпечаток накладывают особенности психоэмоциональной сферы этих больных.

**Цель:** Провести анализ особенностей в когнитивной, эмоциональной и коммуникативной сферах детей с СКВ.

**Материал и методы:** в исследование включен 31 пациент (28 девочек, 3 мальчика) детского отделения ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой с достоверным диагнозом СКВ, верифицированным в соответствии с классификационными критериями SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) 2012 года. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование в соответствии с диагнозом, при подозрении на нейропсихические нарушения проводилось обследование психиатра, невролога, МРТ головного мозга, ЭЭГ и ЭНМГ – при наличии показаний. Классификация нейропсихических нарушений осуществлялась в соответствии с рекомендациями Американской коллегии ревматологов 1999 года. Активность заболевания оценивалась по шкале SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index). Всем дети обследованы клиническим психологом с применением следующих методик: клиническая беседа; диагностика памяти (заучивание 10 слов,

пиктограмма); внимания (таблицы Шульте); мышления (установление последовательности событий, 4 лишний, простые аналогии, толкование пословиц и метафор); эмоциональная и коммуникативная сфера (8-цветовой тест Люшера; Тест Спилбергера-Ханина; СМАС (адаптация А.Прихожан); рисунок «несуществующее животное»).

**Результаты.** В исследованной группе пациентов медиана возраста дебюта составила 12,0 [10,6; 14,5] лет. Медиана длительности заболевания на момент верификации диагноза 0,75 [0,5; 2,1] лет. Варианты течения СКВ по дебюту: 12,9 % – острое, 61,3 % – подострое, 25,8 % – первично хроническое. Медиана активности по шкале SLEDAI составила на момент верификации диагноза 15 [10;23] (высокая активность). Психические нарушения на этом этапе были выявлены у 35,5 % пациентов, в том числе у 12,9 % – психотические состояния, у 16,1 % – аффективные состояния, когнитивные нарушения – 19,4 %, Аффективные расстройства были преимущественно представлены депрессиями, в структуре которых преобладал тимический компонент с чувством тоски, отчаяния, идеями самообвинения, самоуничужения, при этом у 9,7 % больных отмечались суицидальные мысли. Психотические состояния имели преимущественно аффективно-бредовую структуру с появлением на высоте состояния эпизодов психомоторного возбуждения, с бредовыми идеями преследования, значения, отношения, вербальных, тактильных и обонятельных галлюцинаций. Указанные психические расстройства в ряде случаев требовали дополнительного назначения антидепрессивной и нейролептической терапии в небольших дозах (в среднем 87 мг в хлорпромазиновом эквиваленте). Психические расстройства купировались на фоне улучшения общего состояния больных, за исключением одной пациентки, у которой было диагностировано сопутствующее эндогенное заболевание. Когнитивные нарушения на момент верификации диагноза имели 19,4 % больных. МРТ головного мозга выполнялось у 15 пациентов, мелкоочаговые изменения, соответствующие проявлениям васкулита ЦНС, выявлены у 3 пациентов (2 – с психозом, 1 – с когнитивными нарушениями).

При обследовании клиническим психологом данных пациентов спустя 1.1 [0,6; 3,8] год от момента верификации диагноза (медиана возраста составила 15,2 [12,9; 16,5] лет), различные когнитивные нарушения были выявлены у 96,8 % пациентов. При исследовании когнитивной сферы уровень слухоречевой кратковременной памяти одинаково распределялся между средним и высоким уровнем (54,8 % и 45,2 %, соответственно), в долговременной памяти преобладал высокий уровень запоминания (67,7 % высокий, 32,3 % средний). У 67,8 % пациентов выявлен высокий уровень опосредованной памяти, у 25,8 % – средний, у 6,4 % – низкий. В процессах внимания

были выявлены трудности распределения (64,5 % неравномерное, 35,5 % достаточное), а также повышенная истощаемость внимания (74,2 % – есть истощение, 25,8 % – нет). 58,1 % пациентов продемонстрировали высокий уровень включения в работу, 41,9 % – низкий уровень. Концентрация внимания расценена как достаточная у 87,1 % пациентов, недостаточная у 12,9 %. Эффективность внимания оценена как хорошая у 87,1 %, снижена – 12,9 %; устойчивость достаточная – у 64,5 %, низкая – у 35,5 %. В операциональной стороне мышления выявлено снижение уровня обобщения (48,4 %); в мотивационном компоненте нарушений не выявлено, в динамическом – лабильность мышления (12,9 %). В эмоциональной сфере различные невротические страхи свойственны 54,8 %; уровень личностной тревоги оказался повышенным у 41,9 %, умеренным – у 48,4 %, низким – у 9,7 %. Признаки агрессии обнаружены у 19,4 % пациентов, снижение уровня социальной адаптации у 51,6 %. Трудности в коммуникативной сфере испытывали 83,9 % пациентов. Кроме того, по результатам клинической беседы было обращено внимание на наличие конфликтных ситуаций со сверстниками в дебюте заболевания у 38,7 % пациентов.

**Выводы:** различные когнитивные нарушения выявлены у абсолютного большинства больных СКВ с ювенильным дебютом при наличии высокой активности заболевания в дебюте вне зависимости от наличия нейропсихических нарушений на момент верификации диагноза. В когнитивной сфере несколько снижен уровень кратковременной памяти, выявлены трудности в распределении внимания, скорости включения в работу, обнаружена частая встречаемость истощаемости внимания. Уровень обобщения в мышлении недостаточно сформирован. В эмоциональной сфере обращает на себя внимание высокий процент невротических страхов, повышенный уровень тревоги, снижение социальной адаптации, трудности в коммуникативной сфере.

Выявленные особенности клинико-психологического статуса больных СКВ с ювенильным дебютом необходимо учитывать при создании индивидуальной модели реабилитации и подборе схемы динамического наблюдения для получения более устойчивых результатов по обеспечению комплаенса этих пациентов и их социальной адаптации. Психо-эмоциональная сфера пациентов с ювенильным дебютом СКВ нуждается в дальнейшем изучении на большем объеме материала для выявления устойчивых закономерностей и разработки психокоррекционных программ.

УДК 616.89-008

**Калинина М.А.<sup>1</sup>, Козловская Г.В.<sup>1</sup>, Боравова А.И.<sup>2</sup>**

## **О поиске предикторов шизофрении в детском возрасте**

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: marina-k-13@yandex.ru

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва, Россия  
e-mail: boravova.alex@yandex.ru

**Актуальность.** Поиск предикторов шизофрении имеет большую историю изучения. Более 30 лет существует концепция высокого риска по шизофрении. Эта интегративная концепция объясняет развитие шизофрении, как взаимодействие между различными факторами индивидуальной восприимчивости и факторами риска окружающей среды. И в настоящее время остается актуальной [Козловская Г.В., 1995, Jablensky A etc., 2017]. Клиническое выражение предрасположенности к шизофрении в концепции представлено в форме специфических диатезов. Были предложены два типа признаков расстройств шизофренического спектра (РШС). Иногда структура РШС ограничена только чертами индивидуальности, и преходящие психопатологические симптомы проявляются в виде коротких эпизодов.

**Целью** настоящего исследования были поиск клинических и параклинических предикторов расстройств шизофренического спектра в раннем и дошкольном возрасте.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базах Научного центра психического здоровья РАМН с 1983 г. по настоящее время (в настоящее время ФГБНУ НЦПЗ). Основными методами исследования были: психопатологический, неврологический, нейрофизиологический (ЭЭГ, уровень постоянного потенциала – УПП), психологический. Поиск клинико-иммунологических и клинико-нейрофизиологических взаимосвязей у детей высокого риска по эндогенным психозам проводился вместе с сотрудниками лаборатории возрастной физиологии НИИ мозга РАМН, лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ. Были разработаны специальные методики – ГНОМ, «Протокол клинического наблюдения». Использовались адаптированные шкалы PANSS (в сырых баллах и кластерных признаках). Математическая обработка материала проводилась по программе Statistica 7.

**Результаты и их обсуждение.** Изучены более 500 детей из группы высокого риска с первых месяцев жизни в возрастной динамике. Критериями выделения общего недифференцированного риска в детской психиатрии раннего возраста были следующие: Это, прежде всего, кратковременность



и эпизодичность проявлений, их слабая выраженность, моносимптомность, повторяемость клинической картины, отсутствие влияния на процесс развития и в то же время определенная фазность и сезонность проявлений. В основе клинической картины шизотипического диатеза (ШД) лежат четыре признака особенностей развития. Это дисгармония, дизрегулярность, дефицитарность и диссоциация как отдельных неврологических, психологических и психосоматических функций, так и в эмоциональной, коммуникативной, двигательной, познавательной сфере, сенсорной, системе привязанности, и в поведении в целом, начиная с первых месяцев жизни. В процессе динамического наблюдения за клиническими проявлениями ШД были определены три типа диатеза по степени выраженности основных психических, неврологических и соматопсихических проявлений. Это стигматизированный ШД, ШД с проявлениями непсихотических нарушений и ШД с форпост симптомами шизофрении. В дальнейшем определились дифференцированные нозологии – аутизм, шизофрения, шизотипическое расстройство, и, наконец, практическое здоровье.

Удалось выделить предикторы шизофрении, которые определились на психическом (форпост-симптомы кататонического круга, прообразы бреподобных расстройств), неврологическом (мягкие неврологические знаки, амфотоническая направленность вегетативного тонуса), психологическом и биологическом уровнях. В числе последних показатели определенные паттерны ЭЭГ. Так, диффузная пачечная  $\beta$ -активность, регистрируемая во сне, обладает особой информативной значимостью, и в момент обследования служит ЭЭГ показателем тяжести расстройств спектра шизофрении. Анализ катамнестических данных, прослеженных за 10-15 лет детей с этими отклонениями на ЭЭГ, показал что у этих пациентов сохранялась процессуальная психопатологическая симптоматика полиморфного характера, наряду с неврологическими и вегетологическими отклонениями. Пациенты больные шизофренией и шизотипическим расстройством статистически достоверно отличались между собой по уровню постоянного потенциала, характеризующего уровень энгергообмена головного мозга. У детей больных шизофренией в отличие от пациентов с шизотипическим диатезом отмечается снижение энергетического обмена головного мозга (данные УПП) с достоверно значимым его снижением в правой ( $p < 0,03$ ) и левой височных областях полушарий ( $p < 0,05$ ). Также найдены достоверные отличия по уровню иммунологических показателей – уровень антител к фактору роста нервов (ААТ к ФРН). Согласно дисперсионному анализу распределения показателей уровня ААТ к ФРН, было установлено достоверное превышение его уровня у больных шизофренией по сравнению с пациентами с шизотипическими расстройствами ( $0,92 \pm 0,22$  и  $0,7 \pm 0,16$ , соответственно,  $p < 0,001$ ).

Важно отметить, что перечисленные предикторы не стабильны, они могут проявляться в виде отдельных, маловыраженных проявлений, но при начале процесса или обострении его они становятся более заметными и отчетливыми. Даже в рамках практического здоровья они сохранялись в виде отдельных мало выраженных стигм риска шизофрении.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты указывают на тесную взаимосвязь выявленных клинических нарушений в состояниях риска и при заболевании шизофренией и нейрофизиологических, иммунологических нарушений, что обуславливает актуальность дальнейших исследований в отмеченных направлениях.

#### **Список литературы**

1. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы абилитации): Автореф. дис. д-ра мед. наук, Москва, 1995. – 48 с.
2. Jablensky A, McNeil TF, Morgan VA Barbara Fish and a Short History of the Neurodevelopmental Hypothesis of Schizophrenia // Schizophr Bull. 2017 Oct 21; 43 (6): 1158–1163. doi: 10.1093/schbul/sbx094.jpsychires.2010.09.010.

УДК – 616.89;615.832.9;615.851

**Калинина М.А., Шимонова Г.Н., Козловская Г.В.  
Психическое состояние и вегетативные дисфункции  
у детей раннего возраста с высоким риском  
психических расстройств**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: marina-k-13@yandex.ru*

**Актуальность.** Эндогенные заболевания из круга шизофрении, в свете современных представлений, возникают на фоне уже существующей предрасположенности в форме различных диатезов с наличием ряда неврологических и соматических аномалий (стигм), а также функциональных условно-специфических отклонений в раннем нервно-психическом онтогенезе. В том числе, психические заболевания в раннем детстве могут манифестировать симптомами вегетативной дисфункции (СВД) [Козловская Г.В., 2007, Горюнова А.В., 1995, Северный А.А. и соавт., 1999, Shimonova G.N., Kalinina M.A., 2011].

**Цель исследования:** оценить прогностическое значение вегетативного статуса и синдромов вегетативных нарушений для квалификации психического состояния в динамике, начиная с раннего возраста, у детей из семей с расстройствами шизофренического спектра.

**Материалы и методы.** Динамически наблюдались в течение 10–15 и более лет находились 150 детей (81 мальчик и 69 девочек). Проводилось комплексное клиническое и параклиническое обследование. Для оценки вегетативного статуса использовалась оригинальная скрининг-таблица оценки исходного вегетативного тонуса. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью Statistica 7.

**Результаты и их обсуждение.** Психическое состояние детей наблюдаемой когорты с первого месяца жизни квалифицировалось как шизотипический диатез (ШД), определяемый как клинические проявления геноносительства шизофрении или специфические симптомы преморбида заболевания [Козловская Г.В., 2007] в виде дисрегуляции, дисгармонии, дефицитарности и диссоциации нервно-психических и психофизических функций и их развития, как в структуре отдельной функции, так и системы в целом, и отмечалось во всех сферах – психической (включая эмоциональную, познавательную, поведенческую, моторную), а также неврологической и вегетологической.

Вегетативные нарушения у детей отмечались с первых месяцев жизни, и сохранялись на протяжении первых трех лет жизни: в системе «сон-бодрствование», питания, сердечно-сосудистой, дыхательной системах, кожной гиперчувствительности, метеозависимости – комплексе признаков, складывающихся в смешанную или амфотоническую направленность вегетативного тонуса (отсутствие преобладающего влияния симпатической или парасимпатической направленности тонуса). Особое место занимали вегетативные нарушения в рамках психопатологических расстройств, которые проявлялись паническими реакциями, ночными криками, вычурными нарушениями питания и навыков гигиенической опрятности.

Отмеченные психовегетативные нарушения носили непостоянный характер и были тесно связаны с проявлениями так называемых нелокализованных неврологических знаков (ННЗ), усиливались и сглаживались в зависимости от выраженности психических нарушений. Особенно важным в диагностике психического состояния является изменение вегетативного тонуса с доминированием амфотонии. У детей из ГВР в возрасте 2–3 лет, предвзято изменения психического состояния, менялась направленность вегетативного тонуса: эйтония, ваготония или симпатикотония сменялась на амфотонию или дистонию. Это проявлялось изменениями в сердечно-сосудистой системе, вазомоторными реакциями в виде мраморности кожных покровов, красного стойкого или смешанного дермографизма, гипергидроза стоп и кистей, сенсорной гиперестезии. Ухудшался сон, усиливались расстройства в системе питания. Появлялась регрессивно-кататоническая симптоматика.

При амфотонии у детей отмечались такие поведенческие и эмоциональные нарушения – тревога, страхи, расстройства речевого развития в виде остановок в формировании активной речи. Также нарастание тяжести психопатологических расстройств сочеталось с увеличением степени выраженности нелокализованных неврологических знаков (ННЗ) и свидетельствовало о наличии форпост симптомов психоза на фоне шизотипического диатеза.

К 5 годам когорта разделилась по психическому состоянию на случаи с шизотипическими расстройствами, аутизм и больных шизофренией разной тяжести. В дальнейшем, к 10-15 годам на фоне положительной динамики психических нарушений отмечалось уменьшение выраженности вегетативных расстройств, а также как экстрапирамидной симптоматики, так и мягких неврологических знаков, с сохранением лишь легких глазных симптомов. У отдельных детей психовегетативные феномены трансформировались в соответствующие соматоформные и невротические тревожные и диссоциативные расстройства.

**Выводы.** Таким образом, установлены корреляции динамики вегетативного тонуса (ВТ) с психическим состоянием ребенка. Важную прогностическую значимость имеет амфотоническая направленность вегетативного тонуса. Смена направленности ВТ или нарастание амфотонии наблюдались перед манифестацией психопатологических расстройств. Прогностически неблагоприятными симптомами было появление в первые годы жизни форпост-симптомов психотических нарушений, прослеженных в раннем анамнезе детей с тяжелыми аутистическими расстройствами и шизофренией.

#### **Список литературы**

1. Козловская Г.В. Актуальные проблемы микропсихиатрии. Психиатрия. 2007; 5(29):14-18.

2. Горюнова А.В. Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении (проспективное исследование детей раннего возраста из группы высокого риска по шизофрении): Автореф. дис. д-ра мед. наук, Москва, 1995.- 44 с.

3. Северный А.А., Баландина Т.А., Березницкая В.В., Боровова А.И., Галигузова Л.Н., Галкина Н.С., Киреева И.П., Королева Т.Н., Самохвалова В.И., Солоед К.В., Шимонова Г.Н. Психовегетативные нарушения в раннем детстве (на модели функциональной пароксизмальной тахикардии). Социальная и клиническая психиатрия. 1999;4:54-64.

4. Shimonova G.N., Kalinina M.A. Vegetative status in infants of high-risk for schizophrenia // European Psychiatric. 2011. Vol. 26. Suppl 1. P. 01-303. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72014-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72014-4).

УДК: 616.89-008-053.2

***Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Балакирева Е.Е.***

## **К особенностям социального взаимодействия подростков с заболеваниями шизофренического спектра**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: koval-zaitsev@mail.ru, simashkovanv@mail.ru,  
balakirevalena@yandex.ru*

Нарушения социального взаимодействия – достоверное и последовательное изменение поведения, проявляющееся утратой интересов, бесцельностью, поглощенностью собственными переживаниями, социальным аутизмом. Для подростков общение является одним из важнейших видов деятельности, т.к. для формирования независимой, самостоятельной личности, которое начинается в подростковом возрасте, необходимо обладать высоким уровнем социальной компетентности. Нарушение социального взаимодействия, в той или иной степени, проявляется у больных с заболеваниями шизофренического спектра. Ряд отечественных и зарубежных экспериментальных исследований, прямо или косвенно свидетельствуют о существенном дефиците коммуникативных способностей и умений, обеспечивающих успешное социальное взаимодействие, у подростков больных шизофренией. В структуру социального взаимодействия можно включить обмен информацией между индивидами, эмоциональные реакции на полученную информацию, переработку и возврат ее в виде обратной связи. Для этого необходимо ориентироваться в социальных ситуациях, анализировать эмоциональные реакции других людей, уметь найти адекватный способ взаимодействия с другим человеком. Для понимания особенностей социального взаимодействия у подростков, страдающих эндогенными заболеваниями, было проведено данное исследование.

**Актуальность** обусловлена как частотой возникновения и распространенностью эндогенных психических заболеваний в подростковом возрасте, так и необходимостью разработки персонализированного маршрута психологической реабилитации пациентов, что позволит предоставлять адресную и нацеленную на реальные потребности и возможности больного психологическую помощь.

**Цель исследования** – изучение особенностей нарушения социального взаимодействия подростков с заболеваниями шизофренического спектра.

**Материал исследования.** Исследование было проведено на базе отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ (заведующая отделом д.м.н.,

профессор Н.В.Симашкова). В экспериментальную группу вошли 39 подростков 12–14 лет, 26 мальчиков и 13 девочек (средний возраст – 12,7 лет), учеников общеобразовательных школ, проходящих стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ и имеющих диагнозы: шизотипического расстройства (F21.3, F21.4, F 21.8) и шизофрении (F20.8). Контрольную группу составили 37 здоровых подростков от 12 до 14 лет, 25 мальчиков и 12 девочек (средний возраст – 12,8 лет) учащиеся средних общеобразовательных школ из нормативной базы данных.

**Методы исследования:** клинический и патопсихологический (опросник социальных навыков А.Гольдштейна, методика Рене Жиля, методика ТОМ (Theory of Mind Picture Stories Task).

**Результаты и их обсуждение.** Оказалось, что существует взаимосвязь между некоторыми составляющими социального взаимодействия, как у здоровых подростков, так и у подростков, имеющих эндогенную психическую патологию. Присутствуют значимые различия по таким составляющим социального взаимодействия как «отношение к другу/подруге» ( $U = 120, 0,01 \leq p \leq 0,05$ , критерий Манна-Уитни), «стремление к общению в группе сверстников» ( $U = 160, 0,01 \leq p \leq 0,05$ ), «оценка собственных социальных навыков» ( $U = 187, 0,01 \leq p \leq 0,05$ ), «уровень развития теорий сознания» ( $U = 141, 0,01 \leq p \leq 0,05$ ). Эти данные иллюстрируют положение о том, что одним из основных симптомов заболеваний шизофренического спектра является социальная непродуктивность и отгороженность. Существуют значимые различия по ряду составляющих социального взаимодействия у подростков, имеющих различные диагнозы. Анализ показал, что уровень развития теорий сознания (ТОМ) у больных с шизофренией (F 20.8) значимо ниже, чем у больных с шизотипическими расстройствами (F 21.3, F 21.4 и F 21.8) ( $U = 1, 0,01 \leq p \leq 0,05$ ). Эти результаты подтверждают данные, описанные Martin Brune & Ute Brune-Cohrs (2005) о том, что нарушение развития модели психического зависит от тяжести, прогрессивности течения заболевания и от возраста начала заболевания. Уровень развития социальных навыков также зависит от давности заболевания. Существуют достоверные различия по уровню развития теорий сознания у подростков, заболевших в возрасте до 7 лет и подростков, заболевших после 7 лет ( $U = 36,5, 0,01 \leq p \leq 0,05$ ). Были выявлены особенности и нарушения социальных навыков в целом у подростков с шизофренией и шизотипическими расстройствами, по сравнению со здоровыми сверстниками.

**Заключение.** Подводя итоги данного исследования, необходимо еще раз отметить особую значимость подросткового возраста в продолжении формирования психосоциального развития человека. Это находит свое отражение как в активном физиологическом развитии, происходящем в этот

период, так и в психологических, социальных изменениях человека. Именно в этот период жизни межличностное общение становится одним из важнейших видов деятельности человека, которая делает возможным продуктивное функционирование человека в обществе.

Наличие у подростка эндогенного психического заболевания в той или иной степени является причиной нарушения межличностного взаимодействия, дезадаптации.

Исследование показало, что существуют значимые различия между уровнем социальной адаптации у здоровых подростков и подростков с заболеваниями шизофренического спектра. Такие подростки не испытывают большой потребности в наличии близких друзей, не стремятся к общению со сверстниками. Так же исследование выявило, что степень нарушения социального взаимодействия зависит от возраста начала заболевания и тяжести его течения. Своевременно начатая абилитация, нацеленная на поддержание социальных способностей, позволяет адаптироваться среди сверстников подросткам с эндогенной психической патологией.

УДК 616.89-02-053:084

***Козловская Г.В., Калинина М.А., Кремнева Л.Ф.,  
Иванов М.В., Шимонова Г.Н.***

### **Основные научно-практические положения психиатрической помощи детям раннего возраста**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: kozgalina17@mail.ru*

В последние несколько десятилетий активно развивается микропсихиатрия – раздел возрастной психиатрии, занимающийся изучением психического здоровья детей в период младенчества (от рождения до года), раннего (до 3 лет) и младшего дошкольного (до 5 лет включительно) возраста, обобщенно – раннем возрасте. Объективный рост распространенности психических нарушений в населении всех возрастов диктует необходимость поиска новых подходов психиатрической помощи, начиная с ранних детских лет. Задачей специалистов, работающих в этой области, является выявление, нозологическое определение, лечение и профилактика психической патологии [Козловская Г.В., 2018].

Особую важность данное направление имеет в ранний период жизни человека, так как именно в этом возрасте возможно наибольшее вмешательство в психический дизонтогенез и своевременная его коррекция.

Многолетний опыт психиатрической работы в этой области (более 30 лет) и объёмный клинический материал (более 10 тыс. наблюдений) позволяют сформулировать некоторые основные положения ранней психиатрической помощи.

Первое – психотерапевтическая направленность помощи. Обязательным ее условием является работа с семьей ребенка (родителями и прародителями). Обследование психического статуса и развития ребенка должно происходить в присутствии и с согласия родных, с разъяснением сути наблюдаемых отклонений. Использование разнообразного психодиагностического инструментария, анкет для родителей позволяет выявить особенности структуры психического развития ребенка. Сюда же входит психологическое обследование состояния детско-родительских отношений (диады «мать-дитя» и триады «мать-дитя-отец»), с последующим определением плана психокоррекционной и психотерапевтической работы с участием всех членов семьи [Кремнева Л.Ф. с соавт., 2017].

Второе – работа психиатра в единстве с неврологом, поскольку ранняя психопатология проявляется в неразрывной связи этих двух дисциплин. Существует неврологическая основа, на базе которой развиваются психические нарушения – это вегетативные дисфункции, нелокализованные (мягкие) нестатические неврологические стигмы, как предикторы возможных психических расстройств, наряду с рудиментарными резидуальными церебрально-органическими и процессуальными нарушениями, в сочетании с эмоциональными, психомоторными, инстинктивными и другими отклонениями представляют собой единую психоневрологическую общность [Шимонова Г.Н. с соавт., 2018 и др.].

Третье – профилактическая направленность ранней помощи, как одна из основных её задач. Реальность ранней профилактической интервенции обуславливается выявлением отклонений психического развития на доозологическом уровне (на уровне состояний риска или “pathos” по А.В. Снежневскому) или на начальных этапах патологии. Последнее позволяет своевременно начать психопрофилактику, в том числе, как наиболее эффективную – первичную [Иванов М.В. с соавт., 2014].

Четвертое – раннее начало абилитационных и реабилитационных (коррекционных) воздействий с помощью психологических, педагогических (дефектологических и логопедических) методических подходов. Необходимо активное привлечение к коррекционной работе родителей ребенка, обучение их взаимодействию с ребенком, простым приемам коррекции особенностей поведения ребенка в повседневной жизни.



Пятое – некоторые целесообразные правила ранних лечебно-профилактических мероприятий для детей первых лет жизни с психическими нарушениями:

– проведение общеукрепляющего лечения и гармонизация быта ребенка (витаминотерапия, нормализация питания, сна, досуга, общения);

– лечебно-оздоровительная программа (физиотерапия, физкультурно-спортивные занятия, бассейн);

– лечебное (медикаментозное) воздействие целесообразно проводить в виде длительной терапии малыми дозами препаратов, либо курсов с небольшими перерывами в приеме средств. Последнее обеспечивает возможность быстрой отмены приема препаратов при подозрении о начавшихся осложнениях;

– в лечении целесообразно сочетание стимулирующих медикаментов с седативными средствами, применение разрешенных нейрорептиков, антидепрессантов также в малых терапевтических дозах [Козловская Г.В. с соавт., 2009].

Перечисленные наиболее важные положения в организации специализированной психиатрической помощи детям раннего возраста с психическими нарушениями, могут быть рекомендованы для амбулаторной практики в виде кабинетов ранней помощи (раннего возраста) в условиях работы психо-неврологического диспансера, педиатрической поликлиники. Опыт работы таких кабинетов имеется в ряде городов России (Тверь, Челябинск, Московская область, Москва) и показал их большую востребованность и эффективность.

### **Список литературы**

1. Иванов М.В., Козловская Г.В. Концептуальные идеи А.В. Снежневского и психопрофилактика в раннем детском возрасте // Психиатрия. 2014. № 3 (63). С. 18-20.

2. Козловская Г.В. Психиатрия раннего возраста: клинические аспекты, профилактика, организация помощи, перспективы // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков. Сб. мат. Всерос. науч.-практ. конф. с междуна. участием, посвященная 100-летию со дня рождения проф. М.Ш. Вроно. Под ред. Н.В. Симашковой. 2018. С. 53–66.

3. Козловская Г.В., Калинина М.А., Проселкова М.Е., Голубева Н.И. Психофармакология в микропсихиатрии // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2009. № 3. С. 106–108.

4. Кремнева Л.Ф., Козловская Г.В., Иванов М.В. К вопросу об антенатальной и ранней постнатальной психопрофилактике (основные положения)

// Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. Т.17. № S2. С. 127–129.

5. Шимонова Г.Н., Козловская Г.В., Калинина М.А. Вегетативный статус и его особенности у детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18. № 3. С. 4–14.

УДК 616.89

***Кравченко Н.Е., Мазаева Н.А.***

### **Гендерный фактор в подростковой психиатрии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: kravchenkone@mail.ru*

В сравнении с другими клиническими дисциплинами психиатрия наиболее чувствительна к воздействию социокультурной реальности, под влиянием которой постепенно изменяются представления о критериях психического здоровья, личностных характеристиках, особенностях реагирования на стресс. Само содержание понятия «психическая норма» трактуется в зависимости от конкретно-исторического контекста [Соловьева С.Л., 2015]. Психологические исследования также подтверждают участие культуральных и социально-экономических изменений в обществе в формировании устойчивых личностных черт [Урываев В.А., 2017], несвойственных прежним поколениям. Одним из феноменов современности является «размывание» гендерных границ. Гендерный сдвиг прослеживается как в становлении характерологических особенностей (тенденция к феминизации мальчиков и маскулинизации девочек) [Флотская Н.Ю., 2004], так и в тенденциях развития психической патологии. При исследовании патоморфоза манифестных шизофренических психозов у девушек за последние 40 лет Н.А. Мазаева, Р.Е. Соколов (2010) выявили сдвиги к более благоприятному течению и лучшему социальному прогнозу, вероятно, обусловленные изменением социальной роли женщины в современном обществе. Акселерация, раннее вовлечение девушек – подростков в более взрослые виды социальной активности, по-видимому, способствуют совершенствованию защитно-компенсаторных механизмов.

**Цель работы:** проанализировать некоторые тенденции в динамике гендерных соотношений при психической патологии подросткового возраста.

**Материал исследования:** а) подростковый контингент (возраст 15–17 лет) одного из районных ПНД г. Москвы; б) данные зарубежных

публикаций по изучаемой проблеме. Основной метод исследования – клинико-психопатологический.

**Результаты.** Одной из устойчивых характеристик контингента подросткового кабинета остается заметное превалирование лиц мужского пола. Нервная анорексия (НА) – одно из немногих расстройств, поражающих преимущественно девушек. Приводившиеся в 80-х годах прошлого столетия в зарубежных публикациях гендерные соотношения колебались в диапазоне от 15:1 до 6:1 в пользу женщин. В последние десятилетия эта пропорция снизилась от 9:1 до 6:1, а согласно некоторым авторам до 2:1. J.M.Nagata и соавт. (2017) отмечают, что на 6 девочек, больных НА приходится 1 мальчик. В 10-м издании американского Руководства по психиатрии 2017 года под редакцией Kaplan Sadocks указывается, что НА у мальчиков и у мужчин встречается гораздо чаще, чем считалось раньше, но она реже выявляется из-за их редкой обращаемости. Можно полагать, что не последнюю роль в такой динамике гендерных соотношений имеет изменение роли женщины в социуме, эмансипация с предоставлением равных возможностей с мужчинами для самоутверждения и карьерного роста, не прибегая к похудению. В то же время юноши, подверженные процессу феминизации, утрачивая свои ролевые функции, начинают концентрироваться на культе «красивого» тела как способе достижения социальных притязаний. Появление у юношей не свойственных ранее мужчинам системы ценностных ориентаций при запаздывании психологической зрелости и сексуальной самоидентичности облегчает формирование расстройств пищевого поведения. Выдвинутое предположение могло бы найти свое подтверждение в снижении гендерной пропорции при НА в социально ориентированных странах, где женщины фактически уравниваются с мужчинами в правах или главенствуют во многих областях общественно-политической жизни.

При общем значительном преобладании юношей в подростковом контингенте ПНД гендерные соотношения нозологически зависимы. При умственной отсталости юноши преобладают в полтора-два раза (1,4–2:1) при органической патологии – более чем в 10 раз. Среди лиц с невротическими и связанными со стрессом расстройствами отмечается незначительный перевес девушек (0,7–0,9:1). Среди больных аффективными расстройствами девушки преобладают в 3 раза. Напротив, страдающих разными формами шизофрении подростков-юношей примерно в 3,5–2,5 раза больше чем девушек, хотя в последние годы намечается некоторое сглаживание этих различий (до 2,4:1). Гендерный сдвиг можно наблюдать и в особенностях некоторых клинических проявлений. В частности, типичные для лиц мужского пола депрессии с нарушениями поведения, теперь не редки и у девушек: отмечаемая ранее пропорция 1:6, сменилась на они и 1:3. Поведенческие

стереотипы, характерные для девушек, можно наблюдать у подростков мужского пола (озабоченность физической красотой, ношение украшений).

**Выводы.** Работы, посвященные гендерным аспектам психических болезней у подростков единичны, хотя они и представляются важными для построения прогноза и понимания возможного влияния гендера / пола на клиническую картину болезни. Проведенное исследование выявило в популяции подростков с психическими нарушениями ассоциированные с социокультурными влияниями (хотя не только с ними) тенденции, касающиеся видоизменения клинических проявлений психической патологии.

#### **Список литературы**

1. Соловьева С.Л. Психическая норма в медицинской психологии. Современные представления о психической норме и патологии: психологический, клинический и социальный аспекты /Отв.ред. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2015, с. 22–29.

2. Урываев В.А. Российская молодежь в эпоху трансформации общества: поколение ХР и поколения X, Y, Z // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 5 (46) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 26.03.2019).

3. Флотская Н.Ю. Онтогенез половой идентичности: монография. – Архангельск 2004.

4. Мазаева Н.А., Соколов Р.Е. Патоморфоз манифестных шизофренических психозов у девочек-подростков. Психиатрия, 2010; № 2:5–15.

5. Nagata J.M., Golden N.H., Peebles R. et al. Assessment of sex differences in body composition among adolescents with anorexia nervosa. J Adolescent Health 2017; 60 (4): 455–459. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.005>

УДК 616.89-008.431

**Куликов А.В.**

### **Кататонические и кататонно-регрессивные расстройства при детском процессуальном аутизме**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: [tstakul@mail.ru](mailto:tstakul@mail.ru)*

**Актуальность** изучения кататонических и кататонно-регрессивных расстройств (КиКРР) при детском процессуальном аутизме (ДПА) определяется тем, что они являются показателем большей тяжести психического состояния [А.С. Тиганов, 1999]. При этом речь либо останавливается в развитии, либо происходит регресс, когда по мере утяжеления состояния дети всё

меньше пользуются речью, пока некоторые вообще не замолкают, утрачивается коммуникативная функция речи [Башина В.М., Симашкова Н.В., 2004]. Знание феноменологии, навык видеть и определять КиКРР играют большую роль в проведении дифференциальной диагностики ДПА от задержек развития различного генеза, от гиперкинетического синдрома и импульсивности в рамках СДВГ, что имеет большое значение, так как своевременная диагностика аутизма и начало лечебной и коррекционно-педагогической работы снижает риски формирования тяжелых нарушений психического развития и инвалидизации пациентов.

**Целью** нашего исследования было изучение феноменологии КиКРР при ДПА, их связи с иными продуктивными и негативными нарушениями.

**Материал и методы.** В исследование включено 60 больных от 2-х лет до 6 лет 11 месяцев (50 (83 %) мальчиков, 10 (17 %) девочек) с наличием в клинической картине ДПА (F 84.02 в соответствии с МКБ-10) расстройств кататонического и кататоно-регрессивного генеза, проходивших лечение в ФГБНУ НЦПЗ. Методы: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический.

**Результаты.** Наиболее часто (63 %, N=38) у больных выявлялось сочетание кататонических и психопатоподобных расстройств. Реже (18 %, N=11) выявлялись аффективные нарушения. В 12 % (N=7) случаев клиническую картину можно было расценить как полиморфную, при этом чаще сочетались кататонические, психопатоподобные и аффективные нарушения. У 67 % (N=40) пациентов был определен когнитивный дизонтогенез с задержкой формирования психических функций и речи, в 33 % (N=20) случаях отмечался когнитивный дефицит с грубым недоразвитием речи, мышления, внимания, памяти, познавательной активности, мотивационно-волевой, эмоциональной и коммуникативной сфер.

**Кататонические и кататоно-регрессивные расстройства.** При проведении феноменологического изучения КиКРР для упорядочивания наблюдений в связи с полиморфностью симптоматики группы симптомов были разделены «по этажам» на 7 групп [Куликов А.В., 2018].

1. **«Общие».** У большинства (88 %, N=53) пациентов отмечалась избыточная однообразная двигательная активность (гиперкинезия). Кружения выявлялись в 55 % (N=33), бег/ходьба взад-вперед/по кругу в 53 % (N=32) случаях. Выраженная импульсивность присутствовала у 37 % (N=22) пациентов. Эпизоды мышечного напряжения отмечались в 30 % (N=18) случаев, стремление забираться повыше, бруксизм, беспричинный смех – по 18 % (по 11 случаев) пациентов. Отчетливая манерность, заметное увеличение двигательной активности в вечерние часы – по 10 % (по 6 случаев) пациентов.

2. **«Негативизм/контакт – визуальный, вербальный, тактильный».**

Негативизм в разной степени выраженности выявлялся у всех больных, при этом лишь в 7 % (N=4) случаев был выражен незначительно. Визуальный контакт в 52 % (N=31) случаев определялся как сниженный, непродолжительный, в 20 % (N=12) как мимолетный. Реакция на обращение в 65 % (N=39) случаев была сниженной, выборочной. Тактильный контакт у половины (50 %, N=30) больных был непродолжительным, в 15 % (N=9) случаев больные активно избегали тактильный контакт.

3. **«Мимика».** В 73 % случаев (N=44) выявлялась гипомимия, в 55 % (N=33) отмечались гримасы, в 15 % (N=9) тики в лицевой мускулатуре, в 5 % (N=3) случаев имела место хоботковая мимика.

4. **«Тело/голова».** Яктации отмечались у 8 % (N=5), а мотание головой у 7 % (N=4) пациентов.

5. **«Верхние конечности».** Атетоз отмечался в 58 % (N=35) случаев, взмахи руками в 47 % (N=28) случаев, потряхивания руками, предметами у 42 % (N=25) больных. Кручения кистями присутствовали у 18 % (N=11) пациентов, постукивание по поверхностям у 15 % (N=9), а похлопывание у 8 % (N=5) больных. Закладывание, скрещивание пальцев отмечалось у 7 % (N=4) больных, перебирание пальцев и похлопывание кистями друг о друга – по 5 % (по 3 случая) пациентов.

6. **«Нижние конечности».** Периодическое привставание на цыпочки выявлялось у 57 % (N=34) больных. В 52 % (N=31) случаев отмечались стереотипные прыжки. Перетаптывания выявлены у 15 % (N=9), частая цыпочковая ходьба у 8 % (N=5), подъём на «высокие» цыпочки у 7 % (N=4), опора при ходьбе на переднюю часть стопы у 5 % (N=3) пациентов.

7. **«Речь».** Помимо разного уровня выраженности недоразвития речи, присущей ей в ряде случаев манерности, скандированности, вербигераций, в 50 % (N=30) случаев отмечалось редкое пользование речью, а эхолалии у 28 % (N=17) пациентов. «Птичья» эгоцентрическая речь выявлена в 23 % (N=14), выкрики отдельных звуков в 22 % (N=13) случаях.

**Выводы.** Таким образом, в обследованной группе больных кататонические и кататоно-регрессивные расстройства, имеющие значительный полиморфный характер, в двух третях случаев сочетались с психопатоподобными расстройствами, а так же с когнитивным дизонтогенезом в виде задержки и неравномерного формирования психо-речевых функций, а в трети случаев с когнитивным дефицитом с грубым недоразвитием психо-речевой сферы.

Среди КиКРР наиболее часто (более чем в половине случаев) выявлялись негативизм, преимущественно в виде дефицита вербального и визуального контакта, речевые расстройства, гиперкинезия, кружения,

бег/ходьба взад-вперед/по кругу, гипомимия, гримасы, привставание на цыпочки, стереотипные прыжки, стереотипные движения, как в нижних, так и в верхних конечностях, при этом последние – самые разнообразные из всех стереотипных психомоторных расстройств кататонического генеза. Речевое развитие, являющееся в норме средством коммуникации и основой интеллектуального развития, страдало у всех пациентов, что обуславливало тяжесть состояния пациентов, выраженные трудности обучаемости.

### **Список литературы**

1. Руководство по психиатрии. Т.1/Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – С. 54.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В. В кн.: Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста: 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2004. – С. 390.
3. Куликов А.В. Кататонические расстройства при аутизме процессуального генеза // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков / Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения профессора М.Ш.Вроно (16 февраля 2018, г. Москва).– М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2018. – С. 149–151.

УДК 612.822.3+616.895.4

*Левченко Н.С., Дамянович Е.В., Олейчик И.В., Изнак А.Ф.*

### **Особенности пространственной организации ЭЭГ у пациентов подростково-юношеского возраста с несуицидальным самоповреждающим поведением**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: levchenko.psy@mail.com*

**Актуальность** проблемы определяется малой изученностью нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе несуицидального самоповреждающего поведения (НССП). Показанная ранее эффективность количественной ЭЭГ для объективной оценки функционального состояния головного мозга у пациентов с эндогенными депрессиями [Изнак А.Ф. и др., 2015] дает возможность ее использования в поиске возможных нейрофизиологических маркеров НССП.

**Целью** исследования был поиск особенностей пространственной организации деятельности мозга по данным анализа спектральной мощности

ЭЭГ у пациенток подростково-юношеского возраста с несуицидальным самоповреждающим поведением.

**Материал и методы.** В клинико-нейрофизиологическое исследование было включено 40 пациенток с эндогенными депрессиями различной нозологической принадлежности, протекающими с картиной аутоагрессивного поведения (F31-34 и F21+F31-34, согласно критериям МКБ-10). Возраст больных на момент поступления в стационар соответствовал 16–25 годам (средний возраст  $18,9 \pm 2,9$  лет). Степень выраженности депрессии определяли с помощью оценочной шкалы Гамильтона (HDRS).

Для оценки функционального состояния головного мозга всем пациенткам до начала курса терапии проводилась многоканальная (16 каналов) регистрация фоновой ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ» и компьютерной программы «BrainSys» [Митрофанов А.А., 2005]. Анализ спектральной мощности ЭЭГ (на не менее 30-ти 4-секундных эпохах) проводился в 8-ми узких частотных поддиапазонах (дельта – 2–4 Гц, тета1 – 4–6 Гц, тета2 – 6–8 Гц, альфа1 – 8–9 Гц, альфа2 – 9–11 Гц, альфа3 – 11–13 Гц, бета1 – 13–20 Гц и бета2 – 20–30 Гц) с представлением усредненных по группам результатов в виде топографических карт.

**Результаты и их обсуждение.** Среднее по группе значение суммы баллов по шкале Гамильтона составило  $27 \pm 7,5$ .

Анализ усредненных топографических карт спектральной мощности 8-ми частотных поддиапазонов ЭЭГ показал доминирование среднечастотного альфа2-компонента (9–11 Гц) высокой мощности по всем областям с наибольшей степенью выраженности в теменно-затылочных отведениях, несколько меньшей выраженностью в центральных отведениях и более слабой представленностью в лобно-височных отведениях (уровень спектральной мощности в височных отведениях имел левополушарный акцент). Кроме того, в теменно-затылочных отведениях был отчетливо выражен высокочастотный компонент альфа3 (11–13 Гц), по уровню мощности сопоставимый с выраженностью среднечастотного альфа2-компонента в этих областях. Низкочастотный альфа1-компонент (8–9 Гц) был выражен существенно слабее и представлен в теменно-затылочных областях с фокусом в левом затылочном отведении.

Большая выраженность альфа3-ритма и слабая выраженность альфа1-ритма в теменно-затылочных областях свидетельствует о повышенной активации задних сенсорно-ассоциативных областей коры, а наличие асимметрии альфа2-ритма в височных областях, за счет меньшей его выраженности в правом полушарии, указывает на повышенную активацию височных областей правого полушария.



Высокочастотные ритмы были представлены бета1-составляющей (13-20 Гц) в центрально-теменно-затылочных отведениях.

Низкочастотный дельта-компонент ЭЭГ (2.0-4.0 Гц) был слабо выражен, при этом в лобно-передневисочных областях имел незначительный левосторонний акцент.

Низкочастотный компонент тета1 локализовался преимущественно в центрально-теменных сагиттальных областях, компонент тета2 имел более широкое распространение: центрально-теменно-затылочные и левая лобная области с 2-мя неярко выраженными фокусами в левом затылочном отведении и в центрально-теменных сагиттальных отведениях. При этом в височных областях, несмотря на слабую выраженность обоих компонентов, имелся незначительный левосторонний акцент.

Наличие фокуса более медленного компонента альфа1 и низкочастотного компонента тета2 в левом затылочном отведении отражает процесс активации правого полушария.

Пространственное распределение низкочастотных компонентов в лобно-височных областях свидетельствует о снижении функционального состояния коры левой лобной области, отвечающей за волевую контроль, и более высокий уровень активации правых височных областей, связанных с формированием отрицательных эмоций.

Кроме того, отличительной особенностью ЭЭГ пациенток исследуемой группы была регистрация билатерально-синхронных вспышек активности преимущественно тета-диапазона, превышающей по амплитуде уровень фона, имеющих диэнцефальное происхождение, и отражающих повышенную возбудимость этих структур на фоне слабости тормозных влияний лобных областей коры, что может приводить к импульсивности поступков.

Таким образом, особенности амплитудно-частотных и пространственных характеристик ЭЭГ, отражающие повышенную активацию правых височных областей и повышенную возбудимость диэнцефальных структур головного мозга в условиях снижения функционального состояния коры левой лобной области, могут быть нейрофизиологическими маркерами импульсивного поведения пациенток с НССП под влиянием отрицательных эмоций на фоне дефицита волевого контроля.

#### **Список литературы**

1. Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Дамянович Е.В., Олейчик И.В., Бологов П.В., Казачинская И.И., Медведева Т.И. Транскраниальная магнитная стимуляция в комплексной терапии фармакорезистентной депрессии: динамика клинических, психологических и ЭЭГ показателей // Физиология человека 2015. Т.41. №5. С. 57–65.

2. Митрофанов А.А. Компьютерная система анализа и топографическо-го картирования электрической активности мозга с нейрометрическим банком ЭЭГ-данных (описание и применение). – М. – 2005. – 63 с.

УДК 616.89-008.434

*Леонова А.В., Раева Т.В.*

### **Особенности нервно-психической сферы у детей раннего возраста с задержкой речевого развития**

*ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет»  
г. Тюмень, Тюменская область, Россия  
e-mail: a.v.kononova@gmail.com*

**Актуальность.** Задержка речевого развития (ЗРР) является состоянием, которое характеризуется отставленным приобретением звуков речи ребенком в возрасте до трех лет [Деягин В.М., 2013]. Распространенность нарушения составляет по данным разных авторов от 4 до 25 %, при этом у мальчиков частота встречаемости в 2–3 раза выше, чем у девочек [Ларькина Е.В., 2013; Гореленкова Н.В., 2016].

Сложность строения и близкое расположение важных структур мозга, а так же внешние воздействия психосоциального характера обуславливают частое сопровождение ЗРР у ребенка другими нарушениями. В первые месяцы и годы жизни большое внимание уделяется освоению двигательных функций, а так же когнитивной сфере. При этом эмоциональные и поведенческие проблемы, сопутствующие ЗРР, зачастую отходят на второй план. Однако расстройства настроения, повышенный уровень беспокойства и тревожности еще больше усугубляют дезадаптацию ребенка и осложняют реабилитационный процесс [Wadman R. et al., 2011].

**Цель.** Оценить нервно-психическое, моторное развитие и поведенческие особенности детей с ЗРР.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе центра патологии речи и нейрореабилитации Областной клинической психиатрической больницы города Тюмени. Обследованы 50 детей, среди которых 70 % мальчиков (n=35), остальные девочки (n=15). Средний возраст составил 26,9±5,5 месяцев. 32 % посещали детское дошкольное учреждение (n=16). Количество городских жителей было 54 %. В полной семье воспитывались 90 % детей. Отягощенность по психическим заболеваниям не была обнаружена, у 14 % детей отмечалось наличие речевой патологии среди ближайших родственников (n=7).

Все дети были обследованы с использованием шкалы развития Bayley, представляющей высоковалидный и стандартизированный метод оценки нервно-психического, моторного развития и поведенческих особенностей детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет.

**Результаты и обсуждения.** На основании полученных данных был определен индекс психического развития (ИПР), который соответствовал пределам нормы (ИПР=85-114) в 88 % (n=44). В остальных 12 % (n=6) результат квалифицировался как «отставание в развитии» (ИПР=70-84). При этом самым низким оказался ИПР равный 77 баллам, самым высоким – 98 баллам. Средний показатель возраста по уровню психического развития составил 25 месяцев. У всех обследованных были не выполнены задания, касающиеся экспрессивной речи («адекватно использует слова», «высказывается о происходящем» и т.д.) (100 %). Задания на импрессивную речь («указывает на картинки», «демонстрирует понимание сказанного» и т.д.) не вызывали затруднения у большинства детей (80 %). Остальные 20 % (n=10) испытывали трудности в выполнении отдельных заданий, но с аналогичными справлялись в полной мере.

Индекс психомоторного развития (ИПМР) в пределах нормы был рассчитан у 96 % обследованных (n=48). 2 ребенка получили баллы, указывающие на их отставание по данной шкале. Средний возраст по уровню психомоторного развития соответствовал 24,7 месяцам.

В возрасте от 18 до 23 месяцев невыполненными были задания, оценивающие уровень развития как крупной («поднимается/спускается по лестнице», «подпрыгивает обеими ногами» и т.д.) (38 %), так и мелкой моторики (46 %). В возрасте от 24 до 36 месяцев у детей вызывали трудности задания с мелкими предметами («нанизывает кубики на шнурок», «застегивает и расстегивает пуговицы») (52 %).

По данным исследования Герасименко Ю.В. (2015) более чем у 50 % детей третьего года жизни из группы с задержанным развитием речи наблюдается низкий уровень моторного развития. Из них около 70 % детей с более поздним освоением речи имеют низкий уровень сформированности мелкой моторики.

По шкале поведения 92 % детей с ЗРР получили баллы, соответствующие нормальному развитию (n=46), остальные 8 % (n=4) имели пограничные с нормой результаты.

По группе «ориентация/вовлеченность» 32 % обследованных детей (n=16) получили результат на границе с нормой. Наиболее низкие баллы были за положения, касающиеся лабильного бодрствования (81 %), нестойчивости при выполнении заданий (56 %) и отсутствия энтузиазма в отношении заданий (50 %).

«Эмоциональная уравновешенность» была оценена в пределах нормы у 76 % детей. Остальные 24 % (n=12) получили более низкий результат. Наиболее часто меньшие баллы по группе обусловлены сниженным вниманием к заданиям (91,7 %), низкому приспособлению к смене стимулов (83,3 %) и гиперактивности (58,3 %).

«Моторные функции» получили пограничный с нормой результат у 20 % обследованных детей (n=10). Здесь минимальные показатели были в вопросах контроля над движениями (80 %), замедленных и запоздалых движениях (50 %). У двоих детей (20 %) отмечался гипотонус, и у двоих (20 %) гипертонус.

**Выводы.** Все обследованные дети раннего возраста с ЗРР имели различный уровень психического, моторного и поведенческого развития. В сфере психического развития больше всего страдала экспрессивная речь, при этом уровень рецептивной соответствовал норме во всех случаях. Уровень моторного развития у обследованных детей был снижен преимущественно за счет затруднения в выполнении заданий на мелкую моторику, у детей в возрасте до двух лет сложности так же возникали в заданиях на крупную моторику. Результаты показали более низкое психомоторное развитие, по сравнению с психическим, что говорит о невысоком уровне физического развития детей. В поведенческой сфере основные нарушения были обусловлены неловкостью и неуклюжестью, снижением внимания к внешним стимулам, а так же постоянной неусидчивостью, беспокойством и гиперактивностью.

Не смотря на то, что особое внимание родителей детей с ЗРР направлено на речевые проблемы, специалистам следует обращать внимание на все сферы психической деятельности ребенка и комплексно подходить к коррекции имеющихся нарушений.

УДК 616.89-02-053

*Лусс Л.А.*

### **Теоретические и клинические аспекты психопатоподобных расстройств при шизофрении и шизотипических расстройствах в детско-подростковом возрасте**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: l.luss66@rambler.ru*

**Актуальность.** Психопатоподобные расстройства в детско-подростковом возрасте характеризуются большой распространенностью, выраженными возрастными особенностями и высоким уровнем социальной

дезадаптации пациентов. Проблема психопатоподобных расстройств у детей и подростков, несмотря на достаточно длительное и широкое освещение в отечественной и зарубежной литературе (Г.Е. Сухарева, М.Ш. Вроно, В.В. Ковалев, Ю.С. Шевченко), остается одной из значимых в разных аспектах, включающих психопатологическое, нозологическое, клинико-биологическое, клинико-динамическое и социальное направления. В патогенезе психопатоподобного синдрома существенную роль играют явления психического дизонтогенеза задержанного и диссоциированного типов, психического инфантилизма наряду с повреждением формирующейся личности при шизофрении, шизотипическом расстройстве и детском аутизме.

По данным литературы, типология психопатоподобных расстройств в детском возрасте разнородна и строится либо на клиническом принципе нарушений в эмоционально-волевой и инстинктивной сферах (составляющих основу характера человека), либо на принципе классификации расстройств личности (психопатий). Соответственно, выделялись варианты с синдромом повышенной аффективной возбудимости, синдромом психической неустойчивости, синдромом с преобладанием патологических влечений и полиморфный психопатоподобный синдром (Большаков А.Г.). При психопатоподобной шизофрении у подростков выделялись синдром нарастающей шизоидизации, синдром неустойчивого поведения, эпилептоидный синдром, истероидный синдром (А.Е. Личко).

**Цель исследования.** Уточнить клинические особенности психопатоподобных нарушений при шизофрении и шизотипических расстройствах у детей и подростков.

**Материал и методы.** Всего было обследовано 29 больных шизофренией и шизотипическим расстройством в возрасте от 7 до 15 лет с наличием в клинической картине психопатоподобных расстройств. Методами исследования являлись клинико – психопатологический, патопсихологический, нейрофизиологический.

**Результаты и обсуждение.** Психопатоподобные расстройства у всех обследованных больных включали в себя аффективную возбудимость – вспыльчивость, конфликтность с окружающими, агрессию и аутоагрессию, психическую неустойчивость с тягой к праздным развлечениям, уклонением от учебы и домашних обязанностей, прогулами и расстройства влечений.

У больных шизотипическим расстройством психопатоподобные нарушения возникали как в начале манифестации заболевания и являлись сквозным синдромом на протяжении болезни, так и появлялись вслед за проявлениями гиперактивности и неврозоподобными состояниями. Течение заболевания носит непрерывно вялый характер, а негативные нарушения у данных больных были неглубокими.

Среди больных детской шизофренией психопатоподобные расстройства возникали спустя 1–2 года от начала манифестации кататонических и полиморфных приступов, на выходе из психотического состояния. Негативная симптоматика была выраженной, сопровождаясь когнитивным дефицитом. Психопатоподобные расстройства обнаруживались в доманифестном периоде, сохранялись при дебюте заболевания и не звучали на высоте психозов. У части больных психопатоподобные расстройства появлялись исключительно в ремиссии перенесенного психотического состояния.

**Заключение.** Таким образом, психопатоподобные расстройства при шизотипическом расстройстве и шизофрении характеризуются выраженным полиморфизмом проявлений. При шизотипических расстройствах они могут выступать в качестве ведущего и единственного синдрома в клинической картине или обнаруживать коморбидность с невротическими, сверхценными, аффективными и паранояльными расстройствами. При детской и подростковой шизофрении психопатоподобные расстройства возникают на выходе из психотического состояния. При подростковой шизофрении они могут наблюдаться и в дебюте заболевания. Прослеживалась взаимосвязь между психопатоподобными расстройствами с преобладанием патологических влечений и негативными эмоционально-волевыми нарушениями.

УДК: 616.89-008-053

*Малинина Е.В., Пирогова М.Ю.*

### **Клинико-нейрофизиологические маркеры психического дизонтогенеза в детском возрасте**

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, РФ  
e-mail: malinina.e@rambler.ru*

**Актуальность.** В литературе были описаны случаи появления различных психических расстройств (снижение школьной успеваемости, синдром гиперактивности с дефицитом внимания, нарушения поведения, заикание, дислексия, энурез) у детей без эпилептических приступов, но с наличием персистирующей эпилептиформной активности. Так, появилась концепция «эпилепсия без эпилептических приступов» [Tassinari С.А., с соавт., 2000]. На этой основе была сформулирована концепция «синдрома детской когнитивной дезинтеграции» [Gobbi, 2002], суть которой заключается в сочетании эпилептиформной активности (чаще типа доброкачественного эпилептиформного паттерна детства-ДЭПД) с различными психическими

и неврологическими нарушениями. До настоящего времени не уточнена природа данного феномена и не определена его специфичность в плане характера расстройств, во многих случаях в ее основе лежат дезинтегративные механизмы (патология развития) – «врожденной» нарушение процессов созревания мозга [Doose&Baier, 1989]. По мнению К.Ю. Мухина (2011) появление на ЭЭГ ДЭПД является специфическим маркером незрелости мозга. На современном этапе обсуждается терапия таких состояний различными препаратами – противоэпилептическими, ноотропными и психотропными.

**Цель исследования.** Изучить клиничко-нейрофизиологические маркеры дизонтогенетических психических расстройств и оценить эффективность их патогенетической терапии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены дети в возрасте от 1 до 18 лет с дизонтогенетическими психическими расстройствами (в понимании отечественной детской психиатрии) и в соответствии с критериями МКБ-10. Использовались клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический, нейрофизиологический методы обследования, а также шкала общего клинического впечатления и статистический метод.

**Результаты и обсуждение.** Обследовано 314 детей в возрасте от 1-го до 18 лет. Средний возраст составил 6,8 лет. Мальчиков было 241 человек и девочек – 73. По МКБ-10 психические расстройства распределились следующим образом. Задержки речевого и интеллектуального развития (ЗППР) (F80.82) – 90 (28,7 %); расстройства аутистического спектра (РАС) (F84) – 86 (27,4 %); умственная отсталость (F70) – 35 (11,1 %); органические психические расстройства (F07.9) – 65 (20,7 %); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (F90.0) – 15 (4,8 %) и другие психические расстройства (невротические, эмоциональные, поведенческие нарушения) – 23 (7,3 %). Все пациенты прошли ЭЭГ во время дневного сна и бодрствования. У 228 (72,6 %) обследованных были зарегистрированы изменения на ЭЭГ. У 36,0 % определялись нарушения биоэлектрической активности головного мозга различной степени выраженности, у 36,6 % обнаружена эпилептиформная активность. В 16,6 % (n=52) это были ДЭПД, у 15,9 % пациентов – ряды и другая эпилептиформная активность (продолженная) – 3,8 % случаев. Особый интерес вызывали ДЭПД (16,6 %) из всей выборки. Средний возраст, когда регистрировались ДЭПД был 5,9 лет. Индекс представленности был следующим: единичные комплексы (до 30 % от продолжительности исследования) были в 6,4 %, от 30-50 % электроэнцефалограммы – 26,4 % и свыше 50 % представленности – 35,8 % случаев. По локализации ДЭПД больше оказывались в нескольких зонах, с распространением на контралатеральное полушарие (52,8 %). Наибольшая представленность ДЭПД была при ЗППР (34 %) и при РАС (34 %).

Всем детям (n=52) с ДЭПД были назначены лекарственные препараты различных групп. Это были дети с ЗППР (n=18), с РАС (n=18), с органическим психическим расстройством (n=10), УО (n=4) и СДВГ (n=2). В 69,2 % (n=36) назначались ноотропы, в 67,3 % (n=35) – противозипилептические препараты и в 11,5 % нейролептики (n=6). Схемы терапии были разные, преимущественно монотерапия. Так, в 30,8 % это была монотерапия ноотропами, в 25 % противозипилептическими препаратами и в 1,9 % – нейролептиками. В 32,7 % это была политерапия ноотропами и противозипилептическими средствами. И у небольшой группы детей политерапия была нейролептиков и противозипилептических препаратов (3,8 %) и политерапия всеми группами лекарств в 5,8 %. Оценка эффективности проводилась клинически (динамика психопатологических симптомов, шкала общего клинического впечатления), электроэнцефалографически (ЭЭГ) и статистически (многомерный эксплораторный анализ). Положительный клинический эффект получен в 30,8 % случаев. В 25 % эффективность была выявлена по всем показателям и в 7,7 % только на ЭЭГ. При этом у 36,5 % пациентов не было выявлено положительного эффекта от терапии. Результаты многомерного эксплораторного анализа показали, что противозипилептические препараты значимо выделялись по общей эффективности и клинической, а ноотропы по влиянию на картину ЭЭГ. Кроме того была изучена зависимость возраста и эффективность проводимой терапии. Оказалось, чем старше был ребенок, тем менее слабее был эффект от проводимой терапии.

**Выводы.** 1. Выявленные нейрофизиологические паттерны (ДЭПД) можно рассматривать как маркеры психического дизонтогенеза в детском возрасте. Эпилептиформная активность с высоким индексом представленности в нескольких зонах головного мозга могла оказывать негативное повреждающее действие на психические функции в детском возрасте.

2. Противозипилептическая и ноотропная терапия наиболее эффективна (30,8 %) при эпилептиформной активности и может рассматриваться терапией выбора. Уменьшается выраженность психопатологических симптомов и блокируется эпилептиформная активность. Данный вид терапии необходимо начинать в более раннем возрасте, что связано с продолжающимся процессом созревания структур головного мозга.

3. Отсутствие эффекта от проводимой терапии (36,5 %) может свидетельствовать о иной природе расстройств, возможно обусловленных генетически детерминированным расстройством развития.

#### **Список литературы**

1. Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Холин А.А. Эпилептические энцефалопатии и схожие синдромы у детей. – М.: АртСервис Лтд, 2011. – 680 с.: ил.



2. Doose H., Baier W.K. Benign partial epilepsy and related conditions: multifactorial pathogenesis with hereditary impairment of brain maturation // Eur. J. Pediatr. – 1989. – v.149. – p. 152–158.

3. Gobbi G., Boni A., Filippini M. Rolandic epilepsy and related syndromes: a spectrum? // Epilepsia. – 2002. – v. 43. – suppl. 8. – p. 32.

4. Tassinari C.A., Rubboli G., Volpi L., Meletti S., dOrsi G., Franca M., Sabbeta A.R., Riguzzi P., Gardella E., Zaniboni A., Michelucci R. Encephalopathy with electrical status epilepticus during slow sleep or ESES syndrome including the acquired aphasia // Clin. Neurophysiol. – 2000. – V.111. – Suppl. 2. – S. 94–102.

УДК 616.896

***Марголина И.А., Платонова Н.В.***

### **Депривационный парааутизм у детей, подвергшихся физическому и сексуальному насилию**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: imargolina@mail.ru*

**Актуальность.** Одними из наиболее значимых стрессорных факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на психическое развитие, является пережитое в детстве физическое и сексуальное насилие и сопутствующее ему психологическое, эмоциональное пренебрежение. Среди психопатологических последствий физического и сексуального насилия у детей отмечаются посттравматические стрессовые расстройства, аффективные и тревожные расстройства, расстройства личности, девиантное и аутодеструктивное поведение, ранний алкоголизм и наркомания, а в ряде случаев возникновение психотических состояний. Таким образом, психические травмы детства оказывают психогенное влияние на всю последующую жизнь ребенка, формирование его характера, адаптацию в обществе.

**Целью** исследования было изучение психопатологических проявлений парааутистических расстройств, возникающих в условиях хронического внутрисемейного физического и сексуального насилия.

**Материалом** исследования были дети, подвергшиеся физическому и сексуальному насилию внутри семьи. Когорта обследованных детей состояла из 2 групп. Последствия хронического внутрисемейного физического насилия были изучены на материале 60 детей в возрасте от 2,5 до 14 лет. Группа изучения влияния сексуального насилия на психическое развитие составила 60 детей в возрасте от 2,5 до 13-ти лет. Критериями невключения

в обеих группах были: грубая органическая патология, верифицированные диагнозы шизофрении и умственной отсталости. Длительность воздействия варьировала от 6 месяцев до 10 лет. Катамнез в среднем составил 7 лет. В качестве группы сравнения было обследовано 50 детей с верифицированными диагнозами Детский аутизм (F84.0) (10 детей), (Детский аутизм, вследствие других причин F84.02) (40 детей).

**Методами** исследования психического и психофизического состояния детей были общие для всех групп клинические (педиатрический, неврологический, клиничко-психопатологический) и параклинические методы (патопсихологический, ЭЭГ) с рядом особенностей: для группы изучения последствий сексуального насилия требовалось обследование врачом-гинекологом, а в ряде случаев урологом и проктологом. Оба исследования проводились ретро- и проспективно.

**Результаты и их обсуждение.** Основными симптомами парааутизма, сближающими его с относительно благоприятно протекающими формами эндогенного аутизма (синдром Каннера с незначительным снижением интеллекта, ремиссия детского психоза), являются когнитивный дизонтогенез, эмоциональные нарушения, нарушения формирования коммуникативной функции, двигательные стереотипии. Каждый из этих симптомов присутствует в клинической картине последствий длительного внутрисемейного физического и сексуального насилия, но в том и другом случае имеются определенные, характерные для данного стрессорного фактора особенности. Характерные для воздействия фактора внутрисемейного физического насилия психические расстройства проявлялись неравномерной задержкой психического развития, а также эмоционально-волевыми нарушениями, патологическими привычными действиями, расстройствами влечений, психопатоподобными расстройствами, ведущими к искажению формирования личностных черт, основными из которых являлись неспособность к установлению равных партнерских отношений с тенденцией к подчинению сильным и унижению более слабых, виктимность поведения в виде провокации насилия со стороны более сильных. Таким образом, у детей-жертв физического насилия, отмечалась определенная дефицитарность когнитивной, эмоциональной сферы и коммуникативной функций. Коммуникативные нарушения, играли значительную роль в формировании искаженной личности, их выраженность позволяет говорить о парааутизме, но следует отметить, что для жертв физического насилия характерна определенная избирательность контактов.

При хроническом внутрисемейном сексуальном насилии отмечались психические расстройства, характерные для данной психогении: неравномерная задержка психоречевого развития, эмоциональные нарушения

сначала в виде депрессии, затем эмоционального уплощения, расторможенность сексуального влечения, сексуализированность игр, фантазий и поведения, а также аутизация и элементы деперсонализационных расстройств (отрицание собственных телесных ощущений, чувство, что «это происходит не со мной»). Двигательные стереотипии также имели место, но они, скорее носили характер навязчивых действий, как связанных с психотравмой (например, желание постоянно поправлять или отряхивать одежду из-за вызываемого ею дискомфорта или ощущения, что она неправильно наде-та или загрязнена), так и возникающих аутохтонно, такие как трихотилло-мания, онигофагия. Значительную роль играло нарушение формирования привязанности, как и в случае физического насилия, формировалась особая, небезопасная, амбивалентная привязанность. В плане коммуникативных нарушений по сравнению с жертвами физического насилия жертвы сексуаль-ного насилия имели большую тенденцию к аутизации.

**Выводы.** Пролонгированное внутрисемейное физическое и сексуаль-ное насилие с началом в раннем возрасте искажают психическое развитие ребенка, вызывая нарушения развития эмоциональной сферы, коммуни-кативных, когнитивных и ряда других психических функций, тем самым формируют состояние, сходное с эндогенным аутизмом и обозначенным, как парааутизм. Симптомы парааутизма присутствуют в клинической картине последствий как длительного внутрисемейного физического, так и сексуаль-ного насилия, но в том и другом случае имеются определенные, характерные для данного стрессорного фактора особенности. В младшем возрасте, при своевременном лечебном и психолого-педагогическом вмешательстве парааутистические нарушения носят обратимый характер. В более старшем возрасте, при продолжении воздействия вышеуказанных стрессорных фак-торов, по мере углубления уровня психопатологических расстройств, они становятся практически необратимыми.

УДК: 616.89-02

***Олейчик И.В., Юнилайнен О.А., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.***  
**Клинико-психопатологические особенности эндогенных  
депрессивных состояний у девушек**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: Levchenko.psy@gmail.com*

**Актуальность.** Под юношескими депрессиями понимают эндогенные психические расстройства, проявляющиеся в виде патологически сни-женного настроения, длительностью свыше 2 недель, с манифестацией

в возрасте 16–25 лет. Депрессии в юношеском возрасте часто приводят к выраженной социальной и учебной дезадаптации, поскольку их развитие происходит в критические периоды жизни, связанные с социализацией, необходимостью получить образование, сформировать дружеские отношения, создать семью. [Цуцурльковская М.Я., 2000; Rohde P., 2009; Kremer P., Elshaug C., 2014]. Научные работы, посвященные проблеме юношеских депрессий, указывают на значительный клинический полиморфизм и атипичность данных состояний, что существенно затрудняет раннее выявление, точную диагностику, проведение своевременной и адекватной психофармакотерапии [Владиминова Т.В., 1986; Копейко Г.И., 1999; Кравченко Н.Е., 2006, 2007; Williamson D.E., 2000; Pawlby S, Hay DF, 2009]. Имеются данные, что у 50 % пациентов с юношеской депрессией, даже при условии регулярного приёма лекарственных препаратов, психофармакотерапия оказывается неэффективной [Олейчик И.В. и соавт. 2015]. Необходимо отметить, что в последние годы все большее внимание психиатров привлекает проблема изучения суицидального поведения в подростковом и юношеском возрасте, что связано с неуклонным ростом числа попыток самоубийства и завершённых суицидов в молодежной среде [Garnefski N., Diekstra R.F.W., 1995; Pages F. et al., 2004; Fleischmann A. et al., Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., 2011].

**Цель:** Определить специфические клиничко-психопатологические особенности депрессивных состояний юношеского возраста у больных женского пола, а также оценить распространённость аутоагрессивных и суицидальных тенденций в этой группе пациенток.

**Материал и методы:** Выполнено клиничко-психопатологическое исследование пациенток с эндогенными депрессиями разной нозологической принадлежности и различной степени тяжести, в возрасте от 15 до 25 лет. Медиана возраста составила 18 [17-20] лет. Клиничко-катамнестически были обследованы 49 девушек, которые находились на стационарном лечении в Отделении приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний в клинике ФГБНУ НЦПЗ за период с июля 2016 г. по февраль 2019 г. Все пациентки получали комплексную психофармакотерапию, адекватную клиническим проявлениям заболевания.

**Результаты и их обсуждение:** При оценке по МКБ-10, депрессивные состояния пациенток, включённых в исследование, соответствовали следующим диагностическим рубрикам: шизотипическое расстройство (F21.4, F21.3) – 21 из 49 (42,9 %), биполярное аффективное расстройство (F31.4; F31.5) – 12 из 49 (24,5 %), параноидная шизофрения (F20.01) – 8 из 49 (16,3 %), циклотимия (F34.0) – 7 из 49 (14,3 %), расстройство

личности (F61.0) – 1 из 49 (2,0 %). Диагностическая оценка депрессивных расстройств по классификации, традиционно принятой в ФГБНУ НЦПЗ, дала следующие результаты: аффективное заболевание – 19 чел. (38,8 %), в том числе: маниакально-депрессивный психоз – 12 чел. (24,5 %), циклотимия 7 чел. (14,3 %); шизофрения малопрогрессирующая – 21 чел. (42,9 %), шизофрения с приступообразным течением – 8 человек (16,3 %). Согласно классификации юношеских депрессий, разработанной в ФГБНУ НЦПЗ [Олейчик И.В., 2011], выделены следующие клинические варианты данных состояний: депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности (ЮАН) (20,4 %), истеродепрессии с бредоподобным фантазированием (20,4 %), деперсонализационные депрессии (20,4 %), дисморфофобические депрессии с нарушением пищевого поведения (18,4 %), с явлениями метафизической интоксикации (4,1 %), с экзистенциальными проявлениями (12,2 %), гебоидные депрессии (4,1 %) (рис.1).



Рис. 1. Частотное распределение типологических вариантов юношеских депрессий у девушек

Дисморфофобические проявления являлись одним из самых частых факультативных симптомов в структуре депрессий у девушек (49,6 %), несколько реже в качестве дополнительных проявлений встречались деперсонализационные расстройства – 36,7 % и явления ЮАН – 32,6 %. Экзистенциальные проявления имели место у 24,5 % больных, психастеноподобные проявления – у 16,3 %, симптомы метафизической интоксикации и гебоидные проявления – у 8,1 %.

Согласно полученным данным, у 46,9 % больных с юношескими эндогенными депрессиями обнаруживались в анамнезе или фиксировались в течение наблюдения в стационаре суицидальные мысли, намерения или соответствующие высказывания. Более чем у половины из этих больных (75 %) суицидальное поведение реализовывалось в виде суицидальных попыток. При этом, 46,8 % больных, совершивших в состоянии депрессии попытки самоубийства, пытались повторить их вновь. Аутоагрессивные тенденции отмечались у 75,5 % больных, у большинства в виде поверхностных порезов и ожогов кожи.

**Выводы.** Таким образом, в ходе выполненного исследования были изучены особенности психопатологической картины эндогенных депрессивных состояний у девушек. При сравнении с клиническими характеристиками депрессивных состояний у юношей, у девушек чаще встречаются дисморфофобические депрессии с расстройствами пищевого поведения, и истеродепрессии с бредоподобным фантазированием, тогда как депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности и метафизические депрессии представлены значительно реже. Крайне высокая частота суицидальных и аутоагрессивных тенденций в данной группе больных, в том числе повторных попыток самоубийства, заставляет относиться к этим состояниям как к жизненноопасным и требующим неотложного вмешательства.

УДК 616.89-02

*Омельченко М.А. Мигалина В.В.*

### **Психопатологические особенности затяжных депрессивных состояний в юношеском возрасте**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: omelchenko-ma@yandex.ru*

**Актуальность.** Проблема раннего распознавания психических заболеваний в юношеском возрасте является одной из наиболее важных в современной психиатрии. Так, более 50 % психической патологии взрослого населения, как аффективного, так и шизоаффективного спектра, начинается в возрасте около 18 лет [Jones P., 2013]. Высокая распространенность депрессивных расстройств в юношеском возрасте, их неоднозначная нозологическая принадлежность [Kelleher I. et al., 2012], выраженная социальная и учебная дезадаптация, а также высокий суицидальный риск [Dong M., 2018], требуют тщательного изучения таких состояний. Неоднократно подчеркиваемая атипичность юношеских депрессий, высокая встречаемость в их структуре

инных, отличных от аффективных, психопатологических расстройств: помимо неврозоподобных и психопатоподобных, также ослабленных психотических и близких к негативным, затрудняет задачу исследователя и обуславливает необходимость совершенствования дифференциально-диагностических и терапевтических подходов.

**Цель исследования.** Установление клинико-психопатологических особенностей и продолжительности затяжных депрессивных состояний юношеского возраста в зависимости от преобладающего симптомокомплекса.

**Материалы и методы.** Клинико-психопатологически обследовано 57 пациентов юношеского возраста (16-25 лет), впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ с 2016 по 2019 гг. по поводу манифестного депрессивного состояния в рамках непсихотических психических расстройств длительностью более 3 месяцев (первичные диагнозы по МКБ-10: F31; F32; F33; F60; F21).

**Результаты и обсуждение.** Все изученные больные характеризовались свойственным юношеским депрессиям полиморфизмом клинической картины, отсутствием четко выраженной аффективной триады, слабой представленностью собственно тимического компонента, массивными когнитивными нарушениями, включением неврозоподобных и психопатоподобных расстройств. Характерными для них оказалась и высокая представленность симптомов, сходных с таковыми при расстройствах шизофренического спектра, на основании чего были выделены следующие типы юношеских депрессий: 1 тип (27 больных – 47,3 %) – юношеские депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС); 2 тип (16 больных – 28,1 %) – юношеские депрессии с негативной аффективностью (НА); 3 тип (14 больных – 24,6 %) – юношеские депрессии с позитивной аффективностью (ПА).

1 тип – юношеские депрессии с АПС [Румянцев А.О., 2018], характеризовались включением с психопатологическую структуру депрессивного эпизода отдельных кратковременных симптомов психотического уровня, имеющих слабую степень выраженности с крайней неоднородностью, калейдоскопичностью, нестойкостью, кратковременностью (от нескольких секунд до нескольких минут), возникновением на фоне непомяченного сознания. Эти симптомы были представлены бредовыми идеями отношения, особого значения, инсценировки, воздействия, также и персекуторного характера, зрительными и слуховыми иллюзиями, истинными галлюцинационными и псевдогаллюцинаторными переживаниями, идеаторными, сенестопатическими и кинестетическими автоматизмами, симптомами малой кататонии и специфическими расстройствами мышления. Отмечалась тенденция к их усилению в просоночном состоянии и сохранение критики

к указанным симптомам после их редукции. По результатам настоящего исследования 86,2 % депрессий с АПС длились  $\geq 1$  года и 58,6 %  $\geq 2$  лет.

2 тип – юношеские депрессии с НА в инициальном периоде напоминали таковые с симптомокомплексом «юношеской астенической несостоятельности» [Олейчик И.В., 2008]. Возникающие в начале депрессивного эпизода ослабление инициативы, снижение энергии, активности и продуктивности деятельности, а также невозможность и нежелание длительного усилия при умственной нагрузке в дальнейшем подвергались стереотипизации, на первый план выходили апатические, анергические, анестетические и астенические проявления. У больных преобладали жалобы на «скуку», «нежелание чем-либо заниматься», «физическую слабость». Такие состояния напоминали по своей структуре апато-адинамические депрессии, сопровождающиеся волевыми, мотивационными расстройствами, явлениями алекситимии, а также отчетливыми идеаторными нарушениями, при которых наряду с замедлением течения мыслей и трудностями концентрации внимания отмечались нарушения мышления с искажением ассоциаций, элементами отчуждения психических процессов. Указанные депрессии отличались минимальной выраженностью или полным отсутствием витального компонента. Их длительность во всех случаях составляла  $\geq 2$  года.

3 тип юношеских депрессий с ПА [Смулевич А.Б. 2003] характеризовался преимущественно тревожно-тоскливым аффектом, отчетливыми признаками витальности, суточным ритмом. В структуре депрессий этого типа имели место психопатологические расстройства неврозоподобного и психопатоподобного регистра, свойственные юношескому возрасту. Выявлялись дисморфофобические симптомы с недовольством собственной внешностью, сверхценными идеями физического несовершенства и психической неполноценности, пессимистические размышления абстрактного содержания с увлеченностью больного религией или «мрачными» философскими концепциями, а также симптомы нарушения поведения со склонностью к асоциальным поступкам, оппозицией к окружающим и негативизмом, конфликтностью, растормаживанием влечений и деликвентным поведением. Когнитивные расстройства выступали лишь в виде признаков идеаторной заторможенности, выявлялись характерные нарушения сна и аппетита, вегето-сосудистые расстройства. Длительность этих депрессий составляла  $\leq 1$  года.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования наглядно демонстрируют высокую представленность симптомов, характерных для заболеваний шизофренического спектра, в структуре затяжного депрессивного состояния, развившегося в юношеском возрасте (75,4 % случаев) при непсихотических психических расстройствах, которые включают как



аттенуированные психотические симптомы, так и близкие к негативным. Также отмечались существенные различия в длительности их течения. Если продолжительность депрессий с ПА сравнительно невелика и не превышала года, то депрессии с АПС и НА отличались многолетним, хроническим, персистирующим течением. Такая полиморфность затяжных депрессий свидетельствует о нозологической неоднородности изучаемых состояний и требует дальнейшего катамнестического наблюдения для верификации диагноза.

УДК 616.89

**Панкова О.Ф.<sup>1</sup>, Дорина И.В.<sup>2</sup>, Соболев А.А.<sup>1</sup>**

### **Шизотипическое расстройство в детско-подростковом возрасте: распространенность и подходы к диагностике**

*ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им.Н.И.Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия*  
*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им.Г.Е.Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия*  
*e-mail: iravddorina@mail.ru*

**Введение.** Одной из немаловажных проблем в детско-подростковой психиатрии с начала использования МКБ-10 является диагностика шизотипического расстройства. Вместе с тем, место данного типа расстройств, а также критерии их диагностики, прежде всего в детско-подростковом возрасте, остаются не до конца ясными. В используемой в нашей стране классификации МКБ-10 рубрика шизотипическое расстройство (F21) относится к расстройствам шизофренического спектра, тогда как в американской классификации она ранее рассматривалась в рамках личностной патологии и была введена в данную группу лишь в DSM-V. А.Б. Смулевич [4] пишет о желательности выделения вялотекущей шизофрении из полиморфной группы расстройств шизофренического спектра, объединяемых понятиями «шизотипическое расстройство» или «шизотипическое расстройство личности», рассмотрения её в качестве самостоятельной формы патологического процесса.

Эпидемиологические данные, касающиеся распространенности шизотипического расстройства, в отечественной литературе очень малочисленны [Менделевич Б.Д., 2009, Костюк Г.П., Шмуклер А.Б, Голубев С.А, 2017], а публикуемые сведения весьма разноречивы. На расхождение данных о распространённости различных форм патологии оказывают влияние организационная структура психиатрической помощи и выявляемость различных

категорий больных, а также существующие расхождения в методологических подходах к оценке и квалификации психического состояния обследуемых пациентов.

Разнообразный спектр проявлений и отсутствие границ очерченности позитивных и негативных симптомов, которые указаны в отечественном тезаурусе, используемом для квалификации шизотипического расстройства [Чуркин А.А., Матюшов А.Н., 2010], дают возможности для их широкой трактовки. В качестве дополнительного диагностического метода используется тестирование с помощью опросника «Schizotypal Personality Questionnaire» (тест SPQ), в котором собраны все клинические проявления шизотипического расстройства в соответствии с МКБ-10. Однако его адаптация в практике детско-подростковой психиатрии в нашей стране не проводилась.

**Цель исследования.** Изучение распространенности и структуры шизотипического расстройства у детей и подростков – пациентов психиатрического стационара.

**Материалами исследования** являлись статистические данные архивных историй болезни детей и подростков, находившихся в 2013–2017 гг. на стационарном лечении в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков (НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ г. Москвы (директор – к.м.н. М.А.Бebчук). Расчет доверительных интервалов осуществлялся с помощью распределения Гаусса.

**Полученные результаты и их обсуждение.** Общее количество детей и подростков поступивших на стационарное лечение прогрессивно увеличивалось и составило 2310 чел. в 2013 г. и 3600 чел. в 2017 г. Удельный вес больных с расстройствами шизофренического спектра (F2) также имел тенденцию к росту. Колебания отмечались в пределах от 9,6 % в 2014 г. до 13,2 % в 2017 г. Наблюдался рост частоты диагнозов из рубрики F21 Шизотипическое расстройство: 2,5 % в 2014 г. и 4,5 % в 2017 г. от общего числа пациентов стационара. Что касается процентов больных с диагнозами из рубрики F21 Шизотипическое расстройство по отношению к F2, то здесь отмечались колебания по годам без выявления четких тенденций: 2013 г. – 39,4 %, 2014 г. – 42 %, 2015 г. – 46,4 %, в 2016 г. – 31,1 %, в 2017 г. – 43,7 %. Полученные данные в целом свидетельствуют о широком использовании диагнозов рубрики F21 Шизотипическое расстройство среди всех расстройств шизофренического спектра у детей и подростков.

Интересные данные получены и в отношении отдельных диагнозов из рубрики F21. Доминирующим у пациентов детского психиатрического стационара являлся диагноз F21.8 Шизотипическое личностное расстройство: 72,7 % в 2014 г. и 80 % в 2016 г. На втором месте по частоте находилась

псевдопсихопатическая (психопатободобная) шизофрения (F21.4): от 10,6 % в 2013 г. до 14 % в 2014 г. Далее следовала псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3): от 9,9 % в 2014 г. до 5,7 % в 2016 г.

**Заключение.** Несмотря на то, что в работах современных отечественных исследователей [Караваева Т.А., Коцюбинский А.П., 2018] подчеркивается спорность квалификации шизотипического личностного расстройства, а по данным статистики ПНД г.Москвы [Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А., 2017] диагноз шизотипического личностного расстройства отсутствует в качестве впервые выставленного у взрослых больных, реальность и частота диагностики шизотипического личностного расстройства в детско-подростковом возрасте требует разностороннего анализа. Этому посвящено проводимое нами научное исследование, выводы которого пока носят предварительный характер. Подавляющее использование у детей и подростков рубрики F21.8 Шизотипическое личностное расстройство отражает особенности возрастной психопатологии в виде ее полиморфизма с незавершенностью, рудиментарностью, изменчивостью клинических феноменов. Критериями постановки диагноза шизотипического личностного расстройства в детском и подростковом возрасте являются не черты характера, а симптомы, которые указаны в преамбуле отечественного психиатрического тезауруса, используемого для квалификации расстройств. Необходимо проведение дальнейших клинико-катамнестических исследований для изучения клинико-динамических особенностей, подходов к диагностике и исходов шизотипического расстройства с началом в детском и подростковом возрасте.

### Список литературы

1. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве. // Социальная и клиническая психиатрия, 2017, т. 27 № 3, с.5-9
2. Караваева Т.А., Коцюбинский А.П. Холистическая диагностика пограничных психических расстройств // С.-Петербург. – СпецЛит, 2018. – 286 с.
3. Менделевич Б.Д. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения детского населения Российской Федерации. Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2009, № 3.
4. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 11. – С. 4–15.
5. Чуркин А.А., Матюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии // М.: МераПро, 2010. – 132 с.

УДК 616.89-02

*Романенко Н.В., Попович У.О.*

## **Особенности течения юношеских эндогенных приступообразных психозов с религиозными бредовыми идеями в структуре**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*

**Актуальность** вопроса изучения религиозного бреда определяется высокой частотой его встречаемости в структуре приступов эндогенных психозов (от 24 % до 28 %), трудностями дифференцировки патологических религиозно-мистических переживаний от нормальных форм религиозности, чем обоснованы проблемы диагностики на ранних стадиях заболевания [1, 4]. Имеются данные о неблагоприятном прогнозе течения заболеваний шизофренического спектра при наличии бредовых расстройств религиозного содержания, тогда как ряд авторов указывает на положительное влияние религиозности на комплаентность больных и дальнейшее течение заболевания [5]. Таким образом, высокая частота встречаемости бредовых расстройств с религиозным содержанием при эндогенных приступах в юношеском возрасте, необходимость дополнительного детального изучения вклада религиозности, существующей до начала болезни, ее прогностической роли для течения и исхода заболевания определяют актуальность данного исследования.

**Материал и методы исследования:** Клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим, а так же психометрическим методами было обследовано 14 мужчин и 11 женщин, перенесших психотический приступ с религиозными бредовыми идеями в структуре юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) (F20, F25 по МКБ-10), госпитализированных в клинику НЦПЗ в 2008 – 2014 гг. Длительность катамнеза составила в среднем  $7,7 \pm 2,4$  г.

Критериями включения больных в исследование являлись: формирование религиозного бреда в структуре психотического приступа в юношеском возрасте (16-25 лет). Критерии исключения – наличие сопутствующей психической, неврологической или соматической патологии, затрудняющей исследование.

**Цель исследования:** выявление условий формирования и прогностического значения бредовых идей с религиозно-мистической фабулой в структуре психотических приступов в юношеском возрасте.

**Результаты исследования:** было выявлено, что до начала заболевания в 68,0 % изученных случаев у пациентов присутствовала религиозность,

тогда как в 32,0 % случаев пациенты не проявляли к религии какого-либо интереса. На инициальном этапе у 24,0 % больных сохранялась религиозность, тогда как у 12,0 % манифестация психотического приступа происходила на фоне индифферентного отношения к религии. Однако у 64,0 % больных инициальный этап заболевания характеризовался картиной «метафизической интоксикации» с религиозным содержанием, включавшей в себя четыре основных варианта [2]: классический (25,0 %) – с равномерной выраженностью сверхценного отношения к религии и односторонне усиленного влечения к религиозной познавательной деятельности; аффективный (43,8 %) – с доминированием аффективной насыщенности; аутистический (18,7 %) – при котором преобладали сверхценные образования, а так же вариант с доминированием влечения к идеаторной деятельности (12,5 %). Среди этих больных у 68,7 % до инициального этапа отмечалась религиозность. У остальных 31,2 % человек, религиозность возникала только на этапе формирования «метафизической интоксикации» (рис. 1).

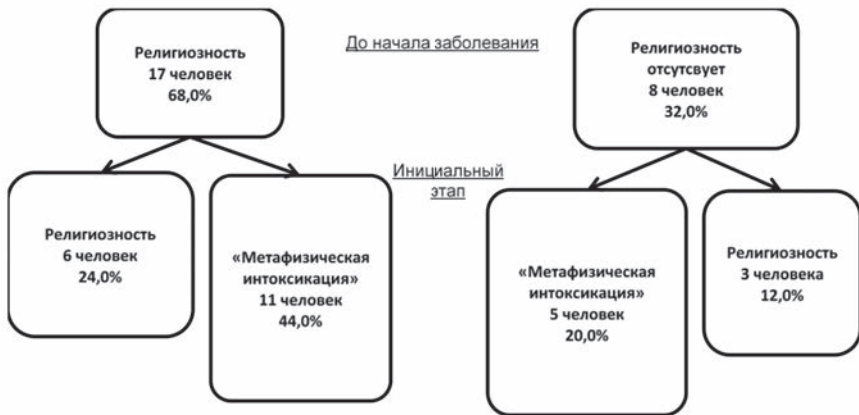


Рис. 1. Религиозность до начала заболевания и на инициальном этапе

В ходе исследования на основании клинической картины психотических приступов с религиозно-мистической фабулой было выделено 4 типа приступов [5]. I тип с бредовыми идеями греховности (32,0 % – 8 человек); II тип – бреда несоодержимости (48,0 % – 12 человек); III тип – антагонистический и мессианский бред (16,0 % – 4 человека); IV тип – с онейроидной симптоматикой с религиозной фабулой (4 % – 1 человек).

При катamnестическом обследовании качество исхода заболевания определялось в первую очередь наличием и степенью выраженности негативных расстройств, а так же социально-трудовой дезадаптации, которые оценивались по шкалам SANS и PSP. На основании данных критериев все изученные случаи были разделены на две большие группы: с благоприятным исходом, к которой относились случаи с «благоприятным» и «относительно благоприятным» исходами (32,0 %), данная группа характеризовалась незначительными дефицитарными расстройствами и хорошей адаптацией в области социальных контактов, семейного положения, а так же в учебно-трудовой сфере (SANS = менее 40 баллов и PSP = 61–100 баллов); с неблагоприятным исходом («относительно неблагоприятный» и «неблагоприятный» исходы, всего 68,0 %) с выраженными дефицитарными расстройствами и отчетливым снижением в сфере трудоустройства, социальных контактов, сужением круга интересов, (SANS = более 40 баллов и PSP = 1–60 баллов),

Было выявлено, что после перенесенного психотического приступа с религиозно-мистической фабулой у части больных сохранялась (20 %) или возникала, в случае ее отсутствия до болезни (4 %), религиозность, которая выступала в роли копинг-стратегии, помогавшей пациентам принять их болезнь, адаптироваться к ней и повысить комплаентность к лечению [5]. Все эти случаи вошли в группу с благоприятным исходом и характеризовались «благоприятным» 8,0 % или «относительно благоприятным» 16,0 % исходом болезни. Для данных пациентов было характерно сохранение высокой учебно-трудовой и социальной адаптации, они успешно оканчивали колледжи и ВУЗы, трудоустраивались по специальности, справлялись со своими обязанностями на рабочем месте, получали повышения. Кроме того, для них был характерен широкий круг общения, интересов, большинство вступило в брак, поддерживало полноценные семейные отношения (рис. 2).

Так же в 12 % случаев после перенесенного психотического приступа, на этапе становления ремиссии и в дальнейшем не наблюдалось развития религиозности. Все эти случаи отмечались у пациентов, не религиозных до начала болезни, среди них 66,7 % относились к группе с благоприятным исходом (незначительные дефицитарные расстройства), тогда как 33,3 % вошли в группу с неблагоприятным исходом (выраженные дефицитарные расстройства). См. схему 2.

В большинстве же изученных случаев (68 %) после перенесенного психоза с религиозно-мистической фабулой имевшаяся ранее или сформировавшаяся в процессе болезни религиозность проявлялась в дальнейшем в виде содержания сверхценных и резидуальных бредовых расстройств. Для пациентов со сверхценными расстройствами в постпсихотическом

периоде была характерна смена образа жизни, с подчинением его религиозным канонам, отмечалась ригидность мышления, односторонность суждений с буквальной или субъективной трактовкой религиозных текстов, находившая отражение в их повседневной деятельности, жизненном укладе. У пациентов с резидуальной бредовой симптоматикой религиозного содержания так же нередко отмечались изменения в образе жизни, комплементарные содержанию резидуальных идей. Для них было характерно отсутствие или формальный уровень критики к болезни и высокая степень выраженности дефицитарных расстройств. В обеих группах показатели социально-трудоустройственной адаптации были низкими, в большинстве случаев больные не могли продолжать работать на прежнем месте, часто не справлялись с нагрузками в области своей специальности, были вынуждены сменить сферу деятельности на менее квалифицированную или полностью теряли способность к труду. Круг интересов в большинстве случаев сужался до области религии, с отказом от прежних «светских» знакомств, ограничивался общением с другими прихожанами или служителями церкви, или практически полным отказом от внешних контактов.



Рис. 2. Распределение больных в зависимости от исхода заболевания и характера религиозности на момент катамнеза

Ниже, в таблицах 1 и 2 даны сведения о распределении исходов заболевания всех изученных случаев в зависимости от типа психотического приступа.

Таблица 1  
Распределение исходов заболевания и характера религиозности больных на момент катамнеза в зависимости от типа приступа

Тип приступа	С благоприятным исходом		С неблагоприятным исходом			Всего больных
	Копинг-религиозность	Отсутствие религиозности	Отсутствие религиозности	Со сверхценными расстройствами религиозного содержания	С резидуальными бредовыми расстройствами религиозного содержания	
I тип	3	1	1	1	2	8
II тип	0	0	0	7	5	12
III тип	2	1	0	1	0	4
IV тип	1	0	0	0	0	1
Всего человек	6	2	1	9	7	25

*I тип – бред греховности*

*II тип – бред бесоодержимости*

*III тип – антагонистический и мессианский бред*

*IV – религиозный онейроид*

Таблица 2  
Средние значения по шкалам SANS и PSP на момент катамнеза в зависимости от типа психотического приступа

Тип приступа	С благоприятным исходом		С неблагоприятным исходом	
	SANS	PSP	SANS	PSP
I тип	31,2	61,8	57,8	49,7
II тип	-	-	77,3	33,6
III тип	20,5	73,5	43,0	52,0
IV тип	17,0	84,0	-	-

Исходя из представленных данных можно предположить, что в прогностическом плане наименее благоприятными являются приступы с бредом бесоодержимости, у которых выявляются самые низкие показатели



по обеим шкалам, тогда как наибольший потенциал к становлению привычного образа жизни наблюдается в группах с религиозным онейроидом и антагонистическим и мессианским бредом.

Таблица 3

Сравнение исходов заболевания ЮЭПП с приступами религиозного содержания и общей когортой больных ЮЭПП

Исход заболевания	ЮЭПП с приступами религиозного содержания		Общая когорта больных ЮЭПП [3]	
	N	%	n	%
<b>Всего больных</b>	25	100	278	100
Благоприятный	3	12,0	52	18,7
Относительно благоприятный	5	20,0	94	33,8
Относительно неблагоприятный	10	40,0	84	30,2
Неблагоприятный	7	28,0	48	17,2

Из таблицы 3 мы видим, что у пациентов с религиозным содержанием бредовых расстройств в структуре психотического приступа показатели исхода заболевания ниже ( $p < 0,05$ ), чем у общей когорты больных ЮЭПП [3]. Из этого можно предположить, что наличие в структуре приступообразного психоза религиозно-мистической бредовой фабулы является прогностически неблагоприятным признаком.

**Выводы:** В результате настоящего исследования были получены новые данные об особенностях постпсихотического периода в рамках эндогенных приступообразных психозов с психотическими приступами религиозно-мистического содержания. Установлено, что после перенесенного приступа возможно сохранение или формирование, в случае ее отсутствия до начала заболевания, религиозности, способствующей принятию пациентом его заболевания, а так же полная редукция религиозного мировоззрения на этапе формирования ремиссии у больных, не проявлявших интереса к данной сфере до манифестации болезни. Однако, с большей частотой отмечается формирование резидуальных бредовых и сверхценных расстройств с религиозным содержанием. Обнаружено, что наиболее благоприятными в прогностическом плане являются психотические приступы с острым чувственным бредом. Наименее благоприятными – с бредовыми идеями бесоудержимости. Однако в целом наличие в структуре психотического

приступа религиозно-мистической фабулы является прогностически неблагоприятным признаком. Выявленные особенности катамнестического периода эндогенных приступообразных психозов с психотическими приступами с религиозно-мистическим бредом нуждаются в дальнейшем изучении на большей когорте больных.

#### **Список литературы**

1. Pfeifer S., Waelty U. Psychopathology and religious commitment a controlled study. *Psychopathology* 1995; 28(2): 70–77.

2. Дубницкий Л.Б. Клиническая типология состояний «метафизической интоксикации» в юношеском возрасте. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1977; 77(1): 432–439.

3. Каледа В.Г. Приступообразные эндогенные психозы манифестирующие в юношеском возрасте – закономерности течения и исхода (клинико-катамнестическое исследование) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*, 2008; 108(9): 11–23.

4. Каледа В.Г., Попович У.О. Религиозный бред при юношеском приступообразном психозе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2017; 117(12): 13–20.

5. *Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю.* Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. *Психиатрия* 2016; (2): 40–49.

УДК 616.89:159.9.8:159.9.018

### ***Сергиенко А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И.* Нейропсихологический подход в диагностике детей и подростков с психической патологией (опыт работы в ФГБНУ НЦПЗ)**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва,  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
e-mail: aumsan@gmail.com*

**Введение.** Современная детская нейропсихология активно развивается, отечественные специалисты предложили спектр адаптаций Лурияевского блока нейропсихологических методик к запросам детской практики (Ю.В. Микадзе А.В. Семенович, Э.Г. Симерницкая, Л.С. Цветкова и др.). Успешность применения нейропсихологической диагностики при различных нарушениях мозговой деятельности, в том числе минимальных дисфункциях у детей, эндогенной психической патологии у взрослых породила запрос от клинической практики на исследование больных с психическими

нарушениями «эндогенного» генеза [Лурия А.Р., 2008, Сергиенко А.А., 2017, Цветкова Л.С., 1998]. Нейропсихологическая диагностика в детской психиатрии ведется и зарубежными коллегами, чей опыт мы учитываем в работе [Uribe E., Torres M., 2018].

Нейропсихологический подход, его базисный принцип качественного (синдромного) анализа нарушений психической деятельности, позволяет раскрыть механизмы нарушений, обосновать пути и методы психологической абилитации, коррекции возникших когнитивных нарушений у психически больных детей [Цветкова Л.С., 1998]. Существует и теоретическая проблема применения понятия «нейропсихологический фактор» у детей, в клинике детской психиатрии.

**Схема нейропсихологической диагностики** Л.С. Цветковой в адаптации А.А. Сергиенко оказалась успешной в диагностике детей с экзогенно-органической и эндогенной патологией [Сергиенко А.А., 2017]. Результаты нейропсихологической диагностики анализируются на трех уровнях: психологическом, факторном, топическом. Итог – рекомендации для развития или коррекции ВПФ, образовательного маршрута, абилитации и реабилитации, содействия в постановке дифференциального диагноза, а при необходимости – консультации других специалистов. Нейропсихологическое обследование включает сбор анамнеза, определение задачи; проведение проб и тестов; анализ результатов, сопоставление их с анамнезом и задачей исследования; заключение по результатам обследования с учетом других данных ЭЭГ, МРТ, фМРТ, рекомендации. Обязательна беседа с родителями. Анамнез дополнен опросниками: 1) Симптомы дисфункции подкорковых структур (проводит специалист); 2) Карта анамнеза (заполняют родители).

*Нейропсихологический комплекс* направлен на:

- произвольное и произвольное внимание;
- моторику (крупная и мелкая, праксис);
- гнозис (зрительная и слуховая модальность), пространственные компоненты восприятия;
- образы-представления;
- мнестические функции;
- речь и ее виды, фонематический слух, понимание квазипространственных речевых конструкций;
- мышление (наглядно-действенное, наглядно-образное, вербально-логическое);
- эмоциональную сферу (восприятие и воспроизведение эмоций, аффективная устойчивость);
- латеральные предпочтения по руке, ноге, глазу, уху [Сергиенко А.А., 2017].

**Ограничения и трудности.** Работа в детском психиатрическом отделении высветила: 1) процедурные трудности и ограничения условий работы в стационаре; 2) особенности проведения методики нейропсихологической диагностики у детей с психической патологией; 3) проблемы анализа результатов, верификации топического диагноза, вопросы дифференциальной нозологической диагностики с учетом нейропсихологических данных. Есть ряд **ограничений**, основные из них: трудоемкость/легкость задания, продолжительность обследования, сложность/простота инструкции, наглядность/«неочевидность» стимульного материала, доступность/недоступность тестов и методик для больных; основные нейропсихологические пробы применяются с 4-х лет; обследование проводится вне периода острого состояния. Важен учет этих параметров и гипотезы о нейрокогнитивном дефиците при различных диагнозах по МКБ-10 и DSM-5.

**Резюме.** Эндогенный процесс меняет нормальное развитие мозга ребенка, провоцируя задержку психического развития, остановку или регресс и дефект. Важные факторы: объем поражения, возраст ребенка к началу поражения. Диагностическое исследование должно дифференцировать дефект от компенсации, выявлять нарушенные и сохранные компоненты психической деятельности.

Выявление минимально видимых расстройств ЦНС, особенно в постпсихотический период, требует сенсibilизации условий проведения обследования, чтобы выявить «ослабленные» звенья психической деятельности, ярко проявлявшиеся в психозе, диффузные нарушения мозговой деятельности, обусловленные нарушением межфункциональных связей на ранних этапах развития. Нарушение формирования психической функции по принципу системности влечет за собой изменения связанных с ней других функций. Выявив вторичные расстройства, важно не упустить первичный механизм нарушения.

Метод кластеризации данных нейропсихологической диагностики больных детской клиники демонстрирует вклад в уточнение дифференциального диагноза [Сергиенко А.А. и др., 2019].

#### **Список литературы**

1. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека: монография. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 624 с.
2. Сергиенко, А.А. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 141–157. doi: 10.17759/psyclin.2017060211.

3. Сергиенко, А.А., Хромов А.И., Зверева Н.В. Результаты кластеризации данных нейропсихологического исследования и сопоставление их с данными электроэнцефалографии у детей и подростков с психическими расстройствами // Психологические исследования. 2019. Т. 12, № 63. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.02.2019).

4. Цветкова. Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 2-е, исправленное и дополненное. М.: «Российское педагогическое агентство», «Когито-центр», 1998. 128 с.

5. Uribe, E., Torres, M. (2018). Neuropsychological screening for schizophrenia: A brief tool to assess subtypes of schizophrenia. *ENEUROBIOLOGIA*, 9(21), 19.

УДК 616.89-02-084.

***Симашкова Н.В.<sup>1</sup>, Иванов М.В.<sup>1</sup>, Козловская Г.В.<sup>1</sup>,  
Макушкин Е.В.<sup>2</sup>, Шарлай И.А.<sup>3</sup>***

**Предварительные результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста в России (данные за 2017 г.)**

<sup>1</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: [simashkovanv@mail.ru](mailto:simashkovanv@mail.ru)

<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва, Россия

<sup>3</sup> Минздрав России, Москва, Россия

В России планомерно формируется национальная политика в области психического здоровья детей и подростков, активно развивается институт внештатных детских специалистов психиатров. Минздравом России отмечается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов, вследствие психических заболеваний, путем предотвращения развития психических расстройств и нарушений развития начиная с детского возраста [Макушки Е.В. с соавт., 2015].

Многими исследователями отмечается необходимость создания системы ранней детской психиатрической помощи и введения первичного скрининга общей детской популяции на предмет выявления риска возникновения нарушений психического (психологического) развития.

**Цель исследования.** Под эгидой Минздрава России в 2015 г. был запущен пилотный проект в трех крупнейших регионах России (Волгоградская,

Новосибирская и Челябинская области), обследование было сфокусировано на выявление риска возникновения расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в возрасте до 2 лет [Иванов М.В. с соавт., 2018а]. В 2017 г. Минздравом России запущен второй этап пилотного проекта в девяти крупнейших регионах, целью проекта является скрининг (первичное выявление) детей раннего возраста общей популяции в возрасте от 1,5 до 4 лет, имеющих риск возникновения нарушений психического развития разного генеза (включая донозологические состояния).

**Материал и методы.** Исследование проводилось в два этапа:

I этап – обследование проводилось методом сплошного эпидемиологического скрининга в учреждениях первичного звена здравоохранения, педиатрами с привлечением смежных специалистов (неврологи, клинические психологи), а также волонтеров (студенты-медики). Инструментом обследования являлась скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста [подробнее об анкете см. Иванов М.В. с соавт., 2018б].

II этап – консультация врача-психиатра (клиническая диагностика по критериям МКБ-10).

Анкеты заполняли родители (или законные представители) детей в возрасте 18–48 месяцев жизни. Родители были вправе отказаться от анкетирования.

Родителям детей, которые по результатам анкетирования вошли в группы риска по возникновению нарушений психического развития, рекомендовали проходить профилактическую консультацию у врача-психиатра в динамике не реже 1 раза в 6 мес. (консультация осуществлялась на добровольной основе в соответствии с российским законодательством).

В соответствии с медицинскими стандартами в целях первичной верификации диагноза и определения дальнейшего маршрута ведения больного обследование детей раннего возраста (до четырех лет) должно проводиться шадящими методами в амбулаторных условиях, в ряде случаев допускается обследование ребенка в стационарных условиях, работающих по программе «мать-дитя».

**Результаты.** В 2017 году проанкетировано 329424 родителя детей в возрасте 18–48 месяцев жизни. По предварительным данным группу риска возникновения нарушений психического развития составило 51 325 детей (155:1000). Под риском возникновения нарушений психического развития понимается донозологическое состояние, в полной мере не отвечающее клиническим критериям болезни. Данное состояние может длиться несколько лет и со временем перейти как в болезнь, так и в практическое здоровье.

Часть детей группы риска возникновения психической патологии на добровольной основе проконсультированы врачом-психиатром (23 158 случаев). У 3585 детей (11:1000) выявлены выраженные клинические нарушения, квалифицированные по МКБ-10 (F70–79; F80–83; F84; F90–98, а также F20.8xx3). В настоящее время исследование продолжается, производится обобщение данных по регионам за 2017-2018 гг.

По предварительным данным можно заключить, что с увеличением возрастного охвата детей общей популяции увеличилась группа риска, а также увеличилась и выявляемость клинически выраженных психических расстройств. Так, например, встречаемость РАС у детей в возрасте до 2 лет составляла 0,5:1000 (данные 2016 г.) [Иванов М.В. с соавт., 2018а], а в возрасте до 4 лет 1,8:1000 (данные 2017 г.).

Проведение скрининга детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением профилактической (донозологической) медицины, позволяющим выявлять начальные симптомы психической патологии и создавать возможность уже на ранних этапах определять детей группы риска и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий специализированной помощи, как психогигиенической, психопрофилактической, так и лечебно-коррекционной, что позволит своевременно принять меры для предотвращения развертывания заболевания или утяжеления психического состояния у ребенка.

### **Список литературы**

1. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4 (68). С. 5–11.
2. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16–24 месяцев жизни (данные по России за 2015–2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. № 118 (5). С. 12–19. DOI: 10.17116/jnevro20181185212
3. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М., 2018. С. 212–221.

УДК 616.89

*Суетина О.А.*

## **Расстройства адаптации у детей и подростков, излеченных от онкогематологического заболевания**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: oksanaaanatolevna@yandex.ru*

**Актуальность.** Применение современных программ лечения гемобластозов детского возраста привело к значительному улучшению выживаемости у данной категории больных, однако, высокая токсичность цитостатических препаратов и лучевой терапии неизбежно способствует поражению не только опухолевых клеток, но и здоровых органов и тканей, в особенности центральной нервной системы [Румянцева Ю.В. и др. 2009; Масчан М.А., Мякова Н.В. 2006; Махортых Т.Ж. 2003]. Сопровождающая онкологический процесс интоксикация также неблагоприятно воздействует на головной мозг, неизбежно провоцируя возникновение различных психических нарушений психического здоровья, которые впоследствии являются одной из центральных причин снижения качества жизни и сужения перспектив у уже излеченных пациентов. Представляется актуальным более пристальное изучение нарушений социального функционирования излеченных от онкогематологических заболеваний детей и подростков.

**Цель работы** – выявить основные причины, затрудняющие школьную адаптацию у детей и подростков, переболевших онкогематологическими заболеваниями. В работе использовались клинический, клинико-катамнестический методы с привлечением данных из доступной медицинской документации и сведений, полученных от родителей.

**Материал исследования** составили 48 детей и подростков мужского (34 чел.) и женского пола (14 чел), переболевшие различными формами гемобластозов в возрасте от 7 до 15 лет, на момент обследования находившиеся в состоянии клинико-гематологической ремиссии продолжительностью от 2-х до 10-ти лет. Катамнестическое прослеживание пациентов составило 4±1,5 года. В группу включены пациенты, до начала онкологического заболевания обучавшиеся по программе массовой школы, показавшие удовлетворительную успеваемость и не имевшие признаков школьной дезадаптации.

**Полученные результаты.** Анализ данной группы выявил у всех пациентов наличие органического расстройства разной степени выраженности. У большинства – 36 больных – спустя 2–3 года после окончания специального противоопухолевого лечения наблюдалось формирование нетяжелого



астенического органического расстройства (категория МКБ-10 F06). Астеническая органическая симптоматика сохранялась в течение нескольких лет и являлась поводом для оформления индивидуального обучения, перевода в экстернат или использования других способов альтернативного обучения. При создании специальных условий, школьники продолжали обучаться по массовой программе, без существенного снижения успеваемости. Частой мотивацией для оформления щадящих форм обучения в данной группе служила не столько степень выраженности резидуально-органических нарушений, сколько потребность пациента и его родителей сохранить имевшийся до болезни уровень школьной успеваемости. Альтернативные режимы обучения использовались 1–3 года после завершения противоопухолевого лечения. По мере смягчения органического синдрома, пациенты возобновляли обучение в стандартных условиях. Социальная активность пациентов даже на домашнем обучении сохранялась на приемлемом уровне, они охотно участвовали в общих школьных мероприятиях, посещали некоторые занятия, общались с одноклассниками вне школы.

Реже, когда имело место сочетание нескольких повреждающих факторов (12 чел.) – нейротоксического воздействия химиотерапевтического лечения, краниального облучения и изначально имеющейся резидуальной органической недостаточности из-за перинатальной патологии, ЧМТ или последствий интоксикаций в связи с общим наркозом, отмечалось быстрое (в течение 6–12 мес.) формирование стойкого психоорганического синдрома (категория МКБ-10 F07), проявлявшегося истощаемостью, снижением интеллектуальной работоспособности, импульсивностью. С течением времени отчетливее становились когнитивные нарушения (неустойчивость внимания, памяти, инертность и замедленность психических процессов). Повышенная конфликтность, эксплозивность, агрессия к окружающим, либо чрезмерная тормозимость, трудности переключения внимания, а также наличие церебрастенической симптоматики обуславливали необходимость перевода на индивидуальные формы обучения, т.к. возобновление школьного обучения приводило к серьезным трудностям в усвоении учебного материала. Все 12 человек, после наступления ремиссии основного заболевания продолжали обучение в облегченных условиях – по программам для детей с когнитивными нарушениями (9 чел.), и легкой умственной отсталостью (3 чел.). Несмотря на смягчение школьной программы, дети и подростки данной группы оказывались наиболее дезадаптированы в коллективе ровесников. Имевшая место школьная несостоятельность сохранялась на протяжении всего времени обучения, не обнаруживая тенденции к быстрой регрессии, и требовала длительного наблюдения, проведения коррекционных мероприятий.

Таким образом, совокупность медицинских проблем, у перенесших онкогематологическое заболевание несовершеннолетних пациентов, существенно ухудшают качество их жизни, приводя к длительной социальной дезадаптации. В связи с чем, представляется необходимым создание реабилитационных программ, основными элементами которых должны быть этапность, непрерывность, преемственность и привлечение к работе специалистов разного профиля на всех этапах становления ремиссии онкогематологического заболевания.

#### **Список литературы**

1. Румянцева Ю.В., Карачунский А.И., Румянцев А.Г. Оптимизация терапии острого лимфобластного лейкоза у детей в России. Педиатрия, 2009; 87(4): 19–28.
2. Масчан М.А., Мякова Н.В. Острый лимфобластный лейкоз у детей. Онкогематология, 2006; № 1–2, с. 50–63.
3. Махортых Т.Ж. Сравнительная токсичность терапии острого лимфобластного лейкоза у детей по протоколам ОЛЛ БФМ 90м и ОЛЛ1 МБ 91 в, мультицентровом рандомизированом исследовании. Дисс. канд. мед. Наук, 2003.

УДК 616-009.

*Тихонов Д.В.*

### **Психопатологические особенности становления ремиссии после перенесенного в юношеском возрасте манифестного психотического приступа**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*

**Введение.** При высокой актуальности изучения манифестных психотических расстройств [1], вопрос предикции качества ремиссии остаётся неразрешенным. Были выделены и подробно описаны разнообразные варианты течения острых психотических состояний [2], особенности дефицитарных расстройств на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза [3], ряд работ посвящен оценке качества и типологии устоявшейся ремиссии [4, 5]. При этом процесс обратного развития психотического приступа недостаточно освещен, динамическое описание становления ремиссии после перенесенного манифестного эндогенного психоза юношеского возраста в современной российской литературе не встречается.

**Целью** настоящего исследования является выявление клинко-психопатологических особенностей течения периода обратного развития манифестного психотического приступа в юношеском возрасте.

**Материалы и методы.** В ходе исследования были изучены 56 больных мужского пола в возрасте 16-25 лет, перенёвшие манифестный эндогенный психотический приступ аффективно-бредовой, галлюцинаторно-бредовой, кататонно-бредовой структуры (F20, F25). Пациенты обследовались на высоте психотического состояния и в течение 3 лет после полной редукции либо значимого послабления ведущей продуктивной психотической симптоматики. Обследования производились как во время стационарного, так и амбулаторного лечения в клинике ФГБНУ НЦПЗ.

**Результаты и обсуждение.** В ходе настоящего исследования были выделены 3 этапа обратного развития юношеского эндогенного приступообразного психоза, описаны их особенности.

1 этап становления ремиссии – этап редукции ведущей психотической симптоматики, определялся угасанием приступообразующих психотических феноменов, уменьшением и последующей утратой чувства их актуальности и эмоциональной значимости; формированием рационального отношения к болезни, началом формирования критики.

2 этап становления ремиссии – этап стабилизации психических функций. Данный этап определялся деструкцией приступообразующих феноменов, появлением постприступных аффективных нарушений и неврозоподобных расстройств на фоне выступающей на первый план дефицитарной и редуцирующейся резидуальной психотической симптоматики. В зависимости от преобладающей симптоматики выделяют 4 типа течения 2 этапа.

I тип, с преобладанием резидуальной психотической симптоматики (13 больных, 23,2 %), обуславливался преобладанием субпсихотических явлений, входивших в структуру приступа. Потеряв актуальность, психотические расстройства до некоторой степени влияли на особенности поведения больных. На фоне снижения интенсивности бредовых и галлюцинаторных феноменов была значительно замедлена и неравномерна их полная редукция. Остаточные психопатологические нарушения были представлены резидуальными ретроспективными бредовыми идеями и вербальными обманами восприятия, носящими эпизодический, отрывочный характер. На первый план, помимо субпсихотической симптоматики, у них выходили снижение психоэмоциональной устойчивости, повышенная утомляемость, заострение личностных черт.

II тип, с преобладанием аффективных нарушений (34 больных, 60,7 %), характеризовался появлением на 2 этапе расстройств депрессивного спектра, развившихся вскоре после редукции приступообразующей симптоматики и не конгруэнтных ей. При возникновении депрессивных расстройств с позитивной аффективностью (16 человек, 28,57 %) на первый план

выходили стойкое снижение настроения с неспособностью испытывать яркие эмоции, гипертрофированные тревожные реакции с формированием реактивных идей малоценности, бесперспективности, доходившие до уровня тревожной ажитации с появлением суицидальных мыслей. Подобные депрессивные эпизоды длились в среднем около 1,5-2 месяцев. Постпсихотические депрессии с негативной аффективностью были отмечены у 18 (32,14 %) больных. Спектр нарушений в этой подгруппе распространялся от астенических состояний (7 больных, 38 %) с психоэмоциональной хрупкостью, лабильностью и быстрой истощаемостью, тревожно-ипохондрическими реакциями, явлениями «моральной ипохондрии», до апатических (11 больных, 62 %), представленных слабостью побуждений, аффективной уплощенностью, ангедонией, пассивностью вплоть до полного равнодушия к окружающему. Для больных было характерно избегающее поведение, сопровождающееся реакциями отказа, раздражительной слабостью. Данные расстройства в последующем редуцировались лишь отчасти, в значительной мере амальгамируясь с личностью больных. Подобные депрессивные эпизоды имели склонность к затяжному (до 10 месяцев) течению, значительно превышающему длительность непосредственно психотического состояния. Данные расстройства отчетливо снижали качество реабилитационных мероприятий, препятствовали реинтеграции пациентов в социум, приводили к необходимости перехода на домашнее обучение, оформления академических отпусков, увольнению с работы.

III тип, псевдоневроотический (4 больных, 7,2 %), обуславливался формированием у больных различного рода навязчивых движений и мыслей, изолированных фобий: страха темноты, одиночества, реальных и фантастических объектов, периодическими вегетососудистыми нарушениями с диэнцефальным компонентом. Obsessии носили преимущественно идеаторный характер, отличались стойкостью к проводимой терапии и нелепостью своего содержания.

IV тип, с преобладанием дефицитарной симптоматики (5 больных, 8,9 %), определялся выраженными когнитивными и мнестическими расстройствами. На первый план выходили нарушения подвижности психических процессов, снижение интеллектуальной работоспособности, нарушение избирательности и устойчивости внимания, трудности сосредоточения, усвоения и переработки информации, формулировании собственных мыслей. Нарастали аутизация, потеря интереса к какой-либо деятельности, аффективная уплощенность, эмоциональная нивелировка с равнодушным отношением к окружающим, выраженные когнитивные нарушения с неспособностью усваивать новую информацию. Отмечалась низкая степень

когнитивной структурированности (выборочность восприятия мира, разрушение целостности основных психических процессов). Актуализировались инфантильные черты с зависимостью от родных при потере симпатии к близким, формировании к ним рационального, «потребительского» отношения. Терялись прежние интересы, деятельность больных сводилась к монотонной активности, удовлетворению примитивных потребностей. Больные не могли полноценно продолжить обучение, были вынуждены оставить учебные заведения.

3 этап становления ремиссии – этап реинтеграции психических функций. Он определялся расстройствами непсихотического спектра. Ключевым для этого этапа являлось формирование сочетания негативных изменений с сохранившимися личностными ресурсами, определяющего постприступный уровень социальной и трудовой реадaptации больного. Отмеченные на этом этапе психопатологические явления, такие как аффективные колебания, транзиторная субпсихотическая симптоматика, неврозоподобные расстройства, постприступные расстройства личности определяли картину установившейся ремиссии.

У 14 % больных в течение года после становления ремиссии развивался повторный психотический приступ, во всех случаях это было связано с обрывом психофармакотерапии.

**Выводы.** Полученные данные показывают, что одним из важнейших факторов, определяющих качество последующей ремиссии, является характер расстройств, возникающих после редукции ведущей приступобразующей симптоматики. Наиболее деструктивные последствия обнаруживаются при раннем проявлении дефицитарных расстройств, тогда как преобладание продуктивной аффективной симптоматики на этапе вторичных расстройств сигнализирует о дальнейшем формировании ремиссии высокого качества.

#### **Список литературы**

1. Kirkbride, J. B., Hameed, Y., Ankireddypalli, G., Ioannidis, K., Crane, C.M., Nasir, M., ... Jones, P. B. (2017). The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings From the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. *American Journal of Psychiatry*, 174(2), 143–153.
2. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология, систематика). – М.: Медицина, 1975. – 192 с.
3. Бархатова А.Н. Клинико-психопатологические аспекты дефицитарных расстройств в структуре начальных этапов юношеского эндогенного психоза / А.Н. Бархатова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2015. – N 9. – С. 8–16.

4. Коцюбинский, А.П. Шизофрения. Уязвимость–диатез–стресс–заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др., СПб: Гиппократ 2004. – С. 88–104

5. Lally, J., Ajnakina, O., Stubbs, B., Cullinane, M., Murphy, K.C., Gaughran, F., & Murray, R. M. (2017). Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *British Journal of Psychiatry*, 211(06), 350–358.

УДК 616.89-02-053

**Шмакова О.П.**

### **К проблеме ранней диагностики детско-подростковых психических расстройств**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: olga-zhuravleva1@yandex.ru*

**Актуальность** изучения ранних этапов развития детско-подростковой психической патологии обусловлена недостаточным уровнем знаний в этой области, что ведёт к отсроченному распознаванию симптомов тяжёлых болезней, сопровождается несвоевременным лечением и ухудшением состояния больных, снижением уровня их адаптации. Исследований в этой области недостаточно, основные работы рассматривают случаи отчётливого манифеста и длительного течения болезней [Бобров А.Е., Сомова В.М., 2013; Бархатова А.Н., 2015; Kang C. et al, 2019]. Посвященных начальным этапам работ значительно меньше [Каледа В.Г. и др., 2012; Шмакова О.П., Мазаева Н.А., 2018].

**Цель исследования:** анализ случаев гиподиагностики детско-подростковой психической патологии. Материал и методы. Проспективно до 17 лет 11 мес. изучена когорта амбулаторно наблюдавшихся детей и подростков 1990–92 гг. рождения, впервые обратившихся к психиатру в возрасте от 3 до 17 лет 11 мес. (М ± σ: 9,41±3,61 лет). Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

**Результаты и обсуждение.** В прослеживаемую группу вошли 1203 чел.: м.–914(76 %), ж.–289(24 %)–дети и подростки, пришедшие в амбулаторную службу с разнообразными жалобами, диагноз им верифицировался на протяжении дальнейшего наблюдения.

Диагноз шизофрении был уточнён у 99 больных, м. – 72 (72,7 %), ж. – 27 (27,3 %). В 68 случаях из 99 (68,7 %): м. – 53, ж. – 15 при первичном обращении и дальнейшем наблюдении длительностью от 0,5 до 12 лет

( $M \pm \sigma$ : 1,9 $\pm$ 2,7 г.) диагноз эндогенного заболевания вынесен не был. Первичная нозологическая трактовка в случаях гиподиагностики оказалась следующей: у 28 из 99 чел. – 28,2 % (м. – 23; ж. – 5) диагностировались расстройства психического развития и умственная отсталость; у 17 – 17,2 % (м. – 10; ж. – 7) невротические и аффективные расстройства; у 15 – 15,2 % (м. – 13; ж. – 2) органические; у 6-6,1 % (м. – 5; ж. – 1) эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста; у 2–2 % (м. – 2) личностные расстройства. При детских формах шизофрении (манифест до 12 лет),  $n=67$ , гиподиагностика составляла 82,1 % (55 чел.); первичное заключение, вынесенное вне рубрики F2, чаще звучало как «расстройство развития» (F8) – 25 чел.; при подростковых формах шизофрении,  $n=32$ , гиподиагностика составляла 41 % (13 чел.); первично чаще диагностировалось «невротическое расстройство» (F4) – 6 чел.

Умственная отсталость (УО) уточнена у 205 чел.; м. – 134 (65 %), ж. – 71 (35 %). В 63 случаях из 205 (30,7 %): м. – 41, ж. – 22 при первичном обращении и дальнейшем наблюдении длительностью от 0,4 до 5 лет ( $M \pm \sigma$ : 1,3 $\pm$ 1,5 г.) диагноз УО не был выставлен. Первичная нозологическая трактовка в случаях гиподиагностики: у 46 из 205 чел. – 22,4 % (м. – 32; ж. – 14) первично диагностировались расстройства психического развития; у 16 – 7,8 % (м. – 8; ж. – 8) органические; у 1–0,5 % (м. – 1) эмоциональные и поведенческие расстройства детско-подросткового возраста. При обращении до 12 лет ( $n=185$ ) доля гиподиагностики составляла 30,8 % (57 чел.); первично чаще диагностировалось «расстройство развития» (F8) – 45 случаев; при обращении в связи с УО после 12 лет ( $n=20$ ) доля гиподиагностики составляла 30 % (6 чел.); первично расстройства чаще идентифицировались как «органические психические» (F0) – 5 чел.

Органические психические расстройства (ОПР) были верифицированы у 522 чел.; м. – 449(86 %), ж. – 73 (14 %). В 76 случаях из 522 (14,6 %): м. – 63, ж. – 13 при первичном обращении и дальнейшем наблюдении длительностью от 0,2 до 4,5 лет ( $M \pm \sigma$ : 0,9 $\pm$ 1,2 г.) диагноз ОПР не был выставлен. Первичная нозологическая трактовка в случаях гиподиагностики: у 47–9 % от 522 чел. (м. – 37; ж. – 10) первично диагностировались расстройства психического развития и УО; у 14–2,7 % (м.–12; ж. – 2) эмоциональные и поведенческие расстройства детского возраста; у 7–1,3 % (м. – 6; ж. – 1) невротические и аффективные; у 5 – 1 % (м. – 5) личностные расстройства; у 3 – 0,6 % (м. – 3) расстройства шизофренического спектра. При обращении до 12 лет ( $n=488$ ) доля гиподиагностики составляла 14,1 % (69 чел.); первично чаще диагностировалось «расстройство развития» (F8) – 47 чел., при обращении в связи с ОПР после 12 лет ( $n=34$ ) доля гиподиагностики

составляла 20,6 % (7 чел.); первичное заключение чаще звучало как «эмоциональные и поведенческие расстройства» (F9) – 3 чел.

**Выводы.** Доля несвоевременной диагностики детско-подростковых форм шизофрении значительно весомее таковой при других тяжелых психических заболеваниях. Гиподиагностика детской шизофрении в амбулаторной сети достигает 82,1 % случаев, следовательно больные длительно ведутся с иными диагнозами, не получая адекватной помощи. Чаще в качестве временного, первичного используется диагноз расстройств психического развития. Столь высокий процент гиподиагностики ранних форм шизофрении связан, по-видимому, с первичной нозологической квалификацией начальных этапов болезни, клиническая картина которых отличалась неспецифичностью, полиморфностью, малой интенсивностью проявлений эндогенной симптоматики, что требует подробного дальнейшего изучения.

#### **Список литературы**

1. Бархатова А.Н. Клинические предикторы первой ремиссии юношеского эндогенного приступообразного психоза. Психиатрия. 2015; 1:5–11.
2. Бобров А.Е., Сомова В.М. Ранние исходы синдрома Аспергера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013; 113 (8): 19–25.
3. Каледа В.Г., Мезенцева О.Е., Крылова Е.С., Бархатова А.Н. Особенности доманифестного этапа эндогенного психоза с первым приступом в юношеском возрасте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012; 112 (5): 22–28.
4. Шмакова О.П., Мазаева Н.А. Органические психические расстройства детско-подросткового возраста: результаты длительного наблюдения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018; 118(1): 4–12.
5. Kang C., Zhou H., Yang J., Yang R., Sun N., Wang S., Yang C., Han D., Srihari V.H. Course, outcome and diagnosis stability of early-onset schizophrenia in Yunnan Province, China-a three years follow-up study. Psychiatry Res. 2019 Jan; 271: 144–149.



## Раздел IV. ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

УДК:159.95+616.89-02-053+616.895.8

*Абдуллина Е.Г., Савина М.Р., Рунчев Г.Е., Шешенин В.С.*

**Состояние когнитивных функций при поздней шизофрении:  
скрининговая оценка и особенности абстрактного мышления**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва,  
МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, РФ.  
e-mail: catherina.abdullina@gmail.com*

**Актуальность исследования.** Несмотря на то, что шизофренические психозы чаще манифестируют в подростковом и юношеском возрасте, как минимум у 20 % пациентов начало психоза приходится на возраст после 40 лет [Maglione J.E., Thomas S.E., Jeste D. V., 2014]. В 1998 в рамках Международного исследовательского консенсуса, посвященного проблеме поздних психозов, было предложено считать поздней шизофрению с возрастом начала после 40 лет (Late-Onset Schizophrenia), а расстройства шизофренического спектра (в том числе заболевание, соответствующее диагностическим критериям шизофрении), начавшиеся после 60 лет – шизофреноподобными расстройствами с очень поздним началом (Very-Late Onset Schizophrenia-Like Psychosis). Последние были выделены как отдельная нозологическая группа по результатам анализа клинко-психопатологических и клинко-этиологических исследований [Howard R. et al., 2004].

Несмотря на то, что основные клинические симптомы совпадают у пациентов с ранним и поздним началом заболевания, научное сообщество все еще не пришло к окончательному согласию, относительно того, является ли шизофрения с поздним началом тем же заболеванием, которое начинается в молодом возрасте. Так, существуют различия в клинических проявлениях, демографических показателях [Maglione J.E., Thomas S.E., Jeste D.V., 2014].

Симптомы нарушения когнитивных функций, наряду с позитивной и негативной симптоматикой, являются ключевыми в клинической картине шизофрении и отражают нарушения в работе головного мозга, в целом, вне зависимости от возраста манифеста психоза. Оценка состояния познавательных процессов при поздней шизофрении, в комплексе с результатами

клинико-психопатологических, генетических, нейровизуализационных исследований поможет глубже понимать её природу. С точки зрения клинической работы, оценка когнитивного статуса важна для понимания возможных затруднений пациентов в их повседневном функционировании, формирования прогноза, построения реабилитационных программ (психосоциальных, когнитивных тренингов).

Таким образом, **цель** данного пилотажного исследования – оценить состояние познавательной сферы у пациентов с шизофренией с поздним манифестом.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 16 пациентов с шизофренией с поздним началом. Среди них было 15 женщин, 1 мужчина, средний возраст составил  $61.5 \pm 10.3$ . В качестве контрольной группы были приглашены респонденты, у которых отсутствовали аффективные или психотические расстройства, средний возраст составил  $56.9 \pm 11.2$ , среди них было 4 мужчин и 9 женщин. Для оценки состояния когнитивной сферы использовалась Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА).

Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica, для оценки значимости различий между экспериментальной и контрольной группами использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

**Результаты и обсуждение.** Результаты выполнения шкалы МОСА значимо различаются в экспериментальной и контрольной группах:  $U=55$ ,  $p=.002$ . Среднее значение в экспериментальной группе составляет  $22.5 \pm 4.7$ , медиана 23, минимальное значение 13 баллов, максимальное – 29 баллов, в контрольной группе –  $27.7 \pm 1,8$ , медиана 28, минимальное значение 24 балла, максимальное – 30 баллов. Можно говорить не только о значимых различиях между группами, но и о более высокой вариативности результатов в выполнении методики пациентами. Так, у двух пациентов результаты были ниже 17 баллов, что говорит о высокой вероятности наличия у них выраженного когнитивного снижения, результаты большинства пациентов находятся между 17 и 26 баллами, результаты пяти пациентов соответствуют возрастным нормам.

**Выводы.** Несмотря на ограничения данного пилотажного исследования в виде небольших выборок, а также использования одной скрининговой шкалы для оценки когнитивного функционирования, можно сделать некоторые предварительные выводы:

1. В целом, с высокой долей вероятности можно говорить о наличии когнитивного снижения у пациентов с поздней шизофренией в сравнении с контрольной группой.

2. Пациенты с поздней шизофрении составляют довольно гетерогенную группу с точки зрения состояния познавательных процессов: тогда,

как часть из них демонстрируют результаты, соответствующие нормативным, у отдельных пациентов высока вероятность наличия выраженного мнестико-интеллектуального снижения. Большинство пациентов демонстрируют сравнительно негрубую когнитивную дисфункцию.

### **Список литературы**

1. Howard R. et al. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus // American Journal of Psychiatry. – 2000. – Т. 157. – №. 2. – С. 172–178.

2. Maglione J.E., Thomas S.E., Jeste D.V. Late-onset schizophrenia: do recent studies support categorizing LOS as a subtype of schizophrenia? // Current opinion in psychiatry. – 2014. – Т. 27. – №. 3. – С. 173.

3. Van Assche L. et al. The neuropsychology and neurobiology of late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: a critical review // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2017. – Т. 83. – С. 604–621.

УДК: 616-895.4 – 159.95

**Балашова Е.Ю.**

### **Нейропсихологический подход к изучению депрессий позднего возраста**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: elbalashova@yandex.ru*

**Актуальность.** В последние десятилетия во многих странах мира происходит значительный рост численности людей пожилого и старческого возраста [Гаврилова, 2011; и др.]. Соответственно возрастает и частота некоторых психических заболеваний, прежде всего, аффективных расстройств. Аффективные расстройства депрессивного спектра сегодня являются одним из центральных объектов исследований в психиатрии, неврологии, клинической психологии. Интерес к этим заболеваниям связан, прежде всего, с демографическими факторами, в частности, с увеличением частоты депрессий расстройств в позднем возрасте [Концевой, 1999; Ряховский, 2011]. В исследованиях депрессий позднего возраста особое внимание уделяется их мозговым механизмам: вкладу разных полушарий мозга в генезис аффективных нарушений, симптомам лобной, височной, подкорковой дисфункции [Старение мозга, 1991; Alexopoulos, 2003]. При дисфункциях этих мозговых зон и структур у больных возникают трудности в принятии решений, колебания произвольного внимания и контроля, снижение некоторых параметров памяти, дефицит включения в выполнении

заданий и другие симптомы. Ряд данных свидетельствует о негативном влиянии когнитивных нарушений на динамику клинических проявлений и возможность эффективной терапии поздних депрессий [Lenze et al., 1999; Ряховский, 2011].

**Цель** проведенного исследования состояла в том, чтобы проанализировать частоту встречаемости различных нейропсихологических синдромов у больных поздними депрессиями и описать основные симптомы измененных психических функций у таких пациентов.

**Задачами** исследования являлись: 1) проведение комплексного нейропсихологического обследования больных депрессиями; 2) интерпретация его результатов с опорой на методологию синдромного анализа, позволяющая уточнить локализацию мозговой дисфункции и выделить наиболее уязвимые звенья психической деятельности и психических функций; 3) количественный анализ полученных данных.

**Материал и методы.** В исследовании добровольно приняли 197 больных депрессиями (средний возраст 68+13 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГНУ «НЦПЗ». У пациентов были следующие диагнозы: рекуррентное депрессивное расстройство (F33) – 93 человека; биполярное аффективное расстройство (F31) – 46 человек; депрессивный эпизод (F32) – 24 человека. Кроме того, была выделена отдельно группа больных с другими видами депрессии – 34 человека. Среди больных было 59,4 % женщин и 40,6 % мужчин, 63,4 % имели высшее образование, 36,6 % – среднее или среднее специальное; 75,6 % – пенсионеры, продолжали работать – 24,4 % больных. По данным самоотчета 90 % были правшами, 4 % левшами и 6 % амбидекстрами. Больным проводилось комплексное нейропсихологическое обследование [Лурия, 1962].

**Результаты и их обсуждение.** Проведенное нейропсихологическое обследование позволило выделить группу больных (100 человек) с дисфункцией подкорковых образований мозга. У 13 больных депрессиями дисфункция подкорковых образований сочеталась с изменениями работы задних (преимущественно височных и/или теменных) отделов мозга; у 47 больных – с изменениями работы передних (лобных) отделов мозга. У 35 больных мозговая дисфункция носила более обширный характер: наряду с дисфункцией подкорковых образований наблюдались симптомы со стороны как задних, так и передних отделов мозга. Наконец, у 2 человек нейропсихологическое обследование не выявило патологии психических функций и психической деятельности.

Результаты проведенного исследования показали, что те или иные симптомы дисфункции *подкорковых структур* мозга встречались у всех без исключения больных депрессиями. При этом проявления подкорковой

дисфункции отличались вариативностью. Некоторые из них отражали общие изменения «энергетического» обеспечения психической деятельности и могли наблюдаться при выполнении практически любого задания нейропсихологического обследования; другие носили более «камерный» характер и выявлялись только в определенных видах моторной или графической деятельности. Так, трудности включения в выполнение заданий, колебания произвольного внимания и уровня достижений встречались наиболее часто, медленный темп выполнения заданий, истощаемость, микрографии и тремор отмечались реже. Среди симптомов, связанных с задними отделами мозга, доминировали отдельные ошибки в оптико-пространственных пробах, в заданиях акустического неречевого гнозиса. Отмечались и затруднения при заучивании и отсроченном воспроизведении слухоречевого материала [Зарудная, Балашова, 2018]. Дисфункция передних отделов мозга чаще всего выражалась в дефиците контроля, в импульсивности, в недостаточной критичности к допускаемым ошибкам, в нарушениях динамического праксиса.

**Выводы.** Проведенное исследование показывает, что при депрессиях позднего возраста, наряду с аффективными нарушениями, имеют место симптомы дисфункции субкортикальных структур, в ряде случаев сочетающиеся с изменениями работы задних и/или передних отделов мозга. Степень выраженности и компонентный состав этих симптомокомплексов могут варьировать; в дальнейшем представляет несомненный интерес анализ их латеральных особенностей.

### Список литературы

1. Гаврилова С.И. (ред.). Руководство по гериатрической психиатрии. М.: Пульс, 2011.
2. Концевой В.А. Функциональные психозы позднего возраста. В кн.: Руководство по психиатрии в 2-х тт. / Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т.1. С. 667-685.
3. Ряховский В.В. Ближайшие исходы депрессии у лиц в инволюционном и позднем возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2011.
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Моск. гос. университет, 1962.
5. Зарудная Е.А., Балашова Е.Ю. Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста // Психологические исследования. 2018. Т. 11, № 57. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 31.03.2019).

УДК 616-895.4 – 159.95

**Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., Орлецкая Ю.В.**

**Новая методика в нейропсихологической диагностике когнитивной сферы у пациентов в позднем возрасте**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва,  
МГУ им. М.В.Ломоносова, МГППУ, Москва, Россия  
e-mail: ifroshchina@mail.ru*

**Введение.** Оценка когнитивных возможностей стареющих людей становится одной из актуальных проблем клинической психологии. Увеличение числа лиц «третьего» возраста, сохраняющих мотивацию активности и трудоспособность, требует понимания механизмов старения, что важно для разработки программ психологической поддержки и реабилитации. Необходимо учитывать и тенденцию роста количества больных со свойственными позднему онтогенезу заболеваниями, к которым относятся мягкое когнитивное снижение, болезнь Альцгеймера и др. В связи с этим следует отметить важную особенность проявления нейропсихологических симптомов у пожилых больных, где когнитивный статус определяется сочетанием двух симптомокомплексов: симптомов нормального старения и симптомов, обусловленных болезнью. Традиционный синдромный подход даёт суммарную картину сохранных и дефицитарных компонентов высших психических функций (ВПФ). По этой причине не всегда возможно отделить один симптомокомплекс от другого, что затрудняет поиск «мишени» для реабилитационных мероприятий. Возникает задача разработки методик, позволяющих выявлять более тонкие различия в структуре и динамике ВПФ и настроенных на анализ внутримодальных связей между разными уровнями в системном строении отдельной ВПФ и, в частности, в её сохранных компонентах. В решении этой задачи представляется продуктивным обращение к тактильной сфере, поскольку в современных источниках подчёркивается, что она при старении меньше подвержена возрастным изменениям в отличие от других модальностей [Norman JF et al., 2011; Пархоменко Д.В., 2011; Корсакова Н.К. и соавт., 2016]. Имеются работы, показывающие эффективность обращения к тактильной функции в работе с больными, что проявляется положительной динамикой в эмоциональной и когнитивной сферах, снижением уровня тревоги, улучшением внимания в звене невербальных реакций, улучшением зрительной и слухоречевой памяти и повышением беглости речи при болезни Альцгеймера [Newell N.S et al., 2005; Ballesteros S. et al., 2004].

**Цель работы** – исследование тактильной сферы у здоровых пожилых участников исследования и у пациентов с мягким когнитивным снижением

и мягкой деменцией при болезни Альцгеймера с использованием методики, разработанной Корсаковой Н.К. и Пархоменко Д.В. (2011) В методике используется авторская модель многоуровневого строения тактильной модальности, основанная на методологии рассмотрения ВПФ как функциональных систем и логике синдромного подхода А.Р Лурии.

**Материал и методы.** Методика исследования тактильной сферы основана на блок-схеме тактильного гнозиса, включающей дифференцированную оценку сенсорного, перцептивного и семантического уровней тактильной сферы. Результатом работы сенсорного уровня является комплекс ощущений, результатом работы перцептивного – образ предмета, а при обработке информации на семантическом уровне определяется значение предмета. Методика состоит из 12 субтестов, среди них локализация прикосновения, локализация прикосновения с конфликтом (двухточечное различие), доска Сегена, трудно вербализуемые фигуры, восприятие текстуры, тактильный стереогноз. Обработка результатов выполнения всех субтестов основана на количественной и качественной оценке результатов деятельности когорты обследованных. В неё входили 4 группы участников исследования: группа здоровых испытуемых в возрасте от 22 до 25 лет (15 чел., 10 девушек и 5 юношей), группа пожилых здоровых людей в возрасте от 55 до 75 лет (20 чел., 17 женщин и 3 мужчины), группа больных с мягкой деменцией при болезни Альцгеймера (12 чел., 10 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 56 до 82 лет, группа пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСИ) (8 чел., 7 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 59 до 76 лет.

**Результаты.** 1. Все здоровые участники исследования, независимо от возраста, достаточно успешно выполнили комплекс методик для оценки тактильного гнозиса. 2. В позднем возрасте при нормальном старении сохраняются структурные и динамические компоненты тактильной сферы, о чём свидетельствует идентичность динамики показателей эффективности выполнения тактильных проб на разных уровнях тактильной модальности у молодых и пожилых участников исследования, а также у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения. 3. Получила подтверждение гипотеза исследования об относительной сохранности тактильной сферы при начальной стадии болезни Альцгеймера, о чём свидетельствуют данные о выполнении всех тактильных проб при сохранении нормальной тенденции в динамике изменения количества ошибок при переходе от одного уровня тактильной сферы к другому. 4. В позднем возрасте и при нормальном, и при патологическом старении тактильная сфера сохраняет свою включённость в межфункциональные связи, предметно и знаково-символически опосредствованные, о чем свидетельствует повышение эффективности деятельности и действий, осуществляемых на перцептивном и, особенно,

семантическом уровнях. 5. В комплексном нейропсихологическом обследовании выполнение проб, направленных на оценку тактильных функций, осуществляется пациентами с меньшим эмоциональным напряжением, что может быть использовано при необходимости изменения когнитивной нагрузки в случаях истощаемости пациента. 6. На функционирование тактильной сферы в позднем возрасте влияют такие «возрастные» симптомы, как изменение нейродинамических параметров психической активности и дефицитарность фактора пространственного анализа и синтеза.

**Резюме.** Данные литературы и результаты, полученные при обследовании больных с начальной деменцией, позволяют говорить об эффективности обращения к тактильной модальности в реабилитационных программах для пациентов позднего возраста.

#### **Список литературы**

1. Пархоменко Д.В. Комплексное исследование тактильной сферы. Методическое пособие. М., Акрополь, 2011.
2. Norman J.F. et al. Aging and the haptic perception of 3D surface shape // *Atten Percept Psychophys.* 2011 Apr;73(3):908-18.
3. Newell F.N. et al. Visual, haptic and crossmodal recognition of scenes // *Exp Brain Res.* 2005 Feb;161(2):233-42.
4. Ballesteros Soledad et al. Intact haptic priming in normal aging and Alzheimer's disease: evidence for dissociable memory systems // *Neuropsychologia.* 2004; 42(8): 1063–70.
5. Корсакова Н. К., Абдуллина Е. Г. Диагностика тактильной сферы при нормальном и патологическом старении. Материалы научно-практической конференции с международным участием, 29–30 ноября 2016 года. «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)». С. 204.

***Рассоха А.А. Ичитовкина Е.Г. Злоказова М.В.***

#### **Анализ состояния психического здоровья пенсионеров министерства внутренних дел**

*Кафедра психолого-педагогического и медицинского обеспечения  
деятельности ОВД, Всероссийского института повышения  
квалификации сотрудников МВД России, г. Домодедово, РФ.*

*Кафедра психиатрии им. И.В. Багаева,  
Кировский государственный медицинский университет, Киров, РФ*

**Актуальность.** Психические расстройства являются 3-й по частоте причиной инвалидности у пенсионеров Министерства внутренних дел



(МВД) – ветеранов боевых действий [Юрковский О.И., 2005]. После увольнения со службы только около 20 % комбатантов-пенсионеров, имеющих психические нарушения, обращаются за помощью к психиатрам, получают психофармакотерапию и не более 10 % – психотерапию, что связано с отсутствием критики к болезни и сложностями при обращении за помощью (очереди, невнимание персонала, отсутствие понимания со стороны врачей) [Соловьев А.Г., Шутова А.А., Злоказова М.В., Ичитовкина Е.Г., 2017]. По данным немногочисленных исследований психического здоровья пенсионеров ОВД, обозначается проблема недостаточно организованных подходов к оказанию психиатрической помощи данному контингенту, ограниченности психопрофилактических и коррекционных мер, несвоевременной диагностике пограничных психических расстройств [Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., 2016].

**Цель исследования:** анализ состояния психического здоровья пенсионеров министерства внутренних дел России, обратившихся за психиатрической помощью в ведомственный центр психического здоровья.

**Материал и методы исследования.** Проведен сплошной анализ состояния психического здоровья 111 пенсионеров МВД, обратившихся за медицинской помощью в Центр психического здоровья (ЦПЗ) МВД России в Кировской области в период с февраля по ноябрь 2018 г. во время проведения региональной апробации системы реорганизации психиатрической службы в системе МВД России с созданием на базе общесоматического учреждения здравоохранения психиатрического подразделения.

**Результаты и обсуждение.** Среди обследованных пенсионеров МВД были выявлены психические расстройства в 56 (50,4 %) случаях. Среди них чаще всего встречались органические расстройства головного мозга – 24 чел. (42,9 %), в том числе органическое расстройство личности, травматической этиологии (F07.0) – 11 чел. (45,8 %), органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6) – 9 чел. (37,6 %), сосудистая деменция (F01.8) – 2 чел. (8,3 %), органическое тревожное расстройство (F06.4) – 2 чел. (8,3 %) и невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 24 чел. (42,9 %), в том числе тревожные расстройства (F41) – 6 чел. (24,9 %), расстройства адаптации (F43.2) – 10 чел. (41,8 %), неврастения (F48.0) – 8 чел. (33,3 %).

Кроме того, были выявлены: расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F62.0) – 3 чел. (5,2 %); психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10.2) – 2 чел. (3,6 %); аффективные расстройства (F33.0) – 2 чел. (3,6 %); шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20.0) – 1 чел. (1,8 %).

**Выводы:** нозологическая структура психических расстройств сотрудников МВД России, обратившихся за психиатрической помощью в ведомственный центр психического здоровья, характеризуется полиморфизмом с преобладанием органических и невротических расстройств, требующих проведения комплексной терапии. В условиях реорганизации психиатрической службы в системе МВД России оказание полипрофессиональной помощи возможно в условиях Центра психического здоровья.

**Список литературы**

1. Юрковский О.И. Медико-социальные аспекты инвалидности, реабилитации и социальной интеграции, пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях и в локальных военных конфликтах / О.И. Юрковский // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 26–28.
2. Соловьев А.Г., Шутова А.А., Злоказова М.В., Ичитовкина Е.Г. Динамика формирования психических расстройств у комбатантов-пенсионеров Министерства внутренних дел // Успехи геронтол. 2017. Т 30. № 6. С. 912–916.
3. Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В. Анализ катамнеза комбатантов-пенсионеров Министерства внутренних дел с психическими расстройствами // Успехи геронтол. 2016. Т 29. № 5. С. 836–838.

УДК 616.89-008.43; 616.8-009.2

**Черкасов Н.С., Шешенин В.С., Савина М.А.**

**Поздняя дискинезия у пациентов пожилого возраста:  
обзор литературы**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: nikita.cherkasov@hotmail.com*

**Актуальность.** Несмотря на широкое применение нейролептиков в лечении галлюцинаторно-бредовых, аффективных и органических расстройств позднего возраста, вопросы распространенности, клиники и лечения осложнений психотропной терапии остаются недостаточно изученными. Распространенность неврологических побочных эффектов психофармакотерапии в пожилом возрасте достаточна высока. Так ежегодная частота развития поздней (тардивной) дискинезии (ПД) составляет от 5,3 % до 6,7 % [Woerner M.G. et al., 2011]. При первичном осмотре пациентов, поступивших в геронтопсихиатрическое отделение, в 52,3 % случаях были выявлены неврологические симптомы, обусловленные предшествующим приемом нейролептиков, причем в 33 % из них наблюдалась

поздняя дискинезия [Шешенин В.С. и соавт., 2011]. Проявления ПД становятся причиной стигматизации, отказом от психофармакотерапии, снижают качество жизни пациентов, приводят к их социальной дезадаптации. Поэтому изучение проблемы ПД в пожилом возрасте приобретает особую значимость.

**Цель исследования.** Обзор научной литературы, касающейся распространённости, клиники и терапии поздней дискинезии у пациентов пожилого возраста.

**Материал и методы.** Были отобраны и проанализированы научные публикации с 2004 по 2018 годы, найденные в базах данных Scopus, PubMed, Cochrane Library, Elibrary по комбинациям ключевых слов «неврологические осложнения», «поздняя дискинезия», «нейролептики», «антипсихотики», «факторы риска», «лечение».

**Результаты и их обсуждение.** Проанализированы 53 работы (зарубежных – 43, русскоязычных – 10), касающихся эпидемиологии и клиники – 14, освещающих патогенез – 15, лечение – 18. Из них только 8 работ были посвящены исследованию поздней дискинезии у пациентов старше 60 лет.

Как в отечественной, так и в зарубежной литературе достаточно подробно представлены клинические описания этих расстройств. Встречаемость ПД в общей популяции по данным литературы варьировала от 22,7 до 28,1 % (средний возраст 42,8 лет), при этом у пациентов старше 60 лет этот показатель был значительно выше ( $z=2.85$ ). При изучении ПД были выделены следующие факторы риска: пожилой возраст, длительность лечения нейролептиками, женский пол, сахарный диабет, курение, злоупотребление алкоголем и ПАВ, генетически обусловленные нарушения метаболизма нейролептиков, когнитивные нарушения и органическое поражение мозга, наличие негативных расстройств, диагноз аффективного расстройства, применение типичных антипсихотиков, высокая дозировка нейролептика и прерывистый прием препарата, а также проведение ЭСТ в анамнезе [Solmi M. et al., 2018]. При анализе результатов представленных исследований установлено, что не существует общепринятого взгляда на механизм возникновения ПД. Существует множество гипотез патогенеза: дисбаланс в дофаминергической и ГАМК-ергической системах мозга, влияние окислительного стресса на метаболизм клеток в головном мозге, феномен глутаматной эксайтотоксичности, расстройство чувствительности рецепторов. За каждой из этих гипотез стоят самостоятельные методы терапии [Бойко А.С. и соавт., 2015]. В литературе имеются данные, касающиеся характера морфологических изменений в условиях ПД. Такие признаки органического поражения мозга, как: расширение боковых и третьего желудочков, уменьшение размеров головки хвостатого ядра и изменение интенсивности сигнала

от базальных ганглиев – выявляются при КТ и МРТ исследовании у лиц с осложнениями чаще, чем у больных с тем же основным психиатрическим заболеванием, но без двигательных расстройств. В современных исследованиях идет активный поиск биологических маркеров ПД – так, обнаружены изменения в крови уровней цитокинов (IL-2, IL-6, TNF-alpha), ферментов системы цитохрома (СYP2D6). Кроме того, выявлены нарушения определенных генов, кодирующих синтез рецепторных белков, ферментов и нейромедиаторов. Указанные биологические направления являются перспективными в понимании предикторов ПД.

Остается неразработанной проблема терапии ПД в позднем возрасте. Это обусловлено противоречивостью результатов исследований, их малой сопоставимостью из-за различий в диагностических подходах и разнородности выборок. Показана недостаточная научная обоснованность применения целых групп используемых корректоров для лечения и профилактики ПД (холинолитиков, витаминов, антиоксидантов и др.) [Bergman H. et al., 2017]. Возможности и ограничения применения данных препаратов в популяции пожилых пациентов почти не исследованы. В последние годы за рубежом появилась новая группа препаратов для лечения ПД – ингибиторы белка-транспортера моноаминов: валбеназин, тетрабеназин и дейтетрабеназин, показавшие высокую эффективность в клинических исследованиях. Однако эффективность и переносимость этих препаратов у пациентов пожилого возраста малоизучены. Представляет интерес изучение возможности применения препаратов с нейропротективным действием для профилактики ПД.

**Выводы.** Полученные в обзоре литературы данные указывают на важную роль клинических и биологических предикторов поздней дискинезии. Изучение возрастного фактора в патогенезе этих расстройств повысит эффективность и безопасность терапии в пожилом возрасте.

#### **Список литературы**

1. Woerner M.G., Correll C.U., Alvir J.M.J., Greenwald B., Delman H., Kane J.M. Incidence of Tardive Dyskinesia with Risperidone or Olanzapine in the Elderly: Results from a 2-Year, Prospective Study in Antipsychotic-Naïve Patients. *Neuropsychopharmacology*. 2011; 36(8): 1738–1746. doi:10.1038/npp.2011.55

2. Шешенин В.С., Щербакова А.О., Сафарова Т.П. Неврологические нежелательные явления, возникающие при применении психотропных препаратов у пациентов пожилого возраста. Тезисы Всероссийской научно-практич. конференции с международным участием «Междисциплинарный подход к пониманию и лечению психических расстройств: миф или реальность?», С-Петербург, 14–17 мая, 2014: С. 828–829.

3. Solmi M., Pigato G., Kane J.M., Correll C.U. Clinical risk factors for the development of tardive dyskinesia. *J Neurol Sci.* 2018; 389:21–27. doi:10.1016/j.jns.2018.02.012

4. Бойко А.С., Бородюк Ю.Н., Корнетова Е.Г. Биомаркёры лекарственно-индуцированных двигательных расстройств при шизофрении. Томск. Издательство Типография Иван Федоров; 2015.

5. Bergman H., Walker D-M., Nikolakopoulou A., Soares-Weiser K., Adams CE. Systematic review of interventions for treating or preventing antipsychotic-induced tardive dyskinesia. *Health Technol Assess.* 2017; 21(43): 1–218. <https://doi.org/10.3310/hta21430>

УДК 616.895.8; 616.89-02-053

***Шешенин В.С., Савина М.А., Почуева В.В., Абдуллина Е.Г.***  
**Шизофрения и расстройства шизофренического спектра  
в позднем возрасте**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва,  
МГУ им. М.В. Ломоносова, Россия, Москва  
e-mail: vlash2003@mail.ru*

**Актуальность.** В последние годы вновь значительно вырос интерес к психозам, возникающим в период инволюции и в пожилом возрасте. Это обусловлено постарением населения и увеличением численности пожилых пациентов с психическими нарушениями как за счет доживших до старости, так и впервые заболевших в позднем возрасте. Согласно данным большинства исследований, в этом возрасте могут возникать все основные формы психических заболеваний, в частности и шизофрения с поздней манифестацией (в возрасте старше 40 лет). В проведенных ранее клиникоэпидемиологических исследованиях были подробно описаны особенности клиники и течения шизофрении у пациентов пожилого возраста [Штернберг Э.Я., 1977; Гаврилова С.И., 1981; Концевой В.А., 2012]. Современное исследование шизофрении требует проведения сравнительно-возрастного анализа с группой пациентов молодого и среднего возраста, определение влияния возрастного фактора, личностных и средовых факторов на развитие эндогенных психозов в позднем возрасте [Тиганов А.С., 2018]. Необходимо уточнение клинико-динамических особенностей психических нарушений на доманифестном этапе, определение прогноза заболевания с учетом клинических особенностей, наличия негативной симптоматики и когнитивных нарушений. Чрезвычайно важным является изучение взаимосвязи функциональных психозов в позднем возрасте с нейродегенеративными заболеваниями.

Актуальна разработка персонализированного подхода к терапии поздних психозов с учетом их клинико-биологических особенностей. В сообщении приведены результаты фрагмента клинического исследования, проводимого в отделе геронтологической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с 2017 г.

**Цель исследования:** изучение клинико-психопатологических особенностей шизофрении и шизофреноподобных психозов позднего возраста и их динамики на фоне терапии.

**Материал и методы.** Обследовано 24 пациента (женщины) от 50 до 84 лет (средний возраст 62,4;  $\pm 9$ ) впервые или повторно госпитализированные в клинику с функциональными галлюцинаторно-бредовыми психозами, манифестирующими после 40 лет. Исключались пациенты с деменцией. Были использованы клинико-психопатологический и психометрический методы в виде набора стандартизованных оценочных шкал (PANSS, CGI, HAMD, MMSE). Обследование проводилось до начала терапии, на 14, 28 и 56 дни лечения. Для оценки когнитивных функций проводилось нейропсихологическое обследование. Все пациенты прошли клиническое обследование, ЭЭГ и КТ (МРТ) головного мозга. В диагностике использовались критерии МКБ-10 для шизофрении, шизоаффективных расстройств, бредовых и органических расстройств. Статистический анализ результатов проводился в программе Statistica с использованием непараметрических методов обработки данных (парного критерия Вилкоксона и теста Манна-Уитни для независимых групп).

**Результаты и обсуждение.** Большинство пациентов имели высшее и средне-специальное образование (54,2 % и 41,7 %). Шизофрения была диагностирована у 19 пациентов (79 %), ШАР – у 2-х пациентов, органическое заболевание – у 2-х пациентов, хроническое бредовое расстройство в одном случае. Возраст начала заболевания варьировал от 40 до 79 лет (средний возраст 54;  $\pm 11,6$ ). Первый приступ возникал в возрастном диапазоне от 40 до 84 лет (55,4;  $\pm 11$ ). Шизофрения протекала как в приступообразной ( $n=11$ ), так и непрерывнотекущей форме ( $n=8$ ). В большинстве случаев шизофрения впервые возникла после 40 лет без наличия в анамнезе психических расстройств (16 пациентов). В трех случаях речь шла о первом остром психозе после непродолжительного продромального периода с психопатоподобными, невротическими расстройствами или неглубокими аффективными колебаниями. В структуре психоза с разной частотой был представлен широкий спектр психопатологических синдромов: галлюцинаторно-бредовой ( $n=4$ ), синдром Кандинского-Клерамбо ( $n=12$ ), аффективно-бредовой ( $n=6$ ), онейроидно-кататонический ( $n=1$ ), редуцированный парафренный ( $n=1$ ). Галлюцинаторно-бредовые расстройства представляли собой спектр различных состояний, на одном полюсе которого находились шизофренические

психозы, протекающие с ярко выраженной симптоматикой, «симптомами первого ранга» и минимальной возрастной окраской, на другом – состоянии, близкие к шизофреноподобному органическому бредовому расстройств с признаками когнитивного снижения. Промежуточная форма была представлена хроническим бредовым расстройством. У 10 пациентов (41,7 %) галлюцинаторно-бредовые симптомы протекали с характерной «возрастной окраской» (идеи ущерба, вредительства, обиденность, «малый масштаб»), встречающихся при различных типах расстройств, независимо от их нозологической принадлежности. Явления психического автоматизма часто ограничивались сенестопатическим (сенсорным) автоматизмом, который проявлялся чувством внезапно наступающего жара или холода, болезненными ощущениями во внутренних органах, которые могли быть обусловлены реальной соматической патологией, характерной для пожилых пациентов. У всех пациентов на начало терапии преобладала продуктивная симптоматика. Выраженность симптомов по шкале PANSS оценивалась от 79 до 149 баллов (n=24, средняя оценка 103;  $\pm 17,5$ ). У 18 пациентов (75 %) отмечался депрессивный аффект. Тяжесть депрессии в начале терапии по шкале HAMD составила 20,7 балла. На фоне лечения редуцировалась как психотическая, так и депрессивная симптоматика. Эффективность терапии к 28 дню по шкале PANSS составила 27 %, по шкале HDRS – 58 %. Тяжесть состояния по шкале CGI-S, снизилась с 5,0 до 3,7 ( $p < 0,005$ ). Отмечено некоторое улучшение показателей памяти в конце лечения, оцениваемых по шкале MMSE с 25,4 до 26,7 ( $p < 0,005$ ). В одном случае отмечено ухудшение когнитивных функций. Полученные результаты носят предварительный характер, ограничены малой выборкой.

**Выводы.** Выявлено многообразие клинической картины и течения психозов позднего возраста, протекающих с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Описана их своеобразная возрастная окраска. Показана возможность выделения поздней шизофрении. Отмечена хорошая эффективность проводимой терапии.

#### **Список литературы**

1. Гаврилова С.И. Клинико-эпидемиологические исследования шизофрении в позднем возрасте. В кн. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. Под ред. Э.Я. Штернберга; М.: Медицина. 1981: 39–50
2. Концевой В.А. Шизофрения в позднем возрасте. Руководство по психиатрии под ред. А.С. Тиганова. -М. 2012: 549–555.
3. Тиганов А.С. Психопатология и клиника шизофрении: итоги и перспективы. Психиатрия. 2018; 78(2): 7–16.
4. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983; 1: 373–384.

## Раздел V. БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УДК 616.89

*Андросова Л.В., Михайлова Н.М., Колыхалов И.В., Симонов А.Н.,  
Гаврилова С.И., Ключник Т.П.*

### **Особенности спектра иммунных маркеров у пациентов с различными формами деменций позднего возраста**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: androsL@mail.ru.)*

**Актуальность.** В последние годы взгляды на патогенез деменций позднего возраста, включая деменции альцгеймеровского типа, подверглись значительным изменениям; в фокусе многих патогенетических концепций оказались представления о значимости нейровоспаления. В связи с этим важным направлением исследований является поиск молекулярных маркеров, которые могут способствовать ранней диагностике этих патологических состояний. Учитывая большое количество экспериментальных и клинических данных можно предположить, что те или иные молекулы, связанные с развитием воспаления (нейровоспаления), могут выступать в качестве дифференциально-диагностических маркеров, предикторов развития заболевания или маркеров прогрессирования когнитивных нарушений у пациентов старшего и позднего возраста.

**Цель исследования** – анализ активности/уровня ряда воспалительных маркеров, таких как лейкоцитарная эластаза (ЛЭ) – маркер дегрануляционной активности нейтрофилов,  $\alpha 1$ -протеиназный ингибитор ( $\alpha 1$ -ПИ) – острофазный белок и ингибитор активности ЛЭ, острофазный С-реактивный белок (СРБ) и провоспалительный цитокин интерлейкин 6 (ИЛ-6) в плазме крови пациентов с деменциями позднего возраста различной природы.

**Материал и методы.** В исследование включены 442 пациента позднего возраста, наблюдающиеся в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Среди них: 242 пациента (129 мужчин, 113 женщин; средний возраст  $73,5 \pm 8,1$  года) с деменцией Альцгеймеровского типа (ДАТ), 32 пациента (25 мужчин, 7 женщин; средний возраст  $72,5 \pm 7,1$  года) с сосудистой деменцией (СоД), 34 пациента (18 мужчин, 16 женщин; средний возраст  $62,0 \pm 10,1$  года) с лобно-височной деменцией (ЛВД) и 134 пациента



(52 мужчин, 82 женщин; средний возраст  $67,8 \pm 10,2$  года) с синдромом мягкого когнитивного снижения амнестического типа (аМКС). Диагнозы устанавливались на основании данных клинического наблюдения, а также соответствующих диагностических критериев. Для оценки когнитивных функций применялся мини-тест психического состояния (Mini-mental state examination, MMSE), батареи различных тестов, включая Монреальский тест (MoCA) и другие. Контрольную группу составил 61 человек (25 мужчин и 36 женщин; средний возраст  $65,0 \pm 7,5$  лет) без признаков психических заболеваний и когнитивного снижения. В плазме периферической крови энзиматическую активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и функциональную активность альфа-1 протеиназного ингибитора ( $\alpha 1$ -ПИ) определяли спектрофотометрическим методом. Концентрацию ИЛ-6 и СРБ определяли с помощью иммуноферментного анализа.

**Результаты.** Наблюдалось повышение активности/уровня большинства анализируемых маркеров воспаления в крови пациентов при всех исследуемых формах деменций позднего возраста; вместе с тем, выявлены некоторые особенности спектра этих маркеров, характерные как для отдельных нозологических состояний, так и стадий течения заболевания. Так, характерной особенностью спектра иммунных маркеров пациентов с ДАТ является снижение активности ЛЭ по сравнению с контролем ( $p < 0,001$ ) на фоне значительного повышения активности (уровня) других воспалительных маркеров:  $\alpha 1$ -ПИ, СРБ и ИЛ-6 ( $p < 0,0001$ ,  $p < 0,0001$ ,  $p < 0,001$ , соответственно), что условно обозначено как «Альцгеймеровский иммунофенотип». Наиболее выраженное снижение активности ЛЭ наблюдалось на стадии умеренной и тяжёлой деменции ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,0001$ , соответственно), а также при позднем начале заболевания ( $p < 0,0001$ ). Установлены клинико-биологические корреляционные связи между тяжестью деменции, которая клинически оценивалась по CDR и суммарному баллу MMSE, и энзиматической активностью ЛЭ ( $r = -0,38$ ,  $r = 0,31$ , соответственно,  $p < 0,05$ ), т.е. чем более выражено когнитивное снижение в степени деменции, отражённое в значении мини-теста и клинических симптомах, тем ниже активность ЛЭ. Для пациентов с СоД наиболее характерно значимое повышение функциональной активности  $\alpha 1$ -ПИ и уровня СРБ по сравнению с контролем ( $p < 0,0001$ ,  $p < 0,0001$ , соответственно), при этом повышение уровня СРБ наблюдалось уже на ранних этапах заболевания. Группа пациентов с ЛВД оказалось гетерогенной по иммунологическим показателям; в рамках этой группы выделено 2 подгруппы, отличающиеся по активности ЛЭ ( $p = 0,000002$ ) и уровню СРБ ( $p < 0,05$ ). У большинства пациентов (73,5 %) было выявлено повышение активности / уровня всех исследуемых воспалительных маркеров, что, как было показано ранее, характерно для пациентов с эндогенными психозами, а у остальных

пациентов (26,5 %) наблюдался Альцгеймеровский иммунофенотип. Данный иммунофенотип наблюдался также в 25,4 % случаев в группе пациентов с аМКС. Катамнестическое исследование показало, что через 1–3 года в 54,5 % случаев пациентам с Альцгеймеровским иммунофенотипом был выставлен диагноз болезнь Альцгеймера.

**Заключение.** Полученные в настоящем исследовании результаты свидетельствуют о вовлеченности воспаления в патологический каскад развития различных форм деменции позднего возраста. Наиболее значимой особенностью спектра иммунных маркеров при ДАТ является снижение активности ЛЭ на фоне повышения уровня других маркеров воспаления, что, вероятно, отражает недостаточную функцию нейтрофилов. Важно отметить, что подобный иммунофенотип встречается также в определенном проценте случаев при других формах деменций позднего возраста, а также при аМКС. В связи с выявлением значимых взаимосвязей между снижением активности ЛЭ и когнитивной дисфункцией, снижение активности ЛЭ на фоне повышения других маркеров воспаления может выступать в качестве потенциального предиктора развития БА. Альцгеймеровский иммунофенотип не выявлен у пациентов с СоД, для которых наиболее характерным является повышение СРБ уже на ранних стадиях заболевания, что может использоваться в качестве потенциального дифференциально-диагностического маркера.

**Контакты:** Андросова Любовь Васильевна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». E-mail: androsL@mail.ru. Тел 8-495-109-03-93 (доб 31-01).

УДК 616.83 1-002

*Багуцкий А.Ю., Панфилов Е.И., Панфилова А.А.*

### **Анти-NMDA рецепторный энцефалит, клинический случай аутоиммунного энцефалита с доминированием психических расстройств**

*ГБУЗ «ГКБ № 52 ДЗМ» Москва, Россия  
e-mail: bagutsky64@yandex.ru*

**Актуальность.** В 2007 году, Dalmau, J., et al., описана новая диагностическая единица: Анти-NMDA рецепторный энцефалит. Заболевание манифестирует психотической и кататонической симптоматикой, которую врачи ассоциируют с шизофренией, и пациенты оказываются под наблюдением психиатра. Считается, вторым по распространённости аутоиммунным

энцефалитом, потенциально смертельным, но при раннем лечении может заканчиваться полным выздоровлением.

**Цель работы.** Продемонстрировать случай Анти-NMDA рецепторного энцефалита с доминирование психических нарушений в клинической картине и благоприятным исходом.

**Материалы и методы.** Пациентка находилась на лечение в ГКБ № 52. Основной метод клиничко-психопатологический.

**Описание случая.** Пациентка Н. 19 лет. Наследственность не отягощена. По характеру всегда была активной, деятельной, активной. После окончания школы, поступила в колледж в Евросоюзе. В январе 2017 года впервые отмечен генерализованный судорожный припадок. Лечение не получала. С конца марта отмечена заложенность носа, ощущение жара, головокружения, обморочные состояния. Постоянно выбегала, на улицу вдохнуть воздуха, мыла голову для того, чтобы стало легче. С того же времени стала беспокойной, нарушился сон. 5 апреля 2018г. отмечен повторный судорожный припадок, обследовалась в неврологическом отделении. На ЭЭГ, МРТ головного мозга патологии, не выявлено. Затем появилось повышенное настроение, психомоторное возбуждение, ощущение что она «центр вселенной, друг великий певец, в песнях по радио слышала его голос, как он обращался к ней. В тоже время друг всюду расставил камеры наблюдения и следил за ней». В связи с выраженным психомоторным возбуждением была госпитализирована в психиатрический стационар. Было начато лечение галоперидолом. На 2 день лечения отмечены выраженные экстрапирамидные расстройства с нарушением глотания. При исследовании ликвора обнаружен повышенный титр антител к NDMA рецепторам. Состояние расценено как NDMA энцефалит. Проводилось лечение респиридоном, лоразепамом и кортизолом. На фоне лечения улучшение. Родители забрали пациентку в Россию. После выписки в течение 2 суток не спала, была растеряна, беспокойна, суетлива. Получала респеридон 2 мг в сутки.

28.04.2017г. поступила в ГКБ №52 с целью проведения патогенетической терапии. Психическое состояние при поступлении. Пациентка беспокойна, неусидчива. На месте удерживается с трудом, постоянно двигается, куда-то хочет идти. Мимика, пантомимика обеднены. Рассказывала, что не может засыпать, потому что она «проваливается, умрет во сне». О пережитом психотическом состоянии рассказывала неохотно, фрагментарно. Сообщала, что не может понять было это или не было. Отмечала, что друг все-таки известный музыкант. Мышление непоследовательное, непродуктивное. Не одну мысль не доводила до конца. Настроение снижено. Произведена терапия иммуноглобулинами. После чего значительно редуцировалось возбуждение, тревога. Пациентка смогла продолжить лечение в условиях

неврологического отделения. При психологическом обследовании выявлялось: легкое изменение когнитивных процессов по экзогенно-органическому типу с дисфункцией подкорковых структур, общая астенизация, лабильность, снижение распределения внимания и трудности заучивания, выраженная тревога с соматовегетативным компонентом. В неврологическом статусе: на первый план выступает постуральный тремор, других нарушений не выявлено. ЭЭГ, гинекологическое исследование, общеклиническое обследование значимых патологических изменений не выявили.

Проведено лечение: метилпреднизолон 100 мг внутривенно перед сеансами плазмафереза, плазмаферез с замещением плазмы в объеме 1,2 литра, 4 процедуры. Нейролептиков не получала.

В результате лечения. Поведение спокойное, адекватное. Эмоциональные реакции и мимика стали живые, адекватные. Нормализовалось мышление. Стабилизировались сон и настроение. Значительно редуцировалась тревога.

В течение 2 лет наблюдения каких-либо психиатрических, неврологических, гинекологических симптомов не выявляется. Пациентка продолжает учебу. Ведет обычную жизнь.

**Обсуждение.** В приведенном клиническом случае заболевание имело продромальный период, в котором отмечены 2 судорожных припадков, с явлениями общей слабости, головной боли, с симптомами респираторной инфекции. В течение нескольких дней развился острый психотический приступ полиморфной психопатологической структуры с острым чувственным бредом, вербальными псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами, выраженным возбуждением, что привело к госпитализации в психиатрический стационар. При появлении выраженной экстрапирамидной симптоматики выполнено исследование ликвора. Выявлены антитела к GluN1 NMDA-рецепторов. Установлен диагноз Анти-NMDA рецепторный энцефалит. Проведена патогенетическая терапия с исходом заболевания в выздоровление.

**Выводы:** Представленный случай с которым столкнулись врачи городской многопрофильной больницы имеет классическую клиническую картину. Анализ проявлений и рутинное исследование ликвора на антитела к GluN1 NMDA-рецепторам позволило в ранние сроки установить диагноз и избежать трагических осложнений. Заслуга установления диагноза принадлежит зарубежным коллегам. В городской многопрофильной больнице проведено адекватное лечение с положительным результатом.

УДК 616.896-02-:575.174.015.3:577.164.17

**Бизюкевич С.В.**

## **Генетический полиморфизм ферментов фолатного цикла у детей с расстройствами аутистического спектра**

*Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно,  
Республика Беларусь  
e-mail: psychiatr@grsmu.by*

**Актуальность:** В последние годы наблюдается увеличение частоты встречаемости расстройств аутистического спектра (РАС) среди детского населения различных стран, что находит отражение в научных публикациях и официальной медицинской статистике.

В зарубежных научных публикациях последних лет в качестве биологической предрасположенности к развитию расстройств аутистического спектра рассматриваются генетические нарушения ферментов фолатного цикла [Naushad S. M., 2016].

Распространенность полиморфизмов фолатного цикла варьирует в различных популяциях. Согласно данным из литературных источников частота встречаемости полиморфизма гена MTHFR варианта C677T составляет: T/T – 4–16 %, C/T – 38–67 %; частота встречаемости полиморфизма гена MTHFR варианта A1298C: C/C – 3–13 %, A/C – 45–55 %. Полиморфизм MTRR A66G в гомозиготном варианте встречается с частотой 15–25 %, в гетерозиготном варианте 40–50 %; ген MTR A2756G в гомозиготном варианте встречается с частотой 20–30 %, в гетерозиготном – 43–52 % [Шкляев А.Е., 2018].

Несмотря на имеющиеся исследования, изучающие генетические мутации фолатного цикла при различных заболеваниях, распределение полиморфизмов генов фолатов у детей с расстройствами аутистического спектра ограничены отдельными публикациями.

**Цель исследования:** изучить распределение полиморфизмов генов фолатного цикла у детей с РАС.

**Материалы и методы исследования:** исследование выполнено с участием 70 детей, проходивших стационарное обследование и лечение в детском отделении УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»» за период с сентября 2017 по февраль 2018 г. Из них мальчики составили – 84,3 % (59 человек), девочки – 16 % (11 человек). Средний возраст мальчиков составил 5,3 года, девочек – 4,9 лет. В группу исследования вошли пациенты, у которых в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 выставлен диагноз расстройств аутистического спектра.

Выявление мутаций/полиморфизмов генов фолатного цикла (MTHFR 677 C>T и 1298 A>C; MTRR 66 A>G; MTR 2756 A>G) осуществляли методом полимеразной цепной реакции с детекцией продукта амплификации в режиме реального времени на ДНК, полученной из лейкоцитов периферической крови (амплификатор «Rotor-Gene 6000/Q» и комплект реагентов «ФОЛАТЫ. SNP-ЭКСПРЕСС-SHOT» производства НПФ «ЛИТЕХ», Российская Федерация) в молекулярно-генетической лаборатории УО «Гродненский государственный медицинский университет».

**Результаты исследования и их обсуждение:** у наибольшего количества обследуемых детей был установлен диагноз детский аутизм – 67 % (47 детей). У 9 детей (13 %) обнаружено другое дезинтегративное расстройство детского возраста. Атипичный аутизм выявлен в 11 % (8 случаев). В 5 случаях (7 %) гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, в 1 случае (1,4 %) выставлен диагноз синдрома Аспергера.

Результаты молекулярно-генетического исследования показали, что у большинства детей исследуемой группы отмечалось 2–4 полиморфизма в генах фолатного цикла в 98,5 % случаев. В одном (1,4 %) случае мутаций в генах фолатного цикла не наблюдалось. Преобладали замены нуклеотидов в гене MTRR (A66G) 88,5 % (54,3 % AG, 34,2 % GG), в гене MTHFR (C677T) 64,4 % (46 % CT, 18,5 % TT). Полиморфизм гена MTHFR (A1298C) составил 51,4 % (36 % AC, 16 % CC), гена MTR (A2756G) – 48,5 % случаев (36 % AG, 13 % GG).

В 18,5 % случаев – имел место полиморфизм в гомозиготном состоянии, преимущественно – наиболее тяжелый MTHFR T677T.

**Выводы:** Таким образом, при проведении исследования установлено, что среди детей с расстройствами аутистического спектра наиболее частым сочетанием мутаций генов фолатного цикла является полиморфизм MTRR A66G 88,5 % и MTHFR (C677T) 64,4 %. Наиболее редко встречается полиморфизм гена MTR (A2756G) – 48,5 %. Мутантный гомозиготный (TT) генотип гена MTHFR C677T встречается чаще у детей с расстройствами аутистического спектра (18,5 %) в отличие от здоровых лиц различных популяций.

#### **Список литературы**

1. Naushad S.M., P. Sai S., Venkat B., Chintakindi K.P., Tajamul H., Salman A.A., Usha N., Akella R.R.D. Clinical utility of folate pathway genetic polymorphisms in the diagnosis of autism spectrum disorders // *Psychiatric Genetics*. – 2016. – Vol. 26 (6). – P. 281–286.

2. Шкляев, А.Е. Семеновых, Е.А. Толстолуцкая, Т.О. Структура распределения мутаций генов фолатного цикла / А.Е. Шкляев, Е.А. Семеновых, Т.О. Толстолуцкая // *Труды Ижевской государственной медицинской академии*. – 2018. – № 56. – С. 77–75.

УДК 616.89.615.832.9;615.851

**Брусов О.С.\*, Олейчик И.В., Карнова Н.С., Фактор М.И., Сизов С.В., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.**

**Поиск экстрацеребральных маркеров остроты нейровоспаления: тромбодинамические корреляты тяжести негативных симптомов шизофрении у больных в остром состоянии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*

*\*e-mail: oleg.brusow@yandex.ru*

**Введение.** Имеются многочисленные литературные данные, которые свидетельствуют о том, что системное, стерильное воспаление может играть ключевую роль в патофизиологии шизофрении и выступать как потенциальная мишень для разработки новых лекарств [Miller BJ, et al., 2011]. При этом в крови больных шизофренией наблюдается повышение провоспалительных цитокинов и других факторов воспаления [Potvin S. Et al., 2008], которые индуцируются в ответ на системное воспаление. Однако, вопрос о том, генерируются ли факторы воспаления в крови прямым следствием нейровоспаления (НВ) до последнего времени оставался без ответа. В связи с этим возникает важный вопрос, а имеются ли вообще признаки НВ при шизофрении *in vivo*? Доказательства наличия НВ *in vivo* при шизофрении были получены сравнительно недавно с использованием позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и радиолиганда [11C](R)-ПК11195, который связывается с 18 DA белком транслокатором (18 kDa translocator protein, TSPO), который появляется только когда активизируется микроглия в паренхиме мозга и детектируется с помощью ПЭТ [Holmes SE, et al., 2014]. Было показано, что у больных с первым приступом шизофрении нет достоверного повышения НВ по сравнению со здоровым контролем. Статистически значимое повышение НВ наблюдалось только в поперечной извилине, префронтальной и в париетальной коре мозга, у больных шизофренией находящихся на лечении не менее чем 2–6 лет после постановки диагноза. Тяжесть наблюдаемого НВ у больных сильно коррелировала ( $r = 0.651–0.741$ ) с выраженностью негативных симптомов шизофрении, оцененных по шкале PANSS во всех областях мозга, где наблюдалось статистически значимое повышение НВ. Выявленная сильная позитивная связь остроты НВ с остротой негативных симптомов шизофрении позволяет предположить, что среди многочисленных маркеров остроты системного, стерильного воспаления при шизофрении наибольшую связь с остротой НВ будут иметь маркеры, имеющие позитивные и сильные связи с остротой негативных симптомов

шизофрении. Ранее нами было показано [Брусов О.С. и соавт. 2018], что у больных шизофренией в состоянии обострения наблюдается индуцированное системным воспалением смещение тромбодинамических показателей гемостаза в сторону повышенной свертываемости (гиперкоагуляции) плазмы крови больных. Т.е., было показано, что тромбодинамические маркеры гемостаза отражают остроту системного, стерильного воспаления у больных шизофренией в состоянии обострения.

В связи с этим **целью настоящего исследования** было выявление среди тромбодинамических показателей гемостаза плазмы крови, связанных с системным воспалением, таких показателей, которые имеют сильную корреляционную, положительную связь с негативными симптомами шизофрении в состоянии обострения.

**Материалы и методы.** Исследованная популяция включала 14 пациентов в возрасте от 17 до 35 лет (средний возраст  $26,36 \pm 8,64$  лет). Из них 9 – с приступообразной шизофренией (по МКБ-10 – F 20.01), 5 больных – с малопрогрессирующей шизофренией (шизотипическое расстройство, по МКБ-10 – F 21.4). Ведущим синдромом в клинической картине у 3 больных из 14 (21,42 %) являлся сенесто-ипохондрический, у 4 больных (28,57 %) –галлюцинаторно-параноидный, у 7 больных (50 %) – депрессивно-бредовой.

**Методы.** Всем больным делали тест тромбодинамики как описано нами ранее [Брусов О.С. и соавт., 2018].

**Результаты.** Корреляционный анализ показал, что показатель времени задержки роста тромба от активатора (Tlag, min) статистически значимо коррелирует с выраженностью негативной симптоматики, определенной по сумме баллов отдельных негативных симптомов, т.е. по негативной субшкале PANSS (PANSS negative). Pearson  $\rho = -0,61$ ,  $p = 0,02$ . Наблюдается отрицательная корреляция между значениями Tsp и тяжестью негативных расстройств у больных шизофренией. Снижение времени задержки сгустка наблюдается при системном воспалении, т.е активацией системного воспаления, оцененной по параметру Tlag, min и выраженностью негативной симптоматики у больных шизофренией. Более того, аналогичная корреляция показателя Tlag была обнаружена для второго (эмоциональная отгороженность) и седьмого (стереотипное мышление) симптомов негативной субшкалы PASS: Tlag vs Pneg\_2;  $\rho = -0,67$ ,  $p = 0,001$  (для второго симптома) и Tlag vs Pneg\_7;  $\rho = -0,78$ ,  $p = 0,0001$  (для седьмого симптома).

Корреляционный анализ также показал, что показатель плотности (D a.u.) сгустка растущего от активатора также статистически значимо коррелирует с выраженностью негативной симптоматики и ее отдельных симптомов. D vs Pneg\_tot;  $\rho = -0,56$ ,  $p = 0,03$  (для всей субшкалы PANSS);



D vs Pneg\_2;  $\rho = -0,66$ ,  $p = 0,01$  (для второго симптома) и D vs Pneg\_7;  $\rho = -0,69$ ,  $p = 0,006$  (для седьмого симптома).

Тромбодинамические показатели скоростей роста сгустка от активатора (V, Vi и Vst), показатель величины тромба на 30-й минуте тромбодинамики (CS  $\mu\text{m}$ ) и показатель времени появления спонтанных сгустков (Tsp, min) статистически значимо не коррелируют с тяжестью негативной симптоматики у больных шизофренией.

**Выводы.** Впервые показано, что показатели времени задержки роста тромба от активатора (Tsp, min) и показатель плотности (D a.u.) сгустка растущего от активатора статистически значимо коррелируют с выраженностью негативной симптоматики, определенной по сумме баллов негативных симптомов, т.е. по негативной субшкале PANSS (PANSS negative). Более того, была также обнаружена сильная корреляционная связь этих показателей со вторым (эмоциональная отгороженность) и седьмым (стереотипное мышление) негативными симптомами негативной субшкалы PANSS.

**Заключение.** Выявление показателей тромбодинамики (Tlag и D) статистически значимо коррелирующих с негативными симптомами шизофрении позволяет использовать их как ведущие показатели тромбодинамики, наилучшим образом связанные с остротой НВ у больных шизофренией в состоянии обострения. Это также позволяет разрабатывать новые технологии поиска экстрацеребральных маркеров остроты НВ, для объективной оценки тяжести состояния больных шизофренией.

УДК 616.89.615.832.9;615.851

*Брусов О.С. \*, Симашкова Н.В., Карпова Н.С., Фактор М.И., Никитина С.Г.*

**Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции со спонтанными сгустками в плазме крови детей с детским аутизмом: корреляционная связь с выраженностью кататонии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
\*e-mail: oleg.brusow@yandex.ru*

**Актуальность.** Расстройства аутистического спектра (РАС) это расстройство психического развития [МКБ-10,1994], Расстройства аутистического спектра (РАС) относят к расстройствам психического развития, характеризующимся стойким дефицитом способности поддерживать социальное

взаимодействие, коммуникацию [DSM-V, 2013]. Тяжелые формы РАС сопровождаются развитием кататонии с остановкой развития, регрессом высших психических функций. Исторически кататонию считали проявлением шизофрении. В настоящее время показано, что кататония прослеживается при разных нозологиях. Кататония при РАС – один из самых загадочных и сложных аспектов аутизма, и поэтому исследование молекулярных механизмов ее возникновения является очень актуальной задачей биологической психиатрии.

В последнее время показано, что тяжелая кататония у взрослых при шизофрении и у детей с РАС развивается вследствие повреждения клеток олигодендроглии в белом веществе мозга вследствие снижения активности, миелиновой 2,3-цикло-нуклеотид-3-фосфодиэстеразы. Это сопровождается демиелинизацией нервных волокон и, как следствие, активацией микроглии с формированием в очаге демиелинизации прогредиентно развивающегося нейровоспаления (НВ) и развитием кататонии [Н. Janova et al., 2018; S E. Pease-Raissi and J.R. Chan 2018]. Выявлено, что формирование кататонии при РАС связано с развитием НВ и демиелинизацией в белом веществе мозга.

Известно, что НВ быстро переходит в системное воспаление вследствие нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера, сопровождающееся активацией тромбоцитов и генерацией ими большого числа тромбоцитарных микрочастиц, обладающих высокой прокоагулянтной активностью. В работе Брусова и соавт. 2019, с использованием теста тромбодинамики ТД было показано, что у больных РАС наблюдается повышенная свертываемость крови (гиперкоагуляция) со спонтанными сгустками, что свидетельствует о наличии у больных РАС нейровоспаления и связанного с ним системного воспаления. Полученные результаты позволяют сформулировать рабочую гипотезу о том, что тромбодинамические показатели гиперкоагуляции со спонтанными сгустками могут коррелировать с тяжестью кататонии у больных РАС.

**Цель исследования.** Используя тест ТД показать корреляционную связь между значениями показателей гиперкоагуляции со спонтанными сгустками (микротромбами) с тяжестью кататонии у больных РАС.

**Материал и методы.** **Группа больных РАС**, поступивших на стационарное лечение и наблюдающихся амбулаторно в Отделе детской психиатрии (зав. – проф. Н.В. Симашкова) включала 24 больных (22 мальчика и 2 девочки) с инфантильным психозом при детском аутизме (F84.02). Медианный возраст больных был равен  $Me [\pm 95\% \text{ доверительный интервал медианы}] = 5,5 \text{ лет} [4,7 - 7,0]$ ;  $Min = 3 \text{ года}$ ;  $Max = 13 \text{ лет}$ . Тяжесть кататонии определяли по шкале кататонии BFCRS [Bush G, Fink M. Catatonia. Rating

scale and standardized examination, 1996]. Кататония менее 25 баллов определялась как легкая; 25–35 баллов – умеренная; и более 35 баллов – тяжелая.

У 80 % больных кататонические расстройства занимали ведущее место в приступе, носили гиперкинетический характер (бег по кругу, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, атетоз, потряхивание кистями, ходьба с опорой на пальцы ног, изменчивый мышечный тонус) и сопровождалось остановкой в развитие речи.

У 20 % больных кататонические расстройства носили гипокинетический характер (пациенты кратковременно застывали на месте, становились на голову, принимали позу «паука», «ежа», выгибались дугой), сопровождалась регрессом.

**Тест ТД** на плазме крови больных выполняли как описано нами в нашей предыдущей работе [О.С. Брусов и соавт. 2019]. При постановке теста ТД рассчитываются следующие параметры:

Flag, min – время задержки роста сгустков в мин; Clot Size (CS)  $\mu\text{m}$  размер сгустка на 30 мин ТД.

$V_i$ ,  $V_{st}$ ,  $V$   $\mu\text{m}/\text{min}$  – Инициальная ( $V_i$ ), стационарная ( $V_{st}$ ) и скорректированная на нелинейность ( $V$ ) скорости роста сгустка от активатора в микрометрах/мин. Density (D) а.е. – плотность сгустка в усл. ед.;  $T_{sp}$  – время появления спонтанных сгустков в мин.

**Результаты.** Было показано, что тромбодинамические показатели скоростей роста сгустка от активатора ( $V$ ,  $V_i$  и  $V_{st}$ ) оказались статистически значимо их выше нормальных значений. Более того нижние значения 95 % доверительного интервала для этих скоростей оказались выше верхних границ нормы для этих скоростей. Аналогичные результаты были получены для показателя CS  $\mu\text{m}$ : Значения показателей Flag и Density оказались в пределах нормы. Значения показателя  $T_{sp}$  min оказались меньше нижних предельных значений для нормы (30 мин).

Корреляционный анализ показал, что только показатель  $T_{sp}$  статистически значимо коррелирует с тяжестью кататонии: Pearson  $\rho = -0,54$ ,  $p = 0,01$ . Т.е. наблюдается отрицательная корреляция между значениями  $T_{sp}$  и тяжестью кататонии у детей с РАС.

**Выводы.** Подтверждено наличие на большей выборке детей с РАС выраженной гиперкоагуляции со спонтанными сгустками.

Впервые показано, что показатель  $T_{sp}$ , отражающий активацию тромбоцитов и прокоагулянтный потенциал тромбоцитарных микрочастиц и положительно связанный с тяжестью системного воспаления имеет отрицательную корреляционную связь с тяжестью кататонии у больных РАС.

**Заключение.** Впервые показано, что НВ в белом веществе мозга и связанное с ним системное воспаление у детей больных РАС с кататонией

влияет на систему гемостаза, что отражается в появлении у больных быстрых спонтанных сгустков ( $T_{sp} < 30 \text{ min}$ ), время появления которых коррелирует с тяжестью кататонии. Т.е., чем раньше появляются спонтанные сгустки, тем больше тяжесть кататонии и наоборот. Это, возможно, позволит использовать  $T_{sp}$  как дополнительный показатель объективной оценки тяжести кататонии у больных РАС, а также для оценки эффективности психофармакотерапии с целью редукции продуктивной кататонической симптоматики у больных РАС.

УДК 616.89-02-063; 616-01/09

**Васильева Е.Ф., Секирина Т.П., Сарманова З.В., Зозуля С.А.,  
Фактор М.И., Ключник Т.П.**

**Оценка уровня субпопуляции моноцитов  $cd14+/cd16+$   
у больных юношескими депрессиями**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: el\_vasilyeva@mail.ru*

**Актуальность.** Клинико-биологические исследования показали, что моноциты крови и тканевые макрофаги наряду с нейтрофилами играют в организме человека основную роль в развитии скрытого или так называемого системного стерильного воспаления [Rubartelli et al., 2013]. Основной причиной его появления является повышенный в течение длительного времени уровень таких эндогенных факторов, как цитокины, глюкоза, ростовые факторы, модифицированные липопротеиды и другие факторы. Все это индуцирует иммунный ответ, вызывающий рекрутирование клеток (в том числе моноцитов/макрофагов), отвечающих на воспаление продукцией провоспалительных цитокинов. Если токсические компоненты долго не уничтожаются, то происходит развитие патологического процесса, который лежит в основе патофизиологии многих болезней человека.

В настоящее время установлено, что моноциты по уровню экспрессии рецепторов CD14 и CD16, представленных на их поверхности, можно разделить по крайней мере на две фенотипически различные субпопуляции: «классические» моноциты с фенотипом CD14<sup>++</sup>/CD16<sup>-</sup>, которые характеризуются выраженной фагоцитарной активностью и «неклассические» моноциты с фенотипом CD14<sup>+</sup>/CD16<sup>+</sup>, так называемые провоспалительные моноциты, участвующие в развитии системного воспаления. Показано, что в норме CD14<sup>++</sup>/CD16<sup>-</sup> моноциты составляют свыше 93 % от всех моноцитов периферической крови. При этом только 3 % моноцитов экспрессируют

на своей поверхности рецепторы CD14+/CD16+ [Merino A. et al., 2011]. У пациентов с хроническим воспалением процент субпопуляции моноцитов с фенотипом CD14+/CD16- снижается, при этом субпопуляция провоспалительных моноцитов с фенотипом CD14+/CD16+ может увеличиваться до 20 %. В ряде экспериментов, моделирующих системное воспаление, было выявлено стимулирующее влияние лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) – протеолитического фермента, продуцируемого нейтрофилами, на уровень циркулирующих провоспалительных моноцитов и продукцию ими цитокинов [Wen G. et al., 2012].

*Данные, касающиеся участия моноцитов в патогенезе психопатологических расстройств, представлены сообщениями о повышении количества циркулирующих моноцитов у пациентов с биполярными расстройствами, большими депрессивными расстройствами и шизофренией [Beumer W. et al., 2012]. Вместе с тем, существуют большое количество исследований, свидетельствующих о вовлечении ряда других показателей иммунного воспаления в генез эндогенных психозов. В частности, у больных шизофренией и больных с риском развития эндогенных психозов, обнаружено значительное повышение уровня ЛЭ и функциональной активности  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ЛЭ ( $\alpha 1$ -ПИ) – белка острой фазы воспаления [Клюшник Т.П. с соавт., 2014]. Исследования, посвященные изучению уровня провоспалительных моноцитов CD14+/CD16+ и их взаимодействию с другими клетками иммунной системы у больных шизофренией на ранней стадии психопатологического процесса до настоящего времени не проводились.*

**Цель исследования.** Определить по уровню экспрессии рецепторов CD14+/CD16+ количество провоспалительных моноцитов, а также оценить уровень активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ у больных юношескими депрессиями на ранних этапах заболевания. Выявить корреляционную связь провоспалительных моноцитов CD14+CD16+ с активностью ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ.

**Материал и методы.** Обследовано 27 больных мужского пола в возрасте 17–23 года (в среднем  $19,8 \pm 0,4$ ), У всех больных в соответствии с критериями МКБ-10 в структуре психопатологических расстройств выявлялась депрессия с синдромом аттенуированных психотических симптомов (*Attenuated Psychotic Syndrome*). В качестве контроля обследовали 12 психически здоровых мужчин соответствующего возраста. Изучали *in vitro* в крови больных и здоровых уровень моноцитов с фенотипом CD14+/CD16+ и CD14+/CD16-, а также энзиматическую активность ЛЭ и функциональную активность  $\alpha 1$ -ПИ. Моноциты, полученные общепринятым способом адгезии к пластиковой поверхности из мононуклеарных клеток, выделенных из периферической венозной крови больных и здоровых центрифугированием в градиенте плотности фиколл-урографина ( $\rho = 1,077$ ), фенотипировали

с помощью метода проточной цитометрии с использованием моноклональных антител CD14 и CD16 и распределяли на две субпопуляции: CD14<sup>++</sup>/CD16<sup>-</sup> («классические» моноциты) и CD14<sup>+</sup>/CD16<sup>+</sup> («неклассические» провоспалительные моноциты). Количество моноцитов в каждой из субпопуляций выражали в процентах по отношению к общему количеству моноцитов, которое принимали за 100 %.

Энзиматическую активность ЛЭ определяли ферментативным спектрофотометрическим методом с использованием специфического хромогенного субстрата. Функциональную активность  $\alpha$ 1-ПИ определяли спектрофотометрическим методом, основанным на взаимодействии этого ингибитора с трипсином.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе проведенного клинико-лабораторного исследования было показано, что у больных юношескими депрессиями классические CD14<sup>++</sup>/CD16<sup>-</sup> и провоспалительные CD14<sup>+</sup>/CD16<sup>+</sup> моноциты составили, соответственно, 88,9 $\pm$ 4,1 и 11,1 $\pm$ 2,8 %. У здоровых людей это распределение было следующим: 95,2 $\pm$ 1,6 и 4,7 $\pm$ 1,5 %, соответственно. То есть, у больных юношескими депрессиями с синдромом аттенуированных психотических симптомов было выявлено повышение более, чем в два раза, уровня провоспалительной субпопуляции моноцитов CD14<sup>+</sup>/CD16<sup>+</sup> по сравнению с его уровнем у здоровых индивидуумов ( $p < 0.001$ ). Это повышение сопровождалось увеличением по сравнению с контролем активности ЛЭ и  $\alpha$ 1-ПИ ( $p < 0,001$ ). Корреляционный анализ показал, что повышение уровня провоспалительных моноцитов CD14<sup>+</sup>/CD16<sup>+</sup> статистически значимо коррелировало с увеличением активности ЛЭ: Pearson  $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Полученные результаты впервые выявили участие провоспалительных моноцитов CD14<sup>+</sup>/CD16<sup>+</sup> а также определили механизмы возможного взаимодействия моноцитов и нейтрофилов в развитии неинфекционного иммунного воспаления у больных с юношескими депрессиями с синдромом аттенуированных психотических симптомов.

### Список литературы

1. Rubartelli A, Lotze M.T., Latz E., Manfredi A. Mechanisms of sterile inflammation. *Front. Immunol.*, 2013, 22 November.
2. Merino A., Buendia P., Martin-Malo A., Aljama P., Ramirez R., Carracedo J. Senescent CD14<sup>+</sup>CD16<sup>+</sup> Monocytes Exhibit Proinflammatory and Proatherosclerotic Activity. *J. Immunol* February 1, 2011, Vol. 186 no. 3, pp. 1809–1815.
3. Wen G., An W., Chen J., Maguire E.M., Chen Q., Yang F., Pearce S.W.A., Kyriakides M., Zhang L., Ye S., Nourshargh S., Xiao Q. Genetic and Pharmacologic Inhibition of the Neutrophil Elastase Inhibits Experimental Atherosclerosis. *J. Am Heart Assoc.*, 2018, Feb 8; 7(4), 2012.

4. Beumer W, Gibney S.M., Drexhage R.C., Pont-Lezica L., Doorduyn J., Klein H.C., Steiner J., Connor T.J., Harkin A., Versnel M.A., Drexhage H.A. The immune theory of psychiatric diseases: a key role for activated microglia and circulating monocytes. *J. Leukoc Biol.* 2012, Vol. 92 no. 5, pp. 959–75. Epub 2012 Aug 8. August 8, 2012.

5. Ключник Т.П., Омельченко М.А., Сарманова З.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Дупин А.М., Каледа В.Г. Возможность использования иммунологических показателей для оценки риска манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими расстройствами юношеского возраста // Журн неврол и психиатр, 2014, Т. 114, № 10-1. С. 97–101.

УДК: 575:616-053.2

***Васин К.С.<sup>1,2</sup>, Ворсанова С.Г.<sup>1,2</sup>, Юров Ю.Б.<sup>1,2</sup>, Шмитова Н.С.<sup>1,2</sup>, Шаронин В.О.<sup>1</sup>, Куринная О.С.<sup>1,2</sup>, Юров И.Ю.<sup>1,2,3</sup>***

### **Биоинформатический анализ дупликации в участке 22q11.2 при расстройствах аутистического спектра**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия  
*e-mail: ivan.iourov@gmail.com*

**Актуальность.** Дупликацию участка 22q11.2 ассоциируют с различными психическими заболеваниями, а её частота составляет 1 на 4000 новорожденных. Фенотипические проявления данной хромосомной аномалии варьируются даже среди членов одной семьи. У детей с такой микродупликацией присутствуют различные психические нарушения, среди которых наиболее часто встречаются умственная отсталость, аутизм, шизофрения и биполярные аффективные расстройства. Аутистические проявления наблюдаются у 15–25 % пациентов с микродупликацией в данном участке. К менее распространённым нарушениям можно отнести аномалии сердечно-сосудистой системы, микроаномалии развития, иммунодефицит. С появлением новых методов биоинформатического анализа хромосомных аномалий [Iourov et al., 2014], поиск генов-кандидатов в участке 22q11.2 представляется перспективным в контексте определения генетических причин нарушения психики.

**Цель.** Провести биоинформатический анализ микродупликации в участке 22q11.2, выявленной у пациентов с аутизмом, с целью приоритизации генов- и процессов-кандидатов.

**Материалы и методы.** При обследовании 410 пациентов с аутизмом и/или умственной отсталостью методом SNP/олигонуклеотидного молекулярного кариотипирования в 3 случаях была обнаружена микродупликация в участке 22q11.2 [Iougov et al., 2012, 2015a]. С помощью оригинальной биоинформатической технологии проведён анализ *in silico* обнаруженных вариаций числа копий последовательностей ДНК, направленный на определение генов- и процессов-кандидатов патологических фенотипических проявлений [Iougov et al., 2014].

**Результаты и их обсуждение.** В 3 случаях из 410 были выявлены мозаичные дупликации размером (6521520, 5975396, 5145767) в участке 22q11.1q11.22. По данным UCSC Genome Browser в данных участках локализовано от 57 до 64 генов, индексированных в базе данных генетических заболеваний (OMIM). Среди них 3 гена ассоциированы с предрасположенностью к шизофрении (181500, 600850): *PRODH* (606810); *COMT* (116790); *RTN4R* (605566). По данным литературы мутации в этих генах также связывают с умственной отсталостью, аутизмом, паническими атаками. Таким образом, нарушения в них не обязательно приводят к конкретному заболеванию, а скорее являются звеном в патогенезе мультифакторных психических расстройств. В дальнейшем проводился анализ экспрессии генов с использованием ресурса BioGPS, с помощью которого было установлено, что более 20 генов имеют повышенную экспрессию в клетках головного мозга. На основании этих данных можно сказать о потенциальных генах-кандидатах. Для определения процессов-кандидатов был проведён анализ метаболома генов, имеющих повышенную экспрессию в клетках головного мозга. В ходе анализа были определены следующие процессы-кандидаты психических нарушений: цикл синаптических везикул, сигнальные пути mTOR, MAPK, ErbB, Rap1 и дофаминергический синапс. Все эти сигнальные пути играют важную роль в нормальном развитии и функционировании головного мозга, а нарушения в каждом из них может способствовать развитию психических нарушений [Iougov et al., 2015b].

**Выводы.** В ходе настоящего исследования микродупликаций 22q11.2, обнаруженных с использованием молекулярного кариотипирования в группе детей с аутизмом и/или умственной отсталостью, были определены процессы-кандидаты: цикл синаптических везикул, сигнальные пути mTOR, MAPK, ErbB, Rap1 и дофаминергический синапс. Вероятно, что гетерогенность процессов, нарушенных за счёт этой формы хромосомной патологии,



приводит формированию различных патологических фенотипических проявлений психического характера при дупликации в участке 22q11.2. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ и СИТМА в рамках научного проекта № 18-515-34005.

#### **Список литературы**

1. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Kurinnaia O.S., Zelenova M.A., Silvanovich A.P., Yurov Y.B. Molecular karyotyping by array CGH in a Russian cohort of children with intellectual disability, autism, epilepsy and congenital anomalies. // *Molecular Cytogenetics*. – 2012. – 5(1):46. – 10 p.

2. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. *In silico* molecular cytogenetics: a bioinformatic approach to prioritization of candidate genes and copy number variations for basic and clinical genome research. // *Molecular Cytogenetics*. – 2014. – 7(1):98. – 11 p.

3. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Korostelev S.A., Zelenova M.A., Yurov Y.B. Long contiguous stretches of homozygosity spanning shortly the imprinted loci are associated with intellectual disability, autism and/or epilepsy. // *Molecular Cytogenetics*. – 2015a. – 8:77. – 8 p.

4. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Voinova V.Y., Yurov Y.B. 3p22.1p21.31 microdeletion identifies CCK as Asperger syndrome candidate gene and shows the way for therapeutic strategies in chromosome imbalances. // *Molecular Cytogenetics*. – 2015b. – 8:82. – 7 p.

УДК 616.89-008.441.13:612.017.1

***Ветлугина Т.П., Савочкина Д.Н., Бойко А.С., Никитина В.Д., Лобачева О.А., Кисель Н.И.***

#### **Провоспалительные цитокины при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя**

*ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия  
e-mail: mental@tnimc.ru; vetlug@mail.tomsknet.ru.*

**Актуальность.** Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя и других психоактивных веществ, остаются значимой медико-социальной проблемой, и актуальной задачей биологической психиатрии и наркологии является изучение патогенетических механизмов этих расстройств на основе клинико-биологического подхода [Бохан Н.А. и др., 2009]. Анализ имеющихся к настоящему времени

данных свидетельствует о том, алкогольная зависимость сопровождается нарушением нейроиммунного взаимодействия, и в патогенезе заболевания задействована система цитокинов [Strews FT, 2017]. В литературе сведения о цитокинах при алкогольной зависимости, как правило, основываются на определении их концентрации в сыворотке или в плазме крови [Панченко Л.Ф. и др., 2010; Manzardo AM. et al., 2016], однако практически отсутствуют данные по исследованию продукции цитокинов мононуклеарами больных.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение митогениндуцированной продукции провоспалительных цитокинов иммунокомпетентными клетками (ИКК) больных алкогольной зависимостью.

**Материалы и методы.** Обследовали 12 мужчин (средний возраст  $46,6 \pm 10,0$  лет) с диагнозом по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (синдром зависимости – F10.21 и синдром отмены – F10.30). Группа контроля – 20 практически здоровых мужчин сопоставимого возраста. Лабораторные исследования у больных с алкогольной зависимостью (БАЗ) проводили в 2-х точках: 1 точка на 3–5 день поступления пациента в стационар, 2 точка – на 20 ( $\pm 3$ ) день терапии синдрома отмены и постабстинентного состояния.

Культивирование и митогенную активацию клеток цельной крови проводили с использованием набора реагентов «Цитокин-Стимул-Бест» (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск), включающего стерильную среду DMEM и комплексный митоген (смесь поликлональных активаторов). Кровь из системы Vacutainer с антикоагулянтом EDTA разбавляли 1:4 средой, вносили во флакон с комплексным митогеном и инкубировали при температуре 370С в течение суток. Продукцию цитокинов (IFN $\gamma$ , IL-17A, IL-1ra, IL-1b, IL-2, IL-6, IL-8, TNF $\alpha$ ) определяли по их концентрации (пг/мл) в супернатантах культуры крови на мультиплексном анализаторе MAGPIX (Luminex, USA) с наборами реагентов производства MILLIPLEX $\text{®}$  MAP (Merck, Germany).

Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов информированного согласия.

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета программ STATISTICA для Windows, версия 12.0 с вычислением медианы (Me) и межквартильного интервала (LQ–UQ), уровень достоверности  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования.** При исследовании митогениндуцированной продукции цитокинов в супернатантах культуры крови пациентов в 1 точке выявлено повышение по отношению к контролю концентрации практически всех цитокинов, кроме IFN $\gamma$  и IL-1b. Так значение меди-

ны концентрации цитокинов в группе БАЗ превышали уровень контроля: IL-17A в 4,7 раза ( $p=0,048$ ); IL-1 $\alpha$  в 2 раза ( $p=0,020$ ); IL-2 в 9,5 раз ( $p=0,001$ ); IL-6 в 2,8 раза ( $p=0,011$ ); IL-8 в 1,4 раза ( $p=0,032$ ); TNF $\alpha$  в 1,9 раз ( $p=0,017$ ). Во второй точке обследования концентрация цитокинов оставалась также высокой, отмечена позитивная динамика IL-17A ( $p=0,216$  к контролю) и TNF $\alpha$  ( $p=0,340$  к контролю).

Таким образом, установлен высокий уровень индуцированной митогенами продукции провоспалительных цитокинов ИКК больных алкоголизмом, который отражает активацию клеток крови и нарушение нейроиммунной регуляции. В литературе показано, что алкоголь и продукты его метаболизма оказывают влияние как на периферические ИКК, так и на центральные механизмы активации микроглии через Toll-подобные рецепторы с усилением синтеза цитокинов, что, по мнению авторов, лежит в основе стойкой потери поведенческого контроля, повышенной импульсивности и тяги к алкоголю [de Timary P et al., 2017; Crews FT, 2017]. Гиперпродукция цитокинов выявлена нами на фоне высокой концентрации сывороточного кортизола (в 1,5–2 раза выше нормы в обеих точках). Известно, что длительное потребление алкоголя и его отмена являются мощным стрессором, стимулирующим синтез глюкокортикоидов, что также способствует нейроиммунной дисрегуляции и нарушению секреции цитокинов.

### **Список литературы**

1. Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Солонский А.В., Невидимова Т.И., Новожеева Т.П., Шушпанова Т.В., Стоянова И.Я. Нейробиологические и психосоциальные закономерности формирования клинической гетерогенности аддиктивных расстройств (региональный, профилактический аспекты) Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. N 5 (79). С. 20–26. <https://elibrary.ru/item.asp?id=12918725>
2. Crews FT, Lawrimore CJ, Walter TJ, Coleman LG Jr. The role of neuroimmune signaling in alcoholism. *Neuropharmacology*. 2017 Aug 1; 122: 56–73. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.01.031.
3. Панченко Л.Ф., Пирожков С.В., Наумова Т.А., Теребилина Н.Н., Баронец В.Ю., Федоров И.Г., Тотолян Г.Г. Изменение профиля воспалительных и противовоспалительных цитокинов при развитии алкогольной болезни печени // *Наркология*.–2010.–Т. 9. № 4 (100).–С. 86–77. <https://elibrary.ru/item.asp?id=16346667>
4. Manzardo AM, Poje AB, Penick EC, Butler MG. Multiplex Immunoassay of Plasma Cytokine Levels in Men with Alcoholism and the Relationship to Psychiatric Assessments. *Int J Mol Sci*. 2016 Mar 29;17(4):472.

doi: 10.3390/ijms17040472 de Timary P, Stärkel P, Delzenne NM, Leclercq S. A role for the peripheral immune system in the development of alcohol use disorders? *Neuropharmacology*. 2017 Aug 1;122:148-160. doi: 10.1016/j.neuropharm.2017.04.013

УДК: 575:616-053.2

**Ворсанова С.Г.<sup>1,2</sup>, Юров Ю.Б.<sup>1,2</sup>, Кравец В.С.<sup>1,2</sup>, Колотий А.Д.<sup>1,2</sup>, Демидова И.А.<sup>1,2</sup>, Куринная О.С.<sup>1,2</sup>, Зеленова М.А.<sup>1,2</sup>, Васин К.С.<sup>1,2</sup>, Шаронин В.О.<sup>1</sup>, Зяблова Н.В., Смирнова О.А.<sup>1</sup>, Юров И.Ю.<sup>1,2,3</sup>**

**Геномная нестабильность как механизм нарушения психики у детей**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия  
e-mail: ivan.iourov@gmail.com

**Актуальность.** Ранее неоднократно отмечалось, что геномная/хромосомная нестабильность может быть одним из распространенных механизмов нарушения психики [Тиганов и др., 2012; Iourov et al., 2006; Vorsanova et al., 2018]. При психических заболеваниях (шизофрения, аутизм) и нейродегенеративных болезнях (болезнь Альцгеймера) геномная нестабильность в виде численных и структурных изменений хромосом может быть ассоциирована с патологией центральной нервной системы [Тиганов и др., 2012; Iourov et al., 2006]. Несмотря на эти данные, систематического анализа этого феномена в крупных когортах детей с нарушениями психики до настоящего времени не проводилось.

**Цель.** Целью настоящей работы явилось геномной/хромосомной нестабильности в крупной когорте детей с нарушениями психики (умственная отсталость, аутистические расстройства, эпилепсия) с помощью цитогенетических и молекулярно-цитогенетических методов анализа генома.

**Материалы и методы.** В исследуемую когорту вошло 10 000 детей с умственной отсталостью, аутистическими расстройствами, эпилепсией и/или врожденными пороками развития. Исследования проводились с помощью цитогенетических и молекулярно-цитогенетических методов,

включая технологии анализа специфических участков хромосом (методы, основанные на флюоресцентной гибридизации *in situ*) и геномного сканирования (молекулярное кариотипирование). Результаты молекулярного кариотипирования анализировались с помощью оригинальных биоинформатических (интерпретационных) методов для определения процесс-кандидатов нарушения психики у детей.

**Результаты и их обсуждение.** С использованием цитогенетических методов было обнаружено, что у 4,35 % детей (n=435) наблюдается хромосомная (геномная) нестабильность. Дополнительные исследования методом флюоресцентной гибридизации *in situ* были проведены для подтверждения наличия хромосомной нестабильности в отдельных случаях. Молекулярное кариотипирование показало наличие геномных вариаций, этиологически связанных с фенотипическими проявлениями, а также с нарушением молекулярных и клеточных процессов, необходимых для сохранения стабильности генома при делении клетки и репарации ДНК. Наиболее часто геномная патология, выявленная с помощью молекулярного кариотипирования, приводила к изменению таких процессов, как репарация/репликация ДНК, сегрегация хромосом в митозе, апоптоз и другие формы запрограммированной клеточной гибели. Таким образом, было показано, что геномная нестабильность с высокой вероятностью является одним из ключевых элементов патогенетического каскада, приводящего к психической патологии у детей. Примечательно, что подобные генетические изменения были также ранее ассоциированы с психическими заболеваниями у взрослых [Iourov et al., 2019].

**Выводы.** В ходе настоящего исследования впервые продемонстрировано, что геномная нестабильность может являться механизмом нарушения психики у детей. Наиболее вероятно, что геномная нестабильность, возникающая за счёт геномных вариаций у детей с нарушениями психики, представляет собой один из ключевых элементов патогенетического каскада, ассоциированного с аномальным функционированием центральной нервной системы. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ и СИТМА в рамках научного проекта № 18-515-34005.

#### **Список литературы**

1. Тиганов А.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю. Нестабильность генома головного мозга: этиология, патогенез и новые биологические маркеры психических болезней. // Вестник Российской Академии Медицинских Наук. – 2012. – №9. – С. 45–53.

2. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Chromosomal variation in mammalian neuronal cells: known facts and attractive hypotheses. // International Review of Cytology. – 2006. – Vol.249. – P. 143–191.

3. Vorsanova S.G., Zelenova M.A., Yurov Y.B., Iourov I.Y. Behavioral variability and somatic mosaicism: a cytogenomic hypothesis. // *Current Genomics*. – 2018. – Vol.19. Iss.3. – P. 158–162.

4. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Pathway-based classification of genetic diseases. // *Molecular Cytogenetics*. – 2019. – 12:4. – 5 p.

УДК: [616.89:616-053.2]:575.22

**Ершова Е.С.<sup>1</sup>, Вейко Н.Н.<sup>1</sup>, Симашикова Н.В.<sup>2</sup>, Мартынов А.В.<sup>1</sup>, Агафонова О.Н.<sup>1</sup>, Конькова М.С.<sup>1</sup>, Малиновская Е.М.<sup>1</sup>, Никитина С.Г.<sup>2</sup>, Жесткова Е.М.<sup>3</sup>, Захарова Н.В.<sup>4</sup>, Костюк Г.П.<sup>4</sup>, Чудакова Ю.М.<sup>1</sup>, Пороховник Л.Н.<sup>1</sup>, Вейко Р.В.<sup>1</sup>, Каменева Л.В.<sup>1</sup>, Шмарина Г.В.<sup>1</sup>, Куцев С.И.<sup>1</sup>, Костюк С.В.<sup>1</sup>**

**Вариация числа копий повтора субфракции сателлита 3 (1q12) в геномах лейкоцитов крови детей с психическим расстройством**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Медико-генетический Научный Центр» (МГНЦ),  
Россия, Москва;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>3</sup>ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4  
им. П.Б. Ганнушкина ДЗ города Москвы», Россия, Москва;

<sup>4</sup>ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1  
им. Н. А. Алексеева ДЗ города Москвы», Россия, Москва

**Актуальность.** Окислительный стресс играет важную роль в патогенезе психических расстройств. Анализируя ответ клеток человека на действие физиологических (патология, старение и репликативное старение) или индуцированных (радиация, соли хрома) факторов стресса мы обнаружили, что геном клеток человека отвечает на действие стресса изменением копийности одного из повторов, который относится к высокоповторяющимся сателлитным последовательностям, входящим в состав гетерохроматина прицентромерных районов хромосом. Эти последовательности играют большую роль в организации правильного функционирования клеточного ядра. Исследуемый повтор сателлита III (SatIII) локализован в районе 1q12 первой хромосомы. Мы обнаружили, что возможны два типа ответа генома на действие факторов стресса: увеличение числа копий SatIII и их снижение. Ответ зависит прежде всего от генетических особенностей клеток и, в меньшей степени, от интенсивности самого стресса. Увеличение числа копий SatIII мы наблюдали у большинства людей пожилого возраста,

у людей, работающих с источниками радиации, при репликативном старении клеток и при действии малых доз токсичных агентов. Амплификация SatIII является нормальным ответом большинства клеток человека на умеренный окислительный стресс. Однако, небольшое количество людей и клеточных культур в ответ на стресс значительно снижали число копий SatIII в геноме. Поскольку известно, что в организме психических больных повышен уровень окислительного стресса, то можно ожидать, что содержание SatIII в клетках больных будет изменяться по сравнению со здоровыми людьми.

**Цель.** Сравнить вариабельность содержания повтора SatIII у здоровых детей и детей с психическим расстройством аутического спектра и шизофренией.

**Материалы и методы.** Сформированы пять групп: (КД) здоровые дети в возрасте от 2 до 12 лет (N=29); (АД) дети в возрасте от 2 до 12 лет, больные аутизмом (N=82); (ШД) дети с предварительным диагнозом шизофрении в возрасте от 3 до 14 лет (N= 16); (КВ) здоровые взрослые в возрасте от 17 до 40 лет (N=195) и ШВ – больные шизофренией в возрасте от 17 до 40 лет (N=120), которые не лечились на момент взятия крови. Содержание SatIII в ДНК лейкоцитов периферической крови определяли методом нерадиоактивной количественной гибридизации с зондом на SatIII (1q12).

**Результаты и их обсуждение.** Содержание SatIII в геномах группы КД варьировало от 11 до 19 пг/нг ( $14 \pm 2$  пг/нг; медиана (м) 14 пг/нг; коэффициент вариации (кв) 0,13), группы АД – от 11 до 38 пг/нг ДНК ( $17 \pm 4$  пг/нг; м=16 пг/нг; кв = 0,25), группы ШД – от 9 до 46 пг/нг ( $17 \pm 10$  пг/нг; м=15 пг/нг; кв=0,58), группы КВ – от 6 до 40 пг/нг ( $20 \pm 7$  пг/нг; м=20 пг/нг; кв=0,35) и группы ШВ – от 6 до 35 пг/нг ( $15 \pm 6$  пг/нг; м=15 пг/нг; кв =0,43).

В группе АД содержание SatIII было достоверно выше, чем в группе КД ( $p < 0,005$ ). 25 % образцов ДНК группы АД содержали большие количества SatIII (19,2 – 38 пг/нг), которые не встречались в группе возрастного контроля (КД). Группа ШД четко распадается на две подгруппы с очень низким (9,4 – 10,6 пг/нг, N=6 (38 %)) и относительно высоким содержанием повтора (13 – 46 пг/нг). 4 образца (25 %) ДНК группы ШД содержали очень большие количества SatIII (21 – 46 пг/нг), которые не встречались в группе возрастного контроля (КД). Сравнение содержания SatIII в группах ШВ и КВ показало, что геномы взрослых больных шизофренией, которые не принимали антипсихотики, содержат значительно меньше повтора SatIII, чем геномы психически здоровых людей того же возраста ( $p < 10^{-10}$ ). Геномы больных шизофренией, по-видимому, относятся к малочисленной группе геномов человека второго типа, которые реагируют на стресс не увеличением, а снижением числа копий повтора SatIII.

**Выводы.** По-видимому, такой показатель, как копияность SatIII в ДНК может быть использован, во-первых, для оценки уровня хронического окислительного стресса в организме больного. Во-вторых, данный показатель можно потенциально использовать для уточнения диагноза у детей с психическими расстройствами. Очень низкие значения (менее 10 пг/нг ДНК) указывают на вероятность диагноза шизофрении. Однако для использования этого показателя требуются дальнейшие исследования на больших выборках детей с подозрением на шизофрению.

Работа поддержана грантом РФФ № 18-15-00437.

УДК 616.895.85, 616.895.87

**Зозуля С.А.<sup>1</sup>, Захарова Н.В.<sup>2</sup>, Сарманова З.В.<sup>1</sup>, Отман И.Н.<sup>1</sup>,  
Кутовой Д.Д.<sup>2</sup>, Костюк Г.П.<sup>2</sup>, Ключник Т.П.<sup>1</sup>**

**Маркеры воспаления и протеазно-ингибиторный дисбаланс  
у пациентов с шизофренией**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева  
Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия  
e-mail: s.ermakova@mail.ru

**Актуальность.** Выявление биологических маркеров синдромальных различий клинической картины психотических расстройств позволяет дифференцировать механизмы развития тех или иных психопатологических феноменов. На современном этапе исследований установлена модулирующая роль иммунных факторов во взаимодействии клеток нервной и иммунной систем, получены данные о связи между продукцией и распределением цитокинов и состоянием трансмиссии нейромедиаторов [Tomasik J. et al., 2016]. Целесообразным представляется проведение детальных исследований, призванных уточнить индивидуальный вклад некоторых иммунных показателей в развитие различных фенотипических проявлений шизофрении с целью диагностики, определения прогноза развития заболевания, а также мониторинга состояния пациентов дополнительно к их клиническому обследованию.

**Цель работы:** сравнительный анализ спектров иммунологических показателей, включающих воспалительные и аутоиммунные маркеры, у пациентов с разными фенотипами шизофрении в стадии обострения психического состояния.



**Материал и методы.** Обследовано 87 больных шизофренией (F20 по МКБ-10) в состоянии впервые манифестировавшего психоза в первые дни стационарного лечения на фоне стандартной психофармакотерапии. Выборку составили 42 мужчины и 45 женщин (средний возраст  $28 \pm 3,8$  лет). Во всех наблюдениях в психическом статусе преобладала галлюцинаторно-бредовая симптоматика. Контрольную группу составили 37 здоровых добровольцев соответствующего возраста и пола. Объективизация психического статуса проведена с помощью шкал PANSS и BFCRS.

В плазме крови определяли активность воспалительных маркеров: лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ( $\alpha 1$ -ПИ). В качестве аутоиммунных маркеров определяли уровень аутоантител к белкам S-100B и ОБМ (Медицинская технология “Нейро-иммуно-тест”) [Клюшник Т.П. с соавт., 2016]. Дополнительно был проанализирован уровень С-реактивного белка, ИЛ-6 и ИЛ-10.

**Результаты.** В группе здоровых добровольцев (*контроль*) значимых психопатологических расстройств не выявлено (результаты психометрических тестов PANSS=34,3; BFCRS=0,0).

В 52 наблюдениях (*1-я группа*) на первый план выступали параноидные феномены (персекуторный бред, редуцированные псевдогаллюцинации, явления психического автоматизма) при относительно невыраженной моторной симптоматике. Средний балл PANSS=96 (позитивная симптоматика=22,4; негативная симптоматика=25,5; общие симптомы=48); BFCRS=3,1.

Иммунологический анализ выявил достоверное повышение в плазме крови активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ по сравнению с *контролем* ( $p < 0,001$  и  $p < 0,001$ ). Средний коэффициент соотношения активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ, отражающий протеазно-ингибиторный (дис)баланс, составил 6,4 (соответствующий коэффициент для контрольной группы находится в диапазоне 5,7–6,0). Выявлено умеренное повышение уровня острофазного белка СРБ ( $p < 0,05$ ) и концентрации ИЛ-6 по сравнению с *контролем* ( $p < 0,05$ ). В 41 % случаев наблюдался повышенный по сравнению с *контрольной группой* уровень аутоантител к нейроантигенам ( $p < 0,05$ ).

В 35 наблюдениях (*2-я группа*) в психическом статусе пациентов наряду с бредом и галлюцинациями выявлялись выраженные психомоторные расстройства. Средний балл BFCRS=18,3; PANSS=111,3 (позитивная симптоматика=27,8; негативная симптоматика=30; общие симптомы=53,6). Достоверная разница баллов при оценке психомоторных расстройств по BFCRS составила  $p < 0,01$ , по PANSS  $p < 0,001$ .

При иммунологическом обследовании выявлено существенное повышение активности/уровня острофазных белков  $\alpha 1$ -ПИ и СРБ, концентрации ИЛ-6 и ИЛ-10 по сравнению с *1-й группой* ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ )

и контролем ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Однако, активность ЛЭ в этой группе не выходила за рамки нормального диапазона ( $p > 0,05$ ) и была статистически ниже, чем в 1-й группе ( $p < 0,001$ ). Соотношение активности ЛЭ/ $\alpha 1$ -ПИ составило 4,6. Частота встречаемости аутоиммунных сывороток была равна 48 %.

Выявлены значимые клинико-биологические корреляции между активностью ЛЭ, а также коэффициентом, отражающим соотношение активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ и средним баллом тяжести психомоторных расстройств по шкале BFCRS в общей группе пациентов ( $R = -0.42$ ,  $p = 0.0001$  и  $R = -0.27$ ,  $p = 0.012$ , соответственно).

**Обсуждение.** Анализ полученных данных свидетельствует о выраженной активации иммунной системы на высоте психоза, сопровождающейся значительным повышением активности/уровня маркеров воспаления, а также уровня аутоантител к нейроантигенам в большинстве наблюдений. Вместе с тем, выявлены количественные и качественные различия в анализируемом спектре иммунологических показателей для выделенных групп пациентов.

Так, наибольшие различия касаются коэффициента, отражающего баланс протеазной (ЛЭ) и протеазно-ингибиторной активности ( $\alpha 1$ -ПИ). Для пациентов 1-й группы средний коэффициент смещен вправо (6,4), а во 2-й группе – влево (4,6) по отношению к контрольному диапазону (5,7–6,0). Смещение вправо свидетельствует о преобладании протеолитических реакций и высокой функциональной активности нейтрофилов в ходе развертывания воспалительной реакции. Смещение коэффициента влево (на фоне высокого уровня активации иммунной системы) свидетельствует о снижении дегрануляционной активности нейтрофилов.

Полученные результаты согласуются с положением школы отечественной психиатрии А.В. Снежневского о дифференциации остроты психических расстройств с отнесением психомоторных расстройств в регистр тяжелой патологии [А.В. Снежневский, 1983] за счет поражения большего количества зон головного мозга.

Принимая во внимание роль иммунной активации в восстановлении нарушенного вследствие патологического процесса гомеостаза, можно предположить, что психомоторные нарушения в структуре психоза обусловлены недостаточной дегрануляционной активностью нейтрофилов, что может быть фактором, отражающим специфическую дисрегуляцию воспалительных реакций. Взаимосвязь между коэффициентом, отражающим протеазно-ингибиторный баланс, и выраженностью психомоторных расстройств подтверждается также результатами проведенного корреляционного анализа.

### **Список литературы**

1. Tomasik J., Rahmoune H., Guest P.C., Bahn S. Neuroimmune biomarkers in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2016 Sep; 176(1): 3–13. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.025
2. Ключник Т.П., Зозуля С.А., Андросова Л.В. и др. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными психозами («Нейроиммуно-тест»): Медицинская технология. 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016.
3. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – Т.1. М.: Медицина, 1983, 480 с.

УДК 577.25

***Карпов Д.С., Абашкин Д.А., Куришев А.О., Голов А.К.***  
**Разработка подхода к исследованию функций энхансеров, ассоциированных с повышенным риском развития шизофрении, с помощью искусственных эпигенетических регуляторов на основе системы CRISPR/SpyCas9**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: aleom@yandex.ru*

**Актуальность.** Шизофрения – эндогенное полиморфное психическое заболевание, характеризующееся фундаментальными расстройствами мышления и восприятия, а также неадекватным или сниженным аффектом. От заболевания страдает около 1 % населения планеты. В развитие шизофрении существенный вклад вносят наследственные факторы. Однако механизмы участия генетических факторов в развитие шизофрении до сих пор изучены недостаточно. На основании результатов полногеномных анализов генетических ассоциаций выявлено множество участков ДНК, связанных с повышенным риском развития шизофрении [Ripke et al., 2014; Pardiñas et al., 2018]. Наибольшая часть этих участков находится в некодирующих областях генома и пересекается с областями, отвечающими за регуляцию экспрессии генов, в том числе энхансерами, которые способны контролировать активность генов, находящихся от них на значительном расстоянии. Можно предположить, что изменения в активности энхансеров могут быть связаны с изменением активности генов, имеющих отношение к функционированию нейронов. Методами анализа пространственной структуры генома нами получены данные о специфичных для нейрональных клеток взаимодействиях между энхансерами и промоторами генов.

**Целью** настоящей работы является разработка подхода к исследованию контактов между энхансерами и промоторами, имеющими отношение к активности нейронов на основе репрессорной системы CRISPR/SpyCas9.

**Материалы и методы.** Дизайн плазмидных конструкций проводили с помощью следующего программного обеспечения VectorNTI (Invitrogen), SnapGene и DNAbold. Мишени системы CRISPR/SpyCas9 подбирали с помощью программы CRISPOR.

Плазмидные конструкции получали стандартными методами классического молекулярного клонирования. Конструкции получали с помощью лабораторного штамма *E.coli* DH5 $\alpha$ . Наличие и корректность последовательности клонированных фрагментов определяли рестрикционным анализом с последующим секвенированием.

**Результаты и их обсуждение.** На сегодняшний день самый сильный из описанных репрессоров функций генов на базе системы CRISPR/SpyCas9 – это химерный белок, dCas9-KRAB-MeCP2, состоящий из крупнель-ассоциированного домена (KRAB) и метил-CpG-связывающего белка (MeCP2) [Yeo et al., 2018]. Методами молекулярного клонирования нами получена плазмидная конструкция pdCas9-KRAB-MeCP2-Puro, кодирующая одновременно и направляющую РНК и репрессорный химерный белок dCas9-KRAB-MeCP2 и содержащая ген *ras*, кодирующий пурамицинацетил-трансферазу, обеспечивающую устойчивость к ингибитору трансляции – пурамицину. Следует отметить, что ген *ras* находится в одной рамке считывания с химерным репрессорным белком. Таким образом, наличие устойчивости клеток к пурамицину коррелирует с наличием активности у репрессора pdCas9-KRAB-MeCP2. Кроме того, нами получена плаزمида pET-Blue2-Dual, которая служит матрицей для получения двойных направляющих РНК. Использование системы CRISPR/SpyCas9, нацеленной одновременно на два участка, находящихся рядом увеличивает эффективность действия системы. В качестве контрольных мишени репрессорной системы были выбраны три энхансера, вовлеченные в контроль экспрессии генов *EPHX2*, *FGFR1* и *VPS37B*. Эти энхансеры находятся в регионах сцепления с шизофренией, выявленных в полногеномных исследованиях. На каждый из энхансеров подобраны от 2 до 6 пар спейсеров, нацеленных на участки, обогащенные гистоновой меткой H3K27AC в нейрональной линии клеток SK-N-SH.

**Выводы.** Получены плазмиды, кодирующие компоненты сильной репрессорной системы на основе белка pdCas9-KRAB-MeCP2 и направленные против энхансеров, находящихся рядом с генами *EPHX2*, *FGFR1* и *VPS37B* в регионах, сцепленных с шизофренией. Эти плазмиды могут быть использованы далее в экспериментах по выявлению контактов между

данными энхансерами и промоторами контролируемых этими энхансерами генов.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №17-29-02164.

### **Список литературы**

1. Ripke, S, Neale B.M., Corvin A et al. 2014. “Biological Insights from 108 Schizophrenia-Associated Genetic Loci.” *Nature* 511 (7510): 421–27.

2. Pardiñas, A.F., Holmans, P., Pocklington A. J. et al., Common schizophrenia alleles are enriched in mutation-intolerant genes and in regions under strong background selection 2018 *Nat Genet.* 50(3): 381–389.

3. Yeo NC, Chavez A, Lance-Byrne A, Chan Y, Menn D, Milanova D, Kuo CC, Guo X, Sharma S, Tung A, Cecchi RJ, Tuttle M, Pradhan S, Lim ET, Davidsohn N, Ebrahimkhani MR, Collins JJ, Lewis NE, Kiani S, Church GM. An enhanced CRISPR repressor for targeted mammalian gene regulation. *Nat Methods.* 2018 (15), 611–616.

УДК 577.25

*Карпов Д.С., Смирнова С.В., Куришев А.О., Абашкин Д.А., Кондратьев Н.В.*

### **Контроль активности факторов транскрипции, ассоциированных с повышенным риском развития шизофрении, с помощью искусственных эпигенетических регуляторов на основе системы CRISPR/SpCas9**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: aleom@yandex.ru*

**Актуальность.** Шизофрения – эндогенное полиморфное психическое заболевание, в развитие которого существенный вклад вносят наследственные факторы. Однако в силу неоднозначной связи между наследственными факторами и проявлениями шизофрении до сих пор отсутствует понимание механизмов участия генетических факторов. Важной задачей на современном этапе генетических исследований является функциональная интерпретация результатов исследований типа «полногеномных анализов ассоциаций» (GWAS). На основании результатов GWAS выявлено множество участков ДНК, ассоциированных с повышенным риском развития шизофрении [Pardiñas et al., 2018]. Среди этих участков обнаруживаются регуляторные области генов, кодирующих нейрон-специфичные транскрипционные факторы. Полиморфизмы, способные влиять на уровень экспрессии генов

транскрипционных факторов, могут опосредованно влиять на экспрессию множества генов-мишеней этих факторов транскрипции.

Целью настоящей работы является разработка подхода по контролю уровня экспрессии генов, кодирующих нейрон-специфичные факторы транскрипции, с помощью искусственных репрессоров транскрипции на основе системы CRISPR/SpyCas9.

**Материалы и методы.** Мишени системы CRISPR/SpyCas9 подбирали с помощью программы CRISPOR. Спейсеры амплифицировали, используя полученную нами ранее плазмиду pET-Blue-Dual. ПЦП-продукты клонировали в плазмиду pdCas9-KRAB-MeCP2-Puro, используя лабораторный штамм *E.coli* DH5 $\alpha$ . Наличие вставки спейсеров определяли по ПЦП с последующим секвенированием.

**Результаты и их обсуждение.** На основании результатов полногеномных исследований по ассоциации полиморфизмов с риском развития шизофрении [Pardinas et al. 2018] в качестве мишеней репрессорной системы CRISPR/SpyCas9 выбраны следующие гены факторов транскрипции: *EGR1*, *FOXP1*, *SATB2*, *ZNF281*, *ZNF536*. Для генов *EGR1*, *ZNF281* и *ZNF536* были подобраны направляющие РНК против промоторов этих генов с целью их подавления с использованием системы dSpyCas9-KRAB-MeCP2, которая на сегодняшний день представляет собой самый сильный из описанных репрессоров транскрипции [Yeo et al., 2018]. Для генов *FOXP1* и *SATB2* по данным promoter Capture-HiC были определены участки потенциальных энхансеров и подобраны направляющие РНК для их активации. Активация транскрипции этих генов будет выполнена с помощью одного из самых сильных активаторов транскрипции на основе системы CRISPR/dSpyCas9-SAM [Antonella et al., 2017]. Целевыми клетками для проверки эффектов подавления и активации нами были выбраны нейрональные клеточные линии SK-N-SH и SH-SY5Y. Нами выполнен дизайн парных спейсеров, нацеливающих обе системы в промоторные области выбранных генов. Спейсеры клонированы в соответствующие плазмиды.

**Выводы.** Таким образом, получены молекулярные инструменты (плазмидные конструкции, кодирующие активаторную и репрессорную системы CRISPR/SpyCas9, нацеленные на промоторные области генов нейрон-специфичных факторов транскрипции *EGR1*, *FOXP1*, *SATB2*, *ZNF281* и *ZNF536*) для манипуляции с экспрессией генов факторов транскрипции, ассоциированных с риском развития шизофрении.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №17-29-02164 (в части дизайна плазмид для эпигеномного редактирования) и гранта Российского научного фонда №16-15-00056-П (в части анализа данных для выбора мишеней в регионах, сцепленных с шизофренией).

### **Список литературы**

1. Pardiñas, A.F., Holmans, P., Pocklington A. J. et al., Common schizophrenia alleles are enriched in mutation-intolerant genes and in regions under strong background selection 2018 Nat Genet. 50(3): 381–389.

2. Yeo NC, Chavez A, Lance-Byrne A, Chan Y, Menn D, Milanova D, Kuo CC, Guo X, Sharma S, Tung A, Cecchi RJ, Tuttle M, Pradhan S, Lim ET, Davidsohn N, Ebrahimkhani MR, Collins JJ, Lewis NE, Kiani S, Church GM. An enhanced CRISPR repressor for targeted mammalian gene regulation. Nat Methods. 2018 (15), 611–616.

3. Antonella, F., Lopez-Yrigoyen, M.L., Romanò, N., Jones, R., Taylor, A.H., Forrester, L.M. 2017 An all-in-one UniSam vector system for efficient gene activation. Scientific Reports 7, 6394.

УДК612.825+616.89-02

***Клочкова И.В., Тихонов Д.В., Томышев А.С., Божко О.В., Каледа В.Г.***

### **Профиль когнитивных нарушений и нейроанатомические характеристики головного мозга при шизофрении**

*Лаборатория нейровизуализации и мультимодального анализа  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: klochkova1804@list.ru*

Нарушения когнитивного функционирования в том или ином виде сопровождают большую часть психической патологии. При шизофрении эти нарушения выступают в качестве центрального дефекта. С развитием методов нейровизуализации получены свидетельства наличия нейроанатомических изменений головного мозга больных относительно здорового контроля: уменьшение объема гиппокампуса, миндалины, таламуса, прилежащего ядра; увеличение бледного шара, желудочков, скорлупы [мета-анализ van Erp et al., 2015].

**Целью** настоящего исследования являлся поиск взаимосвязей нарушений когнитивных функций и нейроанатомического состояния головного мозга при шизофрении.

**Материалы и методы.** Выборку составили 11 испытуемых (мужчин; средний возраст 19,7; ст. отклон. 2,6), стационарированных в клинику НЦПЗ в связи с развитием юношеского эндогенного приступообразного психоза. Обследование проводилось в момент редукции острой психотической симптоматики на этапе деструкции приступообразующих симптомокомплексов. По структуре приступы преимущественно относились к полиморфным,

с сочетанием бредовых, галлюцинаторных, кататонических расстройств. У 4 больных из 11 преобладала кататоническая симптоматика гипокинетического полюса с явлениями заторможенности, негативизма, выраженной дезорганизацией психических процессов, у 5 – редуцированная психотическая, у 7 – жалобы на сниженную концентрацию внимания, трудности в усвоении информации, у 4 – стойкий гипотимический аффект с преобладанием апатии, безразличия к своему состоянию, у 3 – астенические расстройства с несвойственными им ранее явлениями «моральной ипохондрии». Все больные получали индивидуально подобранную психофармакотерапию.

Выраженность симптомов по Шкале позитивных и негативных синдромов (PANSS) составила 27.3 (4.6) и 22.1 (4.4) б. соответственно; суммарная оценка по шкале PANSS – 97.4 (17.0) б.

MPT исследование на томографе 3T Philips Ingenia (Голландия) включало T1-взвешенное сканирование с покрытием всей головы. Использовалась последовательность турбо-полевого эхо (TR = 8 мс; TE = 4 мс, угол поворота 8 градусов, размер вокселя 0.98×0.98×1 мм). T1-взвешенные изображения были обработаны в пакете FreeSurfer 5.3.0 [Fischl, 2012]. Для каждого испытуемого были получены показатели объемов серого вещества (в мм куб.) для 7 подкорковых образований (таламус, хвостатое ядро, скорлупа, бледный шар, гиппокамп, миндалина и прилежащее ядро) и коры в каждом полушарии.

Нейропсихологическое обследование проводилось по стандартизированной Шкале нейропсихологической оценки когнитивной сферы (авторства Корсакова Н.К., Зайцева Ю.С., Плужников И.В.), оценивающей мнестические функции, гнозис, праксис, мышление, функции произвольной регуляции психической деятельности, внимание, а также динамические характеристики протекания деятельности. Каждый субтест включал оценочные шкалы.

По показателям выполнения нейропсихологических проб и объемам серого вещества был проведен корреляционный анализ с использованием непараметрического коэффициента Спирмена попарно для всех переменных в статистическом пакете SPSS 17.

**Результаты.** Были обнаружены значимые (в связи с малым размером выборки и поисковым характером исследования был принят строгий критерий  $p < 0,005$ ) корреляции:

1. Положительная между объемом *скорлупы левого полушария (LH Putamen)* и количеством пропущенных фигур в отсроченном воспроизведении при зрительном узнавании (0,922;  $p = 0,00015$ ).

2. Между объемом *скорлупы в правом полушарии (RH Putamen)* и показателем «эффективность» в пробе «Таблицы Шульце» (эффект -0,855;  $p = 0,002$ ) отрицательная, а количеством пропущенных фигур в отсроченном



воспроизведении при зрительном узнавании – положительная (0,839;  $p=0,002$ ).

3. Отрицательная между объемом *бледного шара в ПП (RH Pallidum)* и количеством потерянных элементов при непосредственном (-0,818;  $p=0,002$ ) и отсроченном (-0,818;  $p=0,002$ ) воспроизведении при произвольном запоминании рассказа, количеством пропущенных фигур в отсроченном воспроизведении при зрительном узнавании (-0,818;  $p=0,002$ ).

4. Положительная между объемом *коры в ЛП* и количеством потерянных элементов в непосредственном (0,740;  $p=0,009$ ) и отсроченном (0,777;  $p=0,005$ ) воспроизведении при произвольном запоминании рассказа.

5. Положительная между объемом *коры в ПП* и количеством потерянных элементов в отсроченном воспроизведении при произвольном запоминании рассказа (0,759;  $p=0,007$ ).

Однако коррекцию на множественные сравнения проходит только корреляция *скорлупы левого полушария (LH Putamen)* и количества пропущенных фигур в отсроченном воспроизведении при зрительном узнавании (0,922;  $p=0,00015$ ),

**Обсуждение результатов и выводы.** Полученные в исследовании данные отражают связь между объемом скорлупы в ЛП и эффективностью зрительной памяти у больных шизофренией, что согласуется с другими исследованиями схожих процессов. Так, известно, что скорлупа играет роль во многих типах обучения и запоминания: существуют свидетельства участия скорлупы и базальных ганглиев в системе памяти медиальной височной доли, включающей в качестве центрального звена гиппокамп [Packard, Knowlton, 2002] и обеспечения когнитивных функций в системе связей с участками префронтальной коры [Leisman, Melillo, 2013]. Кроме того, направление корреляции указывает на возможную связь между худшими мнестическими функциями и большим объемом скорлупы (нарастание данного морфометрического показателя ранее описано как свойственное шизофрении [van Erp et al., 2015]).

Исследование носит поисковый характер и находится в стадии набора выборки, в связи с чем возможность обобщения полученных результатов ограничена. Однако, информация обрабатывается и представляется множеством взаимодействующих систем памяти в головном мозге, включая префронтальную кору, базальные ганглии и медиальную височную долю [Kéri, 2008]. Именно эти структуры имеют решающее значение в патофизиологии шизофрении [van Erp et al., 2015]. В связи с этим, дефицит определенных видов обучения и памяти при шизофрении может быть связан с базальными ганглиями.

Исследование поддержано грантом РФФИ №18-013-01214.

### Список литературы

1. Fischl B FreeSurfer. Neuroimage 2012. 62:774-81.
2. Kéri S. Interactive memory systems and category learning in schizophrenia. Neurosci Biobehav Rev. 2008. 32(2):206-18.
3. Leisman G, Melillo R. The basal ganglia: motor and cognitive relationships in a clinical neurobehavioral context. Rev Neurosci. 2013. 24(1):9-25.
4. Packard MG, Knowlton BJ. Learning and memory functions of the Basal Ganglia. Annu Rev Neurosci. 2002. 25:563-93.
5. van Erp TG, Hibar DP, Rasmussen JM, Glahn DC, Pearlson GD, Andreassen OA, Agartz I, Westlye LT, Haukvik UK, Dale AM, Melle I, Hartberg CB, Gruber O, Kraemer B, Zilles D, Donohoe G, Kelly S, McDonald C, Morris DW, Cannon DM, Corvin A, Machielsen MW, Koenders L, de Haan L, Veltman DJ, Satterthwaite TD, Wolf DH, Gur RC, Gur RE, Potkin SG, Mathalon DH, Mueller BA, Preda A, Macciardi F, Ehrlich S, Walton E, Hass J, Calhoun VD, Bockholt HJ, Sponheim SR, Shoemaker JM, van Haren NE, Pol HE, Ophoff RA, Kahn RS, Roiz-Santiañez R, Crespo-Facorro B, Wang L, Alpert KI, Jönsson EG, Dimitrova R, Bois C, Whalley HC, McIntosh AM, Lawrie SM, Hashimoto R, Thompson PM, Turner JA. Subcortical brain volume abnormalities in 2028 individuals with schizophrenia and 2540 healthy controls via the ENIGMA consortium. Mol Psychiatry. 2016: 21(4):585.

УДК 575.162+575.164

**Коровайцева Г.И.<sup>1</sup>, Габаева М.В.**

### **Исследование влияния VNTR- полиморфизма гена AS3MT и родовых осложнений на клинические особенности шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: korovaitseva@mail.ru*

Шизофрения – многофакторное заболевание, развитие которого является результатом комбинации генных и средовых влияний и их взаимодействий [Хоменко Н.В., 2012]. Ген *AS3MT*, кодирует метилтрансферазу мышьяка (III). Обнаружена специфичная только для человека изоформа белка, названная *AS3MTd2d3*. Было показано, что экспрессия именно этой изоформы является потенциальным фактором риска развития шизофрении, а полиморфизм в 1 экзоне гена *AS3MT*, обусловленный различием числа tandemных повторов (VNTR полиморфизм) влияет на уровень экспрессии данной уникальной изоформы [Li L. et al, 2016, Li M. et al, 2016]. Очевидно,

что необходимо дальнейшее изучение этого полиморфизма для понимания его связи с шизофренией. Актуальным является и исследование взаимодействия вариантов гена и средовых факторов. Цель нашей работы состояла в изучении влияния VNTR полиморфизма гена *AS3MT* и осложнений при родах как средового фактора на выраженность симптомов шизофрении

Генотипы были определены для 670 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (414 женщин и 256 мужчин). У 170 человек наблюдались осложнения при родах, 500 человек родовых осложнений не имели. К родовым осложнениям относили кесарево сечение, асфиксию, родовые травмы и низкий вес (менее 2000 грамм) при рождении. Количественную оценку психопатологической симптоматики у больных проводили с помощью шкалы PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale).

Дисперсионный анализ не обнаружил статистически достоверных отличий в средних значениях баллов негативных, позитивных и общих психопатологических симптомов между носителями разных VNTR генотипов.

Оценивая влияние осложнений при родах на бальную оценку симптомов, мы обнаружили значимый эффект только для общей психопатологической симптоматики. Выраженность симптомов возрастала при наличии родовых осложнений ( $F=10.6$ ,  $df=1$ ,  $p=0.0012$ ). Полученный результат может быть объяснен тем, что общие психопатологические симптомы присущи ряду психических расстройств и влияют на риск развития различных психических заболеваний в целом.

Для оценки взаимодействия генотипа с родовыми осложнениями как средовым фактором применяли многофакторный дисперсионный анализ. Мы изучали влияние генотипа на выраженность симптомов в группах с родовыми осложнениями и без них, учитывая фактор пола. Анализ не обнаружил эффекта генотип-средового взаимодействия ни для позитивной, ни для общей психопатологической симптоматики. Однако для негативных симптомов в группе с родовыми осложнениями анализ выявил влияние взаимодействия генотипа и пола на уровень симптомов ( $F=6.02$ ,  $df=2$ ,  $p=0.003$ ). У женщин, носителей генотипа *V2/V2* при наличии родовых осложнений отмечено увеличение средних бальных значений негативных симптомов. Апостериорный анализ показал, что это увеличение является статистически значимым ( $p < 0.02$ ).

Ряд исследований ранее показал связь развития шизофрении с особенностями протекания беременности и родов [Евтушенко Е.Д. с соавт., 2003, Kunugi H. et al, 2001]. Однако до сих пор не было обнаружено влияние родовых осложнений на тяжесть симптомов при шизофрении. Значимость полученных нами результатов связана с тем, что они вносят важный вклад

в дальнейшее изучение негативной симптоматики, которая влияет на исход заболевания. Наши данные позволяют предположить, что VNTR полиморфизм гена AS3MT оказывает модифицирующее воздействие на влияние родовых осложнений на тяжесть негативных симптомов при шизофрении. Мы выявили взаимодействие между осложнениями при родах и гомозиготой по аллелю V2 гена AS3MT, которое приводит к увеличению выраженности негативной симптоматики у женщин и, как следствие, к плохому прогнозу заболевания для них.

### Список литературы

1. Евтушенко Е.Д., Красноносеньких Т.П., Балашов П.П. Психические заболевания, ассоциированные с особенностями течения беременности и родов. Бюллетень СО РАМН. 2003; 2(108): 9–11.
2. Хоменко Н.В. Генетические и средовые факторы в развитии шизофрении. Медицинский журнал. 2012; 2: 15–18.
3. Kunugi H., Nanko S., Murray R. M. Obstetric complications and schizophrenia: prenatal underdevelopment and subsequent neurodevelopmental impairment. British Journal of Psychiatry. 2000; 178 (suppl.40): 5–29.
4. Li L, Chang H, Peng T, Li M, Xiao X. Evidence of AS3MT d2d3 – Associated variants within 10q24.32–33 in the genetic risk of major affective disorders. Molecular Neuropsychiatry. 2016; 2: 213–218.
5. Li M, Jaffe AE, Straub RE, et al. A human-specific AS3MT isoform and BORCS7 are molecular risk factors in the 10q24.32 schizophrenia-associated locus. Nature Medicine. 2016; 22: 649–656.

УДК: 575:616-053.2

**Куричная О.С.<sup>1,2</sup>, Юров Ю.Б.<sup>1,2</sup>, Ворсанова С.Г.<sup>1,2</sup>, Юров И.Ю.<sup>1,2,3</sup>**

### **Возможная ассоциация мутаций гена SNAP29 с недифференцированной умственной отсталостью**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия  
e-mail: ivan.iourov@gmail.com

**Актуальность.** Несмотря на многие исследования, последствия нарушения регуляции мембранного транспорта до конца не изучены. В частности,

предполагается, что белок SNARE (растворимого рецептора присоединения NSF – Soluble NSF Attachment REceptor), кодируемый геном *SNAP29* может участвовать в процессах, которые являются критическими для нормального функционирования центральной нервной системы. Таким образом, изучение вклада данного гена в этиологию наследственных заболеваний является актуальным для понимания последствий нарушения мембранного транспорта, особенно при заболеваниях психики [Юров и др., 2014; Ramakrishnan et al., 2012].

**Цель.** Исследовать изменения в гене *SNAP29*, выявленные методом молекулярного кариотипирования, в группе пациентов с недифференцированными формами умственной отсталости, врожденными пороками и микроаномалиями развития.

**Материалы и методы.** С помощью молекулярного кариотипирования были исследованы образцы лимфоцитов периферической крови 520 пациентов, страдающих недифференцированными формами умственной отсталости, врожденными пороками и микроаномалиями развития. Биоинформатический анализ результатов данного исследования был проведен с помощью оригинальной технологии, включающей оценку патогенности выявленных вариаций с помощью транскриптомных и протеомных баз данных [Ворсанова и др., 2018; Iourov et al., 2014; Yurov et al., 2017].

**Результаты и их обсуждение.** В ходе исследования у двух пациенток с задержкой психоречевого и психомоторного развития (0,4 %) были выявлены вариации числа копий последовательностей ДНК (мутации) в гене *SNAP29*, в виде делеций, затрагивающих второй и третий экзоны. Данный ген локализован на хромосоме 22 (участок 22q11.21) и кодирует синаптосомально-ассоциированный белок 29-КД. Мутации в данном гене ассоциированы с наследственным заболеванием, включающим в себя церебральный дисгенез, невропатию, ихтиоз и синдром пальмоплантарной кератодермы (cerebral dysgenesis, neuropathy, ichthyosis, and palmoplantar keratoderma syndrome [OMIM:609528]) и вовлечен в две геномные сети, одна из которых связана со SNARE взаимодействием в везикулярном транспорте (hsa04130), а другая с аутофагией (hsa04140). Примечательно, что эти процессы ассоциированы с различными формами нарушения психики, среди которых преобладают психические расстройства у детей [Ramakrishnan et al., 2012]. Бионформатический анализ показал, что данные мутации с высокой вероятностью ассоциированы с нарушениями психики в данных случаях.

**Выводы.** Проведение исследования вариаций генома, характерных для определенной когорты пациентов является очень важным процессом и позволяет выйти на более высокий уровень диагностики с целью понимания механизмов процессов, в которых участвуют гены, приводящие

к заболеваниям [Ворсанова и др., 2018]. Подобные исследования позволяют выявлять ранее неизвестные генетические причины психических расстройств, а также могут способствовать разработке терапевтических стратегий с целью коррекции молекулярных процессов, нарушенных мутацией. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ и СИТМА в рамках научного проекта № 18-515-34005.

#### **Список литературы**

1. Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Геномные и хромосомные болезни центральной нервной системы: молекулярные и цитогенетические аспекты. Москва. Издательство: Медпрактика-М. 2014. 384 с.
2. Ramakrishnan N.A., Drescher M.J., Drescher D.G. The SNARE complex in neuronal and sensory cells. // *Molecular & Cellular Neuroscience*. – 2012. – 50. – P.58-69.
3. Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Демидова И.А., Колотий А.Д., Куринная О.С., Кравец В.С., Юров И.Ю. Биомаркеры неонкологических болезней мозга, обусловленных хромосомной нестабильностью, у детей. // *Научный результат (Медицина и фармация)*. – 2018. – Т.4., № 2. – С. 8-18.
4. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. *In silico* molecular cytogenetics: a bioinformatic approach to prioritization of candidate genes and copy number variations for basic and clinical genome research. // *Molecular Cytogenetics*. – 2014. – 7(1):98. – 11 p.
5. Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y. Network-based classification of molecular cytogenetic data. // *Current Bioinformatics*. – 2017. – Vol. 12. N. 1. – P. 27–33.

УДК 575:616-053.2

**Лежейко Т.В., Габаева М.В., Смирнова С.В., Боглов М.И.,  
Голимбет В.Е.**

#### **Исследование эффектов гена *CD38* (rs3796863) и алкоголизации родителей в семье больного на выраженность негативных симптомов шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: lezheiko@list.ru*

Известно, что нейрогормон окситоцин играет важную роль в патогенезе различных психических заболеваний, в том числе и шизофрении [Feldman et al. 2016]. Молекулярно-генетические исследования указывают на связь между вариациями в генах окситоцинергической системы и

основными симптомами шизофрении, а также ответом больных на лечение [Montag et al. 2012]. В то же время известно, что окситоцин опосредует связь между стрессовыми факторами, в особенности действующими на ранних этапах развития, например, детская психологическая травма из-за неблагополучной семейной обстановки, и развитием психических расстройств [Womersley et al 2019].

В настоящей работе изучено влияние полиморфизма гена CD38 (rs3796863), который кодирует белок, регулирующий секрецию окситоцина, на выраженность симптомов шизофрении в зависимости от наличия психологической травмы (алкоголизм одного из родителей) в анамнезе больных. Ген CD38 расположен в интроне 7 на хромосоме 4p15, однонуклеотидный полиморфизм rs3796863 представляет собой замену аденина (A) на цитозин (C) [Malavasi et al., 2008].

**Материал и методы.** Информация о наличии алкоголизма отца или матери была получена из историй болезни. Для исследования сформирована выборка больных шизофренией 579 (n=389 женщин и 190 мужчин, средний возраст 25,2±8,0 лет, возраст к началу заболевания 21,0±7,3 лет), с диагнозом шизофрения (рубрики F20., по МКБ-10.) Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании и сдали кровь для выделения ДНК. Выборка была разделена на 2 группы – с алкоголизацией одного родителей (n=177) и без неё (n=402). Алкоголизм отца отмечен в 156 случаях, алкоголизм матери – в 39 случаев. Проведено сравнение этих групп между собой по клиническим характеристикам и поиск ассоциаций между полиморфизмом CD38 (rs3796863) и клиническими характеристиками в каждой из групп. Из клинических характеристик использовали выраженность симптомов, измеренных с помощью международной шкалы PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale).

Генотипирование *проводили* с использованием ПЦР методом плавления с высоким разрешением (HRM), использовали олигонуклеотидные праймеры; прямой-ССТGCAGTGACATGTCGGGAGGGGAGC и (обратный) GCTGTGGGGTCCGTGGCCTTGGT.

При анализе данных использовали двухфакторный дисперсионный анализ, в качестве зависимой переменной использовали выраженность симптомов в баллах, в качестве групповых факторов – генотип и наличие/отсутствие алкоголизма.

**Результаты.** Распределение генотипов в исследуемой группе было следующим: CC – 47.15 % (273 человек), CA – 42.49 % (246), AA – 10.36 % (60). Частоты генотипов в исследуемой выборке соответствовали распределению Харди-Вайнберга ( $\chi^2=1.2$ ,  $p>0.05$ ). Дисперсионный показал, что генотип не оказывал значимого эффекта на выраженность симптомов шизофрении

в то же время обнаружено влияние такого средового фактора как алкоголизация одного из родителей на негативные симптомы ( $p=0,04$ ). Взаимный эффект средового фактора и генотипа обнаружен только в случае алкоголизма матери, он также был ассоциирован с негативными симптомами ( $F=4,3$ ;  $df=548$ ;  $p=0.01$ ). У носителей аллеля *A* (генотип *AA* или *AC*) отмечена большая их выраженность, чем у носителей генотипа *CC* ( $p=0.004$ ). Нужно отметить, что большая уязвимость носителей аллеля *A* полиморфизма CD38 rs3796863 к психосоциальным стрессовым факторам отмечена и в других работах. Например, Tabak et al. [2016] установили, что у гомозиготных носителей аллеля *A* при наличии межличностного стресса больше выражены симптомы социальной тревоги и депрессии.

**Заключение:** Таким образом, в нашем исследовании на большой выборке больных показано, что алкоголизм одного из родителей оказывает влияние на тяжесть негативных симптомов шизофрении. Кроме того, этот эффект может быть опосредован генетическим фактором, что отмечено только для больных, у которых мать страдала алкоголизмом. В заключение следует отметить, что полученные результаты являются новыми и подтверждают перспективность изучения влияния генотип-средовых взаимодействий на клинические проявления шизофрении.

#### Список литературы

1. Feldman R, Monakhov M, Pratt M, Ebstein R.P. Oxytocin Pathway Genes: Evolutionary Ancient System Impacting on Human Affiliation, Sociality, and Psychopathology. *Biol Psychiatry*. 2016.1;79 (3):174-84. doi: 10.1016
2. Montag C, Brockmann E.M, Bayerl M, Rujescu D, Müller D.J, Gallinat J. Oxytocin and oxytocin receptor gene polymorphisms and risk for schizophrenia: a case-control study. *World J Biol Psychiatry*. 2013.14(7): 500-8. doi: 10.3109/15622975
3. Womersley J.S, Hemmings S.M.J, Ziegler C, Gutridge A, Ahmed-Leitao F, Rosenstein D, Domschke K, Seedat S. Childhood emotional neglect and oxytocin receptor variants: Association with limbic brain volumes. *World J Biol Psychiatry*. 2019.26: 1–49. doi: 10.1080/15622975
4. Malavasi F, Deaglio S, Funaro A, Ferrero E, Horenstein AL, Ortolan E, Vaisitti T, Aydin S. Evolution and function of the ADP ribosyl cyclase/CD38 gene family in physiology and pathology. *Physiol Rev*. 2008.88(3): 841-86. doi: 10.1152
5. Tabak B.A, Vrshek-Schallhorn S, Zinbarg R.E, Prenoveau J.M, Mineka S, Redei E.E, Adam E.K, Craske M.G. Interaction of CD38 Variant and Chronic Interpersonal Stress Prospectively Predicts Social Anxiety and Depression Symptoms Over Six Years. *Psychol Sci*. 2016.1;4 (1): 17–27. DOI:10.1177/2167702615577470



УДК 616.895.8:612.017.11:577.171

***Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Мальцева Ю.Л.***

## **Иммуноэндокринные критерии прогноза эффективности лечения больных шизофренией**

*НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, РФ  
e-mail: mental@tnimc.ru; oalobacheva@mail.ru.*

Нейролептическая терапия, как известно, является основным способом лечения больных шизофренией. Длительное употребление антипсихотиков кроме основного антипсихотического действия приводит к нарушению нейроиммуноэндокринного взаимодействия, которое является важным звеном патогенеза психических расстройств, утяжеляет клиническую картину заболевания, способствует формированию терапевтической резистентности, нежелательных побочных явлений психотропной терапии [Никитина В.Б. и др. 2018; McEwen B.S., 2018].

Недостаточная эффективность в отдельных случаях применения антипсихотической терапии обуславливает необходимость поиска критериев ее дифференцированного назначения на основе учёта как клинических показаний к назначению психотропного средства, так и более объективных иммунобиологических прогностических критериев, которые тесно связаны с патогенетическими механизмами шизофрении [Клюшник Т.П. и др., 2014; Гурович И.Я., Узбеков М.Г., 2015; Müller N., 2017].

**Целью** настоящего исследования явилась разработка критериев прогноза эффективности лечения больных шизофренией до начала лечения.

**Материалы и методы.** В исследование включены 29 больных шизофренией (13 женщин, 15 мужчин, средний возраст 28,3±5,0 лет; с длительностью заболевания от 1 до 13 лет;) с диагнозом по МКБ-10 F20.00, F20.01, F20.02, F20.6. Пациентам назначалось адекватное психическому состоянию лечение атипичным нейролептиком оланзапином (в дозах 10–20 мг/сут).

Динамика психопатологической симптоматики в процессе лечения оланзапином регистрировалась с использованием шкалы PANSS. Эффективность терапии оценивалась по динамике улучшения состояния через 6 недель лечения с использованием шкалы CGI. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (21 пациент) с высокой эффективностью терапии, в группе объединены пациенты со значительным и существенным улучшением психического состояния; 2-я группа (8 пациентов) с низкой эффективностью лечения, в эту группу вошли пациенты с незначительным улучшением психического состояния и отсутствием эффекта.

Лабораторное обследование включало фенотипирование иммунокомпетентных клеток по кластерам дифференцировки CD методом проточной цитометрии (цитометр FACS Calibur, BD, США) и определение концентрации кортизола в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Исследование проводилось в двух точках: 1-я – при поступлении пациента в стационар в период обострения, 2-я – через 6 недель терапии. Контрольная группа 76 практически здоровых лиц. Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов информированного согласия. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета STATISTICA версия 12.0 для Windows, применяли непараметрические методы, критический уровень значимости принимался равным 0,05.

**Результаты исследования.** В первой точке исследования при поступлении в стационар пациенты 1-й и 2-й групп не имели статистически значимых отличий по выраженности позитивных, негативных и общепсихопатологических симптомов, а средний балл по шкале PANSS был достоверно выше в 1-й группе пациентов (108 и 89 баллов соответственно,  $p=0,049$ ). Анализируя индивидуальные значения общего балла в 1-й группе показано, что из 21 обследованного у 15 общий балл по шкале PANSS был выше 98, что соответствует общим представлениям о лучшем ответе на терапию лиц с более острой симптоматикой.

Иммунологическое обследование выявило выраженные особенности иммунного статуса в первой группе пациентов (с высокой эффективностью терапии) по сравнению со второй группой (с низкой эффективностью лечения) до назначения оланзапина: более высокие значения количества Т-хелперов/индукторов (CD3+CD4+;  $p=0,0174$ ), натуральных киллеров (CD3+CD16+56+;  $p=0,0019$ ). У этих же пациентов отмечена высокая концентрация кортизола в сыворотке крови ( $p=0,0002$ ). Полученные данные позволили определить иммунобиологические критерии эффективного назначения атипичного антипсихотика оланзапина, а именно содержание Т-хелперов/индукторов более 41 %, натуральных киллеров более 11 %, уровня кортизола в сыворотке крови более 727 нмоль/л, которые могут быть использованы в практической психиатрии при выборе тактики лечения.

Таким образом, на основе проведенных исследований определены критерии персонализированного подхода к лечению пациентов, предложен способ прогноза эффективности терапии у больных шизофренией до начала лечения, на который получен патент РФ на изобретение № 2680529. Полученные результаты требуют продолжения исследования при лечении другими антипсихотическими препаратами.

### **Список литературы**

1. Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Лебедева В.Ф. Нейроиммуноэндокринные нарушения при психических расстройствах и болезнях зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018, 2(99), 45–55.
2. McEwen B.S. From serendipity to clinical relevance: How clinical psychology and neuroscience converged to illuminate psychoneuroendocrinology. Psychoneuroendocrinology. 2018, S0306–4530(18), 30580–30588
3. Ключник Т.П., Зозуля С.А., Андросова Л.В., Сарманова З.В., Отман И.Н., Дупин А.М., Абрамова Л.И., Столяров С.А., Шипилова Е.С., Борисова О.А. Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 114 (2). – С. 37–41.
4. Гурович И.Я., Узбеков М.Г. К пониманию биомаркеров психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – № 3. – С. 80–83.
5. Müller N. Immunological aspects of the treatment of depression and schizophrenia. Dialogues Clin Neurosci. 2017, 19(1), 55–63.

УДК 616.891: 616.831-005.4: 616.8-092: 616-092.19: 616-092.6

***Никитина В.Б., Рудницкий В.А., Лобачева О.А.,  
Ветлугина Т.П.***

### **Дифференциально-диагностическая модель течения непсихотических психических расстройств органического регистра на основе иммуноэндокринных показателей**

*Научно-исследовательский институт психического здоровья  
«Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук», Томск, Россия  
e-mail: mental@tnimc.ru; valentina08@sibmail.com*

Непсихотические психические расстройства органического генеза представляют собой класс состояний, непосредственно обусловленных нарушениями структуры или физиологических особенностей мозговой ткани. Наблюдающиеся психопатологические симптомы отражают деструкцию или нарушение обмена мозговых структур, обеспечивающих когнитивные функции, обуславливающие эмоции, мотивацию и поведение. Стресс, соматические заболевания, черепно-мозговые травмы приводят к нарушениям гематоэнцефалического барьера, расстройствам ликвородинамики и

возникновению патологической интероцептивной импульсации, гормониндуцированной активации микроглии, нарушающей функциональное состояние корковых клеток и элементов ретикулярной формации [Лурия А.Р., 2013; Stein T.D. et al., 2014]. Ретикулярная формация морфологически и функционально связана с лимбической системой мозга, которая является ключевым отделом регуляции иммунных реакций. При нарушениях нейроиммунного взаимодействия на уровне афферентных и эфферентных звеньев создаются предпосылки к формированию патологических состояний, относящихся к болезням регуляции [Крыжановский Г.Н., 2009]. Нарушения нейроиммунного взаимодействия ведут и к дестабилизации психических функций организма, и к дисбалансу иммунной системы, ослаблению механизмов иммунной защиты, формированию иммунной недостаточности, осложняющих клиническую картину непсихотических психических расстройств и способствующих их затяжному течению [Никитина В.Б. и др., 2018].

**Целью** настоящего исследования явилось разработка математической модели, повышающей точность и информативность диагностики непсихотических психических расстройств органического регистра с использованием клинико-иммунобиологических и психологических параметров.

**Материалы и методы.** Проведено комплексное иммунобиологическое и психологическое обследование 325 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами органического регистра проходивших курс стационарного лечения в отделении пограничных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. В соответствии с МКБ-10 все пациенты были распределены по двум нозологиям: «Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство» (F 06.68) – 232 человека; «Органическое расстройство личности в связи со смешанными заболеваниями» (F 07.08) – 93 человека. Средний возраст пациентов составил  $43,53 \pm 6,30$  лет, давность заболевания –  $8,19 \pm 4,07$  лет.

Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных иммунологических тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета. Определение уровня гормонов, мозговых антигенов и антител к ним в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Психологическое обследование проводили с использованием «Шкалы самооценки» Спилбергера-Ханина. При статистической обработке полученного материала использовали пакет Statistica 7.0 и SPSS 17.0 для Windows. Построение дифференциально-диагностической модели органических расстройств осуществляли методом пошаговой логистической регрессии [Леонов В.П., 2009]. Для оценки эффективности теста рассчитывали чувствительность и специфичность модели.

**Результаты исследования.** Методом пошаговой логистической регрессии из всего объема определяемых показателей (всего 31 показатель) были выделены восемь статистически достоверные переменные, вошедшие в модель: *клинические* – наличие/отсутствие у обследуемого дисциркуляторной энцефалопатии; *иммунобиологические* – общее количество Т-лимфоцитов (CD2+), лимфоцитов, экспрессирующих маркер апоптоза – рецептор CD95, уровень нейроспецифического белка S-100 и антител к нему (АТ 5F11-С6), концентрация тиреотропного гормона (ТТГ); *психологические*: показатели реактивной и личностной тревожности (РТ и ЛТ). Эти параметры вносят наибольший вклад в развитие затяжного течения непсихотических психических расстройств органического регистра.

Различные комбинации значений этих показателей позволяют отнести обследуемого к одному из двух вариантов классификации: «органическое астеническое расстройство» или «органическое расстройство личности».

Оценка работы модели на обучающей и экзаменационной выборках показала, что ее чувствительность и специфичность стабильно превышают 80 %, что является очень высоким показателем ее работоспособности. Точность модели составила 86,7 %.

Таким образом, из широкого круга клинико-психологических и иммунобиологических показателей с применением метода пошаговой логистической регрессии выделены информативные переменные, которые вносят наибольший вклад в формирование затяжного течения непсихотических психических расстройств органического регистра и на основе которых предложены новые критерии и методы объективизации диагностики психической дезадаптации.

### **Список литературы**

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М., 2013. – 384 с.
2. Chronic traumatic encephalopathy: a spectrum of neuropathological changes following repetitive brain trauma in athletes and military personnel / T.D. Stein, V.E. Alvarez, A.C. McKee // *Alzheimers Res Ther.* – 2014. – Vol. 6, № 1. P. 4.
3. Крыжановский Г.Н. Дизрегуляторная патология и патологические интеграции в нервной системе // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2009. – № 1. – С. 4–9.
4. Нейроиммуноэндокринные нарушения при психических расстройствах и болезнях зависимости / В.Б. Никитина, О.А. Лобачева, Т.П. Ветлугина, М.М. Аксенов, В.Ф. Лебедева // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2018. – № 2. – С. 45–55.
5. Леонов В.П. Логистическая регрессия в медицине и биологии: [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.biometrica.tomsk.ru/logit\\_4.htm](http://www.biometrica.tomsk.ru/logit_4.htm)

УДК: [616.89:616-053.2]:575.22

**Никитина С.Г.<sup>1</sup>, Чудакова Ю.М.<sup>2</sup>, Шмарина Г.В.<sup>2</sup>,  
Канонирова С.А.<sup>2</sup>, Шаронова Н.В.<sup>2</sup>, Еришова Е.С.<sup>2</sup>,  
Мартынов А.В.<sup>1</sup>, Пороховник Л.Н.<sup>2</sup>, Костюк С.В.<sup>2</sup>,  
Симашкова Н.В.<sup>1</sup>**

## **Вариация содержания сателлита 3 (1q12) в геномах лейкоцитов крови психически здоровых детей и детей больных аутизмом**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Медико-генетический научный центр» г. Москва, Россия

**Актуальность.** Причина расстройств аутистического спектра до настоящего времени остается до конца не известной. Многие авторы полагают, что окислительный стресс играет важную роль в патогенезе этого заболевания. Потеря баланса между окислительным стрессом и антиоксидантной активностью клеток организма приводит к избытку активных форм кислорода и азота. Геном человека содержит до 10 % высокоповторяющихся сателлитных последовательностей, которые входят в состав гетерохроматина центромерных и прицентромерных районов хромосом. Эти последовательности играют большую роль в организации правильного функционирования клеточного ядра. Ранее, в опытах *in vitro*, мы установили, что окислительный стресс и репликативное старение клеток способствуют постепенному увеличению содержания в геноме субфракции сателлита III (SatIII). Данный повтор локализован в прицентромерном гетерохроматине района 1q12 первой хромосомы. Поскольку известно, что в организме больных аутизмом повышен уровень окислительного стресса, то можно ожидать, что геномы клеток детей – аутистов содержат больше повтора SatIII, чем геномы здоровых детей.

**Цель.** Сравнить вариабельность содержания повтора SatIII у здоровых детей и (1) здоровых взрослых, (2) – детей, больных аутизмом.

**Материалы и методы.** Сформированы четыре группы: (А) дети в возрасте от 2 до 12 лет, больные аутизмом (N=82); (1К) здоровые дети в возрасте от 2 до 12 лет (N=29); (2К) и (3К) взрослые в возрасте от 17 до 22 лет (N= 29) и от 23 до 40 лет (N=56). Содержание SatIII в ДНК лейкоцитов периферической крови определяли методом нерадиоактивной количественной гибридизации с зондом на SatIII (1q12).

**Результаты и их обсуждение.** Содержание анализируемого фрагмента SatIII в геномах группы А варьировало от 11 до 38 пг/нг ДНК (среднее 17±4 пг/нг; медиана 16 пг/нг; коэффициент вариации 0,25), группы (К1) – от 11 до 19 пг/нг (среднее 14 ± 2 пг/нг; медиана 14 пг/нг; коэффициент

вариации 0,13), группы (К2) – от 11 до 36 пг/нг (среднее  $22 \pm 6$  пг/нг; медиана 21 пг/нг; коэффициент вариации 0,29) и группы (К3) – от 6 до 39 пг/нг (среднее  $21 \pm 9$  пг/нг; медиана 22 пг/нг; коэффициент вариации 0,41). Образцы ДНК выборки (1К) содержали меньше повтора SatIII, чем образцы выборки (2К) и (3К) ( $p < 10^{-6}$ ). В группе (А) содержание SatIII было достоверно выше, чем в группе (1К) ( $p < 0,005$ ), но ниже, чем в более старших возрастных группах ( $p < 10^{-5}$ ). 25 % образцов ДНК группы (А) содержали большие количества SatIII (19,2 – 38 пг/нг), которые не встречались в группе возрастного контроля (К1). Таким образом, мы впервые показали, что с возрастом в геноме клеток крови здоровых людей значительно возрастает количество копий повтора SatIII. С увеличением возраста контрольных групп значительно увеличивается коэффициент вариации содержания повтора. Это говорит о том, что геномы лейкоцитов разных людей по-разному отвечают на увеличение возраста. Ранее на модели репликативного старения фибробластов кожи мы показали, что клетки с высоким пролиферативным потенциалом и с высокой устойчивостью к генотоксичному стрессу исходно содержат меньшие количества повтора SatIII и медленнее увеличивают его содержание в условиях репликативного старения или генотоксичного стресса по сравнению с клетками, которые изначально содержали большие количества SatIII. Можно полагать, что процесс увеличения числа копий SatIII при взрослении протекает быстрее в клетках аутистов, по сравнению со здоровыми детьми. Это может указывать на более высокий уровень хронического стресса в организме больного.

**Выводы.** (1) Содержание повтора SatIII в геноме лейкоцитов крови человека значительно варьирует. (2) Геномы детей содержат меньше повтора, а вариабельность содержания повтора меньше, чем в геномах взрослых людей. (3) Геномы детей-аутистов содержат увеличенное количество повтора по сравнению с возрастной нормой. (4) По-видимому, данный показатель может быть использован для оценки уровня хронического окислительного стресса в организме больного. Однако для этого требуются дальнейшие исследования.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 17-04-01587 А, и в рамках государственного задания Минобрнауки России.

УДК 612.825+615.214

*Паникратова Я. Р.\**, *Лебедева И.С.*, *Соколов О.Ю.*, *Кост Н.В.*,  
*Мясоедов Н.Ф.*

**Функциональная связанность правой миндалины  
(по данным фМРТ покоя) на фоне приема «Селанка»  
и «Семакса»**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*  
*\*e-mail: panikratova@mail.ru*

**Актуальность.** Развитие функциональной коннектомики открывает новые горизонты в фармакологических исследованиях в психиатрической клинике, так как этот нейровизуализационный подход позволяет выделять количественно измеряемые структурно-функциональные мозговые процессы действия препаратов, что может стать ключевым в развитии персонализированной медицины.

**Цель исследования** – плацебоконтролируемая оценка влияния анксиолитика Селанка и ноотропа Семакса на функциональную связанность (ФС) миндалины (одна из ключевых зон, участвующих в регуляции тревоги [Тхе и др., 2011]) и дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПФК, ключевая зона для обеспечения регуляторных функций [Les et al., 2010]) с различными структурами головного мозга здорового человека.

**Материалы и методы.** Обследовали 52 практически здоровых праворуких испытуемых: 7 мужчин и 7 женщин (группа «семакс»; средний возраст  $42.6 \pm 9.5$  года), 9 мужчин и 7 женщин (группа «селанк»; средний возраст  $38.8 \pm 11.9$  лет), 10 мужчин и 12 женщин (контрольная группа; средний возраст  $43.5 \pm 9.3$  лет). Статистически значимых межгрупповых различий по возрасту ( $F(2, 49) = 1.015, p = 0.37$ ) и полу ( $\chi^2 = 0.43, p = 0.81$ ) выявлено не было. Исследование соответствовало этическим принципам Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации; все испытуемые подписали добровольное информированное согласие. Испытуемых делили на группы в случайном порядке.

Исследование проводилось на томографе Philips 3T. На первом этапе были получены анатомические T1-изображения: 170 срезов, размер воксела  $1 \times 1 \times 1$  мм, MPR (TR/TE/FA 8 мс/4 мс /80). Функциональные T2\*-изображения фМРТ покоя были получены с помощью последовательности EPI (TR/TE/FA 3 с /35 мс /90о), 35 срезов, матрица  $128 \times 128$  вокселей, размер воксела  $1.8 \times 1.8 \times 4$  мм.

После получения структурных изображений трижды проводили фМРТ – непосредственно перед введением, через 5 и 20 мин после



однократного интраназального (по 60 мкл в каждую ноздрю) введения: 1 % семакса (доза 1.2 мг) или 0.15 % селанка (доза 0.2 мг), или 3 % нипагина (контроль). Препараты были безвозмездно предоставлены ЗАО «Пептоген». Во время каждого подхода фМРТ-сканирования испытуемые фиксировали взгляд на белом кресте в центре серого поля монитора в течение 5 мин и старались избегать систематической мыслительной деятельности (фМРТ покоя).

Предобработку изображений проводили с использованием пакета SPM12 (<http://www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm/software/spm12/>). Дальнейшая обработка данных фМРТ покоя проводилась с помощью CONN-fMRI toolbox 17.b (<https://www.nitrc.org/projects/conn>). Проводилась коррекция артефактов движения головы испытуемых и их учет в анализе (“ART-based identification of outlier scans for scrubbing”; шумоподавление – процедура aCompCor; включение в качестве ковариат). Использовался частотный фильтр  $0.008 < f < 0.09$  Гц. Центрированные переменные возраста и пола были включены в анализ в качестве ковариат второго уровня.

Данные фМРТ покоя обрабатывались методом анализа ФС между зоной интереса и остальными вокселями во всем объеме мозга (“ROI<sup>1</sup>-to-voxel analysis”). Зоны интереса – правая и левая миндалины [Tzourio-Mazoyer и др., 2002] и правая и левая ДЛПФК [Yeو и др., 2011].

С помощью общей линейной модели со случайными эффектами были получены связи между каждой из зон интереса и остальными вокселями во всем объеме мозга. Затем, контролируя указанные ковариаты, анализировали, имеются ли различия ФС каждой зоны интереса между тремя группами между тремя временными точками (3 x 3 mixed ANCOVA).

**Результаты и их обсуждение.** Между тремя группами между всеми временными точками были выявлены различия ФС только у правой миндалины с кластером в височной веретеновидной извилине, нижней и средней височных извилинах и парагиппокампальной извилине ( $\{48; -22; -32\}$ , объем кластера 9693 мм<sup>3</sup>) ( $p < 0.005$  на уровне вокселя с кластерной поправкой на множественные сравнения  $FWE, q (FWEc) < 0.05$ ).

Затем был проведен post hoc “ROI-to-ROI” анализ ФС правой миндалины и выявленного кластера между всеми группами и временными точками попарно. У препаратов «селанк» и «семакс» наблюдались как схожие эффекты на ФС правой миндалины, так и различные.

Общим эффектом было увеличение ФС правой миндалины от 5 к 20 минутам в каждой из групп при сравнении с контрольной группой.

---

<sup>1</sup> Region of interest.

Различные эффекты наблюдались при сравнении точек «0» и «5 минут»: при сравнении с контрольной группой в группе «семакс» ФС уменьшалась, а в группе «селанк» – не изменялась. В группе «селанк», по сравнению с группой «семакс», ФС увеличивалась от 0 к 5 минутам. Данные различия могут косвенно свидетельствовать о различных механизмах действия препаратов.

Отсутствие межгрупповых различий по ФС ДЛПФК может быть связано со сходными нейрональными процессами в этой области при приеме препаратов и плацебо.

В целом, в настоящем исследовании была показана возможность применения функциональной коннектомики для изучения действия пептидных препаратов на мозговые процессы и получены предварительные (пилотные) данные, которые требуют дальнейшего анализа.

### **Список литературы**

1. Leh S. E., Petrides M., Strafella A. P. The neural circuitry of executive functions in healthy subjects and Parkinson's disease //Neuropsychopharmacology. – 2010. – Vol. 35. – №. 1. – P. 70.
2. Tye K. M. et al. Amygdala circuitry mediating reversible and bidirectional control of anxiety //Nature. – 2011. – Vol. 471. – №. 7338. – P. 358.
3. Tzourio-Mazoyer N. et al. Automated anatomical labeling of activations in SPM using a macroscopic anatomical parcellation of the MNI MRI single-subject brain //Neuroimage. – 2002. – Vol. 15. – №. 1. – P. 273–289.
4. Yeo B. T. T. et al. The organization of the human cerebral cortex estimated by intrinsic functional connectivity //Journal of neurophysiology. – 2011. – Vol. 106. – №. 3. – P. 1125.

УДК 612.825+616.89-02

**Паникратова Я.Р.\***, **Лебедева И.С.**, **Помыткин А.Н.**,  
**Попович У.О.**, **Кананович П.С.**, **Клочкова И.В.**, **Каледва В.Г.**  
**Функциональная связанность дорсолатеральной префронтальной коры и височной речевой области (левое полушарие) при семейном риске шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
\*e-mail: panikratova@mail.ru*

**Актуальность.** У больных шизофренией с вербальными галлюцинациями было обнаружено нарушение функционального взаимодействия между зонами мозга, связанными с регуляторными и речевыми функциями: в частности, дорсолатеральной префронтальной корой (ДЛПФК) и височными

областями [Lawrie и др., 2002; Allen и др., 2008]. Следует отметить, однако, что данный феномен не был до сих пор исследован в плане его возможной роли как эндотипа заболевания. Как следствие, целью настоящего исследования стала проверка гипотезы об изменении функциональной связанности (ФС) ДЛПФК с речевой зоной в височных отделах левого полушария у непораженных (психически здоровых) родственников больных шизофренией. Дополнительно определяли межгрупповые различия по нейропсихологическому тесту вербальных ассоциаций и по оценкам шкалы продромальных симптомов, а также корреляции этих показателей с ФС.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 25 праворуких практически здоровых испытуемых, в том числе 12 родственников первой степени родства больных шизофренией (средний возраст  $24 \pm 4$ , 8 женщин) и 13 испытуемых без наследственного отягощения по психическим заболеваниям (средний возраст  $25 \pm 3$ , 7 женщин). Группы статистически значимо не отличались по возрасту ( $t=0.46$ ,  $p=0.65$ ) и полу ( $\chi^2=4.23$ ,  $p=0.11$ ). Все испытуемые были обследованы психиатром и признаны психически здоровыми и подписывали добровольное информированное согласие на участие в обследовании.

Сканирование проводилось на томографе Philips 3T. На первом этапе были получены анатомические T1-изображения (170 срезов, размер воксела  $1 \times 1 \times 1$  мм, MPR (TR/TE/FA – 8 мс / 4 мс /  $8^\circ$ )). Функциональные T2\* изображения фМРТ покоя были получены с помощью последовательности EPI (TR/TE/FA – 3 с / 35 мс /  $90^\circ$ ), 35 срезов, матрица  $128 \times 128$  вокселей, размер воксела  $1.8 \times 1.8 \times 4$  мм. Во время фМРТ-сканирования испытуемым была дана инструкция фиксировать взгляд на белом кресте в центре серого поля монитора в течение 5 мин и избегать систематической мыслительной деятельности (фМРТ покоя).

Тест вербальных ассоциаций батареи Delis–Kaplan Executive Function System [Delis и др., 2004] состоял из трех субтестов: ассоциации на букву, в рамках заданной категории и с переключением между категориями. Из шкалы продромальных симптомов SOPS [McGlashan и др., 2001] использовался общий балл, отражающий общую степень выраженности симптомов.

Предобработку изображений проводили с использованием пакета SPM12 (<http://www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm/software/spm12/>). Дальнейшая обработка данных фМРТ покоя проводилась с помощью CONN-fMRI toolbox 17.b (<https://www.nitrc.org/projects/conn>). Проводилась коррекция артефактов движения головы испытуемых и их учет в анализе (“ART-based identification of outlier scans for scrubbing”; шумоподавление – процедура aCompCor; включение в качестве ковариат). Использовался частотный фильтр  $0.008 < f < 0.09$  Гц.

Возраст был включен в модель в качестве ковариаты второго уровня. Данные фМРТ покоя обрабатывались методом анализа ФС между зонами интереса (“ROI<sup>1</sup>-to-ROI”), т.е. производился подсчет корреляций спонтанных низкочастотных колебаний BOLD-сигнала между зонами интереса: ДЛПФК левого и правого полушария и височный компонент речевой сети (атлас [https://findlab.stanford.edu/functional\\_ROIs.html](https://findlab.stanford.edu/functional_ROIs.html)). Проверялись две гипотезы: о межгрупповых различиях по связи левой ДЛПФК, затем правой ДЛПФК с височным компонентом речевой сети.

**Результаты и их обсуждение.** У родственников больных шизофренией, по сравнению с контрольной группой, была выявлена большая ФС левой ДЛПФК с речевой зоной в височных отделах левого полушария ( $p=0.0127$ , проходит поправку на множественные сравнения  $q(FDR)<0.025$ ). Межгрупповых различий по шкале SOPS и выполнению вербальных ассоциаций обнаружено не было (критерий U-Манна-Уитни,  $p<0.005$ ). В основной группе не удалось выявить значимых корреляций нейropsychологических показателей с показателями ФС.

В отличие от *сниженной* ФС между лобными и височными отделами у больных шизофренией, родственники больных шизофренией продемонстрировали *большую* ФС между данными зонами. Данные результаты могут отражать компенсаторные мозговые процессы в группе непораженных родственников больных шизофренией, что подтверждается отсутствием различий по выполнению вербальных ассоциаций и шкале SOPS.

**Выводы.** У непораженных родственников больных шизофренией было выявлено усиление ФС левой ДЛПФК с височной речевой зоной левого полушария, что может являться отражением компенсаторных мозговых процессов.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ №17-06-00985.

### Список литературы

1. Allen P., Larøi F., McGuire P. K., Aleman A. The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2008. – Vol. 32. – №. 1. – P. 175. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.07.012>
2. Delis D. C., Kramer J. H., Kaplan E., Holdnack, J. Reliability and validity of the Delis-Kaplan Executive Function System: an update // *Journal of the International Neuropsychological Society*. – 2004. – Vol. 10. – №. 2. – P. 301. <https://doi.org/10.1017/S1355617704102191>
3. Lawrie S. M., Buechel C., Whalley H. C. et al. Reduced frontotemporal functional connectivity in schizophrenia associated with auditory hallucinations //

---

<sup>1</sup> Region of interest.

Biological psychiatry. – 2002. – Vol. 51. – №. 12. – P. 1008. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01316-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01316-1)

4. McGlashan T., Miller T., Woods S. et al. Instrument for the assessment of prodromal symptoms and states //Early intervention in psychotic disorders. – Springer, Dordrecht, 2001. – P. 135-149. [https://doi.org/10.1007/978-94-010-0892-1\\_7](https://doi.org/10.1007/978-94-010-0892-1_7)

УДК: 616.89; 616.895.4; 616.892.3; 616.89-008

***Сафарова Т.П. \*, Яковлева О.Б., Андросова Л.В., Симонов А.Н., Ключник Т.П.***

### **Роль факторов воспаления в развитии депрессий у пожилых больных**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
\*e-mail: saftatiana@mail.ru*

**Актуальность.** Высокая медико-социальная актуальность депрессивных расстройств в позднем возрасте определяется их широкой распространенностью на фоне мировых демографических сдвигов, тенденцией к хронификации с многократными рецидивами, а также значительной долей пациентов с неудовлетворительным ответом на психофармакотерапию. Поиск принципиально новых биологических, а именно нейроиммунологических характеристик и показателей эндогенной системы защиты и восстановления мозговых функций у пожилых лиц с депрессивными расстройствами является чрезвычайно актуальной научной задачей для разработки дифференцированных подходов к их диагностике и терапии.

**Цель исследования.** Поиск иммунологических маркеров депрессий у пожилых больных для разработки дифференцированных подходов к диагностике, терапии, а также прогноза дальнейшего развития заболевания.

**Материалы и методы.** Работа проводилась в отделе гериатрической психиатрии совместно с лабораторией нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ. Исследуемая выборка состояла из 55 госпитализированных депрессивных больных: 17 мужчин (30,91 %) и 38 женщин (69,09 %) в возрасте 60 и старше лет (средний возраст- 69,25 ± 6,87 лет). У всех больных был диагностирован депрессивный эпизод легкой или умеренной выраженности по классификации МКБ-10 разной этиологии (однократный депрессивный эпизод, депрессивная фаза в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или депрессивная фаза при биполярном аффективном расстрой-

стве), в анамнезе у больных отсутствовали иные психические и первичные церебрально-органические заболевания. Оценка состояния больных проводилась с использованием клинического, психометрического, иммунологического и статистического методов. В качестве оценочных шкал использовались шкала депрессии и тревоги Гамильтона (HAMD-17, HARS), краткая шкала оценки когнитивной деятельности (MMSE). В сыворотке крови больных определяли активность воспалительных и аутоиммунных маркеров: энзиматическая активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ),  $\alpha$ 1-протеиназного ингибитора ( $\alpha$ 1-ПИ), уровень аутоантител к нейроспецифическим антигенам S-100B и основному белку миелина (ОБМ).

**Результаты.** Исследование выявило гетерогенность выборки депрессивных больных по уровню иммунных маркеров. В общей группе пациентов с депрессивными расстройствами было отмечено снижение энзиматической активности ЛЭ ( $p < 0,01$ ) при увеличении функциональной активности  $\alpha$ 1-ПИ ( $p < 0,0001$ ) и уровня аутоантител к нейроспецифическому антигену S-100B ( $p < 0,01$ ) по сравнению с контролем. При проведении кластерного анализа наиболее значимые различия касались уровня ЛЭ, которые отклонялись от среднего контрольного уровня как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения. Больные распределились на 2 группы: 1 группа (21 человек) – с повышенным ( $235,4 \pm 22,9$  н/моль/мин\*мл) уровнем ЛЭ и 2-я группа (34 человека) – с пониженным ( $186,29 \pm 16,4$  н/моль/мин\*мл) уровнем ЛЭ. Обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, диагностическим оценкам (большинство депрессивных эпизодов относилось к рекуррентному депрессивному расстройству (РДР), тяжести депрессий и уровню когнитивной деятельности (по средним суммарным оценкам HAMD и MMSE) до начала терапии.

Вместе с тем, были выявлены различия между группами по целому ряду параметров. В 1-й группе преобладали больные со сложными депрессиями, в структуре которых отмечались коморбидные тревожные и сенесто-ипохондрические нарушения. Во 2-й группе чаще встречались затяжные апато-адинамические депрессии с астеническими расстройствами ( $p < 0,05$ ), у большинства больных в структуре депрессии присутствовали переживания хронической психотравмирующей ситуации. Во 2-й группе чаще отмечалась отягощенность коморбидной соматической патологией, среди которой преобладали сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) ( $p < 0,05$ ), более высокая частота очаговых изменений в подкорковом веществе головного мозга (на уровне тенденций) по сравнению с 1-й группой. Снижение уровня ЛЭ на фоне высокого уровня других маркеров воспаления в этой группе больных может свидетельствовать об истощении функциональных возмож-

ностей нейтрофилов в связи с длительно протекающим воспалительным процессом.

**Заключение:** в результате предварительного анализа можно отметить значимость реакций воспаления в развитии депрессивных расстройств в пожилом возрасте, гетерогенность этих расстройств в отношении уровня активности ЛЭ (с повышением или снижением уровня ЛЭ) на фоне высокого уровня других маркеров воспаления. Полученные предварительные результаты требуют дальнейшего изучения и в перспективе могут быть важным объективным методом выделения иммунофенотипов поздних депрессий для разработки дифференцированных подходов к их терапии и прогнозу.

УДК 612.822.3 + 616.895.2 + 616.89-008.452

***Сизов С.В., Изнак Е.В., Олейчик И.В., Изнак А.Ф.***

### **Особенности ЭЭГ при маниакально-парафренических состояниях с разной синдромальной структурой**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: sizov.stepan@list.ru*

**Актуальность.** Уточнение нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе маниакально-парафренических состояний в рамках эндогенных психических расстройств, является актуальной задачей клинической и биологической психиатрии. Количественная электроэнцефалография (ЭЭГ) дает возможность объективно оценить функциональное состояние головного мозга таких пациентов и его динамику в процессе терапии [Johannesen J.K., et al., 2013; Изнак А.Ф. и др., 2016].

**Целью** исследования была оценка особенностей ЭЭГ в группах пациентов с маниакально-парафреническими состояниями с разной синдромальной структурой.

**Материал и методы.** В клинко-нейрофизиологическое исследование было включено 59 пациентов (все женщины, 18–55 лет, средний возраст 32,9 лет) с маниакально-парафреническими состояниями в рамках приступообразной шизофрении. Клинко-психопатологическим методом было выделено две группы больных: с преобладанием чувственно-бредовых феноменов (брёда восприятия и брёда воображения) и приподнятого фона настроения – группа 1 (28 человек), и с преобладанием чувственно-идеаторных расстройств, сочетающих интерпретативные идеи с чувственным бредом восприятия и характеризующихся гневливостью, подозрительностью, малодоступностью – группа 2 (31 человек).

Всем пациентам до начала курса терапии проводилась многоканальная (16 каналов) регистрация фоновой ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ» и компьютерной программы «BrainSys» [Митрофанов А.А., 2005].

Спектральный анализ безартефактных фрагментов ЭЭГ (не менее 30-ти эпох по 2 с) включал вычисление значений спектральной мощности 8-ми поддиапазонов ЭЭГ (дельта – 2–4 Гц, тета1 – 4–6 Гц, тета2 – 6–8 Гц, альфа1 – 8–9 Гц, альфа2 – 9–11 Гц, альфа3 – 11–13 Гц, бета1 – 13–20 Гц и бета2 – 20–30 Гц), их усреднение по группам и топографическое картирование. Целесообразность выделения указанных узких частотных поддиапазонов ЭЭГ и их информативность в отношении тонкой оценки функционального состояния головного мозга пациентов с разными видами психической патологии (в том числе, с аффективно-бредовыми расстройствами) была ранее доказана в ряде исследований [Изнак А.Ф. и др., 2016; Iznak A.F., et al., 2018].

**Результаты и их обсуждение.** До начала курса терапии в ЭЭГ обеих групп были отчетливо выражены среднечастотный альфа2-компонент (9.0–11.0 кол/сек) в теменно-затылочных и центральных отведениях и высокочастотный альфа3-компонент (11.0–13.0 кол/сек) – в теменно-затылочных зонах. Низкочастотный альфа1-компонент (8.0–9.0 кол/сек) был представлен в затылочной области у 1-й группы и практически отсутствовал у 2-й группы пациентов.

Большая выраженность альфа3-ритма при слабой выраженности альфа1-ритма в теменно-затылочных зонах (особенно, во 2-й группе пациентов) свидетельствует о повышенной активации задних сенсорно-ассоциативных областей коры.

Спектральная мощность высокочастотных бета1 (13.0–20.0 кол/сек) и бета2 (20.0–30.0 кол/сек) ритмов ЭЭГ была больше во 2-й группе. При этом, бета1-ритм был отчетливо представлен в центрально-теменно-затылочных отведениях и слабее в лобных зонах. Фокус бета2-ритма, выраженного гораздо слабее, в 1-й группе локализовался в левой лобной области, а во 2-й группе – в затылочных областях,

Низкочастотные компоненты ЭЭГ: дельта (2.0–4.0 кол/сек) и тета1 (4.0–6.0 кол/сек) ритмы, отражающие сниженное функциональное состояние коры головного мозга, у пациентов обеих групп были выражены слабо и локализовались в центрально-теменных сагиттальных и в затылочных отведениях. Однако, во 1-й группе в правой лобной области выявлялся дополнительный фокус дельта и тета1-активности, а у пациентов 2-й группы он отсутствовал.



Фокус тета2 (6.0–8.0 кол/сек) поддиапазона, также отражающего сниженное функциональное состояние коры, у пациентов 1-й группы практически отсутствовал, а у пациентов 2-й группы отмечался в задних отведениях.

Наибольшая выраженность альфа3, бета1 и бета2-ритмов, характерная для пациентов 2-й группы, по сравнению с 1-й группой, указывает на более сильную активацию у них стволовых структур головного мозга, а отсутствие дельта и тета1-активности в лобных зонах – на дефицитность тормозных процессов в коре. Это согласуется с клиническим статусом пациентов 2-й группы (гневливая, психопатоподобная мания и персекуторный бред с напряженностью и подозрительностью), исходно более тяжелым, по сравнению с психическим состоянием пациентов 1-й группы.

Описанные особенности амплитудно-частотных и пространственных характеристик ЭЭГ мозга в 2-х группах пациентов с маниакально-парафреничными состояниями дополнительно свидетельствуют в пользу правомерности типологического подразделения исследованного контингента больных.

#### **Список литературы**

1. Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Ключник Т.П., Пантелеева Г.П., Олейчик И.В., Абрамова Л.И., Столяров С.А. Нейрофизиологические и нейроиммунологические показатели прогноза эффективности терапии аффективно-бредовых состояний в рамках приступообразной шизофрении // Психиатрия 2014. № 2. С. 47–52.
2. Митрофанов А.А. Компьютерная система анализа и топографического картирования электрической активности мозга с нейрометрическим банком ЭЭГ-данных (описание и применение) // М. 2005. 63 с.
3. Iznak A.F., Iznak E.V., Klyushnik T.P., Kobel'kov G.M., Damyanovich E.V., Oleichik I.V., Abramova L.I. Neurobiological parameters in quantitative prediction of treatment outcome in schizophrenic patients // Journal of Integrative Neuroscience 2018. V. 17. No. 3. P. 221–228.
4. Johannesen J.K., O'Donnell B.F., Shekhar A., McGrew J.H., Hetrick W.P. Diagnostic specificity of neurophysiological endophenotypes in schizophrenia and bipolar disorder // Schizophrenia Bulletin 2013. V. 39. No. 6. P. 1219–1229.

УДК 612.822.3 + 612.825.54

*Славуцкая М.В.<sup>1,2</sup>, Лебедева И.С.<sup>2</sup>, Карелин С.А.<sup>1</sup>,  
Омельченко М.А.<sup>2</sup>*

## **ЭЭГ корреляты нарушения когнитивного контроля у больных с ультравысоким риском развития шизофрении**

<sup>1</sup>МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия;

<sup>1,2</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: mvslav@yandex.ru

**Актуальность.** Работа посвящена актуальной проблеме нейрофизиологии и психиатрии – исследованию мозговых механизмов произвольного контроля поведения, включающего когнитивные функции внимания, принятия решения и торможения, и их нарушений на ранних стадиях развития шизофрении.

Информативной моделью для изучения мозговых механизмов когнитивной регуляции являются саккадические движения глаз, которые непосредственно включены в процессы зрительного восприятия и внимания, и участвуют в выборе зрительной цели, определяющем адекватное поведение. Нарушения саккадических движений глаз и когнитивный дефицит сопровождают многие психические заболевания.

**Цель работы** – анализ пространственно-временной динамики усредненных потенциалов ЭЭГ как маркеров нарушения когнитивного контроля у больных с ультравысоким риском (УВР) развития шизофрении на различных этапах подготовки и торможения саккадического ответа.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 20 больных из группы УВР развития шизофрении и 18 здоровых испытуемых (все мужчины 18-20 лет с правой ведущей рукой). Использовали саккадическую парадигму «Go/No go», которая позволяет исследовать процессы внимания и произвольного торможения в соответствии с инструкцией. На темном экране монитора включали центральный фиксационный стимул (длительностью 900-1300 мс). Одновременно с его выключением в неопределенном порядке предъявляли периферические зрительные стимулы «Go» или «No go» (длительностью 150 мс) на расстоянии 7 град слева или справа от центрального фиксационного стимула. В течение обследования предъявляли от 250 до 400 стимулов. «Go» или «No go» стимулы предъявляли равновероятно, чтобы избежать формирования установки на совершение саккады или их торможение.

ЭЭГ регистрировали с 24 отведений головы по международной системе 10-10. Для выделения усредненных потенциалов ЭЭГ, связанных

с подготовкой саккады или ее торможением, использовали метод выборочного усреднения ЭЭГ. Планирование и управление экспериментом, сбор и анализ данных осуществляли средствами комплексной электрофизиологической лаборатории CONAN-m. Для статистического анализа данных использовали двухфакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с повторными измерениями, непараметрический двух выборочный критерий Вилкоксона (W) и Z-критерий согласия частот.

**Результаты и их обсуждение.** Выявлены различия в параметрах и топографии позитивных компонентов *P100*, *P200* и *P300* в зависимости от сигнального значения стимулов у здоровых испытуемых и у больных с УВР шизофрении.

У больных с УВР шизофрении показано увеличение амплитуды компонента *Go-P100* по сравнению со здоровыми испытуемыми ( $6.1 \pm 0.5$  и  $4.3 \pm 0.3$  мкВ, соответственно,  $p < 0.01$ ). Этот факт, возможно, отражает дополнительную активацию корковых зон саккадического контроля и внимания на ранней стадии сенсорной оценки стимула у больных с УВР шизофрении, и может иметь функцию «компенсации» на доманифестном этапе шизофрении. Это предположение подтверждается преобладанием фокусов компонента *Go-P100* у больных с УВР шизофрении во фронто-центральных районах коры, тогда как у здоровых испытуемых они преимущественно локализованы в теменно-затылочных зонах ( $Z = -2,6$ ;  $p < 0.01$ ).

У больных с УВР шизофрении показано ухудшение процессов произвольного торможения и внимания, что отражалось в увеличении числа ошибочных саккад на тормозный стимул (на 23 %) и отличиях параметров и топографии компонентов *No go-P100*, *No go-P200* и *No go-P300* по сравнению со здоровыми испытуемыми. При этом было выявлено включение тормозных процессов и подавление внимания на этапе анализа стимула, что отражается в снижении амплитуды компонента *No go-P100* у больных с УВР шизофрении на  $1.3 \pm 0.4$  мкВ ( $p < 0.01$ ) по сравнению со здоровыми испытуемыми.

У больных с УВР шизофрении установлено затруднение процесса когнитивной регуляции на этапе мониторинга и оценки результата деятельности, что проявлялось в увеличении латентности пика компонента *No go-P300* в группе больных по сравнению со здоровыми испытуемыми.

В то же время получены данные о частичной сохранности когнитивной функции принятия решения о торможении саккады у больных с УВР шизофрении, что отражается в отсутствии различий в параметрах компонента *No go-P200* в двух исследуемых группах. Как у здоровых испытуемых, так и у больных с УВР шизофрении компонент *No go-P200* может рассматриваться как маркер торможения в саккадической парадигме «Go/No go».

**Выводы.**

1. Полученные данные дают основание предполагать различные механизмы когнитивной регуляции при подготовке и торможении саккадических ответов у больных с УВР шизофрении и здоровых испытуемых, которые отражаются в параметрах и топографии пиков компонентов *P100*, *P200* и *P300* ВП, связанных с включение целевых стимулов, и определяются уровнем активации и пространственной организацией фронто-теменных сетей внимания, торможения и саккадического контроля.

2. Преобладание пиков исследуемых компонентов ВП во фронто-центральных областях коры у больных с УВР шизофрении может отражать процессы нейрокомпенсации нарушения когнитивных функций анализа стимулов, внимания и произвольного торможения, ассоциированные с дисфункцией префронтальной коры и снижением ее top-down влияний, на ранних этапах шизофрении.

УДК 612.822.3 + 612.825.54

*Славуцкая М.В.*<sup>1,2</sup>, *Лебедева И.С.*<sup>2</sup>, *Федотова А.А.*<sup>1</sup>,  
*Омельченко М.А.*<sup>2</sup>

**Нарушения прогностических процессов внимания  
и торможения у больных с первым эпизодом шизофрении.  
ЭЭГ исследование**

<sup>1</sup>*МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия;*

<sup>2</sup>*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: mvslav@yandex.ru*

**Актуальность.** Актуальной проблемой современной нейронауки является изучение механизмов прогностических процессов как компонентов адаптивного поведения, и их нарушений при шизофрении. Информативной моделью для изучения этой проблемы является саккадическая парадигма «Go/No go delay», включающая установочные когнитивные процессы в периоде ожидания стимула. Многие психические заболевания сопровождаются нарушением саккадических движений глаз [Benson et al., 2012].

**Цель работы.** Прогностические процессы внимания и торможения находят отражение в параметрах усредненных потенциалов ЭЭГ. Цель исследования – анализ параметров и топографии медленных усредненных потенциалов ЭЭГ на этапе ожидания стимула как возможных маркеров нарушения прогностических процессов у больных с первым эпизодом шизофрении.

**Материал и методы.** У 20 здоровых испытуемых и 20 больных с первым эпизодом шизофрении (мужчины 18–22 лет с правой ведущей рукой) регистрировали ЭЭГ монополярно с 24 отведений головы. Движения глаз регистрировали с помощью ЭОГ. Зрительные стимулы белого цвета (диаметр 0.2 угл. град.) предъявляли на темном экране монитора. Использовали саккадическую парадигму «Go/No go delay», включающую межстимульную паузу длительностью 2800–3200 мс. Предъявляли 3 типа стимулов: центральный фиксационный стимул (ЦФС – длительность 980–1000 мс), периферический сигнальный стимул (ПСС – 150 мс) и периферический целевой (ПЗС – 150 мс). ПСС включался сразу после выключения ЦФС на расстоянии 7 град слева или справа от ЦФС и указывал последующую локализацию ПЗС. После межстимульной паузы в случайном порядке (50 %) предъявляли пусковой (Go) или тормозный (No go) стимулы. Равновероятностное предъявление стимулов различного сигнального значения минимизировало возможность формирования у субъекта установки на производство саккады или ее торможение.

**Результаты и обсуждение.** Показано ухудшение исполнительного контроля, включающего процессы избирательного внимания и произвольного торможения, у больных с первым эпизодом шизофрении по сравнению со здоровыми испытуемыми. Это проявлялось в увеличении числа ошибочных саккад на тормозный стимул и увеличения латентного периода (ЛП) саккадического ответа у больных по сравнению со здоровыми испытуемыми (25 %±7 и 8 %±2,  $p<0,001$  и  $472\pm 28$  мс и  $442 \pm 19$  мс,  $p<0,001$ , соответственно).

Как у здоровых испытуемых, так и у больных в интервале 1000 мс до включения целевых стимулов был обнаружен комплекс медленных волн премоторной негативности (МПН) и позитивности (МПП) длительностью 250–400 мс, последовательно сменяющих друг друга. В обеих группах показана различная выраженность параметров и топографии медленных волн в зависимости от сигнального значения ПЗС, что позволяет предположить формирование установки к ответному действию или его торможению в предстимульном интервале межстимульной паузы в парадигме «Go/No go delay».

В Go условиях наблюдалось увеличение амплитуды волн МПП2 и МПН3 у больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми (на  $2.3\pm 0.9$  мкВ,  $p<0.05$  и на  $2.6\pm 0.7$  мкВ,  $p<0.01$ , соответственно). При этом пики волны МПП2 и МПН3 у здоровых испытуемых регистрировались во фронто-центральных отведениях, а у больных – в теменно-затылочных ( $Z=-2.3$  и  $Z=-3.5$ , соответственно,  $p<0,05$ ).

Эти волны развиваются последовательно в интервале 500- 0мс до включения ПЗС и соответствуют описанным ранее волнам промежуточной позитивности и поздней премоторной негативности [Славуцкая и др., 2008], что позволяют предположить отражение в волне МПП2 прогностические процессы принятия решения о двигательном ответе, а в волне МПН3 – опережающие процессы переработки зрительной цели, а также предварительную активацию заднетеменных зон саккадического контроля в предпусковой период, ассоциированную с процессами пространственного и моторного внимания.

В No go условиях установлены групповые различия в параметрах и топографии медленных волн МПН1 и МПП4, представленных на раннем и позднем этапе предстимульного интервала. Также показано увеличение амплитуды этих волн у больных с первым эпизодом шизофрении по сравнению со здоровыми испытуемыми (на  $2,1 \pm 0,8$  мкВ,  $p < 0,05$  и на  $1,7 \pm 0,8$  мкВ, соответственно ( $p < 0,05$ ). В зависимости от индивидуума пики волн МПН1 и МПП4 были локализованы в различных отведениях, при этом у здоровых испытуемых преимущественно во фронто-центральных ( $Z = -2,032$ ;  $p < 0,05$ ), а у больных доминирующая локализация пиков волны МПП4 в определенной области отсутствовала.

Полученные данные могут свидетельствовать об ухудшении прогностических процессов на ранних стадиях шизофрении, сопровождающиеся компенсаторной активацией коры в условии «фронтального дефицита».

### **Выводы**

1. Показано ухудшение исполнительного контроля у больных с первым эпизодом шизофрении по сравнению со здоровыми испытуемыми, что отражается в увеличении числа ошибок и величины ЛП саккадического ответа в парадигме «Go/No go delay»

2. Анализ амплитуды и топографии медленных волн премоторной позитивности и негативности в предстимульном интервале в парадигме «Go/No go delay» позволяет предположить ухудшение прогностических процессов внимания и торможения у больных с первым эпизодом шизофрении.

### **Список литературы**

1. *Benson Ph.J., Beedie S.A., Shephard E., Giegling I., Rujescu D., Clair D.* Simple viewing tests can detect eye movement abnormalities that distinguish schizophrenia cases from controls with exceptional accuracy. *Biol Psychiatry*. 2012. 72:716–724.

2. *Славуцкая М.В., Моисеева В.В., Шульговский В.В.* Внимание и движения глаз. Психофизиологические представления, нейрофизиологические модели и ЭЭГ-корреляты. *Журнал высш. нервн. деят.* 2008.58 (2): 133–152.

УДК: 616.89-02, 553.061.15, 577.334

<sup>1</sup>Соколова С.В., <sup>2</sup>Созарукова М.М., <sup>3</sup>Ханнанова А.Н.,  
<sup>1</sup>Проскурнина Е.В.

## **Свободнорадикальный профиль крови у больных шизофренией и болезнью Альцгеймера: опыт применения кинетической хемилюминесценции**

<sup>1</sup> *Факультет фундаментальной медицины Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия*

<sup>2</sup> *Институт общей и неорганической химии им. Н.С. Курнакова РАН, Москва, Россия*

<sup>3</sup> *Психиатрический стационар им. В.А. Гиляровского, филиал ПКБ №4 Департамента Здравоохранения города Москвы, Москва, Россия  
e-mail: Svetlana.sokolovaF@gmail.com*

**Актуальность.** Последние годы воспалительные процессы рассматриваются как звено патогенеза шизофрении [Sawa A., Sedlak T.W., 2016] в рамках взаимосвязи между психическими расстройствами и патологией иммунной системы. При этом к процессу хронического нейровоспаления с участием цитокинов [Muller N., 2018], может присоединяться и неспецифическое периферическое иммунное звено, представленное нейтрофилами, что подтверждается увеличением активности нейтрофильной эластазы при шизофренических психозах [Клюшник Т.П. и соавт., 2016]. В результате воспаления возникает системный дисбаланс свободных радикалов, приводя к патологическому протеканию биохимических процессов и повреждению клеточных структур нервной ткани [Flatow J. et al., 2013]. Свободнорадикальный гомеостаз подразумевает равновесие между антиоксидантными и прооксидантными процессами в клетках и тканях организма. Антиоксидантные свойства крови обеспечиваются плазменными белками [Созарукова М.М., Проскурнина Е.В., Владимиров Ю.А., 2016], а прооксидантные свойства крови во многом определяются радикал-продуцирующей активностью нейтрофилов. Определение состояния системного равновесия в биохимии свободных радикалов и изучение механизмов его нарушения у пациентов может дать новые сведения для понимания патогенеза шизофрении.

**Цель.** Оценить и сопоставить радикал-продуцирующую функцию нейтрофилов и антиоксидантный профиль плазмы крови у пациентов с параноидной шизофренией и болезнью Альцгеймера с учётом некоторых клинических данных.

**Материалы и методы.** Образцы плазмы крови получали у пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (длительность заболевания от 3 до

20 лет) и у пациентов с диагнозом болезнь Альцгеймера (контрольная группа), которые проходили лечение в связи с обострением заболевания в психиатрическом стационаре. Больным проводили терапию антипсихотическими препаратами в полном объеме. Радикал-продуцирующую функцию нейтрофилов и антиоксидантный профиль плазмы крови оценивали: у 40 (медиана возраста 34 года – от 21 до 65 лет) и 26 (медиана возраста 34 года – от 18 до 65 лет) пациентов с параноидной шизофренией соответственно; у 22 (медиана возраста 83 года – от 64 до 90 лет) и 15 (медиана возраста 82 года – от 64 до 88 лет) пациентов с болезнью Альцгеймера соответственно. На основе динамики клинических данных, пациенты разделены на две группы: ответившие и не ответившие на антипсихотическую терапию.

Радикал-продуцирующую функцию нейтрофилов изучали при помощи новой оригинальной методики люминол-активированной кинетической хемилюминесценции с двустадийной активацией, вначале праймирующим стимулом форбол-12-миристан-13-ацетатом (ФМА), затем N-формил-метионил-лейцил-фенилаланином (фМЛФ). Из полученной кривой хемилюминесценции рассчитывали удельные (деленные на число нейтрофилов) уровни спонтанной и стимулированной активности нейтрофилов  $A_{сп}^*$  и  $A_{фМЛФ}^*$  и коэффициент затухания  $K_d$ .

Измерение антиоксидантной активности плазмы крови производили методом люминол-активированной хемилюминесценции с использованием 2,2'-азобис(2-амидинопропан) дигидрохлорида (АБАП) в качестве источника радикалов. Определяли общую антиоксидантную емкость и антиоксидантную емкость, обусловленную действием белков.

Референтные интервалы для параметров антиоксидантного профиля плазмы крови и показателей радикал-продуцирующей функции нейтрофилов у практически здоровых доноров были определены ранее.

**Результаты и обсуждение.** Радикал-продуцирующий профиль нейтрофилов соответствовал возрастной норме в контрольной группе и был качественно изменён почти у трети больных шизофренией (наличие «медленной» вспышки, свидетельствующей об активации нейтрофилов) при количественных показателях в пределах нормы. Инкубация *in vitro* нейтрофилов крови с галоперидолом и хлорпромазином показала, что эти вещества сами по себе снижают ответ на рецепторный стимул фМЛФ и повышают отклик на праймирующий стимул ФМА по протеинкиназному пути.

Общая антиоксидантная ёмкость у не ответивших на терапию больных шизофренией и при болезни Альцгеймера соответствовала норме, но белковая составляющая была снижена. У ответивших на терапию больных с шизофренией были снижены оба параметра, что свидетельствовало о высоком уровне окислительного стресса.



Измерение антиоксидантных свойств препаратов выявило выраженные антиоксидантные свойства хлорпромазина и их отсутствие у галоперидола.

Достоверной взаимосвязи между длительностью заболевания, параметрами антиоксидантного профиля и качественными изменениями радикал-продуцирующего профиля нейтрофилов не прослеживается.

**Выводы.** Нейтрофильное звено иммунитета в ряде случаев вовлечено в патогенез шизофрении. Прослеживается связь между восприимчивостью больных шизофренией к антипсихотической терапии и уровнем окислительного стресса, с преобладанием нарушений в белковой антиоксидантной системе.

Работа поддержана грантом РФФИ №18-00-01511.

УДК 616.89

***Терешкина Е.Б.<sup>1</sup>, Бокша И.С.<sup>1</sup>, Прохорова Т.А.<sup>1</sup>, Савушкина О.К.<sup>1</sup>, Бурбаева Г.Ш.<sup>1</sup>, Морозова М.А.<sup>1</sup>, Мукаетова-Ладинска Е.Б.<sup>2</sup>***

### **Тромбоцитарный предшественник бета-амилоида (APP) при шизофрении**

<sup>1</sup>*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: neurochem06@mail.ru;*

<sup>2</sup>*Отдел Нейронаук, физиологии и поведения, Университет Лестера,  
Лестер, Великобритания*

**Актуальность.** Изучение метаболизма белка-предшественника бета-амилоида (APP) в основном связано с исследованием патогенеза болезни Альцгеймера (БА), эталонным признаком которой является усиленное – по сравнению с непатологическим старением – отложение в мозге амилоидных бляшек, основной компонент которых – бета-амилоидные пептиды (A $\beta$ ) [Hardy&Selkoe, 2002]. Именно пептидам A $\beta$  – продуктам расщепления APP – уделялось основное внимание при изучении патогенеза БА.

Поскольку когнитивный дефицит характерен для шизофрении и усугубляется с возрастом больных (в тяжелых случаях прогрессивного течения вплоть до деменции), проводились сравнительные исследования концентрационного профиля пептидов A $\beta$  в спинномозговой жидкости (СМЖ) больных шизофренией, больных БА и здоровых лиц. Было обнаружено достоверное изменение профиля пептидов A $\beta$ , снижение их общего количества в СМЖ пожилых больных шизофренией и показана достоверная корреляционная связь уровня A $\beta$  с когнитивным функционированием этих больных, оцененным по MMSE [Albertini et al., 2012]. Полученные данные

свидетельствуют об изменении метаболизма APP при шизофрении. Однако невропатологические исследования показывают, что, в отличие от БА, при шизофрении когнитивное снижение не связано с отложением бляшек A $\beta$  в мозге. Изучение процессинга APP показало, что в созревании полноразмерного трансмембранного белка APP участвуют  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -секретазы. Расщепление APP  $\alpha$ -,  $\beta$ - (ADAM или BACE) и  $\gamma$ -секретазами приводит к образованию фрагментов – производных APP: растворимых фрагментов APP $\alpha$  и APP $\beta$ , а также пептидов A $\beta$ , p3 и внутриклеточного C-концевого домена APP. От соотношения активности разных секретаз зависит скорость образования различных фрагментов APP, и в норме  $\alpha$ -расщепление преобладает над расщеплением по  $\beta$ -амилоидогенному пути. Также известно об участии растворимых фрагментов APP в регуляции – на уровне экспрессии генов – важнейших белковых каскадов, критичных для функционирования мозга, в том числе, когнитивных функций. Так, фрагмент APP $\alpha$  опосредует множество нейротрофических и нейропротективных процессов и считается, что именно этот фрагмент отвечает за основные функции APP. Функции фрагмента APP $\beta$  иные и еще мало изучены: предполагается, что он участвует в апоптозе и регуляции экспрессии генов транстиретина и клото.

Известно, что в тромбоцитах крови присутствуют все формы APP, обнаруженные в организме человека, и процессинг APP в тромбоцитах может происходить как по амилоидогенному, так и неамилоидогенному пути. APP и его фрагменты в тромбоцитах заключены в альфа-гранулы. Показано, что соотношение форм APP в тромбоцитах при БА изменяется.

**Цель исследования** – впервые провести сравнение концентрации различных форм APP в тромбоцитах крови больных шизофренией и в контрольной группе.

**Материал и методы.** Контрольную группу составили 15 мужчин 20–36 лет. Группу больных шизофренией составили 14 мужчин 19–35 лет, госпитализированных с приступом параноидной шизофрении (DSM-IV 295.30). Группы контроля и больных были уравнены по возрасту (достоверно не различались по U-критерию Манна-Уитни).

Перед началом курса антипсихотической терапии проводили психопатологические оценки больных по PANSS и забирали образцы венозной крови, из которой выделяли тромбоциты, готовили из них белковые экстракты и определяли в них концентрации форм APP методом ECL-иммуноблоттинга. Для этого проводили электрофорез, перенос белков на нитроцеллюлозную мембрану, обработку кроличьими поликлональными антителами к N-концевой последовательности APP, Sigma A8967 в разведении 1:5000, затем инкубировали с конъюгатом вторичных антител к IgG кролика с пероксидазой хрена (Sigma, USA) в разведении 1:12000, с последующим

хемиллюминесцентным усилением сигнала (ECL-вестерн-блоттинг), экспонированием фотопленок и анализом изображений на системе Kodak Image Station 2000 в соответствии с методами, описанными ранее [Boksha et al., 2018]. После анализа изображений для количественной оценки APP измеряли интенсивность засветки зон, соответствующих ~130 кДа (APP зона 1), 110 кДа (APP зона 2) и 100 кДа (APP зона 3), а также рассчитывали отношение APP<sub>T</sub> = зона 1 / (зона 2+зона 3).

**Результаты.** В группе больных шизофренией интенсивность зоны 1 APP и показатель APP<sub>T</sub> оказались достоверно сниженными по сравнению с группой контроля:  $p=0,0001$  и  $p=0,00003$ , соответственно. У больных наблюдались достоверные обратные корреляции зоны 1, зоны 2 и APP<sub>T</sub> с возрастом:  $R= -0.68$ ,  $p=0.007$ ,  $R= -0.77$   $p=0.001$ ,  $R= -0.55$ ,  $p=0.04$ , соответственно, но этих связей не было в группе контроля. В группе больных наблюдались достоверные положительные корреляции между собой зоны 1 и зоны 2, зоны 1 и APP<sub>T</sub> ( $R=0,6$ ,  $p=0,01$ ,  $R=0.75$ ,  $p=0.002$ ), и отрицательная корреляция зоны 3 и APP<sub>T</sub> ( $R=-0,5$ ,  $p=0,04$ ), причем если первые две связи прослеживались и в группе контроля ( $R=0,7$ ,  $p=0,002$ ,  $R=0,6$ ,  $p=0,009$ ), то связь между зоной 3 and APP<sub>T</sub> в группе контроля отсутствовала. Общее количество форм APP (сумма интенсивностей зон 1, 2 и 3) достоверно не различалось в группах больных и контроля. Обнаружена отрицательная корреляция APP<sub>T</sub> с баллами по «подшкале» PANSS общей психопатологии:  $R= -0,57$ ,  $p=0,035$ , которая означает, что чем большее снижение у пациента APP<sub>T</sub> (относительно контроля), тем сильнее у него выражены психопатологические симптомы.

**Выводы.** Поскольку общее количество форм APP достоверно не различалось в исследованных группах, мы предполагаем, что снижение количества отдельных форм APP и изменение их соотношения в группе больных не обусловлено снижением количества альфа-гранул в тромбоцитах больных или выбросом содержимого альфа-гранул из тромбоцитов в результате их активации. Возможно, наблюдаемые феномены являются следствием того, что при шизофрении изменяются соотношения активности различных секретаз, расщепляющих полноразмерный APP в альфа-гранулах тромбоцитов.

#### **Список литературы**

1. Hardy J., and Selkoe D. J. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics. *Science* 2002, 297, 353–356.
2. Albertini V., Benussi L., Paterlini A., Glionna M., Prestia A., Bocchio Chiavetto L., Amicucci G., Galluzzi S., Adorni A., Geroldi C., Binetti G., Frisoni G.B., Ghidoni R. Distinct cerebrospinal fluid amyloid  $\beta$  peptide signatures in cognitive decline associated with Alzheimer's disease and

schizophrenia. Electrophoresis 2012 V33, N24 Special Issue: Neuroproteomics: Deciphering Brain Dynamics P. 3738-3744 <https://doi.org/10.1002/elps.201200307>

3. Boksha I.S., Savushkina O.K., Tereshkina E.B., Prokhorova T.A., Mukaetova-Ladinska E.B. Enzymes of Glutamate System. In: Biochemical Approaches for Glutamatergic Neurotransmission. Parrot S., Denoroy L. (Eds.) 2018 P.469-506. <https://www.springer.com/la/book/9781493972272>

УДК: 616.89

**Тумова М.А., <sup>1</sup>Иванов М.В., <sup>2</sup>Шошина И.И., <sup>1</sup>Малкова Е.Е.,  
<sup>3</sup>Любомирская Д.В.**

### **Взаимосвязь нарушений когнитивных функций и процессов обработки зрительной информации у больных шизофренией**

<sup>1</sup>*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, РФ.*

<sup>2</sup>*Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, Санкт-Петербург, РФ.*

<sup>3</sup>*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, РФ*

**Актуальность.** Дезинтеграция сложных форм чувствительности, которая с течением заболевания приводит к структурным нарушениям мышления и познавательных функций, является одним из основных симптомов шизофрении [Вовин Р., 1991]. Споры о патогенезе этих нарушений ведутся на протяжении многих лет. Возможно, нарушения сенсорной обработки лежат в основе когнитивного дефицита при шизофрении. Последние исследования подтверждают взаимосвязь нарушений обработки зрительной информации на ранних этапах с когнитивной дисфункцией [Shoshina et al., 2014].

С позиций теории пространственно-частотной фильтрации изображений [Глезер и др., 1973] зрительная система представлена магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной подсистемами, которые формируют дорсальный и вентральный потоки информации из каудальных во фронтальные отделы головного мозга. Магноцеллюлярные каналы играют ведущую роль в обработке информации о глобальной организации стимула, в процессах «предвнимания» и анализе движения. А парвоцеллюлярные каналы участвуют в процессах выделения отдельных объектов и деталей объектов, то есть локального анализа зрительного поля [Croner, Kaplan, 1995]. Предполагается, что когнитивные нарушения, наблюдаемые у пациентов с шизофренией, могут быть связаны с дефицитом в работе магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной нейронных сетей.

**Цель.** В нашей работе мы изучали взаимосвязь нарушений когнитивных функций и процессов ранней обработки зрительной информации у больных с параноидной шизофренией.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 37 стационарных больных с параноидной формой шизофрении, на стадии становления ремиссии, отсутствием сопутствующих заболеваний и черепно-мозговой травмы в анамнезе. Средний возраст больных составил  $33.3 \pm 9.3$  лет, Соотношение мужчин и женщин соответствовало 2.5:1. Все пациенты получали антипсихотическую терапию в разных дозах.

Острота зрения всех испытуемых была нормальной или скорректированной до нормы.

Условия проведения исследований соответствовали Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации. Все испытуемые до включения в исследование подписали информированное согласие. Перед этим они были ознакомлены с целями и методами исследования. Оценку клинических симптомов проводили с использованием шкалы PANSS во время психиатрического интервью, нейропсихологическое исследование проводили с использованием методов теста вербальной ассоциации, комплексной фигуры, теста слуховой памяти, теста внимания, шкалой BACS. Средний балл по шкале PANSS был равен  $63 \pm 14,5$ .

С помощью компьютерной визоконтрастометрии определяли пространственно-частотную характеристику зрительной системы в двух задачах – обнаружения и сравнения. В задаче обнаружения контраста решеток Габора с пространственными частотами 0.4, 3.6 и 17.8 циклов/градус. Изображения выводили на экран монитора 17' Samsung Samtron 76E (яркость –  $80 \text{cd/m}^2$ , разрешение – 640/480 пикселей, кадровая частота – 85 Гц) после его гамма-коррекции. Задача испытуемого состояла в том, чтобы реагировать на момент появления и исчезновения решетки. В задаче сравнения на экран выводили по два изображения решеток Габора с пространственной частотой 0.4; 3.6 и 18.2 цикл/град на сером фоне в двух окнах  $317 \times 317$  мм, расстояние между окнами – 10 мм. Пространственная частота каждой пары сравниваемых изображений решеток Габора была одинаковой. Решетка, расположенная справа, всегда была референтной (эталонной), вторая решетка, расположенная на экране слева, была тестовой. Контраст референтной решетки был постоянным и составлял 0.5. Контраст тестовой решетки был разным в диапазоне от 0 до 1. Задача испытуемого состояла в том, чтобы уравнивать контраст тестовой решетки с контрастом референтной решетки. Количество предъявлений элементов Габора каждой частоты равнялось 8. Расстояние от испытуемого до монитора составляло 4 м. Измерения проводили в затемненном помещении, где источником освещения был только

экран монитора. Наблюдение осуществляли бинокулярно. Для фиксации положения головы испытуемого использовали стандартную лобно-подбородную подставку.

Для обработки полученных данных использовали методы статистического анализа: критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования установлено, что объем кратковременной памяти и моторные навыки находятся в прямой корреляции с контрастной чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот, к которым специфична магноцеллюлярная система. Устойчивость запоминания и концентрация внимания связаны с функциональным состоянием парвоцеллюлярной системы, восприимчивой к высоким пространственным частотам. Недостаточность когнитивного контроля коррелировала с чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот, которые обрабатываются магноцеллюлярной системой, обеспечивающей периферическое зрение и распределение внимания. Показано, что, чем выше активность магноцеллюлярной системы, тем более выраженными являются нарушения когнитивного контроля и избирательности внимания.

Обнаружена тенденция к снижению контрастной чувствительности в диапазоне низких частот по мере увеличения баллов по шкале негативных синдромов PANSS, что также коррелирует с недостаточностью когнитивных функций.

**Выводы.** Полученные результаты подчеркивают важность изучения дефицита сенсорной обработки, в дополнение к исследованию особенностей когнитивных дисфункций при шизофрении. Понимание природы дефицита сенсорной обработки может дать представление о патогенетических механизмах шизофрении, привести к новым путям лечения, включая сенсорную реабилитацию.

#### **Список литературы**

1. Вовин Р.Я. Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение). // Сборник научных трудов, том 130. – изд. Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева –1991. – 171 с.
2. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Новикова К.О. Исследование остроты зрения в условиях помехи у психически здоровых и больных шизофренией // Офтальмологический журнал (Украина). – 2014б. – № 4. – С. 71–79.
3. Глезер В.Д., Иванова В.А., Щербач Т.А. Исследование рецептивных полей нейронов зрительной коры кошки как фильтров пространственных частот // Физиол. журн. СССР. – 1973. – Т. 59. – № 2. – С. 206–214.
4. Corner L.J., Kaplan E. Receptive fields of P and M ganglion cells across the primate retina // Vision Res. – 1995. –Vol. 11. – P. 397 – 408.

УДК 16.89; 616.895.8; 616.8-091.8

**Уранова Н.А., Вихрева О.В., Востриков В.М., Коломеец Н.С., Орловская Д.Д.**

## **Роль активации микроглии в патологии белого вещества при шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: uranovan@mail.ru*

**Актуальность.** Нейровизуализационные и постмортальные исследования показали нарушения белого вещества в мозге при шизофрении, связанные с изменениями олигодендроглии, миелина и приводящие к дисфункции синаптических связей. Изменения фракционной анизотропии в миелинизированных трактах белого вещества, связывающих префронтальную кору с гиппокампом и стриатумом, найденные при шизофрении в нейровизуализационных исследованиях, отражают нарушение целостности белого вещества мозга. Однако биологические механизмы этих изменений остаются неизвестными. В последние годы активно разрабатывается гипотеза о роли нейровоспаления, связанного с активацией микроглии, в структурных изменениях мозга при шизофрении. В белом веществе префронтальной коры, в гиппокампе и хвостатом ядре при шизофрении найдены выраженные дистрофические и деструктивные изменения олигодендроцитов и миелиновых волокон [Vostrikov V. M. et al., 2004; Uranova N.A. et al, 2011; Vikhreva O.V. et al., 2016]. В белом веществе префронтальной коры показаны повышение продукции провоспалительных цитокинов (IL-6, IL-8, IL-1 $\beta$ ), численной плотности микроглии и ее активация [Fillman S.G. et al., 2013]. Микроглиальная активация сопровождается появлением амeboидных форм, повышением размеров и численной плотности этих клеток. Остается неизвестным участие микроглии в патологии олигодендроцитов и миелиновых волокон при шизофрении.

**Цель.** Провести качественное и морфометрическое ультраструктурное исследование микроглиальных клеток, контактирующих с олигодендроцитами и миелиновыми волокнами, при шизофрении и в контроле для установления возможной связи выявленных ранее нарушений миелиновых волокон с активацией микроглии при шизофрении.

**Материал и методы.** Исследовано белое вещество префронтальной коры (поле 10 по Бродману), гиппокамп и хвостатое ядро в 25 случаях шизофрении и 25 контрольных случаях без психической патологии. Исследование проведено методом трансмиссионной электронной микроскопии и морфометрии для оценки численной плотности микроглиальных клеток и площади их ядер и цитоплазмы как показателей активности. Корреляционный

анализ применяли для установления связи между площадью микроглиальных клеток и численной плотностью и частотой патологических миелиновых волокон в группе шизофрении и в контрольной группе.

**Результаты и обсуждение.** Качественное исследование микроглии, контактирующей с олигодендроцитами и миелиновыми волокнами, показало наличие часто встречаемых амебoidных форм микроглии с инвагинациями их ядер, вакуолизацию цитоплазмы и признаки фагоцитарной активности (наличие остатков разрушенных мембран миелиновых волокон в цитоплазме) при шизофрении по сравнению с контролем. Морфометрическое исследование белого вещества префронтальной коры выявило повышение площади ядра (+35 %), цитоплазмы (+34 %) и всей микроглиальной клетки (+36) при шизофрении по сравнению с контролем, в подгруппе шизофрении старше 45 лет по сравнению с такой же возрастной контрольной подгруппой и с подгруппой больных <45 лет ( $p < 0.05$ ). Площади ядра и цитоплазмы микроглиальных клеток коррелировали с возрастом при шизофрении ( $r = 0.65$ ,  $p < 0.01$ ,  $r = 0.54$ ,  $p < 0.05$ ) в отличие от контрольной группы ( $r = -0.3$ ,  $p = 0.3$  и  $r = -0.1$ ,  $p = 0.9$ ). Площадь цитоплазмы коррелировала с численной плотностью и частотой дегенерирующих миелиновых волокон только в группе шизофрении ( $r = 0.83$ ,  $p = 0.001$  и  $r = 0.63$ ,  $p < 0.05$  соответственно). Численная плотность дегенерирующих миелиновых волокон коррелировала с длительностью болезни ( $r = 0.7$ ,  $p < 0.05$ ). Не найдено изменений численной плотности микроглии при шизофрении. Площадь микроглиальных клеток и патология миелиновых волокон не коррелировали с постмортальным интервалом, полом и нейролептической терапией, оцениваемой по хлорпромазиновому эквиваленту. Типы повреждений миелиновых волокон и повышение размеров микроглиальных клеток при шизофрении были сходными в белом веществе префронтальной коры, гиппокампе и хвостатом ядре. Характер патологии миелиновых волокон, связанной с повышением размеров микроглии при шизофрении, сходен с типами повреждений миелиновых волокон и активацией системы комплемента при экспериментальном аутоиммунном энцефаломиелите [Romanelli E. et al., 2016].

**Выводы.** Микроглия может участвовать в патологии олигодендроцитов и миелина и ее прогрессировании при шизофрении.

#### Список литературы

1. Востриков В.М. с соавт. Журн. неврологии и психиатр.им. С.С. Корсакова 2004; 104(1): 47–51.
2. Uranova N. A. et al. Schizophr. Res. Treatment. 2011; 2011:325789.
3. Vikhreva O.V. et al. Schizophr. Res. 2016; 177(1–3): 28–36.
4. Fillman S.G. Mol. Psychiatry 2013, 18 (2): 206–214.
5. Romanelli E. et al. Nat. Commun. 2016; 7: 13275.



УДК 616.896;616-71

**Черемных Е.Г., Фактор М.И., Иванов П.А., Карпова Н.С.,  
Позднякова А.Н., Симашикова Н.В., Бруссов О.С.**

## **Новый метод определения функциональной активности системы комплемента и его апробация**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
\*e-mail: elcher10@yandex.ru

**Введение.** Система комплемента (СК) является одним из первых уровней защиты внутренней среды организма от внешних угроз. Такое представление о роли СК было стандартным до последних десятилетий. Сегодня СК определяется как центральный регулятор иммунных реакций, участвующих в физиологических процессах, и как один из самых главных компонентов при воспалении. Практически все психические заболевания сопровождаются системным воспалением, которое может усиливать тяжесть этих психопатологий. В связи с этим интегральная активность СК является одним из значимых маркеров тяжести заболевания и может служить мишенью терапевтического воздействия.

Существующие методы определения интегральной активности СК не позволяют быстро и эффективно получать объективную оценку функциональной активности СК из-за реактивного лизиса эритроцитов.

Поэтому нами был разработан метод и прибор для этой оценки, а также создана и апробирована методика для оценки функциональной активности СК у больных с психическими патологиями [Черемных Е.Г. и соавт., 2015].

**Объекты и методы.** Для апробации метода исследовали сыворотку капиллярной крови двух групп больных детей с расстройствами аутистического спектра:

– первая группа – 249 больных детей с РАС и детской шизофренией от 3 до 14 лет и контрольная группа – 279 психически здоровых детей того же возраста;

– вторая группа – 64 больных детей, контрольная группа включала 28 здоровых детей.

А также исследована сыворотка крови 3 детей из одной семьи с синдромом Мартина-Белла.

Эти исследования стали возможны при использовании разработанного нами нового метода оценки функциональной активности комплемента. Метод основан на оценке количества подвижных инфузорий *Tetrahymena pyriformis* (тест-организмов), компоненты мембраны которых запускают

каскадный процесс СК [пат.ЕАПО № 0229355,2018]. При активации СК на мембране клеток простейших образуются мембранно-атакующие комплексы (конечный продукт активации), представляющие собой белковые поры, которые приводят к изменению осмотического давления в клетках и, затем, к их гибели.

Подсчет клеток осуществляли с помощью созданного нами прибора Биолат, производительность которого – 3 пробы за 120 мин, при этом себестоимость анализа 3х проб сыворотки – не превышает 100 рублей. Прибор работает под управлением компьютерной программы, которая осуществляет распознавание и подсчет живых подвижных клеток инфузорий, останавливающих свое движение и затем лизирующихся под действием системы комплемента. Оценкой активности СК служит время гибели 50 % клеток (параметр T50 мин).

Методика оценки позволяет исследовать сыворотку крови как свежую, так и после размораживания и включает введение сыворотки, тест-организмов и буферного раствора в лунки планшета прибора, включение подсчета клеток в циклическом режиме и сохранение результатов подсчета в файле формата Excel. Время T50 для концентраций сыворотки 5, 2,5, 1,25, 0,625 % вычисляется автоматически с помощью авторского программного обеспечения (ПО) Autociliata.

**Результаты и обсуждение.** Было показано, что при концентрации сыворотки в буфере 5 % позволил выявить статистически значимое снижение функциональной активности СК у 112 (39 %) пациентов с диагнозом психотический аутизм (F84.02 по МКБ-10) по сравнению с контрольной группой (7,6–8,9 мин). При этом, значения T50 были больше  $\pm 95$  % доверительного интервала (ДИ) для значений контрольной группы. У 103 (36 %) детей с РАС активность СК выше нормы и у 72 (25 %) – между нижними и высшими уровнями  $\pm 95$  % ДИ для контрольной группы.

В результате исследования второй группы больных РАС было установлено, что у 43 из 64 больных при концентрации сыворотки 0,625 % в буферном растворе параметр T50 увеличен и, соответственно, снижена активность СК. В группе здоровых только у 5 из 28 человек эти параметры отличаются от значений нормы. При таком разведении сыворотки чувствительность теста самая высокая и позволяет выявить отклонения в СК. Известно, что около 40 % детей с аутизмом имеют генетически обусловленное снижение экспрессии компонента C4b [Warren RP et al., 1996], который приводит к снижению общей каскадной протеолитической системы комплемента. Поэтому для детального выявления причин нарушения состояния СК необходимо изучение экспрессии этих белков комплемента и исследования их в крови. Этот тезис подтверждается сниженной активностью СК: при концентрации сыворотки

5 % у 3-х детей из одной семьи синдромом Мартина-Белла, у мальчика 8 лет T50 = 19,5 мин, у его 5-летнего брата – 38,8 мин, у 3-его ребенка – 33 мин (при норме T50 = 7,6–8,9 мин).

Увеличенная активность СК может быть следствием хронического воспалительного процесса, интенсивность которого усиливается продуктами двух каскадов СК – C3a и C5a [Strainic MG et al., 2008].

Кроме того, причинами изменения интегральной активности СК может быть и нарушение соотношений концентраций ингибиторов и активаторов СК.

Сложнейшая система комплемента имеет многочисленные связи с гемостазом, компонентами врожденного и приобретенного иммунитета [М.М. Markiewski et al., 2007]. Поэтому для выявления причин дисбаланса СК дальнейшее исследование должно включать оценку вклада взаимодействия всех участников развития патологических процессов – системы гемостаза, про- и противовоспалительных цитокинов, а также белков острой фазы.

**Выводы.** Новый метод оценки интегральной активности системы комплемента по реакции гибели *Tetrahymena pyriformis* с помощью прибора БиоЛаТ позволяет быстро и эффективно (3 пробы за 120 мин) получать общую оценку активности СК.

Изменения интегральной активности СК у детей с РАС могут быть генетически обусловлены или являться следствием нарушений в системе иммунитета.

Детализированное изучение причин таких нарушений возможно при комплексной оценке генотипа, иммунной системы и взаимодействий ее компонентов. И только тогда будет возможность выявления новых мишеней для терапевтического лечения психопатологий.

УДК575:616-053.2

**Шмарина Г.В.<sup>1,3</sup>, Симашикова Н.В.<sup>2</sup>, Чудакова Ю.М.<sup>1</sup>,  
Мартынов А.В.<sup>1</sup>, Пухальская Д.А.<sup>1</sup>, Долгих О.А.<sup>1</sup>, Ершова Е.С.<sup>1,4</sup>,  
Никитина С.Г.<sup>2</sup>, Пороховник Л.Н.<sup>1,4</sup>, Вейко Н.Н.<sup>1</sup>, Костюк С.В.<sup>1,4</sup>**  
**Признаки системного воспаления у пациентов с расстройством  
аутистического спектра**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Медико-генетический научный центр», г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт общей реаниматологии  
им. В.А.Неговского, Федерального научно-клинического центра  
реаниматологии и реабилитологии, г. Москва;

<sup>4</sup>ФБУН «Московский научно-исследовательский институт  
эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского»  
Роспотребнадзора, г. Москва

При расстройствах аутистического спектра (РАС) неспецифические кататонические нарушения, регресс навыков, и выраженность стереотипного поведения часто положительно коррелируют с уровнем маркеров воспаления. Провоспалительные медиаторы и иммунные комплексы могут преодолевать гематоэнцефалический барьер и стимулировать нейровоспалительную реакцию.

Цель данной работы состояла в исследовании концентрации провоспалительных цитокинов в образцах плазмы крови, а также транскрипционной активности генов нуклеарного фактора NF-κB и цитокинов IL-1β, IL-8 and TNFα в мононуклеарах периферической крови (МНК) у пациентов с РАС и у здорового контроля.

В исследовании принимали участие 64 пациента с РАС (4–12 лет, 50 мальчиков) и 27 здоровых детей. Уровень цитокинов определяли методом иммуноферментного анализа. Транскрипционную активность генов NF-κB и провоспалительных цитокинов в МНК исследовали методом ПЦР в реальном времени.

По сравнению с группой контроля пациенты с РАС демонстрировали выраженное повышение концентраций IL-1β, IL-8, and IL-17A в образцах плазмы крови (все  $p < 0.01$ ). Следует отметить, что уровень TNFα в группе здорового контроля был ниже границы чувствительности метода, в то время как в образцах плазмы пациентов с РАС удалось выявить низкие или умеренные концентрации данного цитокина. Сходным образом, уровень транскрипционной активности генов фактора NF-κB и цитокинов IL-1β, IL-8 и TNFα был существенно повышен в группе пациентов с РАС. Так, по сравнению со здоровым контролем у пациентов с РАС экспрессия IL-1β

и IL-8 повышалась в 1.7-2.4 раза (оба  $p < 0.01$ ), а уровень экспрессии TNF $\alpha$  and NF- $\kappa$ B – в 2-4 раза (оба  $p < 0.01$ ).

Таким образом, высокая транскрипционная активность генов нуклеарного фактора NF- $\kappa$ B и цитокинов IL-1 $\beta$ , IL-8, TNF $\alpha$  в МНК пациентов с РАС, а также повышенный уровень провоспалительных цитокинов в их кровотоке свидетельствуют о развитии системного воспалительного процесса, который может оказывать негативное влияние на течение заболевания.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 17-04-01587 А, № 17-29-06017 офи\_м и в рамках государственного задания Минобрнауки России.

УДК: 575:616-053.2

***Юров И.Ю.<sup>1,2,3</sup>, Ворсанова С.Г.<sup>1,2</sup>, Зеленова М.А.<sup>1,2</sup>,  
Куринная О.С.<sup>1,2</sup>, Васин К.С.<sup>1,2</sup>, Юров Ю.Б.<sup>1,2</sup>***

### **Определение молекулярных и клеточных процессов-кандидатов психических заболеваний**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия  
*e-mail: ivan.iourov@gmail.com*

**Актуальность.** В настоящее время имеются разнообразные биоинформатические методы интерпретации геномных вариаций, используемых для идентификации их функциональных последствий, в том числе и при психической патологии. Тем не менее, подавляющее меньшинство соответствующих технологий ориентировано на определение процессов-кандидатов психических заболеваний, а также на анализ крупных геномных/хромосомных перестроек [Iourov et al., 2014; Yurov et al., 2017]. Принимая во внимание высокую распространенность хромосомных аномалий при нарушениях психики и перспективность определения процессов-кандидатов психических заболеваний для разработки научно обоснованных тактик лечения, существует крайняя необходимость в наличии подобной методологии.

**Цель.** Целью настоящей работы явилась разработка методологии оценки последствий геномных вариаций на молекулярном и клеточном уровнях для определения процессов-кандидатов психических заболеваний.

**Материалы и методы.** Данные молекулярного кариотипирования (полногеномного анализа вариаций числа копий последовательностей ДНК) 200 детей с умственной отсталостью и расстройствами аутистического спектра исследовались в контексте их функционального последствия. *In silico* анализ был проведен на эпигеномном (биоинформатический анализ тканеспецифических вариаций экспрессии генов), протеомном (биоинформатический анализ межбелковых взаимодействий или интерактома) и метаболомном уровнях. Все данные, полученные *in silico*, подвергались процедуре «сложения данных» (data fusion). На основе анализа функциональных последствий геномных вариаций выделялись процессы-кандидаты психической патологии [Iourov et al., 2014; Vorsanova et al., 2017; Yurov et al., 2017].

**Результаты и их обсуждение.** В ходе апробирования предлагаемой методологии оценки последствий геномных вариаций было показано, что в 84 % случаев (168 пациентов) было возможно предложить механизм и выделить процессы-кандидаты нарушения психики.

**Выводы.** Предлагаемая методология оценки последствий геномных вариаций на молекулярном и клеточном уровнях для определения процессов-кандидатов психических заболеваний позволяет впервые применять биоинформатические технологии для анализа хромосомных аномалий. Учитывая тот факт, что на сегодняшний день хромосомные аномалии являются наиболее частой генетической причиной нарушения психики [Iourov et al., 2019], наличие подобной методологии можно расценивать, как важный этап в создании теоретической и практической базы для определения молекулярных механизмов психических заболеваний с целью разработки научно обоснованных тактик лечения. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ и СИТМА в рамках научного проекта № 18-515-34005.

### Список литературы

1. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. *In silico* molecular cytogenetics: a bioinformatic approach to prioritization of candidate genes and copy number variations for basic and clinical genome research. // *Molecular Cytogenetics*. – 2014. – 7(1):98. – 11 p.
2. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Pathway-based classification of genetic diseases. // *Molecular Cytogenetics*. – 2019. – 12:4. – 5p.
3. Vorsanova S.G., Yurov Y.B., Iourov I.Y. Neurogenomic pathway of autism spectrum disorders: linking germline and somatic mutations to genetic-environmental interactions. // *Current Bioinformatics*. – 2017. – Vol. 12. N. 1. – P. 19–26.
4. Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y. Network-based classification of molecular cytogenetic data. // *Current Bioinformatics*. – 2017. – Vol. 12. N. 1. – P. 27–33.

УДК: 575:616-053.2

**Юров Ю.Б.<sup>1,2</sup>, Ворсанова С.Г.<sup>1,2</sup>, Юров И.Ю.<sup>1,2,3</sup>**

## **Цитогеномика психических болезней**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Обособленное структурное подразделение «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика Ю.Е. Вельтищева»

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия  
e-mail: ivan.iourov@gmail.com

**Актуальность.** С развитием пост-геномных технологий появилась возможность высокоразрешающего анализа генетических изменений на молекулярном и клеточном уровне и оценки их функциональных последствий для идентификации биологических механизмов психических болезней. Одним из результатов использования подобных технологий явилось возникновение такой области биомедицины, как цитогеномика, которая сочетает в себе теоритические и практические аспекты цитогенетики и геномики, ставя своей целью изучение хромосомных вариаций в контексте генома [Iourov et al., 2008].

**Цель.** Оценить потенциал цитогеномики в контексте изучением молекулярных и клеточных механизмов нарушения функционирования центральной нервной системы при психических заболеваниях.

**Материалы и методы.** За последние десять лет в наших лабораториях была проведена серия молекулярно-цитогенетических исследований образцов головного мозга при различных психических заболеваниях (шизофрения, аутизм, болезнь Альцгеймера, умственная отсталость) с использованием оригинальных молекулярных и биоинформатических технологий [Yurov et al., 2008; Iourov et al., 2009, 2013]. Суммируя полученные данные, можно сделать обоснованный вывод относительно потенциала цитогеномики в контексте идентификации биологических механизмов нарушения функционирования центральной нервной системы при психических болезнях.

**Результаты и их обсуждение.** Проведенные исследования показали, что геномная и хромосомная нестабильность, а также низкопроцентный мозаицизм (наличие генетических изменений не во всех клетках исследуемой ткани) в различных областях головного мозга является биологическим механизмом (элементом патогенетического каскада) психической болезней

(шизофрения, аутизм, болезнь Альцгеймера). Более того, этот блок исследований позволил создать новое направление в современной биомедицине – молекулярная нейрцитогенетика, которое обозначает изучение межклеточной вариабельности генома в клетках головного мозга [Yurov et al., 2018]. Цитогеномный анализ при психических заболеваниях также продемонстрировал наличие взаимодействий генетических изменений с воздействиями окружающей среды, которые могут быть также механизмом нарушения психики [Iourov et al., 2013]. Таким образом, было показано, что имеется возможность терапевтических вмешательств в генетически обусловленных случаях психических болезней.

**Выводы.** Цитогеномика и молекулярная нейрцитогенетика представляют собой крайне перспективные направления современной биомедицины, в рамках которых проводятся исследования, позволяющие определять биологические механизмы психических заболеваний с последующей разработкой тактики научно обоснованных терапевтических вмешательств. Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ и СИТМА в рамках научного проекта № 18-515-34005.

#### **Список литературы**

1. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Molecular cytogenetics and cytogenomics of brain diseases. // *Current Genomics*. – 2008. – Vol. 9. N.7. – P. 452-465.
2. Yurov Y.B., Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Demidova I.A., Kravetz V.S., Beresheva A.K., Kolotii A.D., Monakchov V.V., Uranova N.A., Vostrikov V.M., Soloviev I.V., Liehr T. The schizophrenia brain exhibits low-level aneuploidy involving chromosome 1. // *Schizophrenia Research*. – 2008. – Vol. 98. Iss. 1–3. – P. 137–147.
3. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Liehr T., Yurov Y.B. Aneuploidy in the normal, Alzheimer’s disease and ataxia-telangiectasia brain: differential expression and pathological meaning. // *Neurobiology of Disease*. – 2009. – Vol. 34. N. 2. – P. 212–220.
4. Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Somatic cell genomics of brain disorders: a new opportunity to clarify genetic-environmental interactions. // *Cytogenetic and Genome Research*. – 2013. – Vol. 139. N. 3. – P. 181–188.
5. Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y. Human molecular neurocytogenetics. // *Current Genetic Medicine Reports*. – 2018 – Vol.6., Iss. 4, N. 23. – P. 155–164.



## Раздел VI. СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

УДК 616.89+613.96

*Абрамов А.В., Гордеева Е.А., Иоаннисянц О.М.*

### **Патоморфоз клинической картины у пациентов с расстройствами пищевого поведения в свете влияния современных информационных технологий**

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей  
и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва  
e-mail: pun4er@gmail.com*

**Актуальность исследования.** Психическая патология подросткового периода никогда не теряла своей актуальности, но нынешнее время, уникальное по ряду социальных аспектов и существующих вызовов, требует динамического подхода и быстрого принятия решений по выявлению и профилактике опасных для жизни психических отклонений в подростковой среде. Ярким примером тому послужили т.н. группы смерти в соц. сетях, приведшие к случаям завершённых суицидов среди подростков. Исследователи советского периода [А.Е. Личко, М.В. Коркина] отмечали взаимосвязь подростковой дисморфобии с суицидальными проявлениями, подчёркивая опасность этого сочетания. Очевидным представляется отсутствие изменений по форме поведенческих реакций подросткового возраста [А.Е. Личко], в т.ч. подробно описанных в трудах Пятницкой И.Н., Найдёновой Н.Г. реакциях группирования. Однако изменения претерпевает качество отклоняющихся групп – смещения их локализации в среду виртуального общения, субъективно более безопасную для подростка, имеющего психические расстройства. Данное пилотное исследование посвящено патоморфозу клинических проявлений при расстройствах пищевого поведения (РПП), в свете бурного развития информационных технологий.

**Целью** настоящей работы является анализ патоморфоза клинической картины у детей с РПП, выявление факторов влияющих на рост частоты встречаемости РПП в подростковой среде.

**Материалы и методы:** анализ данных медицинской документации (карта стационарного больного) пациентов получавших лечение в условиях стационара ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» в период с 2009 по 2018 год.

**Результаты и обсуждение.** Анализ частоты встречаемости показал рост абсолютных значений за последние 9 лет (с 4 чел. за год в 2009 г. до 47 чел. за год в 2018 г.). При этом можно отметить возросшую коморбидность РПП с отклоняющимися формами поведения, аффективной патологией, пограничными аномалиями личности, изменение типичного портрета пациента с нервной анорексией. На наш взгляд, существенную роль в наблюдающихся тенденциях играет фактор информационной доступности: подростки имеют возможность группироваться в виртуальных тематических сообществах, получать «поддержку» от детей с похожими проявлениями, включаться в «соревнования», демонстрировать результаты тех или иных способов похудения (напр. жёстких диет, бесконтрольного приёма бисакодила, фуросемида, флуоксетина), что осложняет последующую реабилитацию. Представляется, что со временем фактор информационной среды будет носить всё большее значение, расширяя эпидемиологию расстройств.

**Выводы.** Обозначенный выше патоморфоз клинической картины, опасность информационной среды требует дальнейшего качественного и количественного анализа, результатом чего видится разработка эффективных мер по взаимодействию с организаторами виртуальных площадок, выявлению и элиминации из подростковой среды потенциально опасных информационных ресурсов.

#### **Список литературы**

1. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. // Медицина, 1984. С. 5–6.
2. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. // Речь, 2007. С. 256.
3. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. // Медицина, 2002. С. 9–13.

УДК 616.89

**Баева А.С., Захарова Н.М., Цветкова М.Г.**

#### **Опыт оказания медико-психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших во время массового убийства в политехническом техникуме г. Керчь**

*ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия  
e-mail: baeva-alana@rambler.ru*

**Актуальность.** В последнее время в мире, включая Российскую Федерацию, наблюдается рост тенденции совершения преступлений, получивших название «скулшутинг» – спланированное нападение одного или

более учеников на остальных учеников и персонал учебного заведения с применением стрелкового оружия и самодельных взрывных устройств, приводящее к многочисленным жертвам. Наибольшую известность получила трагедия в американской школе «Колумбайн». С 1999 по 2019 гг. в мире было совершено 14 подражаний, из них 6 на территории России. Одним из самых крупных было массовое убийство в политехническом колледже г. Керчь 17 октября 2018 года, совершенное студентом 4 курса Владиславом Росляковым. В результате атаки погиб 21 человек, ранено 67 человек, нападавший застрелился.

За годы оказания медико-психологической помощи лицам, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях, неоднократно подтверждался тот факт, что любая чрезвычайная ситуация выступает этиологическим фактором развития психогенных реакций и последующих психоэмоциональных нарушений не только у пострадавших при ЧС, но и их родственников.

**Цель работы.** На примере опыта организации медико-психологической помощи пострадавшим и родственникам погибших во время массового убийства в политехническом колледже г. Керчь, продемонстрировать оптимальную систему мероприятий, необходимых для ликвидации психических последствий чрезвычайных ситуаций.

**Материалы и методы.** В соответствии с поставленной целью были проанализированы виды и формы медико-психологической помощи, оказываемой пострадавшим и родственникам погибших на начальных и последующих этапах ликвидации психических последствий ЧС.

**Результаты и обсуждения.** Перед специалистами-психиатрами были поставлены следующие задачи:

- медико-диагностическая консультация пострадавших, находящихся на стационарном лечении (в том числе в реанимационном отделении);
- специализированная диагностическая, психофармако- и психотерапевтическая помощь добровольно обратившимся жителям г. Керчь;
- проведение своевременных психотерапевтических и фармакотерапевтических мероприятий, направленных на коррекцию психических нарушений, возникших, вследствие ЧС;
- профилактика острых психогенно обусловленных психических нарушений;
- проведение психопрофилактических и психогигиенических мероприятий, направленных на повышение адаптационных возможностей индивида и предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств на отдаленном этапе ЧС;
- выявление лиц с обострением хронических психических расстройств и оказание им специализированной помощи;

– оказание методической помощи специалистам, участвующим в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС по вопросам особенностей развития и течения стрессовых расстройств, а также тактики сопровождения пострадавших в судебно-следственных мероприятиях.

Для реализации поставленных задач сотрудниками бригады психолого-психиатрической помощи были развернуты следующие пункты:

- на базе керченского отделения ГБУЗ РК «Крымского республиканского бюро судебно-медицинских экспертиз»:

- на этапе опознания тел погибших
- на этапе выдачи тел родственникам погибших
- на базе ГБУЗ РК «Городская Больница им. Н.И. Пирогова» г. Керчь
- на базе пункта оказания медико-психологической помощи, организованного в Политехническом колледже г. Керчь.
- на центральной площади г. Керчь во время проведения траурных мероприятий.

Всем обратившимся оказывалась специализированная диагностическая и лечебно-профилактическая помощь. Во всех случаях, за исключением ситуаций, требующих экстренной госпитализации, применялись краткосрочные психотерапевтические вмешательства, направленные на стабилизацию психического состояния пострадавших.

Наибольшую терапевтическую эффективность в остром периоде, после чрезвычайной ситуации, показали:

- эмпатическое слушание: доверительный контакт, сопереживание и контейнирование «травматических» эмоций позволяют создать благоприятные условия для эмоционального отреагирования и дальнейшей работы;

- «вентиляция» эмоций: выражение травматических переживаний различными способами (проговаривание, плач, крик, кинестетически (топот, хлопки), рисование) приводит к снижению напряжения и формированию более адаптивного функционирования;

- билатеральная стимуляция полушарий головного мозга: позволяет получить доступ к травматическим переживаниям обходя сопротивление и минимизировав эмоциональные и физические затраты пациента;

- психосоматическая саморегуляция: формирование навыков самоконтроля (управление мышечным тонусом и ритмом дыхания, концентрация внимания и т.д.) позволяет снизить интенсивность травматических переживаний, выраженность эмоциональной и телесной напряженности, ускоряет восстановление нормального функционирования организма.

**Выводы:** Таким образом, опыт показал необходимость активного участия медико-психологических бригад в оказании специализированной диагностической, фармако- и психотерапевтической помощи пострадавшим,

родственникам погибших и «вторичным жертвам» на ранних этапах ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Своевременная и адекватная система мероприятий позволяет выделить лиц, нуждающихся в неотложной специализированной помощи, а также провести профилактику острых психогенно-обусловленных нарушений и постравматических расстройств на отдаленных этапах.

УДК 159.972

***Белопольская Н.Л., Гречаная М.В.***

**Исследование особенностей реабилитации девочек, переживших физическое и сексуальное насилие, в условиях православного приюта**

*Российская медицинская академия непрерывного образования  
Московский институт психоанализа*

**Актуальность.** Изучение такого сложного явления как социальное воспитание в православном приюте детей, переживших физическое и сексуальное насилие и оставшихся без попечения родителей, имеет множество взаимосвязанных аспектов и требует особой осторожности и тщательности.

Известно, что физическое и сексуальное насилие приводит к возникновению тяжелых психических расстройств, которые нарушают весь ход последующего психического развития ребенка [Асанова Н.К., 1997; М.А. Догадина, Пережогин Л.О., 2007]. Сексуальное насилие в любой форме оказывает разрушающее воздействие на психику ребенка и негативно влияет на его дальнейшее психическое развитие и здоровье [Платонова Н.В., Козловская З.В., Белопольская Н.Л., 2013].

В большинстве случаев дети, которые попадают в православные церковные детские приюты, имеют тяжелые нарушения эмоционального характера. Церковные детские приюты представляют собой организации при монастыре, храме или приходе русской православной церкви для детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

**Цель исследования** состояла в изучении особенностей реабилитации девочек, переживших физическое и сексуальное насилие и помещенных после этого в православные приюты.

**Испытуемые и методы исследования.** Исследование было проведено в двух приютах для девочек: в Детском православном приюте «Отрада» при Свято-Николаевском Черноостровском женском монастыре и в приюте

при Свято-Покровском женском монастыре. Исследование проводилось в то время, когда воспитанницы пребывали в приюте не менее одного года.

В исследовании приняли участие 20 девочек от 6 до 11 лет, находящихся на попечении православных монастырей. Интеллектуальное развитие по заключению психолого-медико-педагогических комиссий у девочек на момент нашего исследования соответствовало возрастной норме. В историях болезни не содержалось информации о хронических заболеваниях.

**Результаты и их обсуждение.** Сведения, полученные нами из бесед с монахинями и воспитанницами приютов, позволили выделить некоторые особенности организации реабилитационной среды православного приюта. Для девочек, переживших насилие, оказалось полезнее находиться в обществе женщин, что дает им большее чувство безопасности. Важным условием пребывания в православном приюте является и то, что количество детей в приюте намного меньше, чем количество взрослых людей, тогда как в обычных приютах эта пропорция совершенно иная. Естественно, главную роль позитивного воздействия монахини отводили религиозному воспитанию, однако трудно отрицать, что спокойная обстановка и четкий распорядок дня положительно влиял на сирот. Следует отметить, что среди воспитанниц монастыря были и девочки, побывавшие в обычных приютах, но не вписавшиеся в их жизнь.

Важными особенностями личности всех девочек являлось нарушение чувства привязанности. Большинство девочек боялись мужчин и «больших мальчиков», считая их всех агрессивными и жестокими. Девочки боялись родственников мужского пола. Четырнадцать девочек из двадцати не захотели ничего рассказывать и о своих матерях.

Наше внимание привлек один прием, который мы не встречали нигде, кроме православных приютов. Этот прием был расценен нами как коррекционный. Он состоял в том, что девочкам, достаточно освоившимся в монастырях, предлагают выбрать себе «по душе» матушку из действующих монахинь, к которой те всегда могут обратиться с любой просьбой. Любопытно, что девочки часто выбирали себе «матушкой» не ту монахиню, с которой много общались, а интуитивно, женщину, к которой чувствовали наибольшую симпатию.

Нами была разработана проективная методика «Трапеза». Девочкам индивидуально предлагалось выбрать себе место, рассадить других девочек, нескольких монахинь и гостей, среди которых были и родители.

Общей характерной особенностью для всех девочек оказалось то, что они определяли место «своей матушки» рядом с собой, а своих родителей отсаживали от себя на несколько стульев. Таким образом, каждая девочка создавала вокруг себя и своей матушки своеобразную защиту от своих родителей.

### **Выводы**

1. Девочки, пережившие в своих семьях физическое и сексуальное насилие, имеют специфические изменения самосознания. Как правило, они утрачивают чувство привязанности и доверия к своим родственникам.

2. Важным условием восстановления чувств доверия и привязанности к взрослому человеку является предоставление воспитанницам возможности собственного выбора матушки. Самостоятельный выбор девочками матушек восстанавливает чувство привязанности и создает психологическую защиту.

3. Позитивное воздействие на общий фон настроения девочек – жертв насилия оказывают распорядок дня и ритуалы, свойственные православному приюту.

4. Серьезной проблемой для будущей социальной адаптации девочек, переживших физическое и сексуальное насилие, и воспитывающихся в православных приютах, остается их страх перед социумом и нежелание покидать стены монастыря в будущем.

### **Список литературы**

1. Асанова Н.К. Руководство по предупреждению насилия над детьми: Учебное издание для психологов, детских психиатров, психотерапевтов, студентов педагогических ВУЗОВ. – М.: Издательский гуманитарный центр ВЛАДОС, 1997. – 512 с.

2. Догадина М. А., Пережогин Л. О. Сексуальное насилие над детьми. Выявление, профилактика, реабилитация потерпевших. М., «Сам себе адвокат», 2007.

3. Платонова Н.В., Козловская З.В., Белопольская Н.Л. Психические нарушения у детей раннего возраста, подвергшихся сексуальному насилию // Психиатрия и психофармакология. №5, 2013. – С. 117–120.

УДК 159.972, 616.89-008.482

***Бойко О.М., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н.***

### **Гендерная специфика психологических и психопатологических характеристик самоповреждающего поведения у интернет-пользователей**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: olga.m.boyko@gmail.com*

Клинические наблюдения демонстрируют различия в прогностическом значении некоторых психопатологических феноменов в зависимости

от гендерной принадлежности пациента. Это диктует разные терапевтические стратегии во внешне схожих клинических ситуациях, что обуславливает необходимость привлечения дополнительного внимания к гендерному фактору. Проблема самоповреждающего поведения с развитием интернет-технологий, увеличивающих коммуникативные возможности, становится более явной. Пользуясь анонимностью и дистанцией, которую создаёт интернет-пространство, люди всё чаще сообщают о нём и других имеющихся сложностях, что демонстрирует реальные масштабы его распространённости. Всё это подтверждает актуальность данного исследования.

**Целью работы** стало выявление гендерной специфики психологических и психопатологических характеристик самоповреждающего поведения у интернет-пользователей.

**Материал и методы.** Для проведения данного исследования был создан анонимный опросник в Google-опрос. Его составили 29 вопросов, включавших в себя 8 вопросов (№№ 3, 15, 45, 68, 77, 78, 85, 87) из методики SCL-90-R, а также 21 вопрос, сформулированный исследовательской группой отдела медицинской психологии, для изучения гендерной принадлежности респондента, особенностей его самоповреждающего поведения, динамики эмоционального состояния при его актуализации, динамики болевой чувствительности, психопатологических особенностей состояния.

Исследование включало в себя 2 этапа.

1. В первом пилотажном этапе приняли участие 74 участника (11 мужчин и 63 женщины).

2. Во втором этапе исследования к общему массиву вопросов были добавлены вопросы о наличии суицидальных идей, про то, происходят ли самоповреждающие действия в одиночестве или присутствии других; введена более развернутая шкала оценки клинических симптомов в вопросах из SCL-90 и в вопросе про чувство нереальности окружающего мира. В нем приняли участие 54 человека (8 мужчин и 46 женщин).

Критерием отсева участников являлся возраст – к опросу допускались только люди, указавшие, что они старше 18 лет.

Всего было получено 133 ответа, из них 5 младше 18 лет, поэтому валидных 128, среди них 19 (15 %) мужчин в возрасте от 18 до 49 лет (средний возраст  $24 \pm 7,8$ ) и 109 (84 %) женщин в возрасте от 18 до 43 лет (средний возраст  $23,9 \pm 6,1$ ).

Обработка полученных данных происходила с использованием статпакета SPSS. Для сравнения средних значений параметров по группам использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в таблице 1 и таблице 2.



Таблица 1

Общие результаты

параметр оценки	мужчины	женщины	значимость различий
Смысл самоповреждающего поведения: отдых, успокоение, снятие стресса	0,00±0,00	0,17±0,37	,057~
Динамика эмоционального состояния после нанесения самоповреждения: нет изменений	0,11±0,32	0,03±0,16	,093~
Динамика эмоционального состояния после нанесения самоповреждения: ненависть к себе, стыд, вина	0,39±0,50	0,14±0,35	,009**

*Примечания.* Уровень статистической значимости различий: ~  $p < 0.1$ ; \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.005$ .

Таблица 2

Результаты по данным второго этапа исследования

параметр оценки	мужчины	женщины	значимость различий
Ощущение нереальности окружающего мира	4,13±0,83	3,10±1,14	,019*
Ощущение, что с телом что-то не в порядке (вопрос 87 (SCL-90-R))	4,13±1,13	3,25±1,31	,081~
Беспокоящие повторяющиеся неприятные неотвязные мысли (вопрос 3 (SCL-90-R))	4,38±0,74	3,71±1,03	,086~

**Обсуждение результатов.** Полученные результаты свидетельствуют о наличии гендерных различий в мотивации и аффективной регуляции самоповреждающего поведения. Мужчины ни разу не упомянули в качестве смысла самоповреждающего поведения «отдых, успокоение, снятие стресса», а среди женщин таких было 17 %. 11 % мужчин не замечают изменения своего состояния после, среди женщин таких 3 %. С одной стороны это может быть связано с лучшей способностью женщин к рефлексии своего состояния. С другой стороны, это может свидетельствовать о качественно ином психическом назначении самоповреждающего поведения у мужчин.

Так, использование мотивация «отдых, успокоение, снятие стресса» демонстрирует незрелость аффективной саморегуляции с использованием собственного тела и его частей (крови) как переходного объекта, способного успокоить [Хирш М., 2018] или как «способ заглушить глубинную тоску по интимным объединениям» к которым в нормативных случаях относятся ласки, поглаживания и объятия [Ульник Х, 2017] и не встречается у мужчин в нашей выборке. Их состояние либо остаётся неизменным, либо, напротив, усугубляется из-за испытываемых самоповреждающего поведения «ненависти к себе, стыда, чувства вины» что отмечают 38 % мужчин, и только 14 % женщин, что может указывать на то, что в формировании самоповреждающего поведения у мужчин могут важную роль играть другие факторы, нежели у женщин. Так, значимо большая выраженность симптомов дереализации, обсессивно-компульсивной симптоматики и дисморфофобии у мужчин с самоповреждающим поведением по сравнению с женщинами, указывает на большую клиническую тяжесть их состояния, что также может свидетельствовать об иной нозологической специфике.

**Выводы.** Полученные результаты подтверждают наличие качественных различий в психологических и психопатологических характеристиках в зависимости от гендерного фактора и подтверждают необходимость его учета при выборе терапевтической стратегии.

#### **Список литературы**

1. Ульник Х. Кожа в психоанализе / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2017.
2. Хирш М. Это моё тело ... и я могу делать с ним что хочу» / Пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2018.

УДК 316.774, 316.472.47, 159.98

**Бойко О.М.**

**Соотношение характера использования интернет-технологий с воспринимаемым уровнем обмена эмоциональной социальной поддержкой у мужчин, страдающих психическим заболеванием**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: olga.m.boyko@gmail.com*

Поддержание и восстановление имевшегося ранее уровня социальной адаптации является одной из основных мишеней реабилитационной

работы с людьми, страдающими психическими заболеваниями. Одним из важных его показателей является качество взаимобмена эмоциональной поддержкой с людьми, входящими в ядро круга общения. [Siedlecki K.L. et al, 2014] При психическом заболевании баланс обмена эмоциональной социальной поддержкой зачастую нарушается как в сторону общего сокращения доступной эмоциональной поддержки, так и в аспекте её оказания самим человеком, страдающим психическим заболеванием. Это повлекло за собой включение в реабилитационную программу обучения навыкам поддержания установления и поддержания контакта с другими людьми, а также обмену разными типами социальной поддержки. [Казьмина О.Ю. и соавт., 2000] Научно-технический прогресс увеличивает число средств, помогающих обмену социальной поддержкой. [Sarason I.G., Sarason B.R., 2009] В их число входят и интернет-технологии, помогающие преодолевать ограничения, связанные с расстоянием между партнерами по взаимодействию. Их потенциальная способность нивелировать негативное влияние на отношения факторов, связанных с психическим заболеванием (временный перерыв в общении связанный с госпитализацией, снижение интенсивности общения вследствие негативной симптоматики и т.д.), определяет **актуальность данного исследования.**

**Целью исследования** стало изучение влияния использования интернет-технологий на воспринимаемый уровень обмена эмоциональной поддержкой у мужчин, страдающих психическим заболеванием

**Материалы и методы.** Материалом стали данные исследования, проходившего с 2011 по 2015 гг на базе отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ Научный Центр Психического Здоровья. Численность выборки составила 82 человека мужского пола. Возраст участников составил от 16 до 32 лет, средний возраст  $22,25 \pm 4,29$ . Методический инструментарий включал в себя калифорнийский опросник социальной сети, направленный на оценку восприятия респондентом своего круга общения и имеющегося обмена социальной поддержкой, и специально разработанный полуструктурированный опросник, исследующий характер использования респондентом интернет-технологий. Последний включает в себя коммуникативные, информационные, развлекательные и хозяйственные цели. Обработка полученных данных проводилась в статпакете SPSS с применением U-критерия Манна-Уитни.

**Результаты** представлены в таблице 1 и таблице 2.

Таблица 1

Соотношение использования социальных сетей  
для поддержания контактов с восприятием доступности  
эмоциональной поддержки и собственной вовлеченности в обмен ею

параметр оценки	Использу- ющие соци- альные сети для под- держания контактов (сумма рангов)	Не исполь- зующие социальные сети для поддер- жания контактов (сумма рангов)	значимость различий
Число людей «очень часто» оказыва- ющих респонденту эмоциональную социальную поддержку	43.06	31.89	,022*
число людей, которым респондент «очень часто» оказывает эмоциональ- ную социальную поддержку	42.64	32.62	,021*

*Примечания.* Уровень статистической значимости различий: \*  $p < 0.05$ ;  
\*\* $p < 0.005$ .

Таблица 2

Соотношение использования интернета для поиска новых друзей  
с восприятием доступности эмоциональной поддержки  
и собственной вовлеченности в обмен ею

параметр оценки	Использу- ющие интернет для поиска новых друзей (сумма рангов)	Не исполь- зующие интернет для поиска новых друзей (сумма рангов)	значимость различий
Число людей «редко» оказывающих респонденту эмоциональную социальную поддержку	29.69	42.49	,016*
число людей, которым респондент «редко» оказывает эмоциональную социальную поддержку	31.43	41.84	,049*

**Обсуждение результатов.** Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование интернет-технологий с коммуникативными целями оказывает положительное влияние на оценку респондентом поддерживающего потенциала его круга общения и собственной вовлечённости в эмоционально поддерживающие отношения с его членами. Так, число людей, с которыми частота обмена эмоциональной поддержкой наиболее интенсивна («очень часто») ниже у пациентов, сообщающих об отсутствии использования социальных сетей для поддержания контактов. Что может объясняться способностью социальных сетей создавать ощущение включенности в жизнь друг друга несмотря на физическую дистанцию за счет своевременного оповещения об актуальных событиях и переживаниях. Одновременное уменьшение числа людей, в отношениях с которыми идёт скудный (с частотой «редко») обмен эмоциональной поддержкой, является положительным следствием активности в интернет-пространстве, направленной на поиск новых друзей.

**Выводы.** Полученные результаты демонстрируют наличие позитивного воздействия использования интернет-технологий в коммуникативных целях на воспринимаемый уровень обмена эмоциональной поддержкой в кругу общения у мужчин, страдающих психическими заболеваниями. Это заставляет задуматься о необходимости включения в реабилитационные программы, помогающие поддержать и восстановить круг общения, отработку навыков поддержания контактов с уже имеющимися друзьями и поиска новых друзей с использованием интернет-технологий.

#### **Список литературы**

1. Казмина О.Ю., Чемякова Е.Б., Савенко Г.В., Владимирова Т.В., Цуцельковская М.Я., Олейчик И.В. Место группового психокоррекционного метода в комплексной терапии юношеских эндогенных депрессий. Журнал неврологии и психиатрии 2000 №2, стр.27-30
2. Sarason I.G., Sarason B.R. Social support: Mapping the construct // Journal of Social and Personal Relationships 2009 26: 113-121
3. Siedlecki K.L., Salthouse T.A., Oishi S., Jeswani S. The Relationship Between Social Support and Subjective Well-Being Across Age Social Indicators Research, 2014, V.117, Issue 2, pp 561-576

УДК 616.895.8; 575.17

**Габаева М.В., Коровайцева Г.И., Алфимова М.В.,  
Аникеева К.Э.**

## **К эффектам влияния генетических и средовых факторов на мотивацию больных шизофренией**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: gabaeva@yandex.ru*

Снижение мотивации – один из характерных симптомов такого заболевания, как шизофрения [Fervaha G, 2015]. Поскольку болезнь обусловлена вкладом как генетических, так и средовых факторов, логично предположить, что и те, и другие вносят свой вклад в выраженность основных расстройств при этом заболевании. Гены метаболического спектра могут рассматриваться в качестве возможных участников патогенеза уже на ранних стадиях заболевания [Габаева М.В., 2018]. Так, ген *PPARGC1A* (4p15.1) кодирует «белок-1- $\alpha$ -коактиватор  $\gamma$ -рецептора активатора пролиферации пероксисом» – PGC-1 $\alpha$ . Его функция связана с коактивацией ряда ядерных рецепторов, он участвует в процессах термогенеза, митохондриогенезе, глюконеогенезе, липогенезе и др. Ранее было показано, что в коре головного мозга и гиппокампе у больных шизофренией происходит разобщение между экспрессией гена *PPARGC1A* и регулируемые им транскрипционными факторами [McMeekin L.J., 2016; Volk D.W., 2016].

**Цель** данного исследования – изучение ассоциации между генотипами полиморфного маркера гена *PPARGC1A* (rs8192678) в группе больных шизофренией и показателями мотивационного теста, с учетом возможного влияния некоторых средовых факторов (ЧМТ, алкоголизация ближайшего окружения и др.).

Исследуемую выборку составили 215 больных с расстройствами шизофренического спектра (рубрики F20-F25 по МКБ-10), 109 женщин и 106 мужчин. Средний возраст больных на момент исследования составил 36.06±10.83 лет. Все больные дали информированное согласие на сбор биологического материала, анамнеза и проведение психологического тестирования.

Побудительную мотивацию больных оценивали по шкалам BIS/BAS в русской адаптации Г.Г. Князева и др. [Князев G.G., 2004]. Шкала BIS или «торможение поведения» отражает чувствительность к отрицательным сигналам и тревогу на эмоциональном уровне; в шкале BAS смешаны и эмоциональные, и поведенческие проявления мотивации. Она разделена

на три подшкалы: BAS-RR или «реактивность на стимул награды» отражает тенденцию реагировать повышением энергии и положительными эмоциями в ситуации, указывающей на возможность желаемого события и получения награды; шкала BAS-D или «драйв, готовность действовать ради достижения цели» оценивает упорство в достижении цели; шкала BAS-FS или «поиск развлечений» указывает на склонность к импульсивному стремлению к удовольствию.

ДНК выделяли из венозной крови или смыва из ротовой полости с помощью стандартной процедуры. Генотипирование проводили методом стандартной ПЦР с дальнейшей рестрикцией ПЦР-продукта эндонуклеазой Msp I.

Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica 7. Для оценки ассоциации генотипов с показателями мотивационных шкал использовали непараметрические тесты Kruskal-Wallis ANOVA и Mann-Whitney U test. Методом построения общих моделей (GLM) оценивали дополнительное влияние средовых факторов на ассоциации гена с суммарной оценкой по шкалам BAS с post-hoc анализом попарных различий (т.к. только эта шкала отвечала нормальному распределению).

Частота генотипов в исследуемой группе составила AA=20, AG=101, GG=94, что соответствует закону распределения частот Харди-Вайнберга. Непараметрический анализ выявил отличия по баллам мотивационных шкал BIS/BAS между носителями разных генотипов. Так, найдены отличия между носителями всех трех генотипов, по суммарной оценке BAS ( $p=0.046$ ). Показатели по шкале BAS-D отличались между носителями всех генотипов на уровне тенденции ( $p=0.052$ ), и становились статистически значимыми при сопоставлении двух генотипов AA и AG ( $p=0.024$ ). По шкале BAS-R отличия наблюдались между носителями генотипов GG и AG ( $p=0.033$ ). Показан эффект наличия ЧМТ на ассоциацию «генотип – BAS» ( $F(2;142)=3.47$ ,  $p=0.034$ ), post-hoc LSD тест выявил различия между носителями AG генотипа, у которых имелась в анамнезе ЧМТ и у которых ее не было ( $p=0.006$ ). Однако эти различия не выдержали поправку Бонферрони. Для других исследованных средовых факторов таких эффектов на ассоциацию генотипа и мотивации выявлено не было.

Таким образом, показана ассоциация полиморфизма rs8192678 гена *PPARGC1A* с уровнем мотивации больных, а именно с ее активационной компонентой (шкалы BAS, BAS-D, BAS-R). При этом, носители гетерозиготного генотипа AG показали снижение показателей мотивационных шкал по сравнению с другими генотипами. Кроме того, показано, что ЧМТ нивелирует ассоциацию генотипов с мотивацией (она сохраняется

только в группах без ЧМТ). Полученные результаты подтверждают наше предположение о вкладе данного полиморфизма в вариативность уровня мотивации и о влиянии на эту вариативность некоторых средовых факторов у больных шизофренического спектра.

### **Список литературы**

1. Fervaha G<sup>1</sup>, Foussias G<sup>2</sup>, Agid O<sup>2</sup>, Remington G<sup>2</sup> – Motivational deficits in early schizophrenia: prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. – Schizophr Res. 2015 Aug; 166 (1–3): 9–16. doi: 10.1016/j.schres. 2015.04.040.
2. Габаева М.В., Коровайцева Г.И., Тихонов Д.В., Каледа В.Г., Голиμβет В.Е. – Анализ ассоциаций полиморфизмов G1444A гена PPARGC1A и A1166C гена AGTR с преморбидными особенностями личности при шизофрении – Психиатрия 2018, №77(01), р39-44.
3. McMeekin LJ, Lucas EK, Meador-Woodruff JH, McCullumsmith RE, Hendrickson RC, Gamble KL, Cowell RM. Cortical PGC-1 $\alpha$ -Dependent Transcripts Are Reduced in Postmortem Tissue From Patients With Schizophrenia. Schizophr Bull. 2016 Jul;42(4):1009-17. doi: 10.1093/schbul/sbv184.
4. Volk DW, Edelson JR, Lewis DA. Altered expression of developmental regulators of parvalbumin and somatostatin neurons in the prefrontal cortex in schizophrenia. Schizophr Res 2016 Nov; 177 (1–3): 3–9. doi: 10.1016/j.schres. 2016.03.001.
5. Knyazev G. G., Slobodskaya H. R., Wilson G.D. – Comparison of construct validity of the Gray–Wilson personality questionnaire and the BIS/BAS scales // Personality and Individual Differences. 2004. V. 37. P. 1565–1582.

УДК: 159.97

### **Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю. Отсутствие планов на будущее и аутоагрессивное поведение**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва*

Аутоагрессивное поведение является серьезной проблемой для современного общества. Среди видов аутоагрессивного поведения самоповреждения и попытка суицида представляют собой значимую угрозу здоровью и жизни. По данным некоторых исследований показатели самоповреждающего поведения последнее время увеличиваются [Olfson et al., 2005], что



вызывает обеспокоенность, поскольку опыт самоповреждения считается фактором суицидального риска [Joiner, 2009]. Важно определить характеристики, которые могут различать людей, занимающихся самоповреждением и совершающих суицидальные попытки.

Помимо прямых факторов оценки суицидального риска, таких, например, как явно высказанные намерения, существует ряд косвенных факторов, среди которых потеря перспективы будущего [Чистопольская, Ениколопов, 2013], отсутствие ощущения себя «творцом своего будущего».

**Целью исследования** был анализ связи планов на будущее и аутоагрессивного поведения.

**Материалы и методы:** всего в исследовании приняли участие 226 женщин. Группу нормы составили 119 человек без аутоагрессивного поведения, 77 женщин составили группу с множественными татуировками (от 2 до 5, из группы были исключены женщины с одной татуировкой, так как в современной молодежной среде это рассматривается как вариант нормы), третью группу составили 30 женщин – пациентов клиники, с самоповреждающим поведением с суицидальными попытками или суицидальными идеями.

Все испытуемые выполнили тест импульсивности Барратта (BIS-11) [Ениколопов, Медведева, 2015]. Клиническая группа кроме теста Барратта выполнила: симптоматический опросник SCL-90, была заполнена Шкала Гамильтона (HDRS).

При подсчете значений по Шкале Барратта помимо стандартных параметров в отдельную шкалу были выделены вопросы, касающиеся планирования будущего: «Я ориентирован(-на) на будущее», «Я планирую поездки задолго до начала», «Я тщательно планирую задачи», «Я более заинтересован(-на) в настоящем, нежели в будущем месте жительства». Общая сумма по этим вопросам (с учетом инвертированности некоторых вопросов) оценивалась как «Планы на будущее».

Для оценки различий между группами использовался критерий Манна-Уитни, связь между параметрами оценивалась с помощью корреляции Спирмена. Анализ проводился с помощью программы SPSS.

**Результаты и обсуждение.** Снижение планирования будущего наиболее выражено у клинической группы суицидального риска, при этом две группы (с татуировками и с суицидальным риском статистически значимо отличаются от группы нормы) (табл. 1).

Таблица 1

Результаты выполнения Шкалы Барратта (BIS-11) группами нормы, с татуировками и клинической группы суицидального риска

параметры	группа нормы (119 человек)	группа с татуировками (77 человек)	клиническая группа суицидального риска. (30 человек)
Планы на будущее (обратная шкала)	<b>8,50±2,32 (a)</b>	<b>9,62±2,19 (b)</b>	<b>10,07±2,66 (b)</b>
BIS -общая	<b>64,08±9,24 (a)</b>	<b>68,40±9,99 (b)</b>	<b>75,43±10,22 (c)</b>
Внимательность (обратная шкала)	<b>10,25±2,55 (a)</b>	<b>10,95±2,44 (a)</b>	<b>13,63±2,68 (b)</b>
Когнитивная неустойчивость	<b>6,99±1,48</b>	<b>7,16±1,60</b>	<b>6,60±1,98</b>
Моторный компонент	<b>15,36±2,99 (a)</b>	<b>16,83±3,34 (b)</b>	<b>17,53±3,96 (b)</b>
Усидчивость/настойчивость (обратная шкала)	<b>7,50±1,82</b>	<b>7,61±1,66</b>	<b>8,17±1,84</b>
Самоконтроль (обратная шкала)	<b>13,08±3,31 (a)</b>	<b>13,58±3,18 (a)</b>	<b>15,40±3,34 (b)</b>
Когнитивная сложность (обратная шкала)	<b>10,90±2,29 (a)</b>	<b>12,27±2,32 (b)</b>	<b>14,10±2,52 (c)</b>
Отвлекаемость внимания	<b>17,24±3,06 (a)</b>	<b>18,10±3,30 (a)</b>	<b>20,23±3,57 (b)</b>
Моторная импульсивность	<b>22,86±3,83 (a)</b>	<b>24,44±4,19 (b)</b>	<b>25,70±4,47 (c)</b>
Снижение способности к планированию и самоконтролю	<b>23,97±4,57 (a)</b>	<b>25,86±4,34 (b)</b>	<b>29,50±4,51 (c)</b>

*Примечания.* Совпадающие буквы в скобках обозначают, что значения для соответствующих групп испытуемых существенно не отличаются друг от друга на уровне .05.

Множественные татуировки можно рассматривать как один из способов аутоагрессивного самоповреждающего поведения, и результаты анализа показывают, что в этой группе, как и в группе суицидального риска значимо снижено «планирование будущего». Эта группа показывает повышенные по сравнению с группой нормы показатели импульсивности по Шкале Барратта, но этот показатель статистически значимо ниже, чем в группе суицидального риска.

В клинической группе суицидального риска были дополнительно рассмотрены связи «Планирования будущего» и выраженности клинической симптоматики по шкалам Гамильтона и SCL-09, оценивалась связь

с выраженностью суицидального риска («Суицидальные намерения» в шкале Гамильтона, и ответы на вопрос о мыслях о суициде в SCL-90).

При снижении «планирования будущего» увеличиваются «мысли о суициде» в SCL-90 и «суицидальные намерения» в шкале Гамильтона. Показана связь «планов на будущее» и выраженности клинической симптоматики в шкале Гамильтона (общая сумма и выраженность депрессии) и шкалы «психотизм» в SCL-90 (табл. 2).

Таблица 2

Корреляция «Планов на будущее», Шкалы Гамильтона и SCL-90

	Коэффициент корреляции
SCL_мысли о суициде	,374*
SCL_психотизм	,441*
H_суицидальные_намерения	,376*
H_сумма	,416*
H_депрессия	,392*

*Примечания.* \*  $p < 0.05$

**Выводы.** Показано, что при множественных татуировках и суицидальном риске снижено «планирование будущего».

В группе суицидального риска снижение «планирования будущего» связано с усилением «суицидальных намерений».

«Планы на будущее» в группе суицидального риска снижаются при увеличении выраженности клинической симптоматики.

#### **Список литературы**

1. Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта» (BIS-11). Психология и право, 2015, 5(3), 75–89.
2. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Проблема отношения к смерти после суицидальной попытки. Медицинская психология в России, 2013(2), 12.
3. Joiner T.E. The interpersonal theory of suicide: guidance for working with suicidal clients. Washington, DC: American Psychological Association, 2009.
4. Olfson M., Gameroff M.J., Marcus S.C., Greenberg T., Shaffer D. Emergency treatment of young people following deliberate self-harm. Arch Gen Psychiatry, 2005, 62(10), 1122–8.

УДК 159.9.072.52

**Иванов Д.Н.**

## **Ранние дезадаптивные схемы у лиц с зависимостями от ПАВ, находящихся в ремиссии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: denis.n.ivanov@gmail.com*

**Актуальность исследования.** Под ранними дезадаптивными схемами (РДС) подразумеваются ригидные представления, которые оказывают влияние на когниции, эмоции, воспоминания, а также преобладающие модели поведения. С учетом биологических особенностей человека, раннего травматического опыта и средовых факторов задаются шаблоны восприятия реальности и паттернов реагирования (схемных режимов) в ситуациях, сопряженных со стрессом. Понимание особенностей наиболее часто выраженных схем у людей с зависимостью от ПАВ помогло бы дополнить представления о способах их эмоционального и поведенческого реагирования. В практической плоскости данный анализ может способствовать приращению психотерапевтического знания. Исследования по изучению эффективности схема-терапии демонстрируют позитивные результаты, и это позволяет говорить о подходе как о перспективном направлении, вобравшем в себя основные значимые в работе с зависимостями компоненты.

**Цель исследования.** Выявить и проанализировать особенности характерных ранних дезадаптивных схем восприятия действительности у лиц с зависимостью от психоактивных веществ: первичные (безусловные) и вторичные (условные или компенсаторные) схемы.

**Материал.** В исследовании приняли участие 22 пациента 2-х коммерческих реабилитационных центров. Все респонденты прошли реабилитацию в стационаре, и на момент исследования находились на амбулаторном лечении. Период трезвости участников от 6 месяцев.

Возраст респондентов – от 20 до 42 лет, средний возраст – 33 года. Среди них 4 женщины и 18 мужчин. Одиннадцать человек состоят в браке, трое – разведены, восемь со статусом «холост». Шестнадцать человек работают, остальные пять – безработные, один получает образование.

В качестве основного наркотика 14 человек называли неинъекционные наркотики (кокаин, алкоголь, опиоиды и др.), остальные – инъекционные (героин, метадон, дезоморфин и др.). Средний стаж употребления по выборке составил 12,54 года со среднеквадратным отклонением в 4,1. Средний срок трезвости – 20,4 месяца со среднеквадратным отклонением в 16,17.

**Методы исследования и использованные психологические методики.** Полуструктурированное интервью, для анализа стенограмм которых применялся феноменологический метод. Опросник ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга – YSQ-S3R (версия 2014 года, перевод и адаптация П.М. Касьянник, Е.В. Романова). Проверка нормальности распределения результатов производилась по критерию Колмогорова-Смирнова. В качестве метода параметрической статистики использовался критерий корреляции Пирсона. В интервью исследовались субъективные представления пациентов о себе через выявление их глубинных, промежуточных, компенсаторных убеждений. Индуктивно выделенные феномены, использовались для составления концептуализации зависимого, а глубинные убеждения сопоставлялись с 18 схемами Дж. Янга.

**Результаты.** В ходе интервью были выявлены наиболее характерные убеждения, которые соответствуют РДС: «жесткие стандарты/придирчивость» (13) и «привилегированность/грандиозность» (9).

На втором этапе среди наиболее выраженных схем самыми частыми оказались «жесткие стандарты/придирчивость» (16), «поиск одобрения» (16) и «недоверие/ожидание жесткого обращения» (15).

На основании анализа средняя сумма всех схем по 22 респондентам составила 278 баллов. Сумма баллов наименее выраженного профиля – 165, наиболее выраженного – 371 балл.

По каждому респонденту подсчитывалась сумма всех ответов, получивших баллы 5 и 6. Подобные высокие оценки являются маркером ранней психологической травмы. Среднее значение таких ответов по всей выборке составило 23,5.

Среднее количество выраженных схем (схема считается выраженной при сумме более 41 балла) по 22 респондентам составило 8,54 (минимальное – 3 схемы, и максимально – 16).

**Обсуждение.** Выявленная в исследовании множественная выраженность РДС провоцирует внутриличностные конфликты. Отдельно взятые исследования подтверждают влияние стиля воспитания на формирование и выраженность некоторых схем. J. Wilson, разрабатывавший идею влияния детского опыта на формирование схем, подтверждает зависимость схем от травм в детстве. На основании проведенного нами исследования также можно сделать подобное заключение. В интервью 21 респондент говорил о неблагополучном детстве, упоминая сверхтребовательность родителей, ощущение неполноценности и постоянное ожидание жестокого обращения. Подобные схемы воспитания и как следствие их интериоризация послужили формированию РДС, что демонстрируется результатами опросника. Осознание происхождения РДС самими зависимыми – важнейший элемент

процесса психотерапии. Понимание своих неудовлетворенных потребностей в детстве направляет пациента к инсайту по поводу предикторов зависимого поведения, степени неадекватности копинг-стратегий, помогает соотнести их с такими же неадаптивными стратегиями сегодня, что способствует выздоровлению.

### **Выводы**

- Обнаружена высокая выраженность и множественность РДС у ПАВ-зависимых, что провоцирует внутриличностный конфликт.
- Активация схем ведет к искаженному восприятию действительности: особое внимание уделяется фактам, способным подтверждать правомерность опасений предательства, покинутости, при этом альтернативные обстоятельства игнорируются.
- Для совладания с фрустрацией задействуются неадаптивные копинговые стратегии (компенсаторные схемы и схемные режимы).
- Результаты позволяют говорить о шаблонности реагирования: о ригидности и аффективной заряженности мышления, о сниженной способности к ментализации.
- Требуется исследование схемных режимов пациентов и выявление их корреляции с характерными РДС для выстраивания нюансированной психотерапевтической работы с зависимостями.

УДК 616.831-009.11:616.8+616.89-008.441.13-084

*Ким Д.П.*

### **Исследование эмоционально-личностных и когнитивных нарушений у больных с алкогольной зависимостью с учетом гендерных особенностей**

*Ташкентская медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан  
e-mail: aelita-mia@mail.ru*

**Актуальность.** В связи с относительно быстрым развитием заболевания, молодым возрастом начала заболевания, резистентностью к терапии, а также достаточно широкой распространенностью, лечение алкоголизма представляет собой важную и актуальную проблему в наркологии [1, 3]. В соответствии с нашими собственными наблюдениями в основе злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости у женщин значительно чаще лежат очевидные психологические проблемы, чем у мужчин. Наконец, преморбидные пограничные психические расстройства у пьющих женщин выявляются вдвое чаще (60–70 %), чем у пьющих мужчин (30 %) [2].

**Цель.** Изучить эмоционально-личностные и когнитивные нарушения у пациентов с алкогольной зависимостью

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленных задач было проведено обследование, лечение и последующее кагаметическое наблюдение 140 больных алкоголизмом в возрасте от 25 до 37 лет. Экспериментальную группу составили 70 пациентов – 42 мужчин и 28 женщин. Исследование проводилось на базе Городского наркологического диспансера г. Ташкента и Республиканского наркологического центра.

В контрольную группу вошли люди – 70 человек (40 мужчин и 30 женщин, средний возраст  $24,6 \pm 0,5$  лет), в ходе исследования представители данной группы были охарактеризованы как практически здоровые, на основании того, что у них отсутствовали соматические и психические расстройства, они не состояли на учете в наркологических и психиатрических диспансерах.

Основными методами исследования в работе являлись: клинико-психопатологический, социометрический – оценка выраженности и динамики социально-трудовой и семейно-бытовой дезадаптации, экспериментально-психологический. Психологическое тестирование осуществляется психологом с использованием следующих тестов: Тест «ММРІ» (вариант психологического анкетного теста mini-mult, который является сокращенной формой) для исследования свойств личности испытуемых; Биографический опросник – разработка немецких психологов для изучения биографии, семейной ситуации и личности испытуемых.

**Результаты и их обсуждения.** Из опрошенных мужчин 22,9 % с алкогольной зависимостью и 25,7 % здоровых служили в армии. На момент обследования, 38,6 % с алкогольной зависимостью и 58,6 % здоровых имели постоянную работу. По семейному статусу в группах преобладают не состоящие в браке, только 20 % пациентов с алкогольной зависимостью и 32,9 % здоровых имеют собственную семью. Дети есть у 13 наркозависимых (18,6 %) и 20 испытуемых контрольной выборки (28,6 %). Корреляционный анализ показал, что существует взаимосвязь, характеристик, выявляемых шкалой гипомании 9Ma «ММРІ», и характеристиками шкал истерии ЗНу «ММРІ» ( $r=0,318$ ,  $p<0,01$ ). Это подтверждает свойственные данной группе качества: высокую личностную активность, общительность, оптимизм в сочетании с неустойчивостью эмоций, демонстративностью. Значение шкалы психопатии 4Pd «ММРІ» в данной группе взаимосвязано с параметрами, «Социальное положение» (BIV) ( $r=0,304$ ,  $p<0,05$ ), что говорит о трудности социальной адаптации. Значение шкалы шизоидности 8Sc (индивидуалистичности) «ММРІ» у представителей экспериментальной группы тесно связано со шкалой психастении 7Pt «ММРІ» ( $r=0,758$ ,

$p<0,001$ ), по Л.Н.Собчик (2001) это выявляет внутреннюю напряженность, нервозность, склонность к бесконечному, часто бесплодному, обдумыванию каких-либо проблем, хроническое ощущение душевного дискомфорта, неуверенность и комплекс вины. Также значение шкалы шизоидности 8Sc проявляется в том, что испытуемые большую часть времени чувствуют усталость ( $r=0,422$ ,  $p<0,001$ ), у них нередко возникает чувство одиночества ( $r=0,394$ ,  $p<0,01$ ), и они достаточно часто погружены в собственные проблемы ( $r=0,387$ ,  $p<0,05$ ).

Профиль «ММРІ» пациентов с алкогольной зависимостью у мужчин выделяется пиками по шкале психопатии 4Р (1 (66,1 ±2,8) и гипомании 9Ма (64,9±2,3), а также некоторым повышением шкал шизоидности 88с (индивидуалистичности) (62,9±2,3), паранойяльности 6Ра (психической ригидности) (62,3±2,2) и депрессии 2Б (пессимистичности) (60,9±2,6).

У мужчин контрольной группы достоверно выше показатели: «Шкала лжи Ь» «ММРІ» ( $p<0,001$ ), «Экстраверсия» (В1У) ( $p<0,001$ ), «Вытеснение» (LSI) ( $p<0,01$ ), а у женщин -«Паранойяльность 6Ра» «ММРІ» ( $p<0,001$ ), «Сила Я» (ВIV) ( $p<0,001$ ), «Нейротизм» (ВIV) ( $p<0,001$ ). Это говорит о том, что мужчины чаще, чем женщины склонны отрицать наличие в своем поведении слабостей. Они (мужчины) преимущественно более импульсивны и активны в социальном плане, чем женщины, для них характерно стремление доминировать, обладать властью. Это подтверждается корреляционными взаимосвязями: шкалы L «ММРІ» с наличием у мужчин проблем с законом ( $r=0,351$ ,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Для мужчин с алкогольной зависимостью больше характерны: эмоциональная неустойчивость, возбудимость, враждебность к миру, вытеснение болезненных переживаний, игнорирование проявлений негативного поведения и симптомов наркотической зависимости, демонстративность. У женщин с алкогольной зависимостью проявляются черты психической ригидности, пренебрежение социальными нормами и ценностями, конфликтность, импульсивность. Деформация психологических характеристик женщин под влиянием алкоголя происходит по маскулинному типу, а личность мужчин в отношении ряда особенностей изменяется в сторону увеличения фемининных черт.

#### Список литературы

1. Абабков В.А. Проблема научности в психотерапии. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – 76 с.
2. Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. – Л.: Медицина, 2008. – 224 с.
3. Markel H., Lee A. LSD flashback syndrome exacerbated by selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants in adolescents // J. Pediatr. – 2004. – Vol. 125 (5Pt1). – P. 817–819.



УДК: 616.891-02:614.876

**Колмогорова В.В., Патракова А.А.**

## **Характер невротических расстройств у пострадавших в бассейне р. Теча и зоне ВУРСа**

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, РФ*

**Актуальность вопроса.** Научный интерес в обследовании облученных на Южном Урале обусловлен несколькими факторами: 1) длительным действием на проживающих или проживавших в зоне радиационных катастроф смеси стронция-90, цезия-137 и других радионуклидов; 2) формированием сложных невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а также различных органических, включая симптоматические расстройства, у пострадавших в результате радиационных инцидентов [Пивень Б.Н., 2001].

**Цель исследования.** Изучить особенности диссоциативных расстройств у пострадавших в зоне ВУРСа.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилась группа облученного населения Уральских радиационных аварий, обнаруживающая большой клинический диапазон диссоциативных расстройств: от «смешанных диссоциативных расстройств» (F44.7 по МКБ-10), до состояний, похожих на «истерические расстройства личности». Среди проживающих в настоящее время, или проживавших ранее в пойме р. Теча, диагноз «смешанные диссоциативные расстройства» (F44.7), был выставлен 138 (38,3 %) пациентам от общего числа облученных этой группы (360 пациентов). У пострадавших в зоне ВУРСа (Восточно-Уральский радиационный след) этот вид расстройств обнаруживался в 222 наблюдениях (61,7 %), из них 103 пациента (28,6 %) относились к группе переселенных в свое время на радиационно чистые территории и 257 (71,4 %) продолжающих проживать в населенных пунктах на радиационно загрязненных территориях.

**Результаты исследования.** Смешанные диссоциативные расстройства у обследованных пациентов чаще формировались у инфантильных, незрелых, зависимых в преморбиде личностей, с невысоким уровнем образования и интеллекта [Буртова Е.М., 2010], что достаточно убедительно обнаруживалось у пациентов поймы р. Теча и территории ВУРСа. Симптомообразование у обследованных больных с диссоциативными расстройствами смешанного характера в большинстве случаев отличалось многообразием, сложностью клинических проявлений и длительностью течения. У пациентов часто было трудно установить начало формирования

этого вида невротического расстройства. Хроническая психотравмирующая ситуация в зонах Южно-Уральских радиационных аварий в отдаленные периоды привела к появлению не свойственных диссоциативным расстройствам чрезвычайно стойких и сложных черт характера. У пациентов при дополнительных малейших конфликтах или каких-то недоразумениях стереотипно и выражено возникали приступы сердцебиения, спазмы в горле, подкатывание «клубка», онемение рук или ног, нарушение чувствительности кожных покровов, демонстративные позы, астазия-абазия, повышенная раздражительность, плаксивость и т.д. [Буйков В.А., 2013]. Им были свойственны тревожность, депрессивный фон настроения, частые дисфории, астенические, обсессивные, ипохондрические и иные проявления. Следует отметить, что в структуре диссоциативных расстройств депрессивный фон настроения чаще характеризовался подавленностью настроения, но аффект тоски почти никогда не переносился на будущее [Буйков В.А., 2012].

**Выводы:** Пациенты, облученные в пойме р. Теча и зоне ВУРСа в клиническом отношении характеризуются сложными картинками, и могут быть отнесены к «истерическому развитию личности» по терминологии прежних классификаций болезней. Также, следует отметить, что в структуре диссоциативных расстройств депрессивный фон настроения чаще характеризовался подавленностью настроения и сочетался с тревожностью, астеническими и ипохондрическими расстройствами.

УДК 616.895.8

*Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Марченко А.А.*

### **Валидизация «Шкалы Автономии» для оценки автономии у больных шизофренией в ремиссии**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;  
Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова,  
Москва. РФ  
e-mail: margmorozova@gmail.com*

**Актуальность.** Шизофрения – одно из самых высокоинвалидирующих заболеваний; по российским данным, до 40 % больных становятся инвалидами [Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., 2012]. Одним из критериев шизофрении является резкое снижение уровня социального функционирования, которое отмечается на протяжении всего заболевания [Гурович И.Я., Папусев О.О., 2015]. Адекватное функционирование

в обществе – приоритетная цель в лечении пациентов с шизофренией и в их реабилитации, это также основная мотивация для развития новейших методов коррекции. В связи с этим актуальной задачей является понимание того, насколько больные с данным диагнозом готовы к самостоятельному независимому функционированию, степень этой готовности характеризует качество автономии [Морозова М.А., Рупчев Г.Е., 2015].

**Цель.** Исследование внутренней согласованности, конвергентной и дискриминантной валидности Шкалы Автономии [Морозова М.А., Рупчев Г.Е., 2015].

**Материал и методы.** Группу испытуемых больных шизофренией составили 200 пациентов, участвующие в коротком наблюдательном исследовании, проходящем в лаборатории психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ РАМН (зав. – д.м.н. Морозова), 112 мужчин и 88 женщин, средний возраст – 39,03 года. На момент исследования психическое состояние всех испытуемых характеризовалось как стабильное, при редуцированной психотической симптоматике. В группу здоровых испытуемых вошли 80 человек, 36 мужчин и 44 женщины, средний возраст – 32,62 года.

Использовалась Шкала Автономии, измеряющей способность к самостоятельному поддержанию пациентом своего существования в условиях хронической болезни. Шкала включает в себя 6 пунктов и общий балл:

1. Активность и целенаправленность деятельности.
2. Способность к продуктивной коммуникации.
3. Способность строить функциональную социальную сеть.
4. Способность больного эффективно взаимодействовать с врачом (медицинская конвенциональность).
5. Способность заботиться о себе.
6. Социальные навыки.

В исследовании использовались психометрические шкалы: PANSS (шкала оценки позитивных и негативных симптомов), NSA (шкала оценки негативных симптомов), CGI (шкала общего клинического впечатления), PSP (шкала личного и социального функционирования), EQ (опросник качества жизни).

Все статистические вычисления были проведены с помощью компьютерной программы SPSS Statistics 19.

**Результаты и обсуждение.** Исследование внутренней согласованности. Коэффициент альфа Кронбаха = 0,93. При корреляционном анализе (коэффициент Спирмена) были обнаружены высокие коэффициенты корреляции всех пунктов шкалы с суммарным баллом (от 0,77 до 0,88,  $p < 0,01$ ). Данные результаты свидетельствуют о высокой внутренней согласованности шкалы [Анастаси А., 1982].

Исследование конвергентной и дискриминантной валидности.

Для определения конвергентной и дискриминантной валидности мы определили корреляции всех пунктов шкалы автономии со всеми пунктами остальных шкал, использованных в исследовании, которые измеряют как близкие конструкты (PSP, EQ), так и совершенно другие (PANSS, NSA, CGI).

Суммарный балл шкалы автономии имел средние значения корреляционных связей с показателями шкал, отражающих наличие негативной симптоматики у пациентов: N4 (пассивно-апатическая социальная отгороженность) – ( $r = -0,50$ ), PANSS Neg ( $r = -0,57$ ), CGI Neg ( $r = -0,57$ ). Также обнаружен средний показатель коэффициента корреляции суммарного балла шкалы автономии с показателем G13 (расстройство воли) ( $r = -0,466^{**}$ ).

Также обнаружены значимые ( $p < 0,05$ ) корреляционные связи средней силы суммарного балла шкалы автономии с четырьмя показателями шкалы PSP – самообслуживание ( $r = -0,55$ ); отношения с близкими и прочие социальные отношения ( $r = -0,53$ ), социально полезная деятельность, включая работу и учебу ( $r = -0,49$ ), и с итоговым баллом PSP – уровень функционирования ( $r = 0,49$ ). Слабая или очень слабая корреляционная связь показателей шкалы автономии с остальными показателями психометрических шкал, использованных в исследовании (PANSS, NSA, CGI, EQ), указывает на хорошую дискриминантную валидность шкалы автономии.

**Факторный анализ.** Факторный анализ сначала 14 факторов. Мы решили уменьшить количество факторов до 6, так как теснота взаимосвязи остальных факторов с отображаемыми переменными находится в пределах от 0 до 0,3 и вклад дисперсии в факторы составил около 2 %. Также пункт «суммарный балл шкалы автономии», интересовавший нас прежде всего в соответствии с задачами исследования, имел тесную взаимосвязь ( $0,151 < r < 0,717$ ,  $p < 0,05$  только с 6 факторами из 14. Выделился один отдельный (генеральный) фактор, включающий пункты шкалы автономии и некоторые другие переменные, его можно назвать собственно «автономия», т.к. наиболее высокие нагрузки имеют переменные шкалы автономии.

Таким образом, шкала автономии показала высокую внутреннюю согласованность, так как все пункты вошли в один фактор. Она отчетливо отделилась от большинства остальных шкал, которые вошли в другие факторы. Ее содержание (оценка функции) противоположно содержанию большинства шкал, оценивающих выраженность психопатологической и общей патологической симптоматики (оценка дисфункции).

**Выводы.** Исследование установило высокую внешнюю валидность шкалы автономии, так как были обнаружены достоверные, статистически значимые различия средних значений суммарного балла шкалы автономии

у пациентов и здоровых испытуемых. Это свидетельствует о дифференцирующей способности шкалы и ее адекватности для характеристики самостоятельного поведения больных шизофренией. Шкала автономии соответствует основным психодиагностическим требованиям, является новым психометрическим инструментом, измеряющим отдельную способность, не сводимую ни к качеству жизни, ни к другим аспектам социального функционирования.

УДК 616.89

**Образцова В.С.<sup>1,2</sup>, Шуненков Д.А.<sup>3,4</sup>, Ениколопов С.Н.**

**Взаимосвязь гелотофобии и самостигматизации у пациентов с психическими заболеваниями и с повреждениями головного мозга**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБНУ ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии, Москва, РФ;

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО ИвГМА, Иваново, РФ;

<sup>4</sup>ОБУЗ «ОКПБ «Богородское», Иваново. РФ

e-mail: vobraztsova@fnkcr.ru,

e-mail: voksined@yandex.ru,

e-mail: enikolopov@mail.ru

**Введение.** Болезни и травмы изменяют привычные условия жизни и как следствие – качество и стиль жизни. Сможет или не сможет адаптироваться человек к этим измененным условиям, во многом зависит от личности в целом [Порохина Ж.В., 2004]

Поскольку расстройства психики вследствие психических заболеваний или органических повреждений головного мозга (ГМ) влекут за собой значительные изменения в сфере чувств, мышления и поведения, то чувство юмора также претерпевает значительные изменения и нарушения, и даже может оказывать дезадаптирующее влияние. Исследований нарушения чувства юмора при психических заболеваниях и после повреждения ГМ до сих пор крайне мало, хотя многие авторы подчёркивают их актуальность в виду наличия таких общих черт, как депрессивные и травматичные переживания в обоих случаях. В последние годы всё чаще говорят о таком феномене, как гелотофобия, которое характеризует это отношение. Гелотофобией был назван патологический страх казаться смешным. [Иванова Е.М. и др., 2016]. Самостигматизация же может вносить значительный вклад в развитие паранойяльных тенденций личности и подозрительности к оценке окружающих, в частности в форме смеха.

Стигматизацией называют предвзятое отношение к человеку, связанное с телесными, социальными или психологическими причинами. Самостигматизацией называют реакцию самого пациента на заболевание и статус в обществе [Link, 1997]. Самостигматизация как адаптация личности к заболеванию и связанных с ним изменений жизненных стереотипов естественна и закономерна. Однако, при нарушении адекватного представления о болезни, самостигматизация превращается в деструктивный процесс, одним из возможных последствий которого является нарушение социальной адаптации.

В силу того, что данные нозологические группы ранее изучались изолированно друг от друга, становится актуальным изучение гелотофобии во взаимосвязи с самостигматизацией у психиатрических и неврологических пациентов.

**Целью** данного исследования являлось изучение гелотофобии, а также ее взаимосвязь с выраженностью самостигматизации у психиатрических и неврологических пациентов в сравнении.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие пациенты ФНКЦ РР (Т90, I69 по МКБ-10) (N=23), перенесшие повреждения ГМ (в ясном сознании), пациенты с расстройствами невротического уровня (РНУ) без когнитивного снижения (F40-F48) (N=19) и группа пациентов с эндогенными, преимущественно аффективными, расстройствами (F25, F30-F39 по МКБ-10), находящихся на лечении в НЦПЗ (N=14) обоего пола в возрасте от 18 до 45 лет (Me=31). Всего было обследовано 56 пациентов.

С пациентами велась предварительная беседа, а также проводились методики на определение отношения к юмору и смеху (PhiPhiKat 30) [Стефаненко Е.А. и др., 2016] и степень выраженности самостигматизации (ISMI-9) [Hammer, J.H., Toland, M.D., 2014].

Для статистической обработки использовалась программа Statistica 10, MS Excel 2013. Были использованы непараметрические методы (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Краскела-Уоллиса и U-критерий Манна-Уитни с поправкой на множественные сравнения).

**Результаты.** При анализе исследуемых групп с помощью критерия Краскела-Уоллиса были выявлены значимые различия в уровнях гелотофобии ( $p=,0015$ ) и самостигматизации ( $p=,0214$ ), при этом гелотофобия в группе пациентов с аффективными расстройствами значимо выше ( $U=57$ ,  $p=0,000$ ), чем в группе неврологических пациентов: у неврологических пациентов средний уровень гелотофобии (1,21–2,43) встречается у 52 %, высокий у 13 % и низкий уровень у 34 % пациентов, что, тем не менее, существенно выше, чем в норме. У эндогенных больных в 57 % случаев выявляется средний уровень, а в 43 % – высокий. Это может говорить о том, что в отличие от других подгрупп, у данных пациентов присутствует критика к своему со-

стоянию и имеется повышенный уровень тревожности, в связи с чем появляется страх, что над ними могут смеяться. Стоит отметить, что пациенты с РНУ значимо не отличались от других 2-х подгрупп по анализируемым показателям. Они характеризовались наличием в основном среднего уровня гелотофобии (78,9 %), у 21,1 % выявлен высокий уровень.

По уровню самостигматизации также были выявлены значимые различия. Значение данного параметра также выше в группе пациентов с аффективными расстройствами, чем в группе пациентов с повреждениями ГМ ( $U=77$ ,  $p=0,007$ ). Пациенты с аффективными расстройствами эндогенного характера имеют низкий уровень самостигматизации в 29 % случаев, умеренный уровень – в 43 %, высокую степень в 21 %, а в 7 % наблюдалась выраженная степень самостигматизации, а у пациентов с повреждениями ГМ в 78 % выявлялся низкий уровень, умеренный – в 9 % и устойчивый – в 13 % случаев. Такое распределение может говорить о том, что у группы неврологических пациентов в большей степени сохранна критика к своему состоянию, а значит адекватное восприятие себя и своей болезни. 68,4 % лиц с РНУ продемонстрировали низкий уровень самостигматизации, 31,6 % – умеренный, что, однако, значимо не отличалось от других подгрупп.

Наличие самостигматизации и гелотофобии можно объяснить тем, что у пациентов с аффективными расстройствами преобладает депрессивный синдром, который тесно связан с повышенной тревожностью, что приводит к переживаниям по поводу отношения к ним общества.

Важным обнаружением явилась связь гелотофобии и самостигматизации ( $r=0,35$ ,  $p \leq 0,05$ ). Это можно объяснить тем, что эти два показателя связаны с отношением к себе, к своей болезни, причем данная связь оказалась статистически значимой только в группе больных эндогенными аффективными заболеваниями ( $r=0,6$ ,  $p \leq 0,05$ ). Можно предположить, что это связано с социальной дезадаптацией в силу тяжести психического заболевания.

Результаты исследования также показали небольшую обратную зависимость самостигматизации от возраста ( $r=-0,28$ ,  $p \leq 0,05$ ) – чем моложе пациент, тем более выражена у него самостигматизация. Это может объясняться тем, что молодые люди особенно чувствительны к восприятию окружающих. Зависимости гелотофобии от возраста выявлено не было.

**Заключение.** Исследование показало значимые различия в уровне гелотофобии и самостигматизации у пациентов данных нозологий. Было выявлено, что у пациентов с аффективными расстройствами уровень самостигматизации и гелотофобии выше, чем у пациентов с повреждениями ГМ и пациентов с РНУ. Была обнаружена взаимосвязь гелотофобии и самостигматизации, что может объясняться причастностью этих двух показателей

к отношению к себе, к своей болезни, однако, данный феномен был выявлен только в группе пациентов с аффективными расстройствами, что может говорить об их большей социальной дезадаптации, чем у других пациентов. Данная связь наиболее выражена в группе больных эндогенными аффективными заболеваниями, в отличие от других групп, где она оказалась статистически не значимой, что говорит о различии психологических механизмов в этих группах, которые требуют дальнейшего анализа.

### **Список литературы**

1. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Стефаненко Е.А. Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2016. № 2 (83). С. 167–181.
2. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (На примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. М., 2004. 183 с.
3. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat для подростков // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 4. С. 61–74. doi: 10.17759/pse.2016210406.
4. Hammer, J.H., & Toland, M.D. (in press). Internal Structure and Reliability of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI-29) and Brief Versions (ISMI-10, ISMI-9) among Americans with Depression. *Stigma and Health*. doi: 10.1037/sah0000049.
5. Link B.G., Struening E.L., Rahav M., et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38, 177–190.

УДК 616.89-02

**Омельченко М.А.<sup>1</sup>, Воловик Д.Д.<sup>2</sup>, Иванова Е.М.<sup>1,2</sup>**

**Аспекты эмоционального реагирования и эмоциональной экспрессии у больных из группы риска по шизофрении**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, РФ  
e-mail: [omelchenko-ma@yandex.ru](mailto:omelchenko-ma@yandex.ru)

**Актуальность.** В настоящее время фокус внимания исследователей сместился на проблему первичной профилактики психических расстройств, и особенно шизофрении. Известно, что уже на доманифестном этапе



возникают первые признаки заболевания, своевременное распознавание которых может способствовать раннему назначению терапии и уменьшению степени прогрессивности процесса [Fusar-Poli P. et al., 2017]. Особым значением для ранней диагностики обладает уровень социального функционирования пациента, который тесно связан со способностью понимать эмоциональные состояния других людей и выражать свои собственные эмоции. Известно, что пациенты с шизофренией в меньшей степени способны к мимической экспрессии аффективных реакций, а также характеризуются дефицитом в распознавании эмоций [Vargin K. et al., 2010]. При этом снижение эмоциональной экспрессивности не зависит от стадии болезни и проявляется уже на ранних её этапах, до формирования развернутой клинической картины [Chesnko N. et al., 2016]. Одним из критериев сохранности эмоциональной сферы является способность адекватно реагировать на юмор; и её снижение также может выявляться на инициальных стадиях заболеваний [Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., 2009].

**Цель.** Исследование особенностей эмоционального реагирования и эмоциональной экспрессии при восприятии юмора у больных из группы риска по шизофрении.

**Материал и методы.** Исследовано две группы пациентов юношеского возраста (18–24 года), ( $M=19,6$  лет,  $SD=2,04$ ), госпитализированных в клинику ФГБНУ в 2017–2018 гг.: 1 группа (16 пациентов) – с непсихотическими психическими расстройствами (первичные диагнозы по МКБ-10: F31; F32; F33; F60; F21), относящиеся к группе риска по шизофрении, с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) в структуре ведущего синдрома [Каледа В.Г. с соавт., 2017]; 2 группа (16 пациентов) – с первыми психотическими эпизодами юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП), с диагнозами F20; F25. Все больные обследовались на этапе становления ремиссии после редукции психопатологических расстройств при выписке из стационара.

Контрольная группа: 30 человек условно здоровых со сходными социально-демографическими и возрастными характеристиками ( $M=23,9$  лет,  $SD=5,2$ ).

Пациентам последовательно демонстрировался стимульный материал, представляющий собой короткие видеоролики, продолжительностью 3 минуты: 1) комический ролик, направленный на формирование положительных эмоций и чувства смешного и 2) нейтральный по эмоциональному содержанию ролик. Эмоциональная экспрессия оценивалась как «отсутствие реакции», «улыбка», «усмешка», «смех», «хохот». После просмотра каждого ролика участникам предлагалась анкета со списком эмоций (радость, восторг, горе, тревога, грусть, страх, гнев, безразличие, стыд, отвращение),

которые требовалось оценить по степени интенсивности. До и после просмотра комического видеоролика измерялась ситуативная тревожность по шкале Ч.Д. Спилбергера.

Результаты анализа по критерию Уилкоксона показали, что в контрольной группе испытуемые значимо чаще улыбались, усмехались и смеялись при восприятии комического ролика в сравнении с нейтральным ( $p=0,000$ ,  $p=0,000$ ;  $p=0,003$  соответственно), что позволило сделать вывод о валидности стимульного материала.

**Результаты и их обсуждение.** В отличие от контрольной группы, экспрессивные смеховые реакции всех обследованных пациентов были значительно более бедными: различия между каждой из клинических групп и контрольной по количеству улыбок, усмешек и смеха при просмотре комического ролика статистически значимы ( $p<0,05$ ). При этом различий между клиническими группами не выявлено.

Сравнение средних по критерию Уилкоксона показало, что если у здоровых испытуемых наблюдались значимые различия между нейтральным и комическим роликом по всем видам смеховых реакций, то у пациентов – только по улыбкам ( $p=0,005$  для группы риска по шизофрении и  $p=0,011$  для группы шизофрении).

При анализе эмоциональных реакций сравнение средних по критерию Уилкоксона показало, что в контрольной группе комический ролик ожидаемо вызывал значимо больше радости ( $p=0,000$ ) и восторга ( $p=0,000$ ), а также грусти ( $p=0,041$ ), в группе риска по шизофрении значимых различий не было вовсе, а в группе шизофрении комический ролик вызывал значимо больше восторга ( $p=0,027$ ) и меньше безразличия ( $p=0,031$ ).

Сравнение средних по критерию Уилкоксона показало значимое повышение ситуативной тревожности после просмотра комического ролика (СТ2) в сравнении с тревожностью, измеренной до предъявления комического ролика (СТ1) у пациентов из группы риска по шизофрении ( $p=0,010$ ) и группы шизофрении составила ( $p=0,001$ ). Напротив, в контрольной группе различий не наблюдалось.

У пациентов обеих клинической группы, по сравнению со здоровыми испытуемыми, по критерию Манна-Уитни были также выявлены статистически значимые различия по параметру «личностная тревожность» ( $p=0,001$ ). Однако межгрупповых различий не выявлено.

Полученные данные согласуются с современными представлениями об эмоциональной сфере больных при шизофрении, когда нарушение эмоционального компонента является одним из основных проявлений шизофренического дефекта.

**Выводы.** Результаты анализа показали, что больные из группы риска по шизофрении и пациенты с первым приступом ЮЭПП отличаются эмоциональной уплощенностью при восприятии юмора, которая становится более заметной к моменту манифестации психоза.

#### **Список литературы**

1. Fusar-Poli P., McGorry P., Kane J. Improving outcomes of first episode psychosis: an overview // *World Psychiatry*. 2017, 16(3): 251–26.
2. Varcin K, Bailey P, Henry J. Empathic deficits in schizophrenia: the potential role of rapid facial mimicry // *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2010; 16: 621–629.
3. Chcenko N., Pagel A., Otte E., Koch I., Habel U. Intact rapid facial mimicry as well as generally reduced mimic responses in stable schizophrenia patients // *Front Psychol* 2016; 7: 773.
4. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Психопатология и чувство юмора // *Современная терапия психических расстройств*. 2009. – № 1. – С. 19–24.
5. Каледа В.Г., Омельченко М.А., Румянцев А.О. Психотический риск в юношеском возрасте *Психиатрия и психофармакотерапия*. Т. 19, 2017, № 2. С. 27–33.

УДК 616.89-039.5-053.6

**Семакина Н.В., Злоказова М.В.**

### **Анализ результатов скрининг-анкетирования подростков при проведении профилактических психиатрических осмотров**

*Кировский государственный медицинский университет, Россия  
e-mail: kf28@kirovgma.ru*

**Актуальность.** Сохранение психического здоровья молодого поколения является приоритетным направлением профилактической медицины, для эффективного развития которого в последние годы Минздравом России проделана большая работа по внедрению в профилактические осмотры несовершеннолетних обязательных ежегодных психиатрических осмотров подростков с 15 до 17 лет (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. N 514н). За последние 20 лет отмечается рост заболеваемости психическими расстройствами в подростковом возрасте на 29,1 %, в структуре которой большая доля 72,6 % – приходится на непсихотические расстройства [Макушкин Е.В., 2016]. Актуальной остается проблема подростковых суцидов, аддиктивного (зависимого) и девиантного (асоциального, криминального) поведения, представляющих национальную угрозу

безопасности для подрастающего поколения [Лебедев М.А., Палатов С.Ю., 2013].

Важной задачей психиатрического профилактического осмотра является превентивное выявление донозологических признаков (предболезненных состояний) высокой тревоги, субдепрессии, агрессии, астенических и невротических предикторов, которые под воздействием внешних психосоциальных неблагоприятных триггеров (стрессы, конфликты, высокие школьные нагрузки, неправильное воспитание) могут трансформироваться в психические расстройства.

В связи с тем, что рутинные профилактические осмотры проводятся в условиях ограниченного времени выявить широкий спектр скрытых донозологических состояний часто не представляется возможным, поэтому нами предложено проведение дополнительного скрининг-анкетирования подростков и их родителей для выявления ранних психопатологических признаков психических расстройств с целью дальнейшей коррекции [Семакина Н.В, Злоказова М.В., 2017].

**Цель** – анализ результатов скрининг-анкетирования подростков для выявления донозологических признаков пограничных психических расстройств при проведении профилактического осмотра.

**Материал и методы.** Было обследовано 114 подростков учащихся 8–10 классов общеобразовательных школ №8, 40, 71, 73 г. Кирова, из них мальчиков 64 чел. (56,1 %), девочек – 50 чел. (43,9 %), средний возраст –  $14,5 \pm 0,68$  лет. В исследование включались подростки при наличии информированного согласия их родителей и добровольного согласия самого подростка. Для получения дополнительной информации в анкетировании принимали участие родители подростков. В исследовании были использованы методы: клинический (анамнестические сведения, психиатрический осмотр подростков), психодиагностический с использованием скрининг-анкеты для подростков и их родителей на выявление донозологических признаков психических расстройств у подростков, статистический (описательная статистика).

**Результаты и обсуждение.** При клиническом исследовании в процессе профилактического осмотра подростков были выявлены признаки акцентуаций характера у 5 чел. (4,4 %), из них импульсивный тип (возбудимость, конфликтность) – 2 чел. (40,0 %); ананкастный (тревога, неуверенность, сомнения, ожидание неудач) – 2 чел. (40,0 %); шизоидный (замкнутость, малообщительность, погруженность в свои увлечения) – 1 чел. (20,0 %); субдепрессии (преобладание пониженного фона настроения, безразличие к учебному процессу и общению со сверстниками) – 4 чел. (3,5 %); тревожного расстройства (тревога и лабильность эмоций на фоне нарушенных

взаимоотношений со сверстниками, страх и избегание новых контактов) – 3 чел. (2,6 %); астении (психическая утомляемость, эмоциональная лабильность, головные боли после волнения и умственных нагрузок на протяжении более 6 мес.) – 3 чел. (2,6 %); пограничной интеллектуальной недостаточности (низкая общая осведомленность, неуспеваемость по основным предметам, трудности установления причинно-следственных связей – 3 чел. (2,6 %); нарушения активности и внимания (гиперподвижность, выраженная отвлекаемость, несдержанность в высказываниях, несоблюдение дистанции при общении) – 1 чел. (0,9 %). Соматические заболевания имели 28 чел. (24,6 %), среди которых гастрит диагностирован у 9 чел. (32,1 %), аллергический дерматит – 8 чел. (28,6 %), нарушения зрения – 5 чел. (17,9 %), бронхиальная астма – 4 чел. (14,3 %), эндокринные расстройства – 2 чел. (7,1 %).

По результатам скрининг-анкетирования подростков и их родителей по блоку вопросов на наличие эмоциональных нарушений, составленных на основе шкал тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ханина, агрессивности А. Басса и А. Дарки, депрессии М. Ковач, у школьников были отмечены признаки тревоги (беспокойство, предчувствие неприятностей, сомнения в принятии решений, волнение за возможные неудачи) у 63 чел. (55,3 %); агрессии (злость, обида, раздражение, вербальная и физическая агрессия в ответ на оскорбления и несправедливость, отказ от выполнения просьб и споры при несогласии с мнением взрослого, борьба за свои права) – 58 чел. (50,8 %); субдепрессии (длительные состояния грусти, отсутствие радости от происходящих событий, ощущение одиночества, нарушения засыпания, неуверенность и пессимизм) – 51 чел. (44,7 %).

По блоку вопросов на выявление характерологических особенностей, составленных по шкалам опросника Г. Шмишека, была выявлена склонность к застреванию аффекта (упорство и отстаивание своего мнения, обидчивость и злопамятность) у 99 чел. (86,8 %); циклотимность (резкие беспричинные перепады грусти и радости в течение дня) – 77 чел. (67,5 %); демонстративные признаки (стремление быть лучшим среди сверстников, привлечь внимание, к признанию и уважению) – 61 чел. (53,5 %); возбудимости (беспричинное раздражение, конфликты с детьми и взрослыми) – 48 чел. (42,1 %).

По опросу родителей на выявление социальной дезадаптированности, невротических и соматических симптомов из опросника Л. Стотта были отмечены: признаки «ухода в себя» (замкнутость, изолированность от детей, скрытность со сверстниками и взрослыми) – 34 чел. (29,8 %); психосоматических симптомов (головные боли и головокружения после эмоционального напряжения, диспепсические нарушения не связанные с приемом пищи, приступы сердцебиения и потливости при волнении) –

36 чел. (31,6 %); невротических расстройств – 25 чел. (21,9 %) (патологические навязчивые действия – 17 чел. (68,0 %), тики – 7 чел. (28,0 %), заикание – 1 чел. (4,0 %).

Признаки астении (быстрая утомляемость, умственное напряжение в школе, разбитость по утрам, раздражительность) были обнаружены у 39 чел. (34,2 %).

Признаки аддиктивного поведения были отмечены симптомами интернет-зависимости (проводят в интернете больше 3 часов в сутки, нервничают при отсутствии интернета, подолгу не спят) у 73 чел. (64,0 %), пищевыми аддикциями – 13 чел. (11,4 %) (переедание при волнении – 3 чел. (23,1 %), соблюдение диеты чтобы похудеть – 10 чел. (76,9 %), привычкой курения электронных сигарет – 2 чел. (1,8 %).

При сравнении результатов психиатрического профилактического осмотра и психолого-психопатологического скрининг-анкетирования подростков оказалось, что профилактический клинический осмотр подростков позволяет выявить лишь явные проявления психопатологических состояний, тогда как использование дополнительного скрининг-анкетирования значительно повышает выявление донозологических симптомов ПР, таких как тревога, агрессия, возбудимость, субдепрессия, астения, «уход в себя», признаков формирования интернет-зависимости, психосоматических расстройств, пищевых аддикций и субкомпенсированных невротических симптомов, что позволяет обоснованно разрабатывать тактику психопрофилактических мероприятий и рекомендаций для родителей.

**Выводы.** Таким образом, анализ результатов показал, что рутинное профилактическое психиатрическое обследование имеет низкую эффективность выявления ранних донозологических психопатологических состояний у школьников по сравнению с данными полученными при проведении скрининг-анкетирования.

Поэтому мы считаем, что для повышения эффективности выявления у подростков ранних симптомов пограничных психических расстройств необходимо включить в профилактические психиатрические осмотры декретированных групп несовершеннолетних скрининг-анкетирование для дальнейшей разработки психопрофилактических мероприятий.

#### **Список литературы**

1. Макушкин Е.В. Тенденции развития детской психиатрии в контексте задач превентивной медицины. Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.). М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.Б. Сербского» Минздрава России. 2016: 255–258.

2. Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Предболезненные пограничные психические расстройства в подростковом и молодом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2013; (10): 18–22.

3. Семакина Н.В, Злоказова М.В. О необходимости разработки скрининг-тестов для выявления донозологических форм психических и аддитивных расстройств у подростков. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017; 17(2): 216–217.

УДК 616.89-02-084

***Симашкова Н.В.<sup>1</sup>, Иванов М.В.<sup>1</sup>, Козловская Г.В.<sup>1</sup>,  
Макушкин Е.В.<sup>2</sup>, Шарлай И.А.<sup>3</sup>***

**Предварительные результаты эпидемиологического скрининга риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста в России (данные за 2017 г.)**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: simashkovanv@mail.ru

<sup>2</sup>ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России,  
Москва, Россия

<sup>3</sup>Минздрав России, Москва, Россия

В России планомерно формируется национальная политика в области психического здоровья детей и подростков, активно развивается институт внештатных детский специалистов психиатров. Минздравом России отмечается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов, вследствие психических заболеваний, путем предотвращения развития психических расстройств и нарушений развития начиная с детского возраста [Макушки Е.В. с соавт., 2015].

Многими исследователями отмечается необходимость создания системы ранней детской психиатрической помощи и введения первичного скрининга общей детской популяции на предмет выявления риска возникновения нарушений психического (психологического) развития.

**Цель исследования.** Под эгидой Минздрава России в 2015 г. был запущен пилотный проект в трех крупнейших регионах России (Волгоградская, Новосибирская и Челябинская области), обследование было сфокусировано на выявление риска возникновения расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в возрасте до 2 лет [Иванов М.В. с соавт., 2018a]. В 2017 г. Минздравом России запущен второй этап пилотного проекта в девяти крупнейших регионах, целью проекта является скрининг (первичное выявление)

детей раннего возраста общей популяции в возрасте от 1,5 до 4 лет, имеющих риск возникновения нарушений психического развития разного генеза (включая донозологические состояния).

**Материал и методы.** Исследование проводилось в два этапа:

I этап – обследование проводилось методом сплошного эпидемиологического скрининга в учреждениях первичного звена здравоохранения, педиатрами с привлечением смежных специалистов (неврологи, клинические психологи), а также волонтеров (студенты-медики). Инструментом обследования являлась скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста [подробнее об анкете см. Иванов М.В. с соавт., 2018б].

II этап – консультация врача-психиатра (клиническая диагностика по критериям МКБ-10).

Анкету заполняли родители (или законные представители) детей в возрасте 18–48 месяцев жизни. Родители были вправе отказаться от анкетирования.

Родителям детей, которые по результатам анкетирования вошли в группы риска по возникновению нарушений психического развития, рекомендовали проходить профилактическую консультацию у врача-психиатра в динамике не реже 1 раза в 6 мес. (консультация осуществлялась на добровольной основе в соответствии с российским законодательством).

В соответствии с медицинскими стандартами в целях первичной верификации диагноза и определения дальнейшего маршрута ведения больного обследование детей раннего возраста (до четырех лет) должно проводиться шадящими методами в амбулаторных условиях, в ряде случаев допускается обследование ребенка в стационарных условиях, работающих по программе «мать-дитя».

**Результаты.** В 2017 году проанкетировано 329424 родителя детей в возрасте 18–48 месяцев жизни. По предварительным данным группу риска возникновения нарушений психического развития составило 51325 детей (155:1000). Под риском возникновения нарушений психического развития понимается донозологическое состояние, в полной мере не отвечающее клиническим критериям болезни. Данное состояние может длиться несколько лет и со временем перейти как в болезнь, так и в практическое здоровье.

Часть детей группы риска возникновения психической патологии на добровольной основе проконсультированы врачом-психиатром (23158 случаев). У 3585 детей (11:1000) выявлены выраженные клинические нарушения, квалифицированные по МКБ-10 (F70-79; F80-83; F84; F90-98, а также F20.8xx3). В настоящее время исследование продолжается, производится обобщение данных по регионам за 2017–2018 гг.



По предварительным данным можно заключить, что с увеличением возрастного охвата детей общей популяции увеличилась группа риска, а также увеличилась и выявляемость клинически выраженных психических расстройств. Так, например, встречаемость РАС у детей в возрасте до 2 лет составляла 0,5:1000 (данные 2016 г.) [Иванов М.В. с соавт., 2018а], а в возрасте до 4 лет 1,8:1000 (данные 2017 г.).

Проведение скрининга детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением профилактической (донозологической) медицины, позволяющим выявлять начальные симптомы психической патологии и создавать возможность уже на ранних этапах определять детей группы риска и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий специализированной помощи, как психогигиенической, психопрофилактической, так и лечебно-коррекционной, что позволит своевременно принять меры для предотвращения развертывания заболевания или утяжеления психического состояния у ребенка.

#### **Список литературы**

1. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4 (68). С. 5-11.
2. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Макушкин Е.В. Эпидемиология риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16–24 месяцев жизни (данные по России за 2015–2016 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018. № 118 (5). С. 12–19. DOI: 10.17116/jnevro20181185212
3. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М., 2018. С. 212–221.

УДК 616.85.89

*Солохина Т.А., Митихин В.Г.*

## **Развитие концептуальной модели психосоциальной реабилитации на основе системно-ориентированного подхода**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: Solokhina Tatiana <tsolokhina@live.ru>  
Вячеслав Митихин <mvg45@mail.ru>*

**Актуальность.** В настоящее время психосоциальная реабилитация вместе с психофармакотерапией и психотерапией рассматриваются в качестве дополняющих друг друга терапевтических стратегий. Роль психосоциальной реабилитации особенно возрастает при деинституциализации психиатрической помощи, сопровождающейся развитием внебольничных форм помощи, вовлечением в ее оказание социальных служб, общественных организаций, объединений пациентов и их родственников. Несмотря на то, что проблеме психосоциальной реабилитации посвящена многочисленная литература, потенциал ее развития, особенно в концептуальном и методологическом плане, полностью не исчерпан. Модель психосоциальной реабилитации на основе системно-ориентированного подхода, предложенная отделом организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ [В.С. Ястребов и соавт., 2008, 2016], в последнее десятилетие получила развитие и была внедрена в психиатрических учреждениях и общественных формах помощи.

**Цель публикации** – представить особенности разработанной концептуальной модели психосоциальной реабилитации, ее развитие и направления реализации ее идей.

**Материалы и методы.** Теоретические и методические разработки отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ. В работе использовался аппарат системного анализа и метод анализа иерархий.

**Результаты.** В концептуальной модели на основе системно-ориентированного подхода психосоциальная реабилитация рассматривается как целостная, иерархически организованная, построенная на принципах обратной связи динамическая система, реализуемая на индивидуальном (пациент), микросоциальном (семья пациента), институциональном (формы помощи, специалисты) уровнях, а также на уровне государства и общества.

Теоретико-методологические основы разработанной модели базируются на: биопсихосоциальной парадигме психических расстройств, обуславливающей усиление внимания к психосоциальным факторам, участвующим в формировании и динамике психических расстройств, а также влияющим на ресурсный потенциал пациента; диатез-стрессовом понимании

механизмов психических расстройств; теории функциональных систем [Берталанфи Л., 1973] с множеством взаимодействующих подсистем биологического, поведенческого и психического уровней, что определяет необходимость целостной оценки состояния пациента, включающей клинико-биологические, психологические и социальные характеристики; концепции общественно-ориентированной психиатрии; системном анализе и методе анализа иерархий.

С учетом указанных теоретико-методологических принципов разработанная концептуальная модель предусматривает определение присущих участникам каждого уровня, на котором осуществляются психосоциальные вмешательства, свойственных им характеристик, постановку соответствующих целей и задач, выявление факторов формирования эффективной в современных условиях психосоциальной помощи, обоснование критериев оценки ее эффективности (частных и интегрального), определение приоритетов развития.

При внедрении разработанной модели на индивидуальном и микросоциальном уровнях проведена оценка широкого спектра клинических, психологических и социальных характеристик больных шизофренией (более 300 пациентов) и членов их семей (более 400 родственников пациентов). С учетом полученных сведений определены цели реабилитации и мишени воздействия: у пациентов – личностные аномалии, самостигматизация, низкие мотивация и комплаенс, нарушенные навыки; у родственников пациентов – деструктивные семейные отношения, психологическая дезадаптация, стигматизация, низкая приверженность лечению; выявлены потребности пациентов и членов их семей; разработаны и внедрены технологии оказания им психосоциальной помощи.

На институциональном уровне, предусматривающем проведение психосоциальной реабилитации, осуществлена оценка эффективности реабилитационной работы, в том числе, в условиях общественной организации, показана эффективность психосоциальных вмешательств в последней [В.В. Ястребова, Т.А. Солохина, 2018]. На этом уровне важным являлось углубленное социально-психологическое изучение характеристик специалистов (300 специалистов), что позволило выявить особенности функционирования и взаимодействия различных профессиональных групп, определить мишени воздействия, к которым относятся стрессоустойчивость персонала, его эмоциональное состояние, компетентность в профессиональном и межличностном общении, а также разработать формы психологической помощи работникам службы и оценить их эффективность.

Задачи государства определены на основе изучения социально-экономических последствий нарушения психического здоровья, состояния

юридической, финансовой, социальной защищенности пользователей психиатрической помощи, а их решение связано с уменьшением существующих диспропорций.

На уровне общества проводилась работа, направленная на повышение информированности населения о психиатрии и психическом здоровье, дестигматизацию психически больных лиц.

**Выводы.** Проведенные исследования показали перспективность использования системно-ориентированной модели психосоциальной реабилитации, учитывающей современные стратегии, интересы всех вовлеченных в реабилитационный процесс сил, а также совокупность актуальных факторов и их иерархию.

#### **Список литературы**

1. *Берталанфи Л. фон.* История и статус общей теории систем // Системные исследования. Ежегодник. – М., 1973. – С. 20–36.

2. *Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И.* Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.

3. *Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Митихина И.А.* Научные основы организации психиатрической помощи: решение практических задач в рамках приоритетных исследований организации психиатрической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 12. – С. 4–12.

4. *Ястребова В.В., Солохина Т.А.* Клинико-социальные и психологические аспекты реабилитационной работы в общественной организации: оценка эффективности // Психиатрия. – 2018. – № 79 (3). – С. 52–61.

УДК 616.98:578.828ВЛ:616.89-008.1

*Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Гненная О.Н.*

### **Особенности непсихотических психических расстройств среди ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия признаков деструктивного поведения**

*Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», Днепр, Украина  
e-mail: gnennayolga@gmail.com*

Психическое здоровье людей, живущих с ВИЧ, а также взаимное потенцирование данной инфекции и психических расстройств – являются важными составляющими в понимании особенностей поведения

и эмоционального состояния пациентов данной категории, что дает возможность медицинским службам оказывать правильный и комплексный подход в лечении и реабилитации. Многочисленные эпидемиологические исследования указывают, что показатели психических расстройств у ВИЧ-инфицированной популяции встречаются в 1,5–8 раз чаще по сравнению с общей популяцией или неинфицированными лицами [Del Guetta F.V., 2013; Neigh G.N. и соавт., 2016]. Среди психических нарушений выделяют расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга. Осознание инфицирования ВИЧ является тяжелой психологической травмой. Оно сопровождается страхом стигматизации (исключение личности из широкого социального признания) и последующей дискриминации (ограничение прав и обязанностей) [Кадочникова Д.С. и соавт., 2015], что может отражаться на вариабельности непсихотических психических расстройств и, соответственно, формировать особенности поведения, проявляющиеся в виде различных форм деструктивного поведения.

**Цель исследования:** выявить особенности непсихотических психических расстройств среди ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия признаков деструктивного поведения.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 43 пациента с заболеваниями, вызванными ВИЧ (В20–В24 по МКБ-10), которые находились на стационарном лечении в отделении Коммунального учреждения «Днепропетровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом». Из них: 27 (62,79 %) мужчин и 16 (37,21 %) женщин. Средний возраст обследованных  $M (SD) = 38,53 (8,10)$ , средняя продолжительность ВИЧ инфекции – от 1 месяца до 20 лет и составляла в среднем 4,0 (0,5; 7,0) года –  $Me (25\%; 75\%)$ . В зависимости от пути заражения: сексуальным путем – 32 (74,42 %) пациента, парентеральным путем – 11 (25,58 %) пациентов. Обследование включало анализ первичной медицинской документации, клиничко-психопатологический метод исследования и клиничко-диагностическое интервью с использованием самостоятельно разработанной карты исследования больного.

**Результаты исследования.** Обследованные пациенты были разделены на 2 группы наблюдения в зависимости от наличия/отсутствия признаков деструктивного поведения. В основную группу, которую составили 26 (60,47 %) пациентов, вошли ВИЧ-инфицированные с проявлениями саморазрушительного поведения (злоупотребление алкоголем, наркотическими веществами) и аутоагрессии в виде суицидальных тенденций и мыслей. Группу сравнения составляли 17 (39,53 %) пациентов без признаков деструктивного поведения.

Ведущими психопатологическими синдромами у всех обследованных были астенический и астено-депрессивный синдромы, которые встречались с одинаковой частотой 13,95 % (95 % ДИ 6,56–27,26), и тревожно-депрессивный синдром, который был выявлен у 11,63 % обследованных (95 % ДИ 5,07–24,48). В то же время, в группе с признаками деструктивного поведения на первое место выступал тревожно-депрессивный синдром – 19,23 % (95 % ДИ 8,51–37,88), а в группе сравнения – астено-депрессивный 29,41 % (95 % ДИ 13,28–53,13) ( $p < 0,05$ ). Также в основной группе чаще, без статистически значимого преимущества ( $p > 0,05$ ), встречались астено-ипохондрический, ипохондрически-депрессивный, ипохондрический, апато-астенический и фобический синдромы. Данные результаты свидетельствуют о более выраженной степени расстройств адаптации среды пациентов с деструктивными формами поведения в сравнении с группой без признаков деструкции.

**Вывод.** Психическое состояние ВИЧ-инфицированных зависит от особенностей реагирования на свое заболевание и проявляется в виде снижения активности, астенизации, депрессивных и тревожных реакциях. Особенно данные расстройства выражены и распространены среди ВИЧ-инфицированных с признаками деструктивного поведения. Перспективы дальнейших исследований заключаются в изучении клинко-психопатологических, эмоционально-психологических особенностей характера и поведения ВИЧ-инфицированных в зависимости от наличия непсихотических психических расстройств с использованием более расширенного спектра экспериментально-психологических и психодиагностических методов.

### Список литературы

1. Del Guerra F.B. Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immuno-inflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways / F.B. Del Guerra et al. // *J Neuro-Virol* – 2013. – № 19. – P. 314–327.
2. Neigh G.N. PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? / G.N. Neigh, S.T. Rhodes, A. Valdez // *Neurobiol Dis.* – 2016. – № 92. – P. 116–123.
3. Кадочникова Д.С. Квалифицирующие критерии оценки тяжести вреда здоровью в случае развития психического расстройства при заражении ВИЧ-инфекцией / Д.С. Кадочникова, Д. А. Полянська, В.В. Калинин, П.В. Минаева // Судебно-медицинская экспертиза. – 2015. – № 58(1). – С. 8–12.

**Тюменкова Г.В.\*, Бедина И.А.\*\***

## **К проблеме стигматизации лиц с психическими расстройствами**

*\*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: tiumenkova@mail.ru*

*\*\*ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ», г. Москва,  
e-mail: ibedina@mail.ru*

На современном этапе развития психиатрии в условиях деинституционализации психиатрических служб, с появлением новых лекарственных форм, позволяющих контролировать клинические проявления психических расстройств, актуализируются проблемы, связанные с социализацией лиц с психическими нарушениями. Важнейшей из таких проблем является стигматизация пациентов, которая значительно ухудшает их социальную адаптацию и негативно сказывается на качестве жизни в целом. Известно, что больные, имеющие относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни [1].

Следует отметить, что душевные болезни и люди, страдающие ими, на протяжении многих веков привлекали к себе особое внимание общества. Во многом ситуация сохраняется и в настоящее время. Отечественные и зарубежные исследователи в области проблем стигматизации и дискриминации пациентов считают, что существует устойчивое мнение общества о неизлечимости психических заболеваний, опасности душевнобольных, непредсказуемости их поведения, что определяет отношение общества к лицам с психическими расстройствами. М.С. Angermeyer и соавт. (2005), проводившие выборочные исследования в Германии в 1990 и 1993 гг., пришли к выводу, что как только личности присваивается статус нуждающегося в психиатрической помощи, тут же в представлении населения вызывается стереотип чужеродности, угрозы и опасности [5].

С 2000 года борьба со стигматизацией психических больных является одним из ведущих направлений программ ВОЗ. В рамках глобальной кампании ВОЗ в России были проведены научные исследования, касающиеся феномена стигматизации, которые позволили выявить закономерности формирования указанного феномена и значимые для него факторы.

**Цель исследования** – анализ состояния проблемы стигматизации лиц с психическими расстройствами.

**Материалы и методы:** осуществлен теоретический анализ диссертационных исследований за 2005–2018 гг., посвященных проблеме

стигматизации лиц с психическими расстройствами, проведенных в РФ. Были изучены материалы, касающиеся стигматизации больных шизофренией, эпилепсией, а также аффективными и стрессовыми расстройствами.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ изученных работ выявил схожесть в критериях оценки феномена стигматизации вне зависимости от изучаемой нозологии. Исследования проводились на микросоциальном (пациент, его семья) и макросоциальном (врачи; представители профессиональных сообществ, с которыми наиболее часто контактирует пациент) уровнях. В результате исследований были определены общие целевые группы, оказывающие существенное влияние на стигматизацию пациентов с различными психическими расстройствами.

Основываясь на результатах изученных исследований, можно заключить, что стигматизируются больные с любыми психическими расстройствами, причем степень стигматизации различна и зависит от принадлежности стигматизирующего к определенной социальной группе, а также его профессии, уровня образования, возраста, личностных характеристик и опыта общения с лицами, страдающими психическими расстройствами [3].

Существенное влияние на формирование стигмы оказывают три взаимосвязанных фактора: проблема знания (невежество), проблема отношения (предрассудки), проблема поведения (дискриминация).

Изучение проблемы стигматизации лиц с психическими расстройствами имеет важное значение в реабилитации и ресоциализации больных, а также существенно влияет на качество их жизни [4]. Исследования позволили выявить социально-психологические и иные детерминанты, определить формы самостигматизации. К факторам, неблагоприятно влияющим на социальную адаптацию пациентов, относятся длительность течения и степень выраженности психических расстройств, позиция «жертвы», негативное отношение, как со стороны общества, так и со стороны сообщества пользователей психиатрической помощи [2].

**Выводы.** Феномен стигматизации оказывает влияние на больных с любой психической патологией. Социально-психологическая поддержка со стороны общества и своевременная медико-психологическая помощь лицам с психическими расстройствами являются факторами, способствующими адаптации больных в социуме. Психологическая поддержка должна быть направлена на формирование объективного отношения к болезни, а также повышения самооценки и поиск возможностей пациента.

Психообразовательные программы, ориентированные на целевые группы, широко применяются как один из важных методов психосоциальной реабилитации и лечения. Вместе с тем отсутствуют исследования, касающиеся критериев оценки эффективности результатов данного метода.



Актуальными остаются вопросы изучения степени влияния психообразования на общественные установки и отношение общества к душевнобольным, а также снижения уровня самостигматизации в сообществе пациентов.

### **Список литературы**

1. Кекелидзе З.И., Бедина И.А., Тюменкова Г.В. Реинтеграция в социум лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях// Психиатрия чрезвычайных ситуаций / Руководство в 2 томах. – М. – 2011. – С. 311–321.

2. Кекелидзе З.И., Бедина И.А., Шпорт С.В., Баева А.С., Алкеева-Костычева Е.А., Сидоров-Моисеев И.И., Цекин В.П. Клинико-социальные факторы стигматизации лиц, пострадавших при чрезвычайных ситуациях // Методические рекомендации. – М. – 2015.

3. Тюменкова Г.В. Стигматизации больных эпилепсией (клинические, медико-социальные аспекты)// Автореферат дис... кандидата медицинских наук / Гос. науч. центр соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского МЗ РФ. – М. – 2005.

4. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 6. – С. 4–10.

5. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. *Int J Soc Psychiatry*. – 2005; 51: 276–84.

## Раздел VII. ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УДК 159.98.

*Арпентьева М.Р.*

### **Психофизиологическая проблема и реабилитация**

*Кафедра теории и методики физического воспитания  
Югорский государственный университет,  
г. Ханты-Мансийск, ХМАО-Югра, Российская Федерация  
e-mail: mariam\_rav@mail.ru*

**Цель исследования** – анализ современных представлений о вариантах разрешения психофизиологической проблемы в практике помощи людям.

**Метод исследования** – теоретический анализ проблемы представлений о вариантах разрешения психофизиологической проблемы в практике помощи людям.

**Результаты исследования.** Вопрос о том, что первично – физиологические /генетические или социальные / психодуховные аспекты человеческого бытия – «психофизиологическая проблема» (поставленная в XVII веке благодаря Р. Декарту) – продолжает волновать исследователей. «Проблемное поле» современной психофизиологии включает, по отзывам ее исследователей, целый спектр направлений, от нанонейроники до сознания (А.М. Черноризов и др.). На этом пути обычным является переход от одной крайности в другую. Долгое время исследователи фокусировались на социальных и психологических аспектах, однако, в последнее время, все чаще говорят о важности интегративного подхода, например, в психофизиологических, нейробиологических и т.д. моделях. Как предполагает системная психофизиология (П.К. Анохин), психические явления должны соотноситься не с элементарными физиологическими явлениями, а с процессами их организации, функциональными системами. Функциональная система определяется обычно как динамическое равновесие взаимодействующих или совокупность взаимодействий различных органов и систем, формирующаяся для достижения приспособительного (полезного, адаптивного) для человека как индивида результата. Отечественная теория динамической локализации высших психических функций (А.Р. Лурия) при этом формировалась и развивалась в дискуссиях с двумя ведущими направлениями в решении

проблемы соотношения мозга и психики: узким локализационизмом (психоморфологическое направление, представленное работами П. Брока, К. Вернике, Ф. Галля, К. Кляйста) и эквипотенциализмом (антилокализационизмом – П. Флуранс, Ф. Гольц, К. Лешли, А. Бергсон и представители Вюрцбургской школы). Она предполагает многоэтапную иерархическую многоуровневую мозговую организацию высших психических функций. Х. Дельгадо и Е.Н. Соколов (1982, 2000, 2007) рассматривали психофизиологию как «науку о нейронных механизмах». Они предлагали сфокусироваться на уровне «нанонейроники», которая фиксирует внимание ученых на «нанообъектах», которые определяют функции нейрона на внутриклеточном уровне (например, «пресинаптические бутоны», «шипиковый аппарат» дендритов, «микротрубочки и нейрофиламенты» и геном нейрона и др.). Однако, психофизиология развивается и «вширь»: Психофизиология надеется прийти к новому пониманию старых проблем, рассматривая человека как биологическое существо» (Хэссет Дж., 1981). Современная нейробиология – «фундамент», необходимый для интеграции накопленных знаний и теорий психиатрии, неврологии, нейрохирургии и нейропсихологии. Нейробиология предназначена для создания диалога этих и смежных наук и практик, направленного на осмысление искусственного характера разделения этих дисциплин, затрудняющих оказание помощи психоневрологическим и психосоматическим больным. Современная нейробиология находится на пути интеграции знаний и теорий множества наук, в связи с этим возникает особая необходимость обозначения теоретического и практического вклада нейробиологических исследований в теорию и практику реабилитации и абилитации. Теория и практика современной реабилитации и абилитации выстраивается в рамках интегративного подхода, в котором объединяются данные биологии, медицины, психологии, социологии, педагогики, культурологии и иных наук. (Ре)абилитация как комплексный процесс восстановления утраченных или нарушенных и формирования новых (компенсирующих и замещающих или развивающих) функций и систем сегодня идет по пути, в котором большое значение придается психосоциальным факторам нарушений, совладания и преодоления заболевания / инвалидизации. Психосоциальная доктрина на Западе, а позже и в России, опирающаяся также на теоретические основы целительских и философских практик Востока, медленно, но уверенно изменяет понимание роли социальных и психологических механизмов и факторов психосоматических и психических заболеваний. Более того, она позволила «нормализовать» часть нарушений, связав их не с нейрофизиологическими, а психосоциальными нарушениями, запускающими и/или сохраняющими болезненное / измененное состояние. Однако, даже если свести все заболевания человека к психологическим

и социальным причинам, остаются ещё нейрофизиологические условия, проявления и последствия и опоры этих заболеваний. В связи с этим понятной оказывается озабоченность специалистов не только «фармагеддоном» (стремлением медицины «залечить» пациента с помощью фармакологических, физиотерапевтических, хирургических и био-технологий) но и попытками превращения психотерапевтических, социотерапевтических и смежных практик в панацею от всех болезненных и нарушенных состояний без рефлексии возможных физиологических причин, проявлений и последствий, в своего рода «психогеддон».

Особенно сложные проблемы организации эффективного и успешного взаимодействия можно обнаружить в практике и исследованиях работы с нейропсихологическими нарушениями, многие практики и теоретики отмечают в качестве важного момента сеттинга «преобразующую силу чувствовать себя в безопасности» («feeling safe») [Porges St., 2014]. Потребность в безопасности в настоящее время активно эксплуатируется в практиках помощи и обществе в целом, ради реализации стремления к защищенности пациент может приходить к специалисту снова и снова, двигаясь, вместе с ним, «по кругу». Так, в популярной нейрофизиологической теории «блуждающих нервов» (polyvagal theory), основанной на идее о том, что выбор поведения и психологический опыт диктуются «физиологическим состоянием», отмечается, что в состоянии стресса нервная система может «саботировать» способность человека понимать происходящее, соотносить факты, явления [Доринская С., 2019]. Нервная система оценивает риски и безопасность в окружающей среде автоматически и все время. Ощущение безопасности является, поэтому, относительным и зависит от состояния нервной системы. В процессе помощи нужно не столько интенсивно втягивать клиента в преобразование его смыслов и жизнедеятельности сами по себе, сколько создавать атмосферу безопасности. Деятельность «обезболивает» переживание, человек какое-то время не чувствует стресс, однако, это, по мнению Ст. Поргеса, не снимает стресс и его последствия [Porges St., 2014]. Он полагает, что люди используют деятельность и других людей, чтобы регулировать собственные психические состояния, быть человеком означает, так или иначе зависеть от другого человека. Однако, в процессе развития человек создает себе безопасные условия, создавая границы своего жизненного пространства, конфиденциальность, которая дает возможность не быть сверхбдительным и принять участие в жизненных процессах, требующих «безопасных» сред. Преобразующее личное общение требует снижения сверхбдительности. Аналогичным образом, исследования и практика сенсорного диалога как метода исцеления жизни ребенка и взрослого, по сути игнорируют два важных аспекта [Айрес, Э. Дж., 2018]:

1) развитие осуществляется как преодоление, в процессе которого субъект хотя и нуждается в силах и поддержке, но – особенно если речь идет о радикальных ценностно-смысловых преобразованиях жизнедеятельности, связанных, например, с серьезными травмами и потерями, – движется подчас вопреки выгоранию, переутомлению и переживанию опасности, 2) практическая работа по сенсорной интеграции и диалогу включает существенный пласт собственно социально-психологического взаимодействия, в рамках которого происходит «перенастройка» внутренних, нейрофизиологических процессов, как показали еще военные исследования А.Р. Лурии [Лурия А., 1948].

Поэтому попытки возвращения к «физиологической редукции» встречаются реже, чем попытки социально-психологического осмысления состояний и процессов организма. Они отражают естественное внимание ученых и практиков к фактам влияния нейрофизиологических процессов и состояний на социально-психологические процессы, к мудрости человеческого тела, чей язык стал основой создания множества телесно-ориентированных видов психотерапии и консультирования.

#### **Список литературы**

1. Айрес, Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития: с практическими рекомендациями для родителей и специалистов. – Москва: Теревинф, 2018. – 268 с.

2. Доринская С. Эта сумасшедшая психиатрия. – М.: АСТ, 2019. 352 с.

3. Лурия А. Восстановление функций мозга после военной травмы. – Москва: изд-во и тип. Изд-ва Акад. мед. наук СССР, 1948. – 236 с.

4. Porges St. Clinical insights from the polyvagal theory: the transformative power of feeling safe. – N.-Y.: W. W. Norton & Company, 2014. – 288 p.

УДК:616.89-008.441.33-06-056.83

*Ашуров З.Ш., Шин З.В.*

### **Клинические особенности социально-когнитивных расстройств у больных шизофренией и применение комплексной терапии**

*Ташкентская медицинская Академия, г. Ташкент, Узбекистан  
e-mail: aelita-mia@mail.ru*

**Актуальность.** Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения

к болезни и дезактуализации психотических переживаний. Подчеркивается, что психотерапия может потенцировать антипсихотическое действие биологических методов лечения [2, 4].

Непрерывный поиск методов восстановления когнитивных функций приводит к активному изучению не только медикаментозных, но и других, не менее важных психосоциальных путей. На сегодняшний день не вызывает сомнений, что наиболее эффективным подходом является комплексная психофармакологическая и психотерапевтическая помощь. Психосоциальные методы зарекомендовали себя как необходимая составляющая часть реабилитационного процесса и продолжают интенсивно развиваться [1, 3].

**Целью** настоящего исследования явилась изучить клинические особенности социально-когнитивных расстройств у больных шизофренией

**Материалы и методы исследования.** Для исследования были сформированы группы пациентов с диагнозом «F 20», параноидная шизофрения, проходящих курс лечения в отделениях Городской клинической психиатрической больницы, города Ташкента. Пациенты основной группы (n=102) дополнительно участвовали в тренингах когнитивного дефицита. Пациенты, вошедшие в группу сравнения (n = 48), получали только психофармакотерапию. Результаты оценивались с помощью клинической шкалы (PANSS) и экспериментально-психологических методик для оценки когнитивных процессов. Для оценки памяти использовали: заучивание 10 слов (тест Лурья А.Р., 1969); Для оценки внимания применяли тест на зрительную и моторную координацию (части А и Б) – Trail Making Test A & B (Reitan R.M., Wolfson D., 1993). Группы пациентов, болеющих от 5 до 10 лет и более, приблизительно одинаковы по численности. В группу с длительностью заболевания от 5 до 10 лет вошли 16 пациентов (33,3 %), в группу с длительностью заболевания более 10 лет – 13 пациентов (27,1 %).

**Результаты и их обсуждения.** В данном исследовании большая часть пациентов имели длительность заболевания до пяти лет. Группы с большим количеством (6–10 и более 10) ухудшений состояния, трудно купируемых и требующих частых госпитализаций, включали по шесть человек (5,9 %). В группе сравнения сохраняется идентичная тенденция. Анализ анамнестических данных показал превалирование пациентов, перенесших два-три ухудшения психического состояния за время болезни. Данные подгруппы составили 15 пациентов с тремя приступами и 12 пациентов с двумя обострениями. В остальные группы вошли восемь пациентов, перенесших четыре-пять психотических состояний, семь пациентов с одним приступом в анамнезе, четыре пациента с ухудшениями клинической картины 6–10 раз; группу перенесших более 10 обострений составили

два пациента. Распределение пациентов по типам течения шизофрении. В таблице 4 приведено распределение больных в соответствии с формой течения заболевания согласно диагностическим рубрикам МКБ-10.

Появление шкал оценки социального функционирования стало важным шагом в комплексной оценке больных шизофренией. Шкала PSP помогает более точно оценить состояние пациентов и, опираясь на полученные результаты, разработать эффективную программу реабилитации. Использование данной методики позволяет четче отслеживать динамику и результаты реабилитационного процесса, тем самым повышая профессиональную ответственность врачей и являясь предпосылкой к созданию единых стандартов реабилитационных программ. В работе практических врачей нет возможности проводить сложные нейрокогнитивные тесты и психологические обследования для реабилитационных карт. Бригадная работа часто основывается на интуитивной оценке врача, которой порой недостаточно. В реабилитационной работе необходимыми оказываются два момента: клиническая картина и социальное функционирование. Появляется необходимость в унифицированных методиках, эффективных, легко выполняемых и понятных как врачу, так и всем членам профессиональной бригады. Между группами статистические различия появились на третьем месяце –  $p < 0,05$ , а на 12-м месяце исследования были наибольшими  $p < 0,01$ . Средний балл по PSP у пациентов экспериментальной группы составлял 71,5, а у пациентов группы контроля – 58,6 ( $p = 0,01$ ). В группе контроля отрицательные статистически значимые корреляции между подшкалой негативной симптоматики и баллом по шкале PSP отмечены на уровне тенденций ( $r = -,55, p < 0,06$ ).

**Выводы.** Полученный опыт внедрения современных реабилитационных методик позволяет рассматривать эффективность реабилитационных форм помощи в оптимистичной перспективе.

Данный пример комплексного подхода к социально-когнитивным вмешательствам не является исчерпывающим и должен быть дополнен или видоизменен в соответствии с выявляемыми мишенями реабилитационной работы и потребностями пациентов. Проведение мотивационного тренинга в качестве инициирующего элемента реабилитационной работы позволяет существенным образом повысить эффективность последующих вмешательств и улучшить реабилитационный прогноз.

#### **Список литературы**

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 5.
2. Green M.F. Neurocognitive functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26. P. 119.

3. Keefe R.S. Cognitive deficits in patients with schizophrenia: effects and treatment // J. Clin Psychiat. 2007. P. 8.

4. Moritz S., Burlon M., Woodward T.S. Metacognitive training for schizophrenic patients. Hamburg, Germany: VanHam Campus Verlag, 2005. P. 12.

УДК:616.89-02:616.831

*Живилова Я.С.*

**Стратегия построения программ психосоциальной реабилитации больных расстройствами психики органического происхождения в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением**

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»*

*e-mail: yanaiv050@ukr.net*

**Актуальность:** По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства войдут в мировую пятерку болезней-лидеров. Согласно научным данным, одним из пусковых механизмов возникновения психических расстройств является закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ), которая характеризуется отдаленными последствиями в различных клинических проявлениях, протекающих с частыми состояниями декомпенсации. По распространенности лица, совершившие общественно опасные действия (ООД) вследствие расстройств психики и поведения органического происхождения, занимают второе место после шизофрении.

**Цель исследования:** на основе изучения клинической структуры и патопсихологических механизмов формирования психических расстройств у больных органическими поражениями центральной нервной системы, совершивших ООД, разработать алгоритм их психосоциальной реабилитации и психопрофилактики в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением.

**Материалы и методы:** было обследовано 103 больных с органическими поражениями центральной нервной системы в возрасте от 24 до 89 лет, которые совершили ООД, направленные против жизни и здоровья человека. Среди обследованных было 83 % мужчин и 17 % женщин. Исследование проводилось в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением. Основными видами ООД обследованных лиц были убийство – 63 %, покушение на убийство – 11 %, тяжкие телесные повреждения – 26 %. У 13 % больных отмечалось 2 и более вида ООД, в частности, разбойные нападения, грабежи, сбыт и хранение наркотических веществ, которые были



сопутствующими действиями по отношению к правонарушениям против жизни и здоровья граждан.

Всем пациентам было проведено клиничко-психопатологическое и психодиагностическое исследования с использованием опросника Спилберга-Ханина для оценки реактивной и личностной тревожности, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона, характерологического опросника Леонгарда-Шмишека, опросника агрессивности Басса-Дарки, шкалы Mini-Mental State Examination, теста Векслера.

**Результаты и их обсуждение.** В 66 % случаев были диагностированы расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F 07), у 13,6 % – другие психические расстройства вследствие поражения или дисфункции головного мозга или вследствие соматической болезни (F 06), у 10,7 % больных – деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02), в 4,9 % – васкулярная деменция (F 01), в 2,9 % – неуточненная деменция (F 03), у 0,95 % – деменция при болезни Альцгеймера (F 00) и у 0,95 % – органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем и другими психотропными веществами (F 04).

У 60 % обследованных больных, совершивших ООД, обнаруживают расстройства психики и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга, у 13 % больных в генезе оказываются соматические болезни, у 27 % больных выявляется деменция различного происхождения.

Синдромологическое распределение показало, что у обследованных больных наблюдались как продуктивные, так и негативные синдромы нарушений психической сферы. Наиболее часто были представлены психорганический синдром – 28 %, параноидный – 23 %, судорожный – 18,5 %. Деменция в совокупности с психоорганическим синдромом составляли 40 %. В эмоциональной сфере преобладали тревожно-депрессивный (30 %) и дисфорический (29 %) синдромы. Следует отметить, что в 34 % случаев было установлено 2 и более синдромов в структуре основного заболевания.

У всех больных преобладали неконструктивные варианты комплаенса: отрицательно-негативистический – 34 %, амбивалентно-нестабильный – 27 %, нейтрально-пассивный – 21 %, нейтрально-формальный – 15 %, конструктивный – 3 %.

Эти данные послужили основой для формирования системы психосоциальной реабилитации больных психическими расстройствами органического происхождения, которые совершили ООД и находятся на лечении в условиях больницы со строгим наблюдением. Система психосоциальной

реабилитации направлена на оптимизацию процесса социализации пациентов путем мобилизации когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов, а также реинтеграцию пациента в микро- и макросоциальную среду. Основными составляющими системы психосоциальной реабилитации были: формирование комплаентности, психообразование, тренинг коммуникативных навыков, групповая психотерапия. Для коррекции нарушений эмоциональной сферы тревожно-депрессивного спектра использовалась когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Анализ результатов проведенной программы реабилитации оценивался по следующим критериям: изменение формы комплаенса, наличие депрессивной симптоматики, уровень агрессии, уменьшение длительности применения принудительных мер медицинского характера.

**Выводы:** все правонарушения, совершенные обследованными пациентами с расстройствами психики органического происхождения, относятся к тяжким и особо тяжким преступлениям. Спектр негативных и продуктивных симптомов распределен равномерно. Преобладают неконструктивные варианты комплаенса. Разработаны принципы построения системы психотерапевтической реабилитации больных психическими расстройствами органического происхождения, совершивших ООД. Система базируется на этапном принципе и содержит психообразовательную, когнитивно-трениговую и когнитивно-поведенческую составляющие.

УДК: 616.894.8-085.214-053

*Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Патракова А.А.*

### **Применение рисперидона у детей с расстройствами шизофренического спектра**

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск, РФ*

**Актуальность.** В современной детской психиатрии все чаще используются атипичные нейролептики, в частности рисперидон, который считается наиболее эффективным в лечении расстройств шизофренического спектра, воздействуя на негативную и в некоторых случаях на продуктивную симптоматику с меньшим риском возникновения экстрапирамидных нарушений, но и в то же время и небезопасным, с вероятностью формирования ожирения, метаболических и сердечно-сосудистых нарушений [Correll C.U., Manu P., Olshanskiy V., et al., 2009; Varley C.K., McClellan J., 2009]. Также, велик риск развития медикаментозной гиперпролактинемии: гинекомастии

у мальчиков, первичной или вторичной аменореи у девочек, задержки полового развития, галактореи [Горобец Л.Н., Мазо Г.Э., 2014]. Учитывая то, что атипичные нейролептики принимаются длительно, а иногда и пожизненно, необходимо контролировать в динамике биохимические показатели крови и своевременно реагировать на выявленные изменения [Riordan H.J., Antonini P., MD; Murphy M. F., 2011].

**Цель исследования:** оценить эффективность и безопасность применения рисперидона у детей с расстройствами шизофренического спектра.

**Материал и методы исследования.** В клиническом исследовании приняло участие 12 пациентов (9 мальчиков и 3 девочки) в возрасте от 5 до 15 лет, с шизофренией и аутизмом, верификация диагнозов опиралась на критерии рубрики МКБ-10 F20.8 – «Шизофрения, детский тип» и F84.0 – «Детский аутизм». В исследования использовались методы: клинический, биохимический (анализ крови на уровень глюкозы, гликированного гемоглобина, общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой и низкой плотности, пролактина), антропометрические исследования с оценкой роста и массой тела в динамике, метод статистической обработки результатов с использованием критерия U – Манна–Уитни. Все респонденты получали рисперидон под контролем изменений биохимических показателей. Стартовая доза составляла 0,5 мг в сутки, с постепенным увеличением дозы через 24 часа по 0,5 мг до 2 мг детям с шизофренией и до 1 мг – с аутизмом. Всех пациентов обследовали при обращении по поводу психотических расстройств, затем через 1 и 6 месяцев. В ходе исследования анализировались изменения в состоянии и побочные эффекты. Безопасность препарата оценивали по результатам соматического и биохимического обследования.

**Результаты и их обсуждение.** В процессе исследования и оценки психотических нарушений было выделено две группы пациентов. Дети 1-й группы (n=5) с детской шизофренией получали лечение типичными нейролептиками для купирования продуктивной симптоматики (отрывочных бредовых идей, эпизодических транзиторных галлюцинаций) и затем были переведены на терапию рисперидоном. Эффект наблюдался поэтапно: через месяц назначенной терапии наметилась положительная динамика (улучшилось самочувствие, настроение, физическая активность). Через 6 месяцев наряду с предыдущими эффектами было улучшение коммуникативных функций, школьной успеваемости и нормализация настроения.

У пациентов 2-й группы (n=7) с аутизмом клиническая картина характеризовалась нарушением коммуникативных функций и деструктивными формами поведения (агрессия, аутоагрессия, импульсивность). На фоне

лечения рисперидоном через месяц у большинства детей отмечалась положительная динамика: они становились спокойнее, лучше воспринимали обращенную речь. Через 6 месяцев у пациентов улучшились коммуникативные навыки и поведение. Всем пациентам были проведены биохимический анализ крови для контроля перечисленных показателей и антропометрические методы диагностики с оценкой роста и массой тела.

У пациентов обеих групп статистически значимыми различиями был *уровень пролактина*, который до лечения находился в пределах нормы и соответствовал – 271,4 мЕд.л. (норма от 73 до 577 мЕд.л.). Во время лечения уровень пролактина нарастал и через 1 месяц достигал уровня 670,8 мЕд.л., а через 6 месяцев – 762,5 мЕд.л. (U эмп. 4,  $p \leq 0.01$ ). Показатель *уровня глюкозы* крови: изначальный средний был 4,7 ммоль/л., затем в течение месяца он увеличился до 5,4 ммоль/л., к 6 месяцам он снизился до 5,3 ммоль/л. (U эмп. 16,  $p \leq 0,001$ ), но не выходили за рамки нормы 3,3 – 5,6 ммоль/л. (U эмп. 18,  $p \geq 0.05$ ). При исследовании антропометрических показателей отмечалось увеличение массы тела у всех пациентов ( $n=12$ ): в течение месяца в среднем до 1 кг 800 г, через 6 месяцев до 6,5 кг. Наряду с нарастанием массы тела отмечался и интенсивное увеличение роста. Неизменным остался рост лишь у девочки 15 лет. Аменорея отмечалась у двоих пациенток.

**Выводы.** Таким образом, у детей с расстройствами шизофренического спектра применение рисперидона показало клиническую эффективность препарата. В то же время имели место нарушения со стороны эндокринной системы, метаболизма и питания. В этой связи назначение рисперидона требует предварительного анализа биохимических показателей крови и в случаях их повышенного уровня изначально, оценить «пользу и риск» при назначении препарата.

### Список литературы

1. Горобец Л.Н., Мазо Г.Э. Нейроэндокринные дисфункции при использовании психофармакотерапии: клиника, диагностика, факторы риска и коррекция // Журнал неврологии и психиатрии, 2014. – № 10. – С. 122–128.

2. Correll CU, Manu P, Olshanskiy V, et al. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. JAMA, 2009. 302. – С. 1765–1773.

3. Riordan H.J., Antonini P., MD; Murphy M. F., Atypical Antipsychotics and Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia: Risk Factors, Monitoring, and Healthcare Implications // American Health & Drug Benefits, 2011. – Vol. 4. – № 5. – P. 292–301.

4. Varley CK, McClellan J. Implications of marked weight gain associated with atypical antipsychotic medications in children and adolescents. JAMA. 2009; 302: 1811–1812.

УДК 616.8-085.2/3

**Исаков А.А., Шигакова Ф.А.**

## **Терапевтическая модель в лечении больных подросткового возраста с психическими расстройствами, осложненными неврологическими нарушениями**

*Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей  
Кафедра Психиатрии и Психотерапии*

**Введение:** Подростковый период является одним из важнейших этапов в психическом развитии человека. Именно в этом возрасте интенсивно формируются самосознание и самооценка, возрастает способность к анализу и синтезу явлений, развиваются интересы, формируется мировоззрение. Однако в нервно-психической сфере даже здорового подростка может наблюдаться определенная дисгармония и неустойчивость. Связь двух факторов – дисгармонии, напряженности протекания периода полового метаморфоза и склонности к декомпенсации различных видов недостаточности нервной системы, а также наличие психического расстройства, представляет определённые трудности для врача психиатра. Это диктует необходимость разработки специальных лечебно-реабилитационных мероприятия, с целью повышения эффективности терапии и улучшения качества жизни таких пациентов.

**Цель исследования:** Разработка терапевтической модели для подростков страдающих психическими расстройствами осложненными неврологическим нарушениями.

**Материалы и методы исследования:** Исследование было проведено в Городском психоневрологическом диспансере № 2 города Ташкента (г. Ташкент, Республика Узбекистан). Возраст пациентов от 15 до 18 лет (в среднем  $16,5 \pm 1,8$  лет).

В исследование были включены данные 382 амбулаторных пациентов, состоящих на диспансерном учете. Данные пациентов включали в себя осмотр больных, выписки из историй болезни пациентов находившихся на амбулаторное или стационарном лечении, данные посещения на дому, результаты психопатологических исследований и клинико-инструментальных исследований, данные консультаций других специалистов.

**Результаты и обсуждение:** Проведенное исследование показало, что пациенты состоящие на диспансерном учете по нозологической принадлежности распределились следующим образом: пациенты с умственной отсталостью различной степени выраженности составили 43,2 %, пациенты с расстройствами аутистического спектра 28 %, пациенты с расстройствами

шизофренического спектра 17 % пациентов, пациенты с изменениями личности вследствие эпилептической болезни 11,8 %.

Исследование показало, что неврологические нарушения у пациентов с умственной отсталостью встречались в 45 % случаев в виде детского церебрального паралича (спастическая диплегия), у пациентов с расстройствами аутистического спектра встречались в 24 % случаев и в основном проявлялись логоневрозом и ночным энурезом. С наименьшей встречаемостью неврологических нарушений, была группа пациенты с расстройствами шизофренического спектра – 3 % и проявлялись в виде неврологической очаговой симптоматики. Данные исследования показывает, что терапия и реабилитация пациентов с неврологическими нарушениями составляет определенные трудности. В связи с чем нами была разработана специальная терапевтическая модель для данной группы больных, где основной акцент делался на реабилитационные мероприятия и семейную психотерапию.

**Выводы:** Результаты этого исследования показывают, что разработка эффективных терапевтических моделей с акцентом на реабилитационные мероприятия и методы психотерапии для подростков страдающих психическими расстройствами и осложнениями в виде неврологических расстройств, улучшают социальной адаптацию и качество жизни данного контингента больных.

УДК 616.8-085.851

*Копейко Г.И.<sup>1</sup>, Борисова О.А.<sup>1</sup>, Бабурин А.Н.<sup>1,2</sup>, Магай А.И.<sup>1,2</sup>*

### **Опыт конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психических больных с алкогольной зависимостью**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>Межрегиональное общественное движение  
в поддержку семейных клубов трезвости, Москва, Россия  
e-mail: [Andrey.magay@ncpz.ru](mailto:Andrey.magay@ncpz.ru)

**Актуальность:** Среди эндогенных психически больных алкогольные расстройства в целом встречаются в 10 %-25 % случаев. Для клиники коморбидных заболеваний характерны полиморфизм, наложение внешне сходных расстройств, высокий риск криминального образа жизни и трудности социальной адаптации [Бабурин А.Н., 2010]. Помощь данной группе больных должна включать медико-биологическую терапию и психосоциальную реабилитацию, основывающуюся на принципе нестеснения, необходимо использовать учение о социальной терапии и помощи в условиях

терапевтического сообщества, а также принципы системной семейной психотерапии. Внедрение в практику персонифицированных форм реабилитации должно учитывать базовые личностные духовные ценности больного, целесообразно использование конфессионально-ориентированных программ помощи для пациентов с религиозным мировоззрением [Борисова О.А., 2010, Копейко Г.И., 2016].

**Цель.** Методология реабилитации больных с сочетанной патологией шизофренического, аффективного и алкогольного регистров с учетом их религиозного мировоззрения предназначена для осуществления своевременной диагностики, мониторинга состояния и профилактики возможных рецидивов у пациентов с различными формами коморбидных расстройств с учетом комплексного применения различных реабилитационных подходов у больных с религиозным мировоззрением.

**Материал и методы.** В исследовании **2016–2018 гг. основную группу (ОГ)** составили 26 больных (6 человек с приступообразной шизофренией и шизоаффективными психозами в катмнезе – по МКБ-10 F20.04 – F20.05, F25.x (ГШ), 12 больных с шизотипическими расстройствами без психотических расстройств – по МКБ-10 F21.3-21.4 (ГВШ); 8 больных с непсихотическими эндогенными аффективными расстройствами – по МКБ-10 F33.4, F31.7, F32.2 (ГАР)). У всех больных ОГ наблюдалась сочетанная алкогольная зависимость (по МКБ-10 F10.2x1- F10.2x2). Все больные ОГ принимали участие в реабилитационном модуле технологии, были верующими и имели православное мировоззрение. Контрольная группа (КГ) – 10 пациентов с соответствующей ОГ патологией и коморбидной алкогольной зависимостью, которые наблюдались в отделении особых форм психической патологии ФГБНУ НЦПЗ, но не проходили реабилитацию. Средний возраст в ОГ и КГ составлял  $39,2 \pm 7,5$  и  $35,4 \pm 6,5$  лет. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-динамический методы, шкала оценки позитивных и негативных психопатологических расстройств (PANSS), шкала смысловых ориентаций Д. А. Леонтьева, шкала самооценки Дембо-Рубинштейн, шкала религиозности О.Ю. Казьминой.

**Результаты и обсуждение.** Для больных с коморбидной патологией в ГШ характерны периодическая эксацербация психопродуктивной симптоматики и аффективных расстройств с заострением аутистических черт личности и снижением продуктивности, наблюдается медленное формирование алкоголизма с особым ритмом алкоголизации и атипичностью психотических эпизодов на высоте интоксикации. В ГМШ отмечается усложнение психопродуктивной симптоматики с нарастанием аффективных фаз и переходом их в континуальное течение, имеет место углубление неврозоподобного и психопатоподобного поведения с субпсихотической

симптоматикой. Характерен высокий темп прогрессивности и значительная степень тяжести алкогольной зависимости с алкогольными «ритуалами», использование алкоголя в качестве «лекарства». У больных из ГАР выявлено изменение структуры депрессии с присоединением тревоги, инверсией аффекта, в ряде случаев удлинение аффективных фаз и переход к континуальному течению, а также усиление апато-адинамических проявлений. В большинстве случаев наблюдается быстрый темп формирования алкогольной зависимости при неглубокой степени тяжести алкоголизма, особая картина алкогольной интоксикации по типу дисфории, тревожных состояний, истерической картины.

Отмечена высокая эффективность реабилитации пациентов ОГ по сравнению с КГ с продолжительной психиатрической и наркологической ремиссией, улучшением профессионального статуса и семейного положения, повышением навыков коммуникации и регулярности церковной жизни (церковная жизнь стала более регулярной). У больных ОГ реже менялась тактика лечения, было меньшее количество госпитализаций в психиатрические и наркологические стационары, обращений за амбулаторной помощью.

Показатели психометрических шкал больных ОГ после реабилитации продемонстрировали высокий уровень общей осмысленности жизни по шкале «смысло-жизненные ориентации» с наибольшим вкладом шкал «процесса жизни» и «локуса контроля-жизнь». Ценностно-смысловая трансформация личности оказала влияние на выраженность антинаркотических факторов в усилении значимости социо-духовных факторов, в то время как в КГ превалировали биологические факторы. Формирование адекватной самооценки по шкале самооценки у больных ОГ сопровождалось более зрелым пониманием особенностей своего состояния, в то время как в КГ имело место некритично завышенная оценка себя по всем параметрам. На практике у больных ОГ позиция «лечится под давлением» сменилась на «совершенно намерен прекратить употребление алкоголя».

Особенности религиозного поведения в исследовании религиозных копинг-стратегий показало увеличение количества больных в ОГ, которые их используют, расширился репертуар и усложнились типы религиозных копингов от более психологически понятных (эмоциональная регуляция и контроль за своим состоянием) до имеющих глубинное значение (трансформация ценностей и смыслов, ощущение общности в религиозной группе). Оценка шкалы религиозности подтвердила трансформацию религиозного мировоззрения и гармонизацию внутренней и внешней форм религиозности у пациентов ОГ.

**Выводы.** Таким образом, высокая эффективность реабилитации у больных с религиозным мировоззрением обусловлена использованием



мультидисциплинарного четырехкомпонентного (био-психо-социо-духовного) подхода, в котором психотерапия сочетается с групповой психотерапией и социотерапевтической работой в рамках терапевтического сообщества, а в реабилитационную деятельность гармонично включен духовно-религиозный компонент. На высокое качество ремиссии оказало влияние изменение ценностных установок личности, реализация семейного подхода, переориентация личности на духовные смыслы в рамках духовно-ориентированного подхода [Магай А.И., 2017].

### **Список литературы**

1. Бабурин А.Н., Магай А.И., Казьмина Е.А., Гедевани Е.В., Болтрукевич М.Д. Технология конфессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью // *Материалы Первой Московской Международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия», 20–21 апреля 2017 года: Сборник научных трудов.* – М.: «Сам Полиграфист», 2017. – С. 96–100.
2. Борисова О.А., Гусев В.В., Дробашенко Т.Г., Пятницкая Л.Н., Слоневский Ю.А., Комисарова С.А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психическими больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения // *Консультативная психология и психотерапия.* – 2010. – № 3. – С. 176–187.
3. *Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю.* Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных // *Психиатрия: науч.-практ. жур.* – 2016. – № 2. – С. 40–49.
4. Магай А.И., Казьмина Е.А., Борисова О.А., Копейко Г.И. Место конфессионально-ориентированных подходов в комплексной лечебно-реабилитационной помощи больным эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью // *Наркология.* – 2017. – № 5. – С. 74–75.

УДК 159.9.072

*Кузнецова С.О., Строгова С.Е.*

### **Влияние арт-терапевтических занятий на социальные и коммуникативные навыки подростков с психической патологией**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: kash-kuznezova@yandex.ru, svetlana.strogonova0101@gmail.com*

**Аннотация.** В данном исследовании представлены результаты проведенного эмпирического исследования, посвящённого изучению влияния

арт-терапевтических занятий с подростками с различными видами психической патологии на улучшения социальных и коммуникативных навыков и социального взаимодействия в целом. Использованы методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования и формирующего эксперимента. После проведения курса арт-терапевтических занятий у подростков возрастают показатели по таким факторам, как: дружелюбие и альтруизм.

**Ключевые слова.** Подростки, психическая патология, социальное взаимодействие, арт-терапия.

Актуальность настоящего исследования продиктована тем, что за последние годы в современном мире отмечается рост нарушений социальных и коммуникативных навыков у детей и подростков. Многочисленные психологические и клинические исследования, проведенные за последние тридцать лет, показали наличие трудностей социального взаимодействия у подростков, имеющих различные формы психических расстройств [1, 2].

**Цель исследования** – изучение эффективности арт-терапевтических занятий с подростками, направленных на коррекцию социального взаимодействия.

**Методы исследования:** в настоящем исследовании были использованы методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования и формирующего эксперимента. Батареею методик, с помощью которых отслеживались количественные показатели эффективности, составили: тест Лири, опросник Бэка, тест Розенцвейга, рисунок несуществующего животного, опросник на алекситимию (TAS), методика оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидпера. При разработке методического комплекса, использованного в данной работе, учитывались следующие принципы: 1) возможность фиксации как количественных, так и качественных характеристик; 2) валидность и надежность методик; 3) соответствие уровня сложности и времени, необходимого для проведения методик физическим и интеллектуальным возможностям исследуемого контингента.

Арт-терапевтические занятия проходили 2 раза в неделю на протяжении 3 недель. Длительность занятий составляла от 45 минут до 1 часа в зависимости от степени утомления участников и проработки темы. Занятия охватывали следующие темы: 1. Я-образ, 2. Мое настроение, 3. Эмоции, 4. Моя семья, 5. Дружба рисунками, 6. Мир, в котором хочется жить. Роль ведущего в групповом процессе заключалась, в большей степени, в создании эмоционально-комфортных условий для участников, а также в определении тематики занятия, в помощи при возникновении трудностей на любом этапе групповой работы, в поддержании активности всех членов группы.

Выборка испытуемых: в настоящем исследовании приняли участие 55 подростков мужского и женского пола в возрасте от 13 до 16 лет, находящихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ РАМН. Все испытуемые были разделены на две группы – экспериментальную (27 человек) и контрольную (28 человек). Обе группы испытуемых были уравнены по половозрастному составу, особенностям психического статуса и медикаментозному лечению, которое получали в процессе нахождения в стационаре. Все больные предварительно были обследованы врачами НЦПЗ РАМН. Диагноз, форма и степень того или иного психического заболевания выставлялись согласно критериям МКБ-10. Основными условиями включения испытуемых в экспериментальную группу являлись: наличие сохранного интеллекта, малая прогрессивность заболевания, вхождение в ремиссию, возраст от 10 лет.

**Результаты исследования:** после проведения курса арт-терапевтических занятий у подростков возрастают показатели по таким факторам, как: дружелюбие и альтруизм, уменьшаются показатели алекситимии и увеличивается степень адаптированности в группе. Арт-терапевтические занятия помогают подросткам выявить свои интересы, индивидуальные особенности и возможности, а также повышают мотивацию и целеобразование. Во время занятий подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях. В экспериментальной группе в контрольном тестировании значимо выше показатели по таким шкалам, как: сотрудничество, взаимоподдержка, занимательность и теплота, чем в контрольной группе, которая получала только медикаментозное лечение. Данные результаты подтверждают эффективность арт-терапевтической групповой работы с подростками.

Таким образом, групповой формат встреч в условиях стационара с использованием изобразительного творчества может выступать эффективным методом коррекционной работы направленной на улучшение социального взаимодействия. Доступность и регулярность терапии через рисунок, позволит пациентам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и налаживанию коммуникации.

#### **Список литературы**

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. – М., Академический проект. 2012.
2. Копытин А.И. Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт. – М.: Когито-Центр, 2012. – 286 с.

УДК: 616.831-005-08.

**Мамин Г.В., Колесниченко Т.Н., Шарова О.Н.**

**Комплексный подход к лечению цереброваскулярной патологии**

*ГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск, РФ  
e-mail: psy\_kafedra@mail.ru, t.kolesnichenko@mail.ru,  
onsharova@yandex.ru*

**Актуальность:** Когнитивный дефицит при цереброваскулярной патологии является актуальной медицинской проблемой, связанной с трудностями диагностики, поздней обращаемостью за медицинской помощью, высокой распространенностью сосудистого слабоумия – до 30 % случаев деменций позднего возраста [Левин О.С, 2012]. Это обуславливает необходимость поиска оптимальных методов комплексного лечения данной патологии. Когнитивный дефицит нередко достигает уровня деменции, при этом скорость когнитивного снижения составляет от 0,5 до 2 баллов в год по шкале Минимальной оценки психического состояния (MMSE) [Левин О.С., 2012]. Депрессивные нарушения, в свою очередь, являются неблагоприятным фактором, утяжеляющим течение дементного синдрома при цереброваскулярной патологии [Мамин Г.В., 2000]. Негативное влияние депрессии обусловлено двумя основными моментами. Во-первых, в период депрессивного эпизода проявления когнитивного дефицита внешне усиливаются. Во-вторых, депрессия сама является одним из факторов риска развития тяжелых форм сосудистого слабоумия [Мамин Г.В., 2000].

**Цель работы:** разработка эффективных методов комплексной терапии сосудистой деменции.

**Материал и методы:** обследовано 70 пациентов. Средний возраст:  $64 \pm 0,5$  года. Пациенты основной группы ( $n_1=40$ ) получали терапию мемантином и 2 курса лечения церебролизином. В группе сравнения ( $n_2=30$ ) проводилась монотерапия мемантином. Применялся клинико-anamnestический метод, шкала Минимальной оценки психического состояния, шкала общего клинического впечатления. Использовался показатель соответствия Хи-квадрат. Основанием применения церебролизина явилось его мультимодальное нейрофармакологическое действие. Оно включает в себя антидепрессивный, нейропротективный, нейротрофический, а также антиоксидантный эффекты [Гаврилова С.И., 2007].

**Результаты и их обсуждение.** Снижение эмоциональной лабильности, улучшение настроения – у 75 % (30/40) первой группы и у 63,3 % (19/30)

второй ( $p<0,05$ ). Повышение уровня повседневной активности – у 92,5 % (37/40) первой группы и у 66,6 % (20/30) второй ( $p<0,01$ ). Улучшение концентрации внимания – у 27,5 % (11/40) первой группы и у 6,6 % (2/30) второй ( $p<0,05$ ). Снижение головокружение, шума в голове, неустойчивости при ходьбе – у 82,5 % (33/40) и 26,6 % (8/30) соответственно ( $p<0,002$ ). Депрессии наблюдались в первой группе – у 2,5 % (1/40), во второй – у 23,3 % (7/30) ( $p<0,05$ ). Когнитивные нарушения: улучшение на 1 балл – у 25 % (10/40) и у 6,6 % (2/30) соответственно ( $p<0,05$ ). Незначительное ухудшение состояния – у 2,5 % (1/40) первой группы и у 23,3 % (7/30) второй ( $p<0,05$ ). Состояние не изменилось – у 40 % (16/40) первой группы и у 56,6 % (17/30) второй группы. Незначительное улучшение – у 40 % (16/40) первой группы и у 26,6 % (8/30) второй; улучшение состояния – у 22,5 % (9/40) пациентов первой группы и у 6,6 % (2/30) второй ( $p<0,05$ ).

Таким образом, общее количество улучшений у пациентов первой группы составило 62,5 % (25/40), а у пациентов второй группы – лишь 33,3 % (10/30) ( $p<0,05$ ).

### **Выводы**

1. Применение церебролизина снижает интенсивность церебрастенических проявлений.
2. Использование церебролизина в комплексной терапии приводит к улучшению настроения, повышению активности и препятствует развитию депрессии.
3. Сочетанное применение мемантина и церебролизина чаще приводит к улучшению когнитивных показателей в сравнении с монотерапией мемантином.

### **Список литературы**

1. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М.: «Пульс», 2007. С. 215–217.
2. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012. С. 68.
3. Левин О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2012. С. 95.
4. Мамин Г.В. Факторы риска развития деменции при церебральном атеросклерозе / Диссертация кандидата медицинских наук. Челябинск, 2000. С. 54.
5. Мамин Г.В. Факторы риска развития деменции при церебральном атеросклерозе / Диссертация кандидата медицинских наук. Челябинск, 2000. С. 126.

УДК 616.89 + 519.816

**Митихин В.Г., Солохина Т.А.**

## **Оценка комплаенса на основе системного подхода**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: mvg45@mail.ru*

**Актуальность.** Проблема оценки комплаенса признана одной из самых серьезных и распространенных проблем медицинской практики, решение которой составляет базу оптимизации процесса лечения больных. Особую актуальность проблема представляет для психиатрии в связи с более низким комплаенсом психически больных. Широкая распространенность нонкомплаентности при психических расстройствах имеет тяжелые последствия, прежде всего из-за возрастания частоты обострений [Kane J.M. et al].

Притом, что выявлено множество факторов (более 200, см., например, [Kane J.M. et al]), имеющих отношение к формированию уровня комплаенса, наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте его оценки. Основная проблема оценивания комплаенса, связанная с использованием многих шкал и субшкал, состоит в том, что эти инструменты являются порядковыми (ранговыми) шкалами. Так как ранговые оценки не допускают вычисления средних величин, то это, в свою очередь, не позволяет получать корректные интегрированные оценки по разным показателям, шкалам и субшкалам.

**Цель работы:** показать, что для решения проблемы оценки комплаенса следует использовать методы системного анализа информации, представленной в ранговой форме. Здесь, в первую очередь, следует назвать метод анализа иерархий (МАИ) [Саати Т., 2008], позволяющий на основе экспертной информации преобразовывать порядковые шкалы в шкалу отношений (на основе фундаментальной шкалы МАИ).

**Материал и методы.** Материалом для данной работы послужила совокупность российских и зарубежных научных публикаций, посвященных использованию данных, представленных в разных шкалах от категориальных до шкал отношений, а также соответствующих алгоритмам обработки данных [см., например, Саати Т., 2008; Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2019].

Методы анализа данных: клинический, методы системного анализа данных и, в частности, модифицированные алгоритмы метода анализа иерархий (МАИ).

**Результаты и обсуждение.** В качестве примера рассмотрим шкалу медикаментозного комплаенса [Лутова Н.Б. и соавт., 2006]. С точки зрения предлагаемого подхода шкала представляет собой иерархию, используя которую следует на основе экспертной информации последовательно

определить веса 4-х субшкал, занимающих 1-ый уровень иерархии: 1) отношение к медикации; 2) факторы, связанные с пациентом; 3) факторы, связанные с близким окружением; 4) факторы, связанные с лечащим врачом. Необходимо также оценить веса факторов, входящих в указанные субшкалы. Количество этих факторов, занимающих 2-ой уровень рассматриваемой иерархии: 13 – для 1-ой субшкалы; 8 – для 2-ой; и по 2 фактора соответственно для 3-ей и 4-ой субшкал. Отметим, что уровни этих факторов операционально описаны в ранговой шкале, поэтому для определения их весов следует использовать нормативный подход МАИ (см., например, [Саати Т., 2008; Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2019]). Для определения весов субшкал, предпочтения которых оцениваются только на основе экспертной информации, следует использовать дескриптивный подход МАИ [Саати Т., 2008].

Рассмотрим технологию оценки весов субшкал. Используя экспертные оценки предпочтительности субшкал и фундаментальную шкалу МАИ (см., например, [Саати Т., 2008]), рассмотрим матрицу результатов парных сравнений предпочтений (весомости) субшкал, представленную в таблице.

Таблица

Матрица парных сравнений предпочтений субшкал шкалы  
медикаментозного комплаенса

Оценка субшкал	«1»	«2»	«3»	«4»
«1»	1	1	5	1
«2»	1	1	3	1
«3»	1 / 5	1 / 3	1	1 / 5
«4»	1	1	5	1

В таблице заголовки строк и столбцов: «1» – «4», соответствуют номерам субшкал, а в ячейках – результаты парных сравнений предпочтительности субшкал, представленные в уровнях фундаментальной шкалы МАИ. Для облегчения работы эксперта основные деления фундаментальной шкалы имеют соответствующую смысловую (лингвистическую) интерпретацию: 1 – равная важность; 3 – слабое превосходство; 5 – превосходство; 7 – сильное превосходство; 9 – абсолютное превосходство; 2, 4, 6, 8 – промежуточные случаи. Шкала содержит и соответствующие обратные значения (для измерения результатов обратных парных сравнений). Используя

алгоритмы МАИ обработки матриц парных сравнений (см., например, [Саати Т., 2008]), получаем следующие оценки весомости субшкал: 1) отношение к медикации – 0.32; 2) факторы, связанные с пациентом – 0.28; 3) факторы, связанные с близким окружением – 0.08; 4) факторы, связанные с лечащим врачом – 0.32.

Заметим, что таблица содержит усредненные экспертные оценки предпочтительности субшкал, на основе которых получены веса субшкал, но на практике могут использоваться как индивидуальные экспертные оценки лечащего врача, так и оценки группы экспертов (например, для случая бригадного метода ведения пациента).

Выводы. На примере шкалы медикаментозного комплаенса представлена методика системного анализа исходной ранговой информации, которую можно использовать для построения математических моделей оценки комплаенса.

### **Список литературы**

1. Kane J.M., Kishimoto T., Correll C.U. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. // World Psychiatry. – 2013; 12: 216–226. doi: 10.1002/wps.20060

2. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., Вукс А.Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии. Усовершенствованная медицинская технология. – СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2006. 23 с.

3. Митихин В.Г., Солохина Т.А. Обработка полученных при использовании психометрических шкал ранговых данных на основе метода анализа иерархий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 2. – С. 49–54.

4. Саати Т. Л. Принятие решений при зависимостях и обратных связях: Аналитические сети / Пер. с англ. – М.: Изд. ЛКИ, 2008. – 360 с.

УДК 616-009

*Помыткин А.Н.*

### **Использование ритмической ТМС в комплексной терапии резистентных расстройств при параноидной шизофрении**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: veqa1824@gmail.com*

**Актуальность.** Одной из значимых проблем в терапии шизофрении является ряд расстройств, не поддающихся в полной мере лекарственной



терапии, к которым относятся негативные расстройства, вербальные псевдогаллюцинации. Перспективным подходом здесь может стать использование ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС), механизмы действия которой базируются на ингибировании и активации зон головного мозга. Обнаружено, что низкочастотная стимуляция снижает активность зон головного мозга, а высокочастотная – наоборот, повышает. Реализация терапевтического эффекта происходит предположительно за счет модуляции нейрональной активности, как в месте стимуляции, так и в отдаленных областях мозга, имеющих связи с первичным очагом [Edwards G. et al., 2019]. Использование нейровизуализационных методов при изучении патогенеза вербального галлюциноза выявило структурно-функциональные нарушения в первичной и вторичной слуховой коре, зоне Брока и зоне Вернике [Bais L. et al., 2017], в то время как при когнитивных и негативных расстройствах была описана гиподисфункция дорсолатеральной префронтальной коры [Graziano B. et al., 2017] – что позволяет рассматривать эти области головного мозга как наиболее перспективные локусы для нейростимуляции.

**Цель.** Оценка терапевтического эффекта рТМС у пациентов с резистентной к лекарственной терапии галлюцинаторной и негативной симптоматикой.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 20 пациентов (16–45 лет) с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0 по МКБ-10), находившихся на лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ в 2016–2018 годах. Все пациенты ранее получали 2 последовательных курса антипсихотической терапии в высоких дозах, длительностью от 4 до 6 недель каждый (типичный или атипичный нейролептик, а также их сочетание). Коррекция психофармакотерапии прекращалась за 2 недели до начала исследования и не проводилась на протяжении курса (3 недели, 15 процедур). Для включения в исследование суммарная оценка по шкале PANSS не должна была превышать 70 баллов, оценка по субшкале позитивной симптоматики не должна была быть больше 15 баллов, а по шкале негативной симптоматики должна была быть не менее 20 баллов. Участники были разделены на 2 группы в зависимости от ведущего синдрома. Группа 1 состояла из 10 пациентов с преобладанием негативных расстройств. Дополнительная оценка состояния, а также оценка эффективности терапии в динамике проводилась по шкале SANS (ср. балл на момент включения  $66 \pm 21$ ). Стимуляция дорсолатеральной префронтальной коры слева осуществлялась с частотой 10 Гц, 100 % от порога моторного ответа, 2000 стимулов за сеанс. Группа 2 состояла из 10 пациентов с доминированием вербального псевдогаллюциноза. Дополнительная оценка и оценка результатов терапии проводилась по шкале АНRS (ср. балл на момент включения  $24.9 \pm 3.7$ ). Стимуляция зоны

Вернике проводилась с частотой 1 ГЦ, 100 % от порога моторного ответа, 1200 импульсов за сеанс. Психометрическая оценка пациентов в двух группах осуществлялась до курса и непосредственно после его окончания.

Таблица 1

## Характеристика материала

Параметр	Группа 1	Группа 2
Всего пациентов	10	10
Возраст	32±2.3	30±1.4
Средняя длительность заболевания в годах	12±1.7	11±1.2
PANSS (общий балл)	59.3 ±8.7	62.5±6.1
<b>Шкала позитивных синдромов</b>	9±2	12±2.1
<b>Негативные синдромы</b>	30.6±8.5	28.4±10.2
<b>Шкала общих психопатологических синдромов</b>	22±5	20±4.7
SANS	66±21	-
AHRS	-	24.9±3.7

**Результаты.** Среди пациентов обеих групп можно выделить респондеров (15 %), которые отреагировав на лечение в течение первых сеансов, продемонстрировали к концу курса максимальные показатели (редукция более 50 % баллов по психометрическим шкалам). У 45 % пациентов редукция составила от 30 % до 50 % баллов. В 30 % случаях лечение оказалось не эффективным, в 10 % наблюдалась отрицательная динамика.

В конце курса рТМС в 1 группе произошло статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение баллов по шкале PANSS на  $11.6 \pm 3.6$  (ср. балл  $47.7 \pm 4.6$ ), изменения были наиболее выражены в шкалах общих психопатологических синдромов и негативных синдромов. Изменения по шкале SANS ( $p < 0,05$ ) составили  $22.3 \pm 18.7$  (ср. балл  $43.7 \pm 11.5$ ). Наибольшей редукции удалось достичь в подгруппе уплощения и ригидности аффекта, нарушений речи, менее выраженной в подгруппе внимание. У 20 % пациентов отмечалась редукция более 50 % баллов, в 40 % случаев оценка по психометрическим шкалам снизилась на 30–50 %. Стоит отметить хорошую переносимость процедур в этой группе и отсутствие психиатрических побочных эффектов. Несмотря на преобладание респондеров и умеренных респондеров стойкость терапевтического эффекта ограничивалась временем проведения курса.

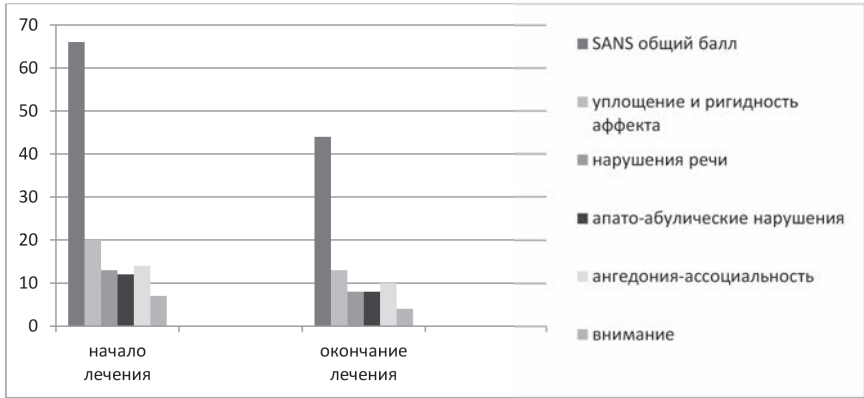


Рис. 1. Терapeuticкая динамика по шкале SANS в группе 1

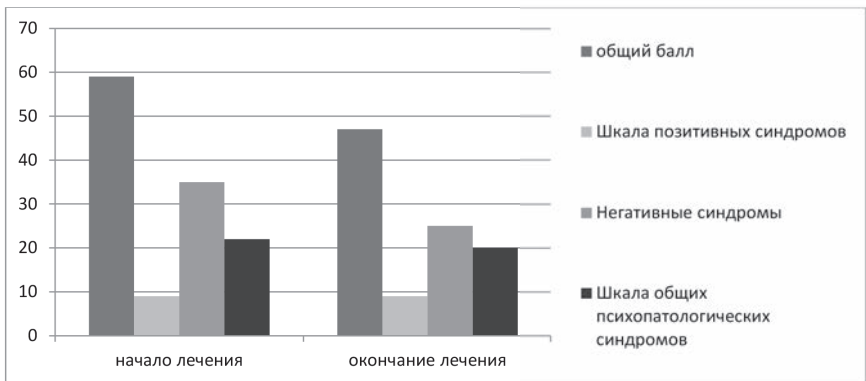


Рис. 2. Терapeuticкая динамика по шкале PANSS в группе 1

Во 2 группе изменения по шкале PANSS в среднем составили  $9.3 \pm 5.7$  ( $p < 0,05$ ), наибольшее изменение обнаружено в шкалах позитивных и общих психопатологических синдромов. Положительная динамика по АНРС составила  $7 \pm 4$  баллов (ср. балл  $17.9 \pm 5.5$ ) ( $p < 0,05$ ). У 10 % пациентов была обнаружена редукция более 50 % баллов, у 40 % снижение баллов на 30–50 %. В 10 % случаев наблюдалось ухудшение психического состояния в виде появления в картине заболевания элементов острого чувственного бреда, что потребовало преждевременного окончания курса. Рассматривая особенности терапевтического ответа у пациентов с вербальным псевдогаллюцинозом, следует выделить его относительно быстрое развитие (уже к 5 сеансу) и стабилизацию эффекта к окончанию курса. Наибольшее влияние рТМС

оказывало на частоту возникновения псевдогаллюцинаций. Косвенный положительный эффект прослеживался на аффективную окрашенность данных переживаний. Наименьшим изменениям подверглись: содержание обманов восприятия, продолжительность эпизодов, критическое отношение к ним.

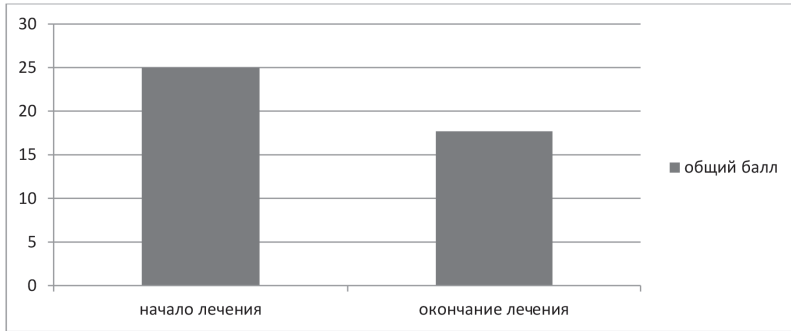


Рис. 3. Терапевтическая динамика по шкале ANRS во 2 группе



Рис. 4. Терапевтическая динамика по шале PANSS во 2 группе

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о возможности использования метода рТМС в качестве дополнительного при лечении резистентных расстройств у пациентов с параноидной шизофренией. Большая эффективность рТМС была обнаружена в группе с преобладанием вербального псевдогаллюциноза, где эффект от лечения сохранялся на протяжении месяца после окончания курса процедур. Нестойкость улучшений у пациентов в группе с негативными расстройствами ставит вопрос о необходимости проведения более длительных курсов, на что указывают данные зарубежных исследований [Li Z. et al., 2016]. Использование рТМС оправдано в связи

с возможностью эффективного комбинирования этого метода с традиционными способами лечения, благоприятного профиля побочных эффектов, отсутствия необходимости в специальных условиях для проведения процедур. Остается открытым вопрос о прогнозируемости результатов терапии. Важным шагом в этом отношении является поиск специфических биологических маркеров, позволяющих спрогнозировать терапевтический ответ.

#### **Цитируемая литература**

1. Edwards G., Agosta S., Herpich F. et al. Prolonged Neuromodulation of Cortical Networks Following Low-Frequency rTMS and Its Potential for Clinical Interventions. *Front Psychol.* 2019 Mar 12;10:529. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00529. eCollection 2019.

2. Hill, K., Mann, L., Laws, K.R., et al. Hypofrontality in schizophrenia: a meta-analysis of functional imaging studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2004; 110 (4), 243–256.

3. Graziano B., Kaskie R.E., Ferrarelli F. Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) as a treatment tool in schizophrenia: A review. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA *J Brain Neurol* 2017 Volume 1 Issue 1.

4. Bais L., Liemburg E., Vercammen A., et al. Effects of low frequency rTMS treatment on brain networks for inner speech in patients with schizophrenia and auditory verbal hallucinations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2017 Aug 1; 78: 105–113. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.04.017. Epub 2017 Apr 22.

5. Li Z., Yin M., Lyu X.L. et al. Delayed effect of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on negative symptoms of schizophrenia: Findings from a randomized controlled trial. *Psychiatry Res.* 2016 Jun 30; 240: 333–335. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.046. Epub 2016 Apr 22.

УДК 616.8-085.2/.3

*Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.*

#### **Терапевтическая профилактика цитиколином когнитивного дефицита у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;  
МГППУ, Москва, Россия  
e-mail: nselezneva@yandex.ru, ifroshchina@mail.ru*

**Актуальность** исследования определяется возрастающим в последние десятилетия интересом к изучению особенностей когнитивной сферы у родственников 1 степени родства больных с болезнью Альцгеймера (БА). Это

обусловлено наличием задолго до развития БА специфических когнитивных особенностей, позволяющих идентифицировать лиц с повышенным риском развития БА. Более низкие показатели вербальной памяти и усвоения практических навыков у кровных родственников больных БА с ApoE4(+) генотипом по сравнению с родственниками с генотипом ApoE4(-) установлены в исследовании [Caselli R.J. et al., 2004]. Значимо более выраженная зрительно-пространственная дисфункция обнаружена у 452 родственников-носителей  $\epsilon 4$  аллеля [Sager M.A. et al., 2005]. Более низкие показатели вербальной памяти и внимания установлены у родственников-носителей  $\epsilon 4$  аллеля [Levy J.A. et al., 2004]. Большая частота, более ранняя и более выраженная когнитивная недостаточность показана у родственников пациентов с БА, особенно при раннем начале заболевания, в отличие от позднего начала БА и контрольной группы. У них по сравнению с группой контроля выявлены более низкие показатели вербальной и зрительной памяти, исполнительных функций, абстрактного мышления и худшие способности к обучению [Jarvik L.F. et al., 2005]. Аналогичные результаты получены в мультидисциплинарном исследовании в ФГБНУ НЦПЗ, показавшем, что у родственников пациентов с БА возможными предикторами появления или ухудшения когнитивного функционирования вплоть до развития синдрома мягкого когнитивного снижения и БА могут быть генотип ApoE4(+); наличие на доклиническом этапе при объективном психопатологическом обследовании альцгеймерофобии, симптомов депрессии, тревоги или раздражительной слабости; признаки конституциональной когнитивной недостаточности в анамнезе (трудности запоминания цифровой информации, пространственной ориентировки, формирования мануальных навыков); личностные акцентуации по возбудимому и тревожно-мнительному типам; низкие показатели кинетической и пространственной организации праксиса, оптико-пространственной деятельности, зрительной и слухо-речевой памяти и произвольной регуляции деятельности, выявленные при нейропсихологическом обследовании [Селезнева Н.Д. и соавт., 2012].

**Целью** настоящей работы являлась комплексная оценка эффективности терапии цитиколином у кровных родственников больных БА для профилактики появления и прогрессирования у них когнитивной недостаточности.

Цитиколин является незаменимым предшественником фосфатидилхолина (лецитина) – основного структурного компонента нейрональных мембран. Механизм его действия состоит в защите АСhE нейронов от повреждения путем ослабления накопления свободных радикалов, в нормализации активности клетки вследствие восстановления ее мембраны и в улучшении функции за счет увеличения синтеза ацетилхолина. Цитиколин назначался по 1000 мг в сутки в виде питьевого раствора в течение 3-х месяцев.

**Материал и методы.** Цитиколин получали 39 родственников, средний возраст которых составил 54,2+13,2 г. На основании клинической и нейропсихологической диагностики когорту разделили на две группы: 1 – родственники с субъективными жалобами на когнитивные трудности, подтвержденные объективным клинико-нейропсихологическим обследованием; 2 – родственники без жалоб на когнитивные затруднения, но с признаками легкой конституциональной когнитивной недостаточности в анамнезе. Последние получали превентивную терапию по собственной настойчивой просьбе или принимали ее по собственной инициативе.

Для оценки эффективности и безопасности терапии использовался комплекс шкал и тестов с их статистической обработкой: 1. клинико-психопатологический метод с использованием формализованного инструмента клинической и психопатологической оценки состояния пациента, который включал шкалы: CGI (Шкала общего клинического впечатления), MMSE (Мини-тест оценки когнитивных функций), MoCA (Монреальская шкала оценки когнитивных функций), шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, модифицированная шкала Хачински; 2. комплексное нейропсихологическое обследование (по методу А.Р. Лурия); 3. «Экспресс-методика исследования когнитивных функций»; 4. психометрический комплекс: тест Мюнстерберга, тест запоминания 10 слов, Бостонский тест называния, тест запоминания 5 геометрических фигур, тест «Расстановка стрелок на слепых часах» и тест Бентона (узнавание геометрических фигур); 5. МРТ-исследование головного мозга; 6. молекулярно-генетический метод; 7. Шкала оценки побочного действия UKU; 8. статистический метод.

**Результаты.** По шкале CGI в группе в целом на терапии цитиколином умеренное и выраженное улучшение достигнуто в 79,5 % случаев; в 1 группе – в 50,0 % случаев, во 2 – в 91,3 % случаев. Статистически значимо ( $p < 0,05$ ) исходные оценки улучшились в каждой группе по шкалам MMSE и MoCA, по Бостонскому тесту называния, тесту запоминания и воспроизведения 5 геометрических фигур и по тесту зрительной памяти Бентона. «Экспресс-методика исследования когнитивных функций» в обеих группах показала значимое улучшение непосредственного запоминания в зрительной модальности и суммарной оценки. Комплексное нейропсихологическое обследование установило значимое улучшение в сфере произвольной регуляции деятельности (произвольного внимания и контроля) и в 1, и во 2 группе. Ассоциации ApoE4 генотипа с результатами эффектов цитиколина не установлено. Нежелательных явлений в процессе терапии не отмечено.

**Выводы.** Анализ эффективности и безопасности терапии цитиколином показал ее позитивное воздействие на восстановление сниженных или

конституционально дефицитарных когнитивных функций у родственников пациентов с БА, относящихся к наиболее высокой группе риска развития церебральной нейродегенерации – болезни Альцгеймера.

**Список используемой литературы**

1. Caselli R.J., Reiman E.M., Osborne J.G. et al. Longitudinal changes in cognition and behavior in asymptomatic carriers of the APOE e4 allele. *Neurology*. 2004; 62: 1990–1995.

2. Sager M.A., Hermann B., La Rue A. Middle-aged children of persons with Alzheimer's disease: APOE genotypes and cognitive function in the Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005; 18 (4): 245–249.

3. Levy J.A., Bergeson J., Putnam K. et al. Context-specific memory and apolipoprotein E (APOE) epsilon 4: cognitive evidence from the NIMH prospective study of risk for Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc*. 2004; 10: 362–370.

4. Jarvik L.F. and Brazer D. Children of Alzheimer parents: An Overview. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005; 18: 181–186.

5. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Погаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. *Журн неврологии и психиатрии*. 2012; 112 (10): 8–13.

УДК 616.8-085.2/.3

**Черемных Е.Г., Иванов П.А., Соколов О.Ю., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Баймеева Н.В., Мирошниченко И.И., Кост Н.В.**  
**Влияние галоперидола на показатели врожденного иммунитета, гемостаза и антиоксидантной системы крыс**

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва  
e-mail: ivanovpa@mail.ru*

**Актуальность.** Известно, что антипсихотики обладают иммунотропной активностью, однако механизмы этого эффекта до конца не ясны. Исследований, напрямую сравнивающих концентрацию психотропных препаратов в крови с показателями иммунитета и связанных систем, ранее не проводилось.

**Цель.** Изучить влияние субхронического введения типичного антипсихотика галоперидола (Гал) на ряд показателей врожденного иммунитета,



гемостаза и антиоксидантной системы здоровых крыс *in vivo*, сопоставить эти параметры с концентрацией Гал в крови животных, а также оценить прямое влияние Гал на все исследуемые параметры в экспериментах *in vitro*.

**Методы.** Концентрацию Гал определяли хромато-масс-спектрометрически. Система комплемента (С5) изучалась биологическом тесте с использованием простейших *Tetrahymena pyriformis*. Гемостаз оценивали по скорости образования фибринового сгустка. Фагоцитарную активность перитонеальных макрофагов оценивали по скорости фагоцитоза латексных частиц (фагоцитарный индекс, ФИ). Уровень экспрессии индуцибельной NO-синтазы (iNOS) в макрофагах оценивали методом иммунофлуоресцентной микроскопии. Концентрацию NO, активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), глутатион-S-трансферазы (ГТ) и глутатионредуктазы (ГР) анализировали спектрофотометрически.

**Результаты.** Субхроническое введение Гал (доза 0,5 мг/кг, 3 недели) привело к двукратному снижению активности КС и гемостаза и не изменило другие показатели. Содержание Гал в крови коррелировало с активностью С5 ( $r=-0.71$ ), фагоцитарным индексом макрофагов ( $r=0.78$ ), активностью ЛЭ ( $r=-0.71$ ) и активностью ГТ ( $r=-0.67$ ). Сравнительный анализ корреляционных взаимосвязей всех параметров в контрольной и опытной группах показал, что под действием Гал возник ряд новых взаимосвязей, не обнаруженных в контроле. Так возникли значимые корреляции NO с активностью ЛЭ и ГР, активности ЛЭ с активностью ГР и ФИ перитонеальных макрофагов. Можно предположить, что субхроническое введение Гал существенно влияет на гомеостаз и вызывает ряд сложных перестроек, механизм которых требует дальнейшего изучения. В экспериментах *in vitro* Гал (12 нг/мл) полностью блокировал PMA-индуцированную экспрессию iNOS в макрофагах и изменял их морфологию на «противовоспалительный» фенотип. Интересно, что субхроническое введение Гал не приводило к «противовоспалительной поляризации» макрофагов.

**Заклучение.** Итак, впервые показано, что Гал снижает функциональную активность СК и гемостаза при субхроническом введении. Сопоставление данных, полученных *in vivo* и *in vitro*, показало, что Гал оказывает прямое действие на фагоцитарное звено врожденного иммунитета и не прямое опосредованное на ЛЭ и ферменты антиоксидантной защиты. Предполагается, что опосредованное действие обусловлено токсическим эффектом Гал, в первую очередь на клетки печени. Подтверждена необходимость назначения препаратов, нормализующих состояние СК и антиоксидантной защиты, а также постоянный мониторинг свертывающей системы крови при длительном применении антипсихотика.

УДК: 616.89-008.441

**Шарипова Ф.К., Арифджанова А.Б.**

**Роль психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа**

*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,  
Узбекистан, г. Ташкент  
e-mail: azizakhon07@gmail.com*

**Актуальность:** пациенты с впервые диагностированным сахарным диабетом нуждаются в индивидуальной психологической поддержке (Кошанская А.Г., 2015). Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня (Винокур В.А., 2017).

**Цель исследования:** изучить роль психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту больных. Материалы и методы исследования: в условиях НИИ Эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12–15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С группой проводились занятия медицинскими психологами, педагогами по ритмике и постановке танцев, психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

**Результаты:** на инициальном этапе были проведены тестирования подростков на наличие эмоциональных изменений с помощью психометрических шкал. В ходе исследования эмоционального фона у 96,6 % подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства легкой или умеренной степени. В обследованной группе в ходе тестирования с помощью

опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86 % подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67 %), у 20 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13 % подростков – констатировалась выраженная тревога. Основными целями проводимой коррекционной работы являлись: проведение семейной и рациональной психотерапии, улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности), обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства. В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объёме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков. Участники в процессе занятий обучались телесной рефлексии, тренировали способность отслеживать собственные переживания и волнения, осознавать и принимать себя, свои негативные и позитивные эмоции и их причины посредством отражения внутреннего мира через танец и элементы пантомимы. На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В ходе данных занятий была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 88 %. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков. Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде

психорисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом. По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты творческого труда. У всех подростков, проходивших лечение в психокоррекционной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов, нормализация внутрисемейных и межличностных взаимоотношений.

**Вывод:** таким образом, использование новых креативных подходов к психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента сахарного диабета, а также коморбидно текущей аффективной патологии, улучшить прогноз и реабилитацию данной категории пациентов.

УДК 616.8-085.2/.3

**Якимец А.В.<sup>2</sup>, Зозуля С.А.<sup>1</sup>, Олейчик И.В.<sup>1</sup>, Ключник Т.П.<sup>1</sup>**

### **Иммуномодулятор гамма-d-глутамил-триптофан в терапии астенических расстройств при шизофрении**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва;

<sup>2</sup>ФКУ «Орловская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением» МЗ РФ, г. Орел  
e-mail: a.vyakimets@mail.ru

**Актуальность.** Трудности в выборе эффективных и безопасных средств для лечения астенических расстройств при шизофрении связаны с клиническим полиморфизмом, а также с отсутствием четких диагностических критериев данных состояний. Большой выбор препаратов, используемых врачами разных специальностей для лечения астении, еще более осложняет решение вопросов терапии. Актуальность данной проблемы определяет необходимость поиска новых, патогенетически обоснованных подходов к терапии астенических расстройств при шизофрении. Одним из таких направлений является изучение роли иммунной системы в патогенезе эндогенных психических расстройств [de Witte L., Tomasik J. et al., 2014; Зозуля С.А. с соавт., 2017], а также возможность использования иммуностропных препаратов в терапии больных шизофренией.

Ранее нами были выявлены особенности спектра воспалительных маркеров у пациентов с преобладанием негативно-астенической симптоматики в ремиссии при шизофрении. Было показано, что эти состояния ассоциируются с исходной недостаточностью функциональной активности нейтрофилов (по активности ЛЭ) на фоне повышения активности острофазных белков (по активности  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора) у пациентов с негативно-астенической симптоматикой [Якимец А.В. с соавт., 2018].

Предположительно, применение иммуномодулирующих препаратов в терапии этих расстройств может способствовать относительной нормализации состояния пациентов, оптимизации проводимого лечения и служить важным шагом на пути к персонифицированной терапии.

**Цель исследования:** оценка эффективности использования иммуномодулятора гамма-D-глутамил-триптофана в терапии астенических расстройств при шизофрении.

**Материал и методы исследования.** Обследовано 39 пациентов мужского пола в возрасте от 23 до 58 лет с шизофренией (F20.x1; F20.x2) в ремиссии, находящиеся на стабильной антипсихотической терапии более 2 месяцев. Клиническая оценка проведена клинико-психопатологическим и психометрическим методом (PANSS, SANS, MFI-20).

В сыворотке крови пациентов определяли активность воспалительных маркеров лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и острофазного белка  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ( $\alpha 1$ -ПИ) [Ключник с соавт., 2016]. В качестве контроля использовали результаты определения вышеуказанных маркеров у 35 здоровых мужчин соответствующего возраста.

Для оценки эффективности выбранного препарата исследуемая когорта больных была разделена на две группы: *основная группа* – 29 пациентов, которым проводилась аугментация традиционной антипсихотической терапии иммуномодулирующим препаратом гамма-D-глутамил-триптофаном (100 мкг в 1 мл воды для инъекций, в/м 1 раз в сутки 5 дней); *группа сравнения (плацебо)* – 10 пациентов, которым по такой же схеме применяли плацебо (1 мл воды для инъекций).

Клинико-иммунологическое обследование проводилось до начала терапии, после окончания курса (через 5 дней) и на отдаленном этапе (через 30 дней). Результаты обрабатывали с помощью пакета программ Statistica-10.

**Результаты и их обсуждение.** До начала терапии в общей группе пациентов было выявлено преобладание негативно-астенических расстройств разной степени выраженности. Средний балл по шкалам составил: PANSS=63 [59;65]; SANS=39 [33;52]; MFI-20=65,5[61;69]. Иммунологически группа характеризовалась нормальной/сниженной активностью ЛЭ

(181, 8 [157;196,5] нмоль/мин·мл) и повышением активности острофазного белка  $\alpha 1$ -ПИ (50,7[41,7;58,4] ИЕ/мл) по сравнению с контролем (169 [160;190] нмоль/мин·мл и 30[25;36] ИЕ/мл) ( $p>0,05$ ;  $p<0,001$ ).

Терапия *основной группы* пациентов (PANSS=63 [60; 65]; SANS=42,5 [33; 52]; MFI-20=65,1 [60; 70]) с использованием гамма-D-глутамил-триптофана способствовала значительной редукции большинства клинических проявлений негативно-астенической симптоматики у всех обследованных больных через 30 дней. У пациентов наблюдалось уменьшение психической и физической истощаемости, повышение активности, «прилив сил», сокращение жалоб астенического характера. Полученные данные подтверждены результатами психометрической оценки по шкалам PANSS=57,5 [56; 62] ( $p<0,001$ ) и MFI-20=50,6 [46; 55] ( $p<0,001$ ), но не по шкале SANS=42,5 [32,5; 52] ( $p>0,05$ ). Снижение выраженности астенических расстройств у этих пациентов к 30 дню наблюдений сопровождалось статистически значимым повышением исходно сниженной дегрануляционной активности нейтрофилов (по активности ЛЭ – с 183 [156,6; 208,4] до 208,2 [187,8; 229] нмоль/мин·мл ( $p<0,05$ )) и относительным восстановлением соотношения между активностью ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ.

В *группе сравнения* (PANSS=64 [59; 65]; SANS=40 [34; 51]; MFI-20=66 [64; 68], активность ЛЭ – 169,5 [160; 190] нмоль/мин·мл, активность  $\alpha 1$ -ПИ 51,7 [45,5; 55] ИЕ/мл) после плацебо-терапии у всех пациентов сохранялась психопатологическая симптоматика той же степени выраженности, что и на момент включения в исследование. Значимых изменений в психометрической оценке состояния больных не наблюдалось: PANSS=64 [58; 68] ( $p>0,05$ ), SANS=40 [31; 52]) ( $p>0,05$ ); MFI-20=65 [62; 67] ( $p>0,05$ ). Не выявлено статистически значимых изменений активности ЛЭ и  $\alpha 1$ -ПИ после окончания курса плацебо (181,4 [172; 196,5] нмоль/мин·мл ( $p>0,05$ ) и 48,7 [43,4; 50,7] ИЕ/мл ( $p>0,05$ )), а также через 30 дней (174 [166,8; 181] нмоль/мин·мл ( $p>0,05$ ) и 48,7 [46,4; 52,4] ИЕ/мл ( $p>0,05$ )).

Таким образом, терапия с использованием гамма-D-глутамил-триптофана способствовала значительной редукции негативно-астенической симптоматики у пациентов с шизофренией по сравнению с группой плацебо.

**Выводы.** Недостаточность функциональной активности нейтрофилов, оцененная по активности ЛЭ, может рассматриваться в качестве предиктора наибольшей эффективности сочетанного лечения астенического симптомокомплекса с применением иммуномодулятора и способствует оптимизации его терапии.

Полученные результаты позволяют рекомендовать аугментацию антипсихотической терапии препаратом гамма-D-глутамил-триптофаном

у пациентов с негативно-астенической симптоматикой в ремиссии при шизофрении и могут послужить основой для повышения эффективности лечения данного контингента больных.

#### **Список литературы**

1. de Witte L., Tomasik J., Schwarz E., Guest P.C., Rahmoune H., Kahn R.S., et al. Cytokine alterations in first-episode schizophrenia patients before and after antipsychotic treatment. *Schizophr Res.* – 2014. – Vol. 154 (1–3). – P. 23–29.

2. Зозуля С.А., Олейчик И.В., Андросова Л.В. и др. Мониторинг течения эндогенных психозов по иммунологическим показателям // *Психическое здоровье.* – 2017. – №1. – С. 11-18.

3. Якимец А.В., Зозуля С.А., Олейчик И.В., Ключник Т.П. Особенности динамики клинико-биологических показателей астенического симптомокомплекса у больных шизофренией в процессе иммунотропной терапии // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова.* – 2018. – № 3. – С. 70–76.

4. Ключник Т.П., Зозуля С.А., Андросова Л.В. и др. Лабораторная диагностика в мониторинге пациентов с эндогенными психозами («Нейро-иммуно-тест»): Медицинская технология. 2-е изд., испр. и доп. М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016.

## Раздел VIII. СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

*Савенко Ю.С.*

### **История академического института психиатрии. Несколько воспоминаний**

*Независимая психиатрическая ассоциация, Москва*

К июлю 1944 г. территория страны была фактически освобождена. Война даже в тылу вела у каждого к предельной мобилизации всех сил. Первое послевоенное поколение психиатров и невропатологов было творчески высоко продуктивно. Создание научного психиатрического центра в системе Академии Наук, а не Минздрава и Минпросвещения в определённой мере предохраняло от издержек централизации. Подобно тому, как проблематика психических расстройств при военной мозговой травме существенно продвинуло психиатрию по опыту Первой мировой войны в лице Курта Гольдштейна, а также Карла Клейста и Отто Пётцля, Великая Отечественная война дала выдающиеся работы М.О. Гуревича, А.С. Шмарьяна, Р.Я. Голант. Классиком нейропатоморфологического направления в психиатрии был и В.А.Гиляровский. Поэтому назначение его в 1944 г. первым директором нового научного центра психиатрии было совершенно естественно. Наряду с этим, он оставался с 1923 г. зав. кафедрой II ММИ, тогда как кафедру I ММИ возглавлял М.О. Гуревич. Это были, наряду с Т.И. Юдиным, наиболее крупные отечественные психиатры той поры.

В 1946 г. в монографии «Старые и новые проблемы психиатрии» В.А. Гиляровский писал, что «военные наблюдения во многих случаях заставляют по-иному решать вопросы патогенеза и терапии и отказаться от прежних взглядов», согласно которым «клиническая специфика зависит только от особенностей прирожденного склада, т.е. собственно наследственных моментов с влиянием внутриутробного развития. «Понятие экзогенного типа реакций К. Бонхоффера представляет дальнейшее развитие принципа выявления конституции внешними факторами», «это переоценка роли наследственности». «Основным методом должен считаться анатомический, усугубляемый патофизиологическим..., с опорой на концепции Шеррингтона, Джексона, Ухтомского и Павлова».



Тем не менее в 1951 г. на Павловской сессии все это неврологическое («психоморфологическое») направление в психиатрии подверглось уничтожающей критике, с установлением диктата догматического квазипавловского учения о ВНД. Все прежние лидеры психиатрии лишились своих постов. Неловко читать покаянные предисловия к упрощенным изданиям учебников психиатрии В.Я.Гиляровского и М.О. Гуревича. Вместо существования различных направлений и школ установилась монополия одной.

Несказанная удача, что в этот мрачный период длящейся с 1948 г. антисемитской компании против «безродных космополитов» и преследования генетики, после разгромных Павловских сессий и Дела врачей, смерти Гуревича и Голант в 1953 г., на посту директора (1952-1960) оказался не один из авторов разгромного доклада, а человек, который на всем протяжении своей деятельности показал себя выдающимся гуманистом и организатором. Поскольку я был с 1963 г. аспирантом Д.Д. Федотова, то оказался свидетелем его грандиозной организационной деятельности, благодаря которой Московский НИИ психиатрии достиг в 1960-е годы своего наивысшего расцвета, достойного его выдающейся истории. Нигде впоследствии я не встречал такой свободной творческой атмосферы, какую сумел создать Д.Д. Это была удивительно цельная достойная и обаятельная натура, большая редкость на таком посту. Даже вынужденный следовать господствующему курсу, он делал это настолько деликатно, что вызывал всеобщее уважение.

Во многих текстах академический институт психиатрии эпохи А.В.Снежневского представляется однородным авторитарным учреждением. В действительности это пример противоположного рода. Вопреки авторитарному стилю центральной фигуры и нескольких его помощников, это был настоящий научный центр, оправдывающий лидирующее положение по многим позициям, в котором работали выдающиеся клиницисты и ученые самых разных взглядов и позиций. Одной из центральных и наиболее привлекательной фигурой был Эрих Яковлевич Штернберг. Э.Я. был учеником К. Бонхоффера, в берлинской клинике которого стал в 1927 г. соавтором Артура Кронфельда в принципиально важной работе «Построение классического учения об афазии», а в 1936 г. совместной с Кронфельдом работе о первом опыте исулино-шоковой терапии в Советском Союзе, куда он эмигрировал с приходом к власти нацистов. В 1933–1938 гг. он, как и приехавший в 1936 г. Кронфельд, работал в Московском городском научно-исследовательском невропсихиатрическом институте им. П.Б. Ганушкина (дир. С.В. Крайц). в 1938 г. он был репрессирован. В лагерях и ссылке (Воркута, Красноярский край) пробыл, работая врачом 16 лет (по 1954 г.). В 1962 г. возглавил отдел психозов позднего возраста.

Мне посчастливилось близко знать Эриха Яковлевича Штернберга. В 1966 и 1974 гг. он был оппонентом моих кандидатской и докторской диссертаций. С этого времени я бывал у него дома, пользуясь гостеприимством этого удивительно обаятельного человека и его супруги, Анны Анатольевны, “японской шпионки”, с которой он, “немецкий шпион”, познакомился в ссылке. Необыкновенное впечатление, которое производил Эрих Яковлевич, трудно описать – его выразительное породистое лицо, его манеру говорить... Несмотря на простоту, отзывчивость, мягкость и теплоту, значительность его личности живо ощущалась во всем. Поражало, как сильный немецкий акцент не только не мешает, а создает особое очарование, какой симпатией проникались к нему больные, как широк был его клинический диапазон, как он умел и пошутить с больным, и “нажать на его слезную железу”. Строй его размышлений и речи, спокойный и убедительный, выстраивался с такой полнотой и логической последовательностью, что то, что еще накануне казалось проблематичным, приобретало ясную определенность. Я неоднократно был свидетелем чрезвычайно почтительного отношения к его работам ведущих немецких психиатров. Проф. Альфред Краус рассказывал сколь многие его коллеги опасались его критики. А между тем он был тогда единственным у кого в кабинете висел портрет Карла Ясперса. И он был единственным, кто изучил вторую после «Общей патологии» Ясперса настольную книгу довоенных немецких психиатров – «Сущность психиатрического познания» Артура Кронфельда, экземпляр которой испещрён его развернутыми пометками на полях. В 1973 г. Эриха Яковлевича пытались использовать в деле генерала П. Григоренко, но безрезультатно.

Его признавали живым классиком, а жил он в условиях, которые могли потрясти любого. – Крошечная двухкомнатная квартира в “хрущобе” с на редкость низким потолком, все стены которой, включая коридор, были буквально забиты, не оставляя и пяточка пустого пространства, книгами на немецком, французском, английском языках, – редчайшими, часто уникальными в нашей стране изданиями, прежде всего, профессиональными. В коридоре из-за этого приходилось чуть ли не протискиваться и нельзя было разойтись. Здесь его посещали многие зарубежные коллеги.

Эрих Яковлевич ценил широкий культурный горизонт и культурные традиции и, видимо, в своем окружении ему не доставало этого. Жизнь научила его осторожности, но в узком кругу он высказывался критично и с полной определенностью. Рассказывая об Артуре Кронфельде, он сокрушался, что содействовал его переселению в Советский Союз. Он предостерегал меня от желания встречи с А.В. Снежневским и постоянно проявлял способность к редкой чуткости и пониманию. Когда меня в 1979 г. уволили “по сокращению штатов” из Института судебной психиатрии им. В.П. Сербского, судя

по всему за свободные высказывания, оседавшие в досье, он в своей последней поездке в Германию, незадолго до смерти, нашел время, чтобы договориться о моем устройстве в Институт Макса Планка в Мюнхене. В те времена на это решился бы не каждый.

Многие из коллег, знавшие Эриха Яковлевича, не знают ему равного среди профессионалов.

В 1970-е годы я неоднократно общался также с Таксиархис Федоровичем Папандопулосом и Юрием Федоровичем Поляковым, творческими людьми чуждыми какой-либо догматики, отсутствие которой вполне проявилось в начале 90-х годов, когда в НПА России вступили такие близкие А.В.Снежневскому сотрудники, как А.К.Ануфриев, И.В.Шахматова-Павлова, Г.Н.Соцевич, В.М.Гиндилис, А.И.Ойфа, В.А.Файвишевский. Очень многое при ближайшем рассмотрении оказывается совершенно не таким, как видно со стороны в обобщенном виде, намного более сложным и противоречивым.

#### **Список используемой литературы**

1. Столетие Э.Я.Штерберга /Независимый психиатрический журнал, 2003-IV, 5–6.
2. Дело генерала Петра Григоренко /НПЖ, 1992-III-IV, 50 (36–60).



# Церебролизин®

ВОЗВРАЩАЕТ К ЖИЗНИ, ВОССОЕДИНЯЯ НЕЙРОНЫ

ИНСУЛЬТ  
ЧМТ  
КОГНИТИВНЫЕ  
РАССТРОЙСТВА

## ВЕРНОЕ РЕШЕНИЕ. БОЛЬШИЕ ПЕРЕМЕНЫ.

Месяц назад Павел Иванович заметил ухудшение памяти, внимания, легкую слабость в руке и ноге  
**Сегодня он выиграл партию в шахматы**

- Улучшает двигательные и когнитивные функции после инсульта и черепно-мозговой травмы<sup>1-5</sup>
- Улучшает познавательные функции при сосудистых и нейродегенеративных когнитивных расстройствах<sup>6,7</sup>
- Снижает частоту развития постинсультной депрессии и деменции<sup>1,8</sup>



**Церебролизин® (Cerebrolysin®) РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР:** П N013827/01 Раствор для инъекций. **СОСТАВ:** 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи). **ПОКАЗАНИЯ:** болезнь Альцгеймера; синдром деменции различного генеза; хроническая цереброваскулярная недостаточность; ишемический инсульт; травматические повреждения головного и спинного мозга; задержка умственного развития у детей; гиперактивность и дефицит внимания у детей; эндогенная депрессия, резистентная к антидепрессантам (в составе комплексной терапии). **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** тяжелая почечная недостаточность; эпилептический статус; индивидуальная непереносимость. **С ОСТОРОЖНОСТЬЮ** применяют препарат при аллергических диатезах и заболеваниях эпилептического характера. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** применяется парентерально (внутримышечно, внутривенно (струйно, капельно)). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Могут быть проведены повторные курсы. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** при чрезмерно быстром введении: редко – ощущение жара, потливость, головокружение и др.; очень редко: повышенная индивидуальная чувствительность, аллергические реакции и др. Полный перечень побочных эффектов указан в инструкции по медицинскому применению. **ПРОИЗВОДИТЕЛЬ:** EVER Neuro Pharma, GmbH, A-4866 Унтерха, Австрия.

Полная информация представлена в инструкции по медицинскому применению.

При возникновении побочных реакций, в том числе не указанных в инструкции, необходимо обратиться к врачу или в представительство компании.

1. Muresanu D. F., Heiss W. D., Hoemberg V., Guekht A. et al. Stroke 2016 Jan; 47(1):151–159; 2. Ladurner G., Kalvach P., Moessler H. J Neural Transm 2005; 112 (3): 415–428; 3. Chen C. C., Wei S. T., Tsala S. C., Chen X. X., Cho D. Y. Br J Neurosurg. 2013 Dec; 27(6):803–7; 4. König P., Waanders R. et al. et al. J Neurol Neurochir Psychiatr 2006;7(3):12–20; 5. Muresanu D.F., Ciurea A.V., Gorgan R.M. CNS Neurol Disord Drug Targets 2015;14(5):587–99; 6. Guekht A. B., Moessler H., Novak P. H., Gusev E. I., J Stroke Cerebrovasc Dis. 2011 Jul-Aug;20(4):310–318; 7. Gauthier S., Proano J. V., Jia J. et al., Dement Geriatr Cogn Disord. 2015;Vol. 39, no. 5–6: 332–347; 8. Чуканова Е.И., Сравнительный анализ эффективности Церебролизина при лечении пациентов с хронической ишемией мозга. Трудный пациент, 2011, № 1, Т. 9, с. 35–39

**Quality from  
Austria.**

Trusted partner for  
over 2 million  
patients.



ООО «ЭВЕР Нейро Фарма»

107061, Москва, Преображенская пл., дом 8  
Телефон: +7 (495) 933 87 02, факс: +7 (495) 933 87 15  
E-mail: info.ru@everpharma.com  
www.everpharma.com

Генеральные спонсоры:



ГЕДЕОН РИХТЕР



Спонсоры:



Официальный провайдер:

СО.ФАКТОР



Москва 2019