

Омский психиатрический журнал

1 (31) 2022



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

1(31) 2022

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № ФС77-58937
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Konan Lim. Time.

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ
Васильченко К.Ф., к.м.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:
Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Клиническая психиатрия		Clinical psychiatry
Взаимосвязь вариантов компенсаторно-приспособительной защиты и пола у пациентов с параноидной шизофренией в ремиссии <i>С.И. Козлов, Л.А. Ерофеева, М.Г. Андреева, Р.О. Морозов</i>	3	Relationship of variants of compensatory-adaptive protection and gender in patients with paranoid schizophrenia in remission <i>Kozlov S.I., Erofeeva L.A., Andreeva M.G., Morozov R.O.</i>
Клинический случай параноидной шизофрении <i>Е.И. Битко, М.В. Воронов, Е.Б. Асташина</i>	6	Clinical case of paranoid schizophrenia <i>E.I. Bitko, M.V. Voronov, E.B. Astashina</i>
Биопсихосоциальный подход в терапии пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях отделения принудительного лечения специализированного типа: клиническое наблюдение <i>Н.А. Голованова, Т.П. Степанкина, Е.В. Булах</i>	9	Biopsychosocial approach to patient therapy with the first psychotic episode under conditions compulsory treatment departments of specialized type: clinical case <i>N.A. Golovanova, T.P. Stepankina, E.V. Bulakh</i>
Полиморфизм симптомов и трудности терапии психических расстройств у пациентов с ВИЧ-ассоциированным поражением головного мозга (клинический случай) <i>Долгушева Н.А., Ткаченко Д.А., Вихорев О.В., Иванчук А.Н., Бикмаева Ю.Г., Долгушева А.Е.</i>	14	Polymorphism of symptoms and difficulties of therapy mental disorders in HIV-associated patients brain (clinical case) <i>Dolgusheva N.A., Tkachenko D.A., Vikhorev O.V., Ivanchuk A.N., Bikmaeva Yu.G., Dolgusheva A.E.</i>
Новости психиатрии	18	Psychiatry news

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий выпуск сетевого издания «Омский психиатрический журнал» посвящен клиническим аспектам психиатрии.

В настоящее время в научной литературе уделяется большое внимание изучению гендерных различий в разных аспектах жизни человека. Осмысление женщинами явлений окружающего мира и собственной личности более консервативна и более устойчива при болезненном эндогенном процессе. Внимание, уделяемое изучению адаптационных механизмов больных шизофренией представляется недостаточным. Отсутствуют исследования, в которых были бы изучены особенности формирования компенсаторно-приспособительной защиты пациентов с шизофренией с учетом пола пациентов. Гендер в психиатрии является одним из наименее изученных вопросов современной медицины. В этой связи большой научный и практический интерес представляет исследование омских психиатров, посвященное взаимосвязи вариантов компенсаторно-приспособительной защиты и пола у пациентов с параноидной шизофренией в ремиссии. В ходе проведенного исследования была установлена связь между полом пациентов с параноидной шизофренией в ремиссии и сформированным у них типом компенсаторно-приспособительной защиты. Безусловно, полученные данные окажут существенное влияние на разработку индивидуализированных программ психосоциальной реабилитации у пациентов с эндогенными психозами.

Логическим продолжением указанной работы, расширяющим наши представления о характере течения эндогенных психозов, является статья, посвященная клиническому наблюдению параноидной шизофрении. В ней показаны современные клинические представления о данном расстройстве – хроническом психическом эндогенном прогрессирующем заболевании, возникающем, как правило, в молодом возрасте. В клинической картине шизофрении выделяют специфические для этого заболевания расстройства: нарушения аутистического характера, расстройства психической активности, эмоций, мышления и поведенческих реакций. На конкретном примере рассмотрены основные тенденции лечения данного заболевания.

Внедрение принципов биопсихосоциальной терапии первого психотического эпизода в отделениях принудительного лечения с приори-

тетом в качестве поддерживающей терапии атипичных антипсихотиков, разработка длительных психообразовательных и психокоррекционных программ для пациентов и их родственников, когнитивного тренинга для предупреждения нейрокогнитивного дефицита может значимо улучшить результаты лечения пациентов с достижением длительной качественной ремиссии, а также будет способствовать профилактике повторных общественно-опасных действий данной группы психически больных. Приведена клиническая иллюстрация данного тезиса.

Клиническая реальность показывает, что шизофрения в большинстве случаев коморбидна с иными заболеваниями; расстройство эндогенного генеза существенно модифицирует клинико-динамические характеристики ассоциированной патологии. К настоящему времени накоплено достаточное количество наблюдений, свидетельствующих о том, что психические нарушения при ВИЧ-инфекции включают в себя практически весь спектр – от легких расстройств адаптации до глубокой деменции. Отмечено, что они препятствуют проведению антиретровирусной терапии и их изучение становится все более актуальным. В статье приводится клиническое наблюдение полиморфной психопатологической у пациента, страдающего ВИЧ-инфекцией. На основании представленного клинического случая авторы делают вывод, что поражение головного мозга вирусом иммунодефицита человека может привести к одновременному развитию у пациента симптомов, характерных для различных психических расстройств, что крайне усложняет постановку правильного диагноза. Также можно предположить, что препаратом выбора для купирования психических расстройств при подобных состояниях является клозапин, но только в сочетании с правильно подобранной противовирусной терапией, нейтрализующей цитотоксическое действие ВИЧ на клетки головного мозга.

В заключении номера редакционная коллегия публикует наиболее интересные новости психиатрии.

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

Клиническая психиатрия

УДК: 616.89

ВЗАИМОСВЯЗЬ ВАРИАНТОВ КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И ПОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В РЕМИССИИ

С.И. Козлов, Л.А. Ерофеева, М.Г. Андреева, Р.О. Морозов

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

prooreo@mail.ru

Аннотация. В настоящее время в научной литературе уделяется большое внимание изучению гендерных различий в разных аспектах жизни человека. Осмысление женщинами явлений окружающего мира и собственной личности более консервативна и более устойчива при болезненном эндогенном процессе. Внимание, уделяемое изучению адаптационных механизмов больных шизофренией, представляется недостаточным. Отсутствуют исследования, в которых были бы изучены особенности формирования компенсаторно-приспособительной защиты пациентов с шизофренией с учетом пола пациентов. Цель исследования: Изучить адаптационные особенности пациентов с параноидной шизофренией в ремиссии с учетом гендерной принадлежности. Материал и методы: Исследование было проведено на базе БУЗ Омской области «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» на выборке из 71 пациента с установленным диагнозом параноидной шизофрении, находящихся в лекарственной ремиссии (F20.014, МКБ-10). Результаты: установлена статистически значимая взаимосвязь пола и вариантов компенсаторно-приспособительной защиты ($p=0,004$). Заключение: Подтверждена гипотеза о том, что гендер пациента с параноидной шизофренией в ремиссии определяет формирование типа компенсаторно-приспособительной защиты.

Ключевые слова. Адаптация, шизофрения, гендер, компенсаторно-приспособительная защита.

RELATIONSHIP OF VARIANTS OF COMPENSATORY-ADAPTIVE PROTECTION AND GENDER IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN REMISSION

Kozlov S.I., Erofeeva L.A., Andreeva M.G., Morozov R.O.

Resume. At present time, much attention is paid to the study of gender differences in various aspects of human life in the scientific literature. Women's comprehension of the phenomena of the surrounding world and their own personality is more conservative and more stable in a painful endogenous process. The attention paid to the study of the adaptive mechanisms of patients with schizophrenia seems to be insufficient. There are no studies that would study the features of the formation of compensatory-adaptive protection in patients with schizophrenia, taking into account the gender of patients. Purpose of the study: To study the adaptive characteristics of patients with paranoid schizophrenia in remission, taking into account gender. Material and Methods: The study was conducted on the basis of the Omsk regional psychiatric hospital on a sample of 71 patients with an established diagnosis of paranoid schizophrenia (F20.014, ICD-10). Results: a statistically significant relationship between gender and compensatory-adaptive protection options was established ($p=0.004$). Conclusion: The hypothesis was confirmed that the gender of a patient with paranoid schizophrenia in remission determines the formation of the type of compensatory-adaptive defense.

Keywords. Adjustment, schizophrenia, gender, compensatory-adaptive protection.

Введение. В настоящее время в научной литературе уделяется большое внимание изучению гендерных различий в разных аспектах жизни человека. Для обозначения социальных стереотипов и различий между мужчинами и женщинами стал использоваться термин «гендер». Данный термин был предложен Р. Столлером в 1963 году для обозначения двойственной природы пола человека: биологической и социокультурной [8].

Существует предположение, что традиционные представления о различиях между мужчинами и женщинами могут влиять на поведение, связанное психическим здоровьем. В научной литературе можно встретить данные о том, что женщины употребляют более здоровую

пищу, чем мужчины. Можно предположить, что это связано со склонностью женщин к беспокойству о здоровье в связи с задачей рождения и воспитания детей. Возможно, в связи с этим, ведение здорового образа жизни, активно пропагандируемое в обществе, встречается в большей степени среди женщин [1]. Нужно подчеркнуть, что в основе психологических различий полов, лежат и биологические особенности [3, 5, 6]. Применительно к психическим расстройствам существует мнение, что осмысление женщинами явлений окружающего мира и собственной личности более консервативна и более устойчива при болезненном эндогенном процессе [2]. Нет сомнений в том, что таким образом гендерные различия могут отражаться на

социальном функционировании и на адаптационных возможностях пациентов.

Несмотря на распространенность исследований гендерных различий клинических и социальных особенностей пациентов с шизофренией, внимание, уделяемое изучению адаптационных механизмов больных шизофренией, представляется недостаточным [7]. Кроме того, отсутствуют исследования, в которых были бы изучены особенности формирования компенсаторно-приспособительной защиты пациентов с шизофренией с учетом пола пациентов.

Цель исследования. Изучить адаптационные особенности пациентов с параноидной шизофренией в ремиссии с учетом гендерной принадлежности.

Гипотеза исследования. Гендер пациента с параноидной шизофренией в ремиссии определяет формирование типа компенсаторно-приспособительной защиты.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе БУЗ Омской области «КПБ им. Н.Н. Солодников», в отделении первого психотического эпизода (ППЭ), в мужском медико-реабилитационном отделении, а также на участке первого психотического эпизода амбулаторного звена. Исследовательская выборка

включала в себя 71 пациента с установленным диагнозом параноидной шизофрении, находящийся в лекарственной ремиссии (F20.014, МКБ-10).

По гендерному признаку пациенты в выборке были распределены следующим образом: 57,7% мужчин (n=41) и 42,3% женщин (n=30). Медиана возраста мужчин составила 39 [33; 49] года, женщин – 37,5 [31,75; 49,25] лет.

Оценка адаптации выполнена согласно методике Г.В. Логвинович с установлением типа компенсаторно-приспособительной реакции и типа адаптации [4].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета ПО SPSS Statistics 23. Анализ распределения частот категориальных переменных проводился с помощью критерия хи-квадрат и точного критерия Фишера. С целью проверки количественных величин на предмет статистической значимости различий нами было проведено попарное их сравнение с использованием критерия Мана-Уитни. Полученные результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Распределение по типам компенсаторно-приспособительной защиты в исследуемой выборке было неравномерным.

Таблица 1
Взаимосвязь пола и компенсаторно-приспособительной защиты

Пол	Компенсаторно-приспособительная защита				точный критерий Фишера	p
	Гуттаперчевая капсула	Экологическая ниша	Социальная оппозиция	Укрытие под опекой		
Мужской (n = 41)	n = 4	n = 17	n = 5	n = 15	12,666	0,004
Женский (n = 30)	n = 14	n = 9	n = 1	n = 6		
Всего	n = 18	n = 26	n = 6	n = 21		

Большую долю имели пациенты с компенсаторно-приспособительной защитой «Экологическая ниша» – 36,6% (n=26). В данном случае структура и степень выраженности рано формирующихся негативных расстройств и особенности их последующей динамики препятствуют сохранению преморбидных профессиональных, семейных функций и отношений пациента. Наблюдается формирование нового жизненного стереотипа либо по типу общего снижения, либо по типу снижения социально полезного функционирования и активизации психической деятельности в области новых интересов и потребностей. Восстановление трудового и микросоциального статуса больного даже на сниженном уровне возможно лишь при наличии

ниши, создание которой осуществимо только при целенаправленных усилиях со стороны окружения на работе и в семье. Такого рода «экологическая ниша» отрывает больному возможности для посильного участия в социально полезной деятельности в условиях, близких к производственным, а также для самостоятельной или в кругу лояльного окружения семейной жизни во внебольничных условиях.

Несколько меньшая часть выборки была представлена пациентами с компенсаторно-приспособительной защитой «Укрытие под опекой» – 29,6% (n=21). Следует отметить, что особенностью данного типа компенсаторно-приспособительной защиты является необхо-

димостью разносторонней внешней стимуляции, коррекции и индивидуального обеспечения сильной социально полезной деятельности пациентов. Компенсация возможна лишь при наличии постоянной опеки и дифференцированной поддержки со стороны родных, психиатров (в стационарных или амбулаторных условиях), органов социального обеспечения и учреждения со специально созданными условиями социально-трудовой реабилитации.

Тип «Гуттаперчевая капсула» был представлен у 25,4% ($n=18$) пациентов. При данном варианте социальная компенсация негативных расстройств происходит за счет так называемой оболочки, которую больной создает вокруг себя и за пределы которой его функции и отношения не распространяются. Размеры этой оболочки, ограничивающей круг деятельности, интересов и притязаний больного, в зависимости от внешних и внутренних причин могут увеличиваться или уменьшаться. Данный тип компенсаторно-приспособительной защиты позволяет больному сохранять социальный статус на прежнем или несколько сниженном уровне.

Наименьший объем в исследуемой выборке имели пациенты с компенсаторно-приспособительной защитой «Социальная оппозиция», всего 8,5% ($n=6$). Особенностью данного типа защиты является существование длительного конфликта отношений больного с окружением. В основе такого конфликта лежит искажение эмоциональной, волевой, ассоциативной деятельности больного при отсутствии отчетливых признаков снижения активности

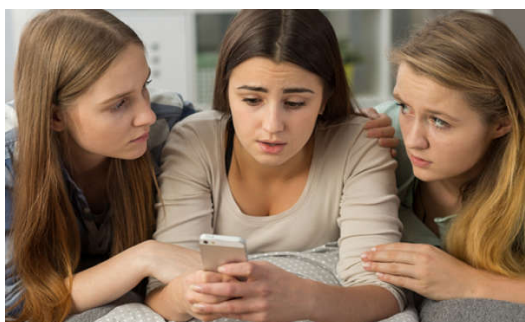
психической деятельности в этих сферах. Компенсаторно-приспособительная защита этого типа, как правильно, не способствует сохранению социально полезных функций и отношений больного в соответствии с полученным образованием и имеющимися клиническими предположениями.

Как видно из представленных данных в таблице 1, была установлена статистически значимая взаимосвязь пола и вариантов компенсаторно-приспособительной защиты ($p=0,004$). Установлено, что среди женщин с параноидной шизофренией в ремиссии преобладает «гуттаперчевая капсула» ($n=14$), а среди мужчин «экологическая ниша» ($n=17$) и «укрытие под опекой» ($n=15$). Отсутствие статистически значимых различий между медианой возраста пациентов мужского и женского пола ($p=0,961$) позволяет исключить влияние возраста на формирование типа компенсаторно-приспособительной защиты.

Выводы. В ходе проведенного исследования была установлена связь между полом пациентов с параноидной шизофренией в ремиссии и сформированным у них типом компенсаторно-приспособительной защиты, а гипотеза нашего исследования была подтверждена. Следует отметить, что в проведенном исследовании не были взяты в расчёт особенности клинической картины в группе мужчин и женщин. Для уточнения результатов необходимо продолжить исследование на выборке большего объема, а также учесть особенности клинической картины пациентов.

Литература

1. Бендас Т.В. Гендерная психология. – СПб.: Питер, 2006. – 431 с.
2. Березанцев, А. Ю. Гендер, комплаенс и качество жизни больных шизофренией (аналитический обзор) / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 24-32.
3. Горобец, Л. Н. Роль гендерного фактора в вопросах эффективности и переносимости антипсихотической терапии у больных с расстройствами шизофренического спектра (эндокринологические аспекты) / Л. Н. Горобец, А. В. Литвинов, М. А. Царенко // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 3. – С. 14-20.
4. Логвинович, Г. В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении / Г. В. Логвинович, А. В. Семке. – Томск : Национальный исследовательский Томский государственный университет, 1995. – 212 с. – ISBN 5-7511-0734-9.
5. Кондратенко А. Генетические особенности шизофрении у мужчин и женщин / А. Кондратенко, О. Скугаревский, В. Марше [и др.] // Наука и инновации. – 2018. – № 9(187). – С. 76-80.
6. Mendrek A, Mancini-Marie A. Sex/gender differences in the brain and cognition in schizophrenia / A. Mendrek A, A. Mancini-Marie // Neurosci Biobehav Rev. – 2016. – №67. – p. 57-78.
7. Seeman M.V. Does Gender Influence Outcome in Schizophrenia?. / M.V. Seeman / Psychiatr Q. – 2019. – №90. – p. 173-184.
8. Stoller R.J. Sex and gender. – New York: Science House, 1968.



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Е.И. Битко, М.В. Воронов, Е.Б. Асташина

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

natali.4462@mail.ru

Аннотация. В статье показаны современные клинические представления о шизофрении – хроническом психическом эндогенном прогрессивном заболевании, возникающем, как правило, в молодом возрасте. В клинической картине шизофрении выделяют специфические для этого заболевания расстройства: нарушения аутистического характера, расстройства психической активности, эмоций, мышления и поведенческих реакций. Представлено клиническое наблюдение параноидной шизофрении, рассмотрены основные тенденции лечения данного заболевания.

Ключевые слова. Шизофрения, параноидная, антипсихотические препараты.

CLINICAL CASE OF PARANOID SCHIZOPHRENIA

E.I. Bitko, M.V. Voronov, E.B. Astashina

Resume. The article shows modern clinical concepts of schizophrenia, a chronic mental endogenous progressive disease that usually occurs at a young age. In the clinical picture of schizophrenia, disorders specific to this disease are distinguished: disorders of an autistic nature, disorders of mental activity, emotions, thinking, and behavioral reactions. A clinical observation of paranoid schizophrenia is presented, the main trends in the treatment of this disease are considered.

Keywords. Schizophrenia, paranoid, antipsychotics.

Шизофрения – хроническое психическое эндогенное прогрессивное заболевание, возникающее, как правило, в молодом возрасте. Общим свойством всех симптомов является схи́зис (внутренняя противоречивость, нарушение единства психических процессов) [2]. В клинической картине шизофрении выделяют специфические для этого заболевания расстройства: нарушения аутистического характера, расстройства психической активности, эмоций, мышления и поведенческих реакций [1].

Принято делить симптомы на 2 группы: негативные и позитивные. В перечне позитивных симптомов выступают: бред, галлюцинации, расстройства мышления (алогичность, амбивалентность, разорванность, обстоятельность, соскальзывание, мышление «по касательной», «отвлекаемость» мышления, «речевой» напор, неожиданные повороты и «всплески» мышления, отраженные в бессвязных выкриках), изменения поведения (изменение манеры одеваться, изменение сексуального поведения, агрессивно-ажитированное и стереотипное поведение, кататонические явления) [1]. К негативным явлениям отнесены аффективные нарушения (отсутствие аффективной реактивности, утрата «глазного» контакта с окружающими, неадекватность аффекта, утрата интонационной окраски речи, бедность экспрессивной жестикуляции, уменьшение спонтанных движений, адекватных аффекту, застывшее выражение лица), изменения речи (бедность речевой продукции, «блокирование» речи, удлинение латентного периода ответов на вопросы), апатия и избегание напряжения (невнимание

к одежде и гигиене, невыносимость работы, школьных занятий, физическая анергия); ангедония и асоциальность (потеря интересов и снижение активности, утрата чувства удовольствия, избегание развлечений и сексуальных контактов, аутизм, утрата связей с окружающими), нарушение внимания к происходящим событиям. [1]

Описанные изменения, сочетаясь с бредом, галлюцинациями, аффективными и другими расстройствами, формируют психопатологические синдромы, сменяющие друг друга в течении заболевания. К ним относятся неврозоподобные и психопатоподобные, аффективные, галлюцинаторно-бредовые и кататонические симптомокомплексы [1].

Довольно часто (но не всегда) можно выявить характерные преморбидные особенности личности. Более свойственны замкнутость, низкая физическая активность, послушание, склонность к фантазированию, интерес к уединенным занятиям (чтение, прослушивание музыки, коллекционирование) [2]. О начале заболевания свидетельствует значительное изменение привычного уклада жизни пациента. Он теряет интерес к любимым занятиям, резко изменяет свое отношение к родным и друзьям. Появляется несвойственный ему ранее интерес к философии, религии, этике, космологии («метафизическая интоксикация»). Некоторые больные чрезвычайно озабочены своим здоровьем, проявляют ипохондричность, другие начинают вести себя асоциально. Этот процесс сопровождается разрывом прежних социальных связей, нарастающей аутизацией [2].

Шизофрения может начаться в любом возрасте. Однако наиболее типичным является молодой возраст, 20-23 года [2] На основе изучения особенностей клинической картины и течения шизофрении были выделены три основные формы заболевания — непрерывная, приступообразно-прогредиентная и рекуррентная, каждая из которых имеет варианты, различающиеся характером течения и степенью прогредиентности [1]

Непрерывный тип течения характеризуется отсутствием ремиссий, психотическая симптоматика никогда не исчезает полностью. Наиболее злокачественные формы сопровождаются ранним началом и быстрым формированием апатико-абулического синдрома (гебефреническая, кататоническая, простая). При позднем начале заболевания и преобладании бреда (параноидная шизофрения) прогноз более благоприятен [2]

Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип течения отличается наличием ремиссий [2] Характерно наличие фазности в развитии болезни с возникновением отчетливых приступов, аффективные расстройства занимают значительное место в картине приступов, а изменения личности выражены нерезко [1] Манифестации бреда предшествуют упорная бессонница, тревога, страх сойти с ума. Бред в большинстве случаев несистематизированный, чувственный, сопровождается выраженной растерянностью, тревогой, возбуждением, иногда в сочетании с манией или депрессией. Среди фабул бреда преобладают идеи отношения, особого значения, нередко возникает бред инсценировки. Острый приступ шизофрении продолжается несколько месяцев (до 6—8 мес) и завершается отчетливой редукцией бредовой симптоматики, иногда появлением критики к перенесенному психозу. Однако от приступа к приступу происходит ступенчатое нарастание дефекта личности, приводящее в конце концов к инвалидизации. На заключительных этапах заболевания качество ремиссий прогрессивно ухудшается и течение приближается к непрерывному. [2]

Периодический (рекуррентный) тип течения — наиболее благоприятный вариант течения заболевания, при котором могут наблюдаться длительные светлые промежутки без продуктивной симптоматики и с минимальными изменениями личности. Преобладание аффективных расстройств и отсутствие грубого личностного дефекта делают этот вариант заболевания наименее схожим с типичными формами шизофрении. [2]

Приведенная классификация форм течения шизофрении отражает противоположные тенденции в развитии болезненного процесса — благоприятную с характерной приступообразностью и неблагоприятную со свойственной ей непрерывностью [1] В случае тяжелого, прогредиентного и особенно злокачественного течения шизофрении формируется своеобразный апати-

ко-абулический дефект психический дефект [1] Больные бездеятельны, безучастны, речь их монотонна. Они с трудом вовлекаются в простую работу. Наряду с этим могут быть и другие психические расстройства (фантастические, несистематизированные бредовые идеи, галлюцинации, своеобразные расстройства мышления, грамматически правильная, но лишенная смысла речь — шизофазия) [2]

Весной 1999 г. комиссован в психиатрическую больницу после 5-месячной службы в армии по месту службы. Сам пациент объясняет, что в то время сильно заболел, плакал на приеме у психиатра, было тяжело переносить воинскую службу, снизилось настроение. Далее поступил в ОПБ осенью 1999г., причину первичной госпитализации объясняет формально: «мама видела, что не так что-то делаю, свободно себя вел». В дальнейшем в психиатрической больнице лечился неоднократно. С 2001г. имел инвалидность 2 гр. Очередная госпитализация в марте 2004 г.: снизилось настроение, перестал общаться с родственниками, нарушился ночной сон. После лечения трифтазином, амитриптилином состояние улучшилось, был выписан под наблюдение участкового психиатра. Вновь госпитализация в мае 2004 г.: после выписки лекарства не принимал, снизилось настроение, стал слышать голоса неприятного содержания, высказывал идеи вины, самоуничтожения, плохо спал ночами, резко замкнулся, плохо ел. По бредовым мотивам изменил фамилию, поменял паспорт. В период пребывания в стационаре фон настроения был снижен, отвечал на вопросы скудно, после паузы, диссимулировал, во время беседы мог внезапно замолкать, неохотно признавал, что слышал «голоса», говорил, что слышал, как кто-то громко разговаривал о нем. Характер «голосов» не раскрывал. Мышление аморфное, атактическое, в замедленном темпе. В процессе проводимого лечения выравнилось настроение, нормализовался ночной сон, продуктивная симптоматика редуцировалась. После выписки лекарства не принимал, участкового психиатра не посещал. Отказался от очередного прохождения МСЭ, инвалидность утратил. С 2006 г. Стал активно креститься, посещать молитвенный дом, в этом же году женился. Постепенно состояние стало меняться: разговаривал сам с собой, замирал на одном месте, прислушивался, высказывал бредовые идеи греховности, религиозного содержания. В 2014 г. В КПБ доставлен СП ОПБ, госпитализирован в недобровольном порядке согласно Закону РФ «О психиатрической помощи» ст. 29 п. «в». Проводилась терапия трифтазином, амитриптилином, азалептином, циклодолом. Постепенно продуктивная симптоматика редуцировалась, однако на первый стали выступать выраженные изменения личности по процессуальному типу, постоянно читал религиозную литературу, постоянно просил отпустить его в молитвенный дом, эмоционально холоден, мышле-

ние резонерское, аморфное. Критические способности снижены. С 2014 г. Инвалид 3 гр. б/с. Прекратил принимать поддерживающее лечение и посещать участкового психиатра с декабря 2019 г, в связи с чем состояние вновь стало меняться: вернулось беспокойство, испытывал страхи, прятался в шкафу, обувал женские туфли, попросил отца вызвать скорую помощь. В мае 2020 г. СП КПБ доставлен в п/о, госпитализирован в добровольном порядке. Первое время находился в наблюдательной палате, был загружен болезненными переживаниями, отмечались тревога, страх, неустойчивое настроение. На фоне лечения галоперидолом, феназепамом, аминазином психическое состояние быстро улучшилось, психопродуктивная симптоматика купировалась, упорядочился в поведении, удержался в общей палате. На первый план в клинической картине заболевания выступили изменения личности по шизофреническому типу в виде пассивности, аутичности, эмоциональной выхолащенности, круг интересов стал ограничен физиологическими потребностями. Дома после выписки лекарства принимал нерегулярно, состояние вновь ухудшилось в январе 2021 года: нарушился сон, уходил из дома, бродил по улицам, много времени проводил в молельном доме, разбил дома телевизор и планшет, т.к. видел в них чертей, стал конфликтен, раздражителен, разговаривал сам с собой, замирал, к чему-то прислушивался. Доставлен бригадой СП ОКПБ, госпитализирован в недобровольном порядке. В отделении первое время сохранялась галлюцинаторно-бредовая симптоматика, часто лежал с закрытыми глазами, зажмуривался, затыкал уши пальцами, стереотипно повторял: «я не педофил, ненавижу педофилов». На фоне лечения галоперидолом, тригексифенидилом и хлорпромазином выровнялось настроение, купировалась галлюцинаторная симптоматика, бредовые идеи утратили свою актуальность, нормализовался сон, стал более активным. Сохранялись изменения личности и мышления по шизофреническому типу в виде разноплановости, непоследовательности, аморфности, аутизации, снижение энергетического потенциала и критических способностей, эмоциональной холодности. Переведен на инъекции галоперидола деканоата. Через некоторое время после выписки отказался от приема препаратов, «не хочу их пить, они мне не нравятся». Состояние значительно ухудшилось в течение февраля 2022 года, когда стал слышать голоса, эмоциональный фон стал нестабилен, легко аффектировался, нарушился ночной сон. На амбулаторном приеме заявил о том, что ему необходима госпитализация минимум на месяц «святой дух наказал меня за то, что я говорил, что не должен был говорить». Психический статус: Ориентирован в месте, собственной личности, в календарном времени верно. Зрительный контакт не поддерживает, отвечает на вопросы не охотно, после паузы в несколько секунд. В пере-

живаниях до конца не раскрывается, раздражается при подробном расспросе о голосах, «не скажу, слышу их или нет». Моторно беспокоен, возбужден. Настроение неустойчивое, тревожен. Расстройства восприятия отрицает, но поведением обнаруживает: озирается по сторонам, отвечает после паузы, не всегда по существу. Мышление разноплановое, непоследовательное, с «соскальзываниями», паралогичное, в неравномерном темпе. Эмоционально уплощен. В процессе беседы дал согласие на добровольное лечение, «мне нужно здесь быть месяц, святой дух сказал так». Критика к своему состоянию значительно снижена. Суицидальные мысли отрицает. В настоящее время получает терапию: Галоперидол, хлорпромазин, тригексифенидил. В отделении пассивен, постоянно читает Библию.

Представляется очень важным раннее распознавание и лечение первого эпизода, что может предупредить прогрессирование заболевания, уменьшает риск социальной дезадаптации и позволяет отсрочить необходимость усиления терапии, задержка начала антипсихотической терапии может увеличить потребность в стационарном лечении в последующий 5-летний период [4] В случае прекращения терапии рецидив заболевания развивается практически у всех пациентов. [4] Базовый класс препаратов для лечения – антипсихотики, их выбор должен базироваться на совокупности факторов - подробной клинической характеристике пациента, эффективности и безопасности препарата. [3]

Антипсихотические препараты 2-го поколения, за исключением клозапина, в настоящее время являются препаратами первой линии в фармакотерапии шизофрении. [3]. В большинстве исследований при применении АП 2-го поколения была обнаружена более низкая частота развития экстрапирамидных побочных эффектов, повышенная эффективность, в частности, в лечении негативных симптомов и когнитивного дефицита, и у некоторых (например, арипипразол, амисульприд и др.), отсутствие влияния на уровень пролактина сыворотки крови. Однако существует повышенный риск развития метаболических побочных эффектов - увеличение массы тела, гиперлипидемия и развитие сахарного диабета (СД), особенно при применении оланзапина. [3]. Наиболее выраженным глобальным антипсихотическим действием обладает клозапин, оланзапин и рисперидон. [5]. Клозапин рассматривается как препарат резерва и применяется в случае резистентности к другим препаратам. [5].

Разработанные в настоящее время стандарты терапии шизофрении включают в себя определенную последовательность этапов лечения [3]. Первый этап алгоритма лечения касается тех пациентов, у которых возникает первый эпизод шизофрении, или больных, ранее отказавшихся от применения лекарств и которым назначена

повторная терапия, а так же лиц, в отношении которых нет данных в анамнезе о невосприимчивости или толерантности к антипсихотическим средствам. [3]. Принято использовать более низкие дозы антипсихотиков и за ними следует тщательно наблюдать в связи с высокой чувствительностью к побочным реакциям. [3, 5]. Из-за риска развития вторичной резистентности к проводимой фармакотерапии, не следует одновременно использовать на 1-м, 2-м и 3-м этапах алгоритма фармакотерапии шизофрении несколько АП 1-го или 2-го поколения [3]. Второй этап - замена антипсихотика, касается фармакотерапии пациентов с недостаточным клиническим улучшением или при отсутствии эффекта от проводимой терапии [3]. Третий этап - назначения клозапина. Следует отметить, что ряд авторов отмечают необходимость обдумывания раннего его назначения у пациентов с повторным эпизодом суицида или суицидальными намерениями; эпизодами насилия; или наличием коморбидности злоупотребления психоактивными веществами. Из соображений безопасности и из-за необходимости мониторинга количества лей-

коцитов рекомендуется назначать пациентам курсы монотерапии двух разных антипсихотических средств в адекватных терапевтических дозах, прежде чем перейти к курсу с использованием клозапина [3]. Четвертый этап - попытка монотерапии антипсихотиком 1-го или 2-го поколения, которые не использовались на этапах 1, 2. Однако замечено, что пациенты, которые не чувствуют улучшения своего состояния на фоне терапии клозапином, не очень хорошо реагируют на монотерапию другими антипсихотиками, поэтому рекомендуется переходить к пятому этапу - Комбинационной терапии антипсихотика 1-го + антипсихотика 2-го поколения или вариантам комбинаций антипсихотиков 2-го поколения; или (АП 1-й / АП 2-й) и ЭСТ; (АП 1-й / АП 2-й) и другие лекарственные средства (например, стабилизаторы настроения). Большинство авторов отмечают, что при наличии частичной или плохой приверженности пациента к лечению, приводящей к недостаточному клиническому ответу, целесообразно назначить инъекционные АП пролонгированного действия [3].

Литература

1. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2/А.С.Тиганов, Р 84 А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др., Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с. ISBN 5-225-04394-1
2. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 2002. — 544 с. — ISBN 5-225-04189-2.
3. Вербенко В.А., Аристов М.А. Фармакологическая терапия шизофрении (современный взгляд) // Таврический журнал психиатрии. 2015. №1 (70). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/farmakologicheskaya-terapiya-shizofrenii-sovremennyy-vzglyad> (дата обращения: 26.02.2022).
4. Дэвис Дж М. Шизофрения: выбор антипсихотической терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/shizofreniya-vybor-antipsihoticheskoy-terapii>
5. Психиатрия : национальное руководство / гл. ред.: Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1008 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-5414-5.



БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Н.А.Голованова, Т.П.Степанкина, Е.В.Булах

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

pontiac@list.ru

Аннотация. Внедрение принципов биопсихосоциальной терапии первого психотического эпизода в отделениях принудительного лечения с приоритетом в качестве поддерживающей терапии атипичных антипсихотиков, разработка длительных психообразовательных и психокоррекционных программ для пациентов и их родственников, когнитивного тренинга для предупреждения нейрокognитивного дефицита может значительно улучшить результаты лечения пациентов с достижением длительной качественной ремиссии, а также будет способствовать профилактике повторных общественно-опасных действий данной группы психически больных. Приведена клиническая иллюстрация данного тезиса.

Ключевые слова.

BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH TO PATIENT THERAPY WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE UNDER CONDITIONS COMPULSORY TREATMENT DEPARTMENTS OF SPECIALIZED TYPE: CLINICAL CASE

N.A. Golovanova, T.P. Stepankina, E.V. Bulakh

Resume. The introduction of the principles of biopsychosocial therapy of the first psychotic episode in compulsory treatment units with a priority as maintenance therapy for atypical antipsychotics, the development of long-term psycho-educational and psycho-corrective programs for patients and their relatives, cognitive training to prevent neurocognitive deficits can significantly improve the results of treatment of patients with the achievement of long-term qualitative remission, and will also contribute to the prevention of repeated socially dangerous actions of this group of mentally ill. A clinical illustration of this thesis is given.

Keywords. Biopsychosocial approach, first psychotic episode, compulsory treatment.

Терапии пациентов с первым психотическим эпизодом в настоящее время уделяется повышенное внимание с учетом наиболее значимых изменений, формирующихся в первые 5 лет течения заболевания, а также большей эффективности биопсихосоциальных воздействий в начальном периоде болезни. По нашим данным, около 11% пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрических отделениях специализированного типа БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н.Солодниковой», совершили общественно-опасные деяния на фоне впервые в жизни развившегося психотического состояния. Данная группа пациентов характеризуется преобладанием продуктивно-психотического механизма совершения ООД, их направленностью против личности и нередко особой тяжестью, а также выраженностью психических расстройств, в ряде случаев сопровождающихся первичной терапевтической резистентностью. Большинство пациентов по указанным выше причинам проводят в стационаре в достаточно ограничительных условиях все первые 5 лет течения шизофренического процесса, наиболее значимые в плане формирования нейроморфологических изменений в головном мозге, нарастания негативной симптоматики и нейрокognитивного дефицита. В то же время

длительное пребывание обеспечивает непрерывность проводимой биопсихосоциальной терапии с проведением комплекса психосоциальных вмешательств, возможных в условиях режима отделения.

Пациент Д., 21 год, В течение 2 лет находится на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа по постановлению суда о применении принудительной меры медицинского характера в связи с совершением правонарушения по ст.105, ч.2 п.д УК РФ (убийство с особой жестокостью) по продуктивно-психотическому механизму, на фоне впервые в жизни развившегося психотического состояния. Единственный ребенок в семье. Отец злоупотреблял алкоголем, ушел из семьи, когда пациенту был год. Мать - работник сельской администрации, заботливая, по характеру мнительная, отношения с сыном теплые. Родился от первой доношенной беременности, протекавшей на фоне анемии 1 степени, хронического тонзиллита. Наблюдался на первом году жизни неврологом с диагнозом: Перинатальная энцефалопатия, синдром двигательных расстройств. В дошкольном возрасте часто испытывал кошмарные сновидения, отмечался энурез до 7 лет, низкая устойчивость к вестибулярным и температурным нагрузкам, эпизо-

ды снохождения, сноговорение, страх темноты до подросткового возраста. В школу пошел в 7 лет, часто болел простудными заболеваниями, продолжал наблюдение у невролога с диагнозом: астено-невротический синдром, невроз навязчивых движений. До 9 класса был общительным, дружелюбным, имел много друзей. С 9 класса все свободное время проводил за компьютером, перестал общаться с друзьями, одноклассниками, снизилась успеваемость в связи с увлечением компьютерными играми, занимавшими все его время. Когда мать отвлекала от компьютерной игры, злился, но агрессию не проявлял. Закончил 11 классов общеобразовательной средней школы. Во время обучения в школе показал способности выше средних. Не курил, в употреблении спиртных напитков, наркотиков замечен не был, вредных привычек не имел. После школы поступил в колледж по специальности электрик, переехал в город. Через месяц учебы перестал посещать занятия сначала из-за болезни, потом «просто так», документы из колледжа не забрал. Вместе с девушкой, с которой был знаком по Интернету 4 года, около 4 месяцев проживал в гражданском браке у нее дома вместе с ее матерью и отчимом. Был спокойным, тихим, молчаливым, нигде не учился. Нерегулярно подрабатывал на автомойке, куда его устроил отчим сожительницы. Основное время играл в компьютерные игры, связанные со стрельбой, монстрами, злился, если ему мешали играть. Когда проигрывал в игре, вел себя агрессивно, мог выместить злость на сожительницу, поднять на нее руку. Прекратил всякое общение со своей матерью, не отвечал на телефонные звонки, замкнулся, дни и ночи проводил за компьютерными играми. Рассказывая в ходе судебно-психиатрической экспертизы о своем состоянии в этот период, пациент сообщил, что в течение 4-5 месяцев отмечались нарушения сна, временами слышал внутри головы приказывающие потусторонние злые голоса, которые возникали самопроизвольно, вмешивались в мысли: «эти сущности входили в меня, появлялась пустота в голове кошмарные сновидения». Появилось крайне негативное отношение к матери сожительницы: «она ругала, злила меня, деньги крала и телефон». Поводом для вспышки ярости послужила пропажа мобильного телефона, в которой пациент обвинил тещу: «Она сказала, что этот телефон недорогой, а мы ей обязаны, я понял, что она его украла. Зазвенело в ушах и в глазах потемнело, появились голоса, приказывающие ей отомстить. Хотел ее наказать, побить и связать». Взяв с лоджии ножницы по металлу и два ножа, пациент нанес ими не менее 20 ударов матери сожительницы в область головы и шеи, от чего потерпевшая скончалась на месте. После совершения правонарушения пациент прятал труп и орудия убийства и убежал на улицу «голова болела, плохо все помню», затем вернулся домой вместе с девушкой, провел там вечер и ночь, ничего не рассказав

о случившемся. Труп был обнаружен на следующий день отчимом девушки, вызвавшим полицию. В ходе предварительного следствия в связи с возникшими сомнениями в психической полноценности, была проведена стационарная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, по заключению которой пациент признан страдающим параноидной шизофренией с непрерывным течением, невменяемым, нуждающимся в принудительном лечении в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа.

В период следствия и суда около 6 месяцев находился в СИЗО, получал лечение галоперидолом с положительным эффектом в виде уменьшения выраженности галлюцинаторных расстройств, но плохой переносимостью, требовавшей приема корректора: «замораживало мышцы, с циклодолом размораживало, но появлялись вновь в голове злые, шипящие голоса с советами и приказами, ощущение постороннего воздействия». При поступлении в отделение: в беседу вступает неохотно, голос тихий, монотонный, лицо амимичное. Наличие галлюцинаций при осмотре отрицает, но сообщает, что раньше появлялись голоса мифических существ из компьютерных игр, шипящие, похожие на змеиные, в последнее время злые, возможно потусторонние, давали советы, просили быть осторожнее, пугали, вызывали кошмарные сновидения. Ощущал воздействие на мысли, но больше на движения, «они всем управляют». Мышление в замедленном темпе, паралогичное, с соскальзыванием. Выражена эмоциональная холодность, отсутствие эмоциональной реакции на собеседника и визуального контакта, аутизация. Фон настроения монотонно-сниженный. О правонарушении говорит неохотно, плохо помнит случившееся. При проведении психологического исследования демонстрировал низкий интеллектуальный уровень (IQ 62 по методике Векслера), псевдоорганические нарушения памяти и внимания (сужение объема внимания, сниженная продуктивность механической памяти), признаки диссоциации личностно-мотивационной и операциональной сферы мышления, искажение процесса обобщения, патологическую символику, нечувствительность к логическим противоречиям, заострение шизоидных черт характера. Низкие результаты исследования интеллекта возможно были обусловлены отсутствием мотивации на исследование на фоне внутренних переживаний, галлюцинаторно-параноидной и депрессивной симптоматики.

Проводимая терапия зуклопентиксолом в течение 4 месяцев с переводом на пролонгированную форму препарата (200мг 1 раз в 21 день внутримышечно) дала достаточно быструю редукцию психопродуктивной симптоматики, однако, кроме сохранения выраженных негатив-

ных симптомов (значительное эмоциональное уплощения, бездеятельность, аутизация, крайне низкий интерес к реабилитационным мероприятиям), отмечалось нарастание депрессивной симптоматики и экстрапирамидных расстройств в виде крупноразмашистого тремора рук, гипокинезии, амимии. Прием тригексифенидила в дозе 6мг в сутки явления нейролепсии не купировал; несмотря на присоединение вортиоксетина 10мг в сутки настроение оставалось монотонно сниженным, активность крайне низкой, в связи с чем зуклопентиксол был заменен на рисперидон в дозе 4мг в сутки, прием корректора и антидепрессанта продолжен. На фоне коррекции лечения динамика состояния положительная: значительно уменьшились явления нейролепсии с исчезновением тремора, улучшилось настроение, оживились эмоциональные реакции, появился интерес к общению и реабилитационным мероприятиям. Через 9 месяцев терапии рисперидоном с целью более активного воздействия на негативную симптоматику препарат заменен на карипразин 4,5мг в сутки, доза корректора снижена до полной отмены.

Активизация пациента началась с привлечения к простому труду по самообслуживанию и уборке помещения, занятий в коммуникативной группе, индивидуальной психообразовательной работы, участия в ежемесячных культурно-досуговых мероприятиях, сначала в качестве зрителя, а затем и активного участника. При этом первоначальный интерес только к развлекательным мероприятиям распространился и на спортивные, литературные, музыкальные конкурсы, вырос соревновательный интерес, в последние месяцы появилось стремление к лидерству, опыт создания собственной команды, участия в театрализованных постановках. Начал стремиться к активному участию в трудовых мероприятиях, постоянным трудовым обязанностям в отделении. Участие в групповой психосоциальной работе, начиная с коммуникативной группы, затем регулярной группы творческой активности и арт-терапии, психообразовательной группы с элементами игровой психотерапии и когнитивного тренинга привел к значительному улучшению способности к коммуникации и последовательному выражению мыслей, эмоционального реагирования на участников группы, а также к улучшению когнитивных функций. В ходе психообразовательной группы верно соотносит обсуждаемые психопатологические расстройства со своими симптомами, открыто делится своим опытом. Занятия в секции бумажного моделирования и модульного оригами значительно улучшили мелкую моторику и внимание, способность к длительной целенаправленной деятельности, требующей точности движений, терпения и аккуратности. Реализуется интерес к просмотру и обсуждению кинофильмов, при этом паци-

ент сам вносит предложения по просмотру кинофильмов в часы досуга, интересуется мнением друзей, прислушивается к советам. Формируется интерес к систематическому чтению, при выборе книг следует рекомендациям врача, способен обсудить прочитанное. Восстановились теплые отношения с матерью. Проявляет заботу о ней, своими руками делает подарки к праздникам, передает свои фотографии, по телефону интересуется жизнью других родственников. Обострения психопродуктивной симптоматики, нарушений режима отделения, склонности провоцировать конфликты за период лечения в стационаре не отмечено. Выявлено значимое уменьшение выраженности негативных расстройств (по шкале оценки негативных расстройств SANS с 89 баллов при поступлении до 31 балла в настоящее время), в большей степени за счет редукции вторичной негативной симптоматики, связанной с депрессивным синдромом, явлениями нейролепсии, остаточной психопродуктивной симптоматикой, социальной депривацией. В настоящее время клинически значимой депрессии не выявлено (в том числе по шкале депрессии Калгари).

Отмечено значительное улучшение когнитивных функций, определяемых при психологическом исследовании: улучшение показателей внимания и памяти (в 1,5 раза улучшились показатели в определении концентрации внимания по методике Шульте, в 1,3 раза - показатели исследования памяти (методика «10 слов»), определяется соответствие показателей интеллекта возрастным нормам (общий балл по методу Векслера 109 баллов). Краткая шкала оценки когнитивных расстройств у пациентов с шизофренией выявляет соответствующие возрастной норме показатели слухоречевой памяти и моторных навыков, снижение показателей в пределах одного стандартного отклонения в тесте на оперативную память (субтест числовые ряды), в тесте на перешифровку, а также в тесте на пространственный праксис. Нарушения ассоциативной беглости неоднородны — при хороших показателях семантической беглости выявлены значительные нарушения вербальной беглости, задание на которую вызвало наибольшие затруднения при выполнении. Данные показатели диагностики нейрокогнитивного дефицита используются нами для разработки индивидуальной программы когнитивного тренинга в плане дальнейшей реабилитации пациента.

Клинически значимых экстрапирамидных расстройств в настоящее время не определяется (4 балла по шкале Симпсона-Ангуса). Формируется критическое отношение к перенесенному психотическому эпизоду и совершенному правонарушению, но тяжесть правонарушения осознает недостаточно, переживания о нем стремится вытеснить. Отношения с бывшей девушкой не поддерживает. Ведется регулярная

работа с матерью пациента, включая не только психообразование, но и элементы психокоррекции с учетом психотравмирующей ситуации совершения сыном тяжкого правонарушения, длительной разлуки с ним, чувства вины за произошедшее. Перспективной в работе с пациентом является диагностика и коррекция зависимости от компьютерных игр, несомненно, повлиявшая на его состояние, содержание болезненных переживаний; работа в плане профориентации и трудовой реабилитации.

Таким образом, внедрение принципов биопсихосоциальной терапии первого психотического эпизода в отделениях принудительного лечения с приоритетом в качестве поддерживающей терапии атипичных антипсихотиков в связи их способностью предотвращать прогрессирование негативной симптоматики и нейро-

когнитивного дефицита и лучшей переносимостью, разработкой длительных психообразовательных и психокоррекционных программ для пациентов и их родственников, когнитивного тренинга для предупреждения нейрокогнитивного дефицита, ухудшающего социальную адаптацию больных и препятствующего критической оценке своего состояния, разработкой и внедрением новых форм психосоциальной терапии и реабилитации, может значительно улучшить результаты лечения пациентов с достижением длительной качественной ремиссии, а также будет способствовать профилактике повторных общественно-опасных действий данной группы психически больных.



ПОЛИМОРФИЗМ СИМПТОМОВ И ТРУДНОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Долгушева Н.А., Ткаченко Д.А., Вихорев О.В., Иванчук А.Н., Бикмаева Ю.Г., Долгушева А.Е.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

pontiac@list.ru

Аннотация. К настоящему времени накоплено достаточное количество наблюдений, свидетельствующих о том, что психические нарушения при ВИЧ-инфекции включают в себя практически весь спектр – от легких расстройств адаптации до глубокой деменции. Отмечено, что они препятствуют проведению антиретровирусной терапии и их изучение становится все более актуальным. В статье приводится клиническое наблюдение полиморфной психопатологической у пациента, страдающего ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова. Органические психические расстройства, психоза, ВИЧ-инфекция, диагностика в психиатрии.

POLYMORPHISM OF SYMPTOMS AND DIFFICULTIES OF THERAPY MENTAL DISORDERS IN HIV-ASSOCIATED PATIENTS BRAIN (CLINICAL CASE)

Dolgusheva N.A., Tkachenko D.A., Vikhorev O.V., Ivanchuk A.N., Bikmaeva Yu.G., Dolgusheva A.E.

Resume. To date a sufficient number of observations have been accumulated, indicating that mental disorders in HIV infection include almost the entire spectrum, from mild adaptation disorders to profound dementia. It is noted that they impede the conduct of antiretroviral therapy and their study is becoming increasingly relevant. The article presents a clinical observation of polymorphic psychopathology in a patient suffering from HIV infection.

Keywords. Organic mental disorders, psychosis, HIV infection, diagnostics in psychiatry.

ВИЧ-инфекция в настоящее время является одним из самых распространенных и социально значимых хронических инфекционных заболеваний. С клиническими проявлениями поражения организма вирусом иммунодефицита человека сталкиваются врачи всех специальностей. Полиморфизм и малая специфичность симптомов зачастую усложняет своевременную постановку диагноза и отодвигает начало эффективной терапии.

Хотя ВИЧ-инфекция является мультидисциплинарной патологией, наиболее значимый урон наносится иммунной и нервной системам организма. Неврологические и психические нарушения в дебюте ВИЧ-инфекции проявляются в 20-30% случаев. Патологическое воздействие вируса иммунодефицита человека обусловлено прямым и опосредованным воздействием вируса на нервную систему. Прямое влияние связывают с тропностью ВИЧ к CD4-рецепторам, которые имеются не только в мембране лимфоцитов, но и в глиальных клетках мозговой ткани. Проникновение вируса через гематоэнцефалический барьер объясняют повышением его проницаемости на фоне вирусной инфекции и наличием в клетках эндотелия ГЭБ тех же CD4-рецепторов. Опосредованное воздействие ВИЧ реализуется несколькими путями: развитие оппортунистических инфекций и опу-

холевых процессов; наличие аутоиммунных механизмов, связанных с синтезом антител к нервным клеткам, имеющим встроенный ВИЧ-антиген; предположительным нейротоксическом действии продуцируемых ВИЧ химических веществ; повреждение эндотелия мозговых сосудов провоспалительными цитокинами, приводящее к расстройству микроциркуляции и гипоксии, обуславливающей гибель нейронов.

Органическое поражение головного мозга на фоне воздействия вируса в комбинации с специфическим отношением общества к людям, имеющим позитивный ВИЧ-статус приводит к развитию у пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией широкого спектра психических нарушений - от невротических и аффективных до психотических и грубых когнитивных. Зачастую психические расстройства протекают нетипично, что значительно усложняет диагностику, и крайне плохо поддаются лечению.

Для примера предлагаем ознакомиться с клиническим случаем, с которым пришлось столкнуться специалистам нашего отделения.

Пациент М., 38 лет. находился на лечении в БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой» 162 дня.

В психиатрическую больницу госпитализирован впервые, ранее никогда к психиатрам не обращался. Наследственность психопатологи-

чески неотягощена. Родился в полной семье. Образование средне-специальное. Служил в армии, служба прошла без особенностей. Работает водителем-экспедитором в сети магазинов «Лента». В настоящее время проживает с женой, детей нет. Травмы головы, операции, хронически заболевания отрицает. Употребление наркотиков отрицает, алкоголь употребляет крайне редко и в небольших количествах.

С середины лета 2020 г. начал жаловаться на повышенную усталость, стал брать отгулы на работе. В последующем близкие стали замечать повышение раздражительности – начинал кричать по незначительным поводам, мог кинуть попавшийся под руку предмет, чего раньше не наблюдалось. За несколько недель до поступления перестал спать по ночам, стал многоречивым, речь достигала степени монолога, пересказывал события, которые происходили с его знакомыми от своего лица, но чаще говорил не связанными друг с другом фразами. На замечания реагировал с раздражением, начинал кричать. В вечернее время мог начать собираться куда-то, утверждая, что ему необходимо встретить супругу с работы, хотя она находилась дома. Близкие стали отмечать, что походка пациента изменилась – стала неуклюжей, замедленной. В их сопровождении обращался к неврологу, прошел МРТ головного мозга – выявлено сочетанное расширение ликворных пространств головного мозга. Участковым психиатром направлен в стационар, госпитализирован с согласия в отделение первого психотического эпизода. Состояние при поступлении было представлено синдромом нарушенного сознания – дезориентировкой в месте и времени, непродуктивной активностью, разорванностью мышления и речи, растерянностью, нельзя было исключить наличие галлюцинаторной симптоматики. Первично был выставлен диагноз «Острое шизофреноподобное расстройство». На фоне инфузионной терапии галоперидолом и феназепамом состояние без улучшения, быстро возникли явления нейрOLEйпсии в виде скованности, переведен на терапию оланзапином. В состоянии наметилась слабopоложительная динамика: стал более спокойным в поведении, спал около 4-5 часов в сутки. По данным проведенных обследований были выявлены антитела к ВИЧ, с первым обнаружением по данным СПИД-центра в 2017 году, антитела к вирусному гепатиту С. От матери пациента стало известно, что его старший брат страдал ВИЧ-инфекцией, употреблял наркотики внутривенно, в феврале 2021г. умер от туберкулеза. Пациент осматривался неврологом, инфекционистом, фтизиатром, были назначены дообследования, противогрибковая терапия в связи с развитием кандидоза полости рта. За период наблюдения в психическом состоянии значительных изменений не наблюдается. Сохраняется нарушение ориентировки во

времени и месте, о себе предоставляет сведения частично, остается многоречивым, речь ближе к монологу, ускоренная, говорит отдельными фразами, словами, которые чаще не связаны между собой, отмечаются вербигерации, персеверации, фон настроения неустойчивый. Внимание привлекается с трудом, требуется многократное повторение вопросов и просьб. Моторно остается беспокойным, периодически стремится куда-то идти, сексуально расторможен – часто мастурбирует. Требуется контроль со стороны медицинского персонала в совершении гигиенических процедур, приеме пищи, периодически неопытен физиологическими опрвлениями. В течение последнего времени стал дисфоричным, наблюдаются агрессивные тенденции в адрес окружающих – ударил санитарку кулаком в живот, накидывался с кулаками на врача, санитаря. В связи с наличием признаков органического поражения головного мозга, грубыми аффективными нарушениями диагноз пересмотрен на «Органическое психотическое маниакальное расстройство в связи с ВИЧ-инфекцией». Увеличена дозировка оланзапина до 15 мг в сутки, добавлен хлорпромазин 50 мг на ночь, ночной сон улучшился, также стал больше спать в дневные часы. Осматривался совместно с заместителем главного врача, в связи с выступающими на первый план выраженными интеллектуально-мнестическими и эмоционально-волевыми нарушениями, грубыми нарушениями поведения, отсутствием яркой психопродуктивной симптоматики диагноз был пересмотрен на «Органическое расстройство личности с выраженными эмоционально-волевыми и интеллектуально-мнестическими нарушениями, психотическими эпизодами», оланзапин заменен на перициазин 30 мг в сутки, доза хлорпромазина увеличена до 100 мг в сутки, назначен мепамин, получена выписка из СПИД-центра, начата АРВТ (ламивудин 300 мг 1 раз в день, тенофовир 300 мг 1 раз в день, даунавивир 600 мг 2 раза в день, ритонавивир 100 мг 2 раза в день). Состояние остается без положительной динамики. Для коррекции поведения и седации хлорпромазин заменен на левомепромазин, но в психическом состоянии значительных изменений не наблюдается. Ввиду отсутствия показаний для наблюдения и лечения по программе первого психотического эпизода переведен в психиатрическое отделение №7 для дальнейшего лечения.

Психическое состояние при первичном осмотре: Осмотрен в наблюдательной палате. Сидит на кровати "развалившись". Назвал свои ФИО, дату рождения назвать не смог. В месте и времени дезориентирован. Настроение неустойчивое, раздражителен, легко аффектируется. Речь монологом, бессвязная, периодически начинает громко кричать, повторять слова за врачом, выкрикивать бессмысленные рифмованные фразы. Показывает пальцем на врача и повто-

ряет «это Прилипала. Прилипала». Просьбы не выполняет, бессмысленно перебирает руками одежду, постельное белье. Идей бреда ввиду бессвязности речи выявить не удастся. Обманов восприятия поведением не обнаруживает. Крайне растерян. Внимание неустойчивое. Мышление в неравномерном темпе, нецеленаправленное. Критика к состоянию отсутствует. Импульсивно вскочил с кровати, пытался кинуться на сотрудников отделения. Был фиксирован, сделана инъекция аминазина.

В отделении находился в наблюдательной палате. На фоне приема левомепромазина 200 мг в сутки стал несколько спокойнее, упорядочился в поведении, периодически верно отвечал на вопросы. В связи с отсутствием в аптеке левомепромазина он отменен, увеличена доза перiciaзина. В связи с отсутствием эффекта переведен на лечение кветиапином, но отмечалось значительное ухудшение психического состояния: крайне беспокоен, импульсивен, сексуально расторможен, оголяется, плюется, громко кричит, поет песни, на вопросы отвечает не по существу, совершает нелепые действия, ночами не спит, на замечания не реагирует. Загружен болезненными переживаниями, поведением обнаруживает обманы восприятия. С антипсихотической целью назначены инфузии с галоперидолом 1,0 и феназепамом 2,0 2 раза в день, состояние с положительным эффектом, стал спокойнее, более упорядочен, нормализовался ночной сон. Возникли явления нейролепсии в виде скованности, назначен циклодол 2 мг вечером, уменьшена доза галоперидола до 1,0 н/н, вновь стал галлюцинировать, нарушился сон, крайне беспокоен. С антипсихотической целью переведен на прием азалептина с 25 мг в сутки с постепенным увеличением дозы до 100 мг в сутки. Неоднократно проводились консилиумы совместно с заместителем главного врача, инфекционистом, неврологом, терапевтом для определения тактики лечения, диагноз пересмотрен на «Органическое психотическое смешанное расстройство вследствие ВИЧ-инфекции с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями». Психическое состояние определялось выраженными личностными нарушениями по органическому типу. Память и интеллект грубо снижены. Мышление непродуктивное, в замедленном темпе. Внимание быстро истощаемое. Растерян. Дезориентирован в месте пребывания и времени, не может назвать дату рождения, данные родственников. На вопросы отвечает односложно, не всегда по существу, повторяет слова за собеседником. Дурашлив, в поведении неадекватен. Эмоционально лабилен. Психопродуктивной симптоматики не обнаруживает. Нуждается в постоянном контроле и постороннем уходе. Неопрятен физиологическими отправлениями. Ест крайне обильно, постоянно просит добавки, но чувство

насыщения отсутствует, при этом теряет в весе. К госпитализации и своей дальнейшей судьбе безучастен. Социально полностью дезадаптирован. Критика к состоянию отсутствует. Первично консультирован психологом – «В связи с состоянием пациента на момент обследования проведение полного психодиагностического обследования ВПФ и определение полной оценки уровня интеллекта по тесту Векслера недоступно. Данные клинической беседы и проведенной работы свидетельствуют о грубо выраженном нарушении интеллектуально-мнестической деятельности и эмоционально-волевых процессов, что это приводит к нарушению индивидуальной повседневной жизни. Отмечено нарушение функции контроля над протеканием собственной психической деятельности, снижение критичности мышления. Нуждается в постоянном контроле и помощи со стороны окружающих». В связи с наличием признаков инвалидности представлен на МСЭ, первично определена 2 группа инвалидности бессрочно. Терапию клозапином переносил хорошо. Ухудшения соматического состояния не отмечалось. Артериальное давление было стабильным. В общеклиническом анализе крови все показатели в пределах нормы. Постепенно на фоне приема 100 мг клозапина в сутки, АРВТ (ламивудин 300 мг в сутки, тенофовир 300 мг в сутки, дауновир 600 мг + ритонавир 100 мг 2 раза в день) психическое состояние улучшилось. Психотическая симптоматика полностью купировалась. Начал контролировать физиологические отправления, пользоваться туалетом. Нормализовался аппетит. Элементарно себя обслуживает, опрятен. Стал более упорядоченным, контактным, удержался в общей палате, вспомнил имя жены и мамы, скучал по ним, просил отпустить его домой. На вопросы отвечает по существу, но периодически соскальзывает на другие темы, отвлекается. Время в отделении проводил за просмотром телевизора, читал книги. Появилась формальная критика к состоянию, настроен на прием лекарств, понимает, что не сможет продолжать работать водителем. Повторно консультирован психологом через месяц - «Таким образом, при ЭПИ выявлено: нарушения когнитивных функций в умеренно-выраженной степени и изменения эмоционально-волевой и личностной сфер в выраженной степени по органическому типу. По результатам методики Моса (для оценки когнитивных функций) 22 балла, что соответствует умеренным когнитивным нарушениям. Навыки самообслуживания выполняет, но под контролем медицинского персонала. В сравнении с предыдущим заключением можно наблюдать положительную динамику пациента». Выписан в удовлетворительном состоянии в сопровождении родственников с рекомендациями постоянного

прием клозапина, противовирусной терапии, наблюдения у психиатра и инфекциониста.

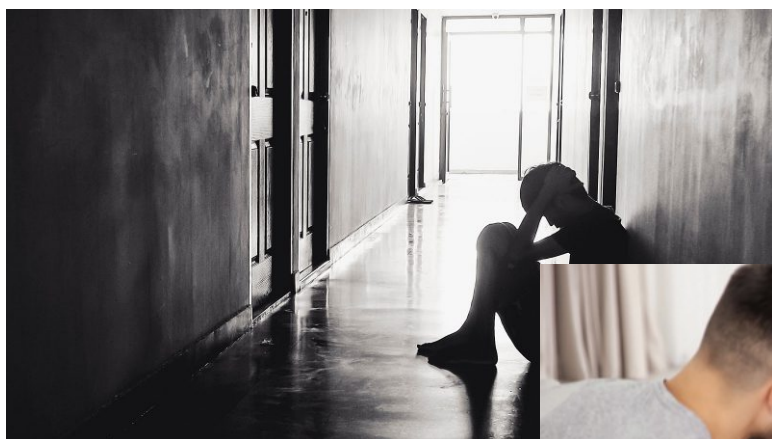
Дигноз при выписке: Органическое психотическое смешанное расстройство вследствие ВИЧ инфекции с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями. F 06.334

Соп. диагноз: Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением множественных болезней, стадия IV B, фаза прогрессирования на фоне АРВТ. Энцефалопатия у больного с ВИЧ-инфекцией. Вирусный гепатит «С» с клинико-биохимической активностью I.

По данным из амбулаторной карты известно, что пациент регулярно раз в месяц посещает участкового психиатра, принимает назначенное лечение. Психотических и аффективных нарушений не обнаруживает. Отмечается улучшение в когнитивной сфере. Социально

адаптирован, адекватен, работает разнорабочим, интересуется возможность восстановления водительского удостоверения.

На основании представленного клинического случая можно сделать вывод, что поражение головного мозга вирусом иммунодефицита человека может привести к одновременному развитию у пациента симптомов, характерных для различных психических расстройств, что крайне усложняет постановку правильного диагноза. Также можно предположить, что препаратом выбора для купирования психических расстройств при подобных состояниях является клозапин, но только в сочетании с правильно подобранной противовирусной терапией, нейтрализующей цитотоксическое действие ВИЧ на клетки головного мозга.



Новости психиатрии

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ КАННАБИСА СВЯЗАНО СО СНИЖЕНИЕМ IQ

<https://psyandneuro.ru>

Все больше людей среднего и старшего возраста употребляют марихуану. Вышедшая в American Journal of Psychiatry статья проясняет связь марихуаны с когнитивным дефицитом и уменьшением объема гиппокампа, факторами риска развития деменции в более позднем возрасте. Представлены результаты 45-летнего исследования проспективной когорты 1037 жителей Данидина (Новая Зеландия), где, помимо оценки употребления и зависимости от каннабиса, приведены показатели IQ и нейропсихологических тестов и объемы гиппокампа. Результаты свидетельствуют о появлении когнитивных нарушений и уменьшении объема гиппокампа к середине жизни у людей, долго употреблявших марихуану. Открытым остается вопрос о корреляции этих изменений с развитием деменции в более старшем возрасте у потребителей каннабиса.

Авторы сравнили группу длительного употребления марихуаны с 5 другими группами:

- никогда не употребляли марихуану;
- рекреационное использование;
- длительное употребление табака;
- длительное употребление алкоголя;
- бросившие употреблять каннабис.

С помощью метрики устойчивости употребления каннабиса авторы рассмотрели связь между дозами марихуаны и результатами тестов. Для выяснения регуляторной связи между уровнем употребления и когнитивными нарушениями измеряли объем гиппокампа. Как известно, в гиппокампе высокая плотность каннабиноидных рецепторов.

Первый тест участники проходили в возрасте 3 лет, дальнейшее наблюдение осуществлялось до 45 лет. Для оценки когнитивных способностей несколько раз измерялся IQ и проводились дополнительные нейропсихологические тесты. Объем гиппокампа был измерен в возрасте 45 лет при помощи T1-weighted и FLAIR MPT.

При длительном употреблении марихуаны наблюдается снижение IQ на 5.5 пунктов. Результаты когнитивных тестов группы длительного использования каннабиса были хуже в сравнении со всеми группами, кроме группы

потреблявших, но затем бросивших. У остальных групп когнитивные функции сохранялись. Чем более устойчивыми были паттерны использования, тем хуже оказывались результаты когнитивных тестов. Объем гиппокампа был снижен в группе с длительным использованием каннабиса.

На основе полученных результатов авторы исследования сделали 6 основных выводов:

1. Продолжительное употребление каннабиса связано со снижением IQ, способности к обучению и скорости обработки информации в середине жизни. Эти результаты не ассоциировались с табакокурением, приемом алкоголя, зависимостью от запрещенных веществ, как и с социоэкономическим статусом в детстве, низким уровнем самоконтроля в детстве или историей зависимости от ПАВ в семье.

2. По сравнению с употреблением табака и алкоголя, длительное употребление каннабиса влечет более выраженное снижение IQ, памяти, обучаемости и скорости обработки информации.

3. Когнитивные способности рекреационных (эпизодических) пользователей соответствовали репрезентативным нормам всей когорты. Видимо, нерегулярное использование – чаще, чем несколько раз в год, но реже, чем еженедельно – каннабиса не приводит к снижению когнитивных функций в середине жизни.

4. Те, кто употребляли марихуану часто, а потом бросили, все равно демонстрировали небольшие когнитивные нарушения.

5. У долгосрочных потребителей отмечался сниженный билатеральный объем гиппокампа.

Сниженный объем гиппокампа не является связующим звеном между продолжительностью употребления и снижением когнитивных функций. Почему это так, неясно, и авторы признают, что полученный результат противоречит более ранним данным (в том числе из их собственных исследований). Возможно, стоит обратить внимание на другие регионы головного мозга с высокой плотностью каннабиноидных рецепторов и строить модели, учитывающие более широкие нейробиологические механизмы и возможную роль социальной среды.

Автор перевода: Федорченко В. С.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источник: Meier, MH, et al. Long-term Cannabis Use and Cognitive Reserves and Hippocampal Volume in Midlife. American Journal of Psychiatry, 2022; 179: 362–374. doi:10.1176/appi.ajp.2021.21060664

КРЕАТИВНАЯ БЕЗНАДЕЖНОСТЬ: ПРИНЯТЬ СВОИ СИМПТОМЫ И ДВИГАТЬСЯ ДАЛЬШЕ

<https://psyandneuro.ru>

Иногда, чтобы двигаться дальше и быть продуктивным, нужно сначала принять реальность такой, какая она есть, не пытаясь исправить болезненный опыт. Звучит парадоксально, но это один из механизмов психотерапевтического подхода «Терапия принятия и ответственности» (ТПО), относящегося к третьей волне когнитивно-поведенческой терапии. Процессу принятия способствует метод «креативной безнадёжности», предлагающий пациенту изменить свое отношение к неприятным симптомам, мыслям и чувствам вместо того, чтобы пытаться их избежать или контролировать.

ТПО – современная психотерапевтическая модель, помогающая страдающим от психических расстройств не заикливаться на симптомах, жить полноценной жизнью и действовать исходя из своих принципов и ценностей. Вместо борьбы с симптомами предлагается развивать т. н. психологическую гибкость. Это подход разработали психологи Стивен Хайес, Кирк Штротсаль и Келли Уилсон.

Сотрудники психологической службы Психиатрической клинической больницы №1 им. Н. А. Алексеева Никита В. Чернов, Татьяна В. Моисеева, Мария А. Белякова, Мария Д. Полякова и Марта В. Созинова посвятили ТПО обзор, которой был опубликован в номере журнала, посвященному первому психотическому эпизоду: «Применение психотерапевтического подхода “Терапия принятия и ответственности” у пациентов с первым психотическим эпизодом».

В статье рассматривается подход к ранней диагностике и реабилитации пациентов, переживающих первый психотический эпизод. Описываемый подход подразумевает медикаментозную терапию в сочетании с ТПО. Такое сочетание биологической и психосоциальной терапии особенно эффективно в отно-

шении пациентов, впервые сталкивающихся с психотическим эпизодом. Эта особая группа пациентов более уязвима для стигматизации и самостигматизации, и для них очень важна правильная психосоциальная реабилитация.

В работе рассматриваются ключевые элементы модели ТПО, образующие понятие психологической гибкости. Кроме принятия в нее входят:

- когнитивное распутывание – навык, позволяющий отделиться от содержимого одолеваящих мыслей и сформировать необходимые реакции на происходящее;
- связь с настоящим моментом – способность «жить здесь и сейчас», концентрироваться на внешних и внутренних событиях, не давая им оценки;
- понимание внутреннего мира – умение воспринимать внутреннюю и внешнюю действительность независимо от своей роли, основанное на работе с восприятием себя;
- осознание значимых ценностей и регуляция целенаправленного поведения по реализации этих ценностей – один из самых важных аспектов психологической гибкости: умение восстановить связь со своими принципами и ценностями и действовать в соответствии с ними несмотря на возможный дискомфорт.

В обзоре также представлены доказательства эффективности ТПО и описан опыт ее практического применения в России.

В Москве в Клинике первого психотического эпизода при ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ применяется ТПО в форме групповой терапии. Программа терапии была разработана на базе существующих за рубежом программ помощи пациентам, переживающим первый психотический эпизод. В статье подробно описаны ее этапы и содержание занятий.

Авторы: Чернов Н. В., Моисеева Т. В., Белякова М. А., Полякова М. Д., Созинова М. В.

Редактура: Явлюхина Н. Н.

Источник: <https://consortium-psy.com/jour/article/view/97>

РАЗНИЦА В ДИАГНОСТИКЕ АУТИЗМА МЕЖДУ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОЛАМИ

<https://psyandneuro.ru>

Существуют две основные теории, объясняющие половые различия, наблюдаемые при аутизме: в частности, теория Женского Защитного Эффекта (FPE) и теория Профиля Женского Аутизма (FAP). Они не исключают друг друга и будут рассмотрены далее.

Теория Женского Защитного Эффекта (FPE)

Теория FPE утверждает, что женщины изначально защищены от развития аутизма. В соответствии с этим им требуется большая степень воздействия факторов окружающей среды и/или генетического риска для развития и проявления той же степени аутизма, что и у мужчин. Это подтверждается тем фактом, что у мужчин выявляется меньше спонтанных мута-

ций, связанных с аутизмом, по сравнению с женщинами. Аутичные женщины также несут большее количество редких вариаций числа копий генов, которые экспрессируются на раннем этапе развития полосатого тела.

Теория “экстремального мужского мозга” утверждает, что андрогены и другие гормоны, преобладающие у мужчин, связаны с аутизмом, а некоторые аутичные характеристики, такие как нарушение когнитивной эмпатии, являются мужскими. Таким образом, аутичные люди имеют «чрезмерно мужскую» репрезентацию. Из этого следует, что женщины с более низким уровнем этих гормонов защищены от развития мужских аутичных характеристик. Доказательства, подтверждающие эту теорию, неоднозначны: в некоторых исследованиях была обнаружена связь между уровнями андрогенов и аутистическими характеристиками у женщин, в то время как другие предполагают обратное. Другая теория говорит, что в X-хромосоме есть гены, защищающие от развития аутизма, но пока такой ген не обнаружен. Два пептидных нейротрансмиттера, потенциально играющие роль в объяснении различий между мужским и женским аутизмом, — это окситоцин и аргинин-вазопрессин, которые оказывают сексуально-диморфное влияние на мозговую активность, с более сильным эффектом окситоцина у женщин и вазопрессина у мужчин. Было показано, что оба нейротрансмиттера влияют на социальное поведение.

Важно отметить, что теория FPE имеет некоторые оговорки. Если, как предполагалось, аутичные женщины нуждаются в большей генетической нагрузке для развития аутизма, то у родственников аутичных женщин больше шансов страдать аутизмом, чем у родственников аутичных мужчин. Доказательства неоднозначны: некоторые исследования подтверждают это, а другие противоречат. Кроме того, во многих цитируемых исследованиях говорится, что текущие диагностические критерии валидны и что участвующие аутичные женщины соответствуют диагностическим критериям. Однако это не обязательно может быть правдой, о чем свидетельствует тот факт, что соотношение мужчин и женщин меняется в зависимости от исследуемой популяции, как обсуждалось выше.

Теория Профиля Женского Аутизма (FAP)

Теория FAP предполагает, что у женщин аутизм развивается чаще, чем считается в настоящее время, но диагностические критерии и методы не могут эффективно выявить аутичных женщин. У женщин, как правило, возникают дополнительные трудности при постановке диагноза по сравнению с мужчинами с аналогичным уровнем аутистических характеристик. Это половое неравенство особенно распространено среди женщин без признаков умственной отсталости. Причина неэффективности диагностиче-

ских методов выявления аутичных женщин заключается в том, что нынешние критерии основаны на заранее установленных представлениях о том, что такое аутичные характеристики. Эти концепции в основном ориентированы на мужскую аутичную популяцию. Женский аутизм отличается от мужского, поэтому может оставаться не диагностированным в соответствии с текущими критериями. Фенотип женского аутизма имеет те же основные черты аутизма (нарушение способности к социальной коммуникации и ограниченное повторяющееся поведение), хотя они могут проявляться иначе, чем у мужчин.

Социальные нарушения менее выражены у женщин, которые, как правило, проявляют более высокую социальную мотивацию. Эта разница в уровне коммуникации затрудняет диагностику аутичных женщин. Однако более высокие социальные навыки по сравнению с аутичными мужчинами не означают отсутствия проблем в коммуникации. Аутичные женщины могут быть внешне близки с друзьями, но при этом чувствовать себя дистанцированно и страдать от пренебрежения и изоляции. Кроме того, аутичные женщины менее склонны поддерживать долгосрочные отношения по сравнению с аутичными мужчинами, это может быть связано с тем, что аутичные женщины менее склонны к решению социальных конфликтов.

Ограниченное повторяющееся поведение также представлено по-разному у обоих полов. Женщины имеют более низкий уровень выраженности данного поведения, поэтому оно имеет меньшую прогностическую значимость при диагностике аутизма у женщин по сравнению с мужчинами. Существует противоположная теория, которая утверждает, что аутичные женщины вместо того, чтобы иметь меньшую выраженность ограниченного повторяющегося поведения, демонстрируют его в других, нетипичных областях по сравнению с мужчинами. Подтверждая это, исследования показали, что аутичные мужчины интересуются техническими темами, в то время как интересы аутичных женщин больше связаны с взаимоотношениями. Этот тип интереса, хотя его интенсивность может быть нетипичной, считается более социально приемлемым по сравнению с интересами аутичных мужчин. В результате более низкой выраженности или более социально приемлемого ограниченного повторяющегося поведения, либо того и другого, аутичные женщины выявляются реже.

Камуфлирование относится к сознательной или бессознательной стратегии сокрытия аутичных характеристик в социальных условиях. Оно включает имитацию выражения лица, вынужденное поддержание зрительного контакта, использование сценариев ответов и подавление таких действий, как взмахи руками. Компенсаторные стратегии, которые можно рассматри-

вать как разновидность камуфлирования, представляют собой применение альтернативных когнитивных стратегий для преодоления трудностей аутизма, таких как использование исполнительной функции для преодоления теории трудностей разума. Камуфлирование обычно связано с высшими исполнительными функциями. Из этого следует, что аутичные люди с ограниченными интеллектуальными возможностями менее склонны маскировать свои аутичные черты, хотя подтверждений этому не было обнаружено. Камуфлирование, более распространенное среди женщин, является причиной сложности диагностики женского аутизма. Исследование показало, что со стороны аутичные девочки вели себя так же, как нейротипичные сверстницы, вероятно, из-за камуфлирования, и были выявлены только при должном изучении. Однако маскировка не дает исключительно положительной выгоды, поскольку является утомительным процессом, который может привести к развитию высокого уровню беспокойства и стресса. Это также связано с проблемами психического здоровья и является маркером риска склонности к суициду. Камуфлирование может проявляться по-разному в зависимости от социальных условий, поскольку в менее стрессовых ситуациях аутичный человек может не чувствовать необходимости маскироваться. Было высказано

предположение, что способность маскировать или компенсировать аутистические черты связана с возможностями женской генетики, тем самым связывая теории FAP и FPE.

Последствия восприятия РАС как «мужского расстройства»

Аутизм воспринимается как мужское расстройство из-за ориентированных на мужчин диагностических критериев, более высокой распространенности аутизма среди мужчин и отсутствия информации о женском аутизме. Это является причиной неправильной постановки диагноза у женщин. Подкрепляет это тот факт, что диагноз аутизма среди мальчиков упоминается в 10 раз чаще по сравнению с девочками. Представление об аутизме как о мужском расстройстве может привести к самоподкрепляющемуся циклу, в результате чего снижается выявляемость женского аутизма. По-видимому, родители больше беспокоятся о диагнозе РАС у мальчиков, чем у девочек. Кроме того, озабоченность родителей девочек, как правило, скептически воспринимается обществом. Существует также клиническая предвзятость, из-за которой клиницисты чаще исключают диагноз аутизма у девочек. Представление об аутизме как о мужском расстройстве отрицательно влияет на диагностику аутизма у женщин, и с этим следует бороться.

Перевод: Туровская Т.М.

Источник: Rujeedawa T, Zaman SH. The Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorder (ASD) in Adult Females in the Presence or Absence of an Intellectual Disability. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jan 25;19(3):1315. doi: 10.3390/ijerph19031315. PMID: 35162336; PMCID: PMC8835194.

ТЕЛЕСНОЕ ДИСМОРФИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО – ДИМЕНСИЯ ИЛИ КАТЕГОРИЯ?

<https://psyandneuro.ru>

Чтобы определить меры профилактики и лечения телесных дисморфических симптомов, необходимо понимать, какова их природа происхождения: категориальная или дименсиональная. Для ответа на это вопрос Manya Bala et al. провели исследование, опубликованное в журнале *Psychiatry Research*. Они отобрали 707 респондентов подросткового возраста, предложили им заполнить опросники тревожности о внешнем виде и о восприятии своего тела. Затем провели таксонометрический анализ результатов. В итоге авторы обнаружили, что телесное дисморфическое расстройство (ТДР) скорее всего имеет дименсиональную природу.

ТДР характеризуется чрезмерной озабоченностью частью или частями тела, каким-либо его недостатком тогда, когда эти недостатки минимальны и не так очевидны другим людям. Лица, страдающие ТДР, компульсивно

стараятся скрыть свой недостаток. В результате нарушается социальное функционирование и снижается качество жизни, что также может привести к суицидальным попыткам (особенно это характерно для тех, у кого данное расстройство началось в подростковом возрасте). Среди всех социальных групп наиболее часто от ТДР страдают студенты и девочки старшего подросткового возраста.

Вопрос, является ли ТДР дименсиональной или категориальной единицей, до сих пор остаётся открытым.

Если предположить дименсиональную модель, то получится, что многие люди испытывают те или иные симптомы телесной дисморфии. И даже если они не достигают степени выраженности, достаточной для постановки диагноза, люди всё равно страдают. При дименсиональной модели в этиологии ТДР будут иг-

рать роль различные факторы. В поддержку этой модели свидетельствует тот факт, что 15% женщин и 5% мужчин беспокоятся о своём внешнем виде по крайней мере час в день.

Если верна категориальная модель, то получается, что ТДР значительно отличается от обычного переживания, а также имеет определённые факторы риска. В этом случае должны быть ясны этиология заболевания (гены, окружающая среда), взаимодействие влияющих факторов и их пороговые эффекты. В пользу этой модели свидетельствует то, что среди лиц, страдающих ТДР, преобладают женщины. Более того, люди с данной патологией склонны значимо гиперболизировать свой дефект («Я монстр»), что отличает ТДР от стандартного беспокойства о своём недостатке.

Ранее исследования определяли смешанную – и дименсиональную, и категориальную – природу ТДР. Так, были обнаружены признаки выраженной и менее выраженной ТДР. При этом некоторые симптомы определялись и в контрольной группе. Более того, в этих экспериментах участвовали лица в возрасте от 22 лет. Однако, ТДР начинается раньше, и в этот период её сложно отличить от нормального возрастного развития. Это может позволить изучить, не является ли ТДР дименсией.

В январе 2022 года в журнале *Psychiatry Research* было опубликовано исследование Manyala Bala et al. При помощи таксонометрического анализа авторы попытались уточнить, являются ли симптомы ТДР дименсией или категорией у подростков с субклинической картиной данной патологии. В исследовании приняло участие 707 человек в возрасте 11 – 16 лет. Из них 50,2% – мужчины, 49,4% – женщины, 0,4% – неизвестно. Им предложили заполнить опросник тревожности о внешнем виде (*Appearance Anxiety Inventory, AAI*) и опросник о восприятии своего тела для детей и подростков (*Body Image Questionnaire Child and Adolescent Version, BIQCA*). Последний опросник авторы использовали для определения пограничных симптомов телесной дисморфии: изъёмы во внешности, повторяющееся поведение, повреждения и осознание.

В ходе исследования были получены следующие результаты. 13% респондентов продемонстрировали повышенный риск развития ТДР согласно опроснику AAI. Опросник BIQCA продемонстрировал, что 5,9% респондентов

имеют выраженные симптомы телесной дисморфии. Таксономический анализ (MAMBAC, MAXEIG и L-MODE) продемонстрировал, что ТДР имеет дименсиональный паттерн, то есть данный синдром является значительным усилением нормальной, часто встречающейся в популяции, тревоги по поводу своей внешности.

Результаты исследования имеют значение для понимания теоретических основ ТДР. Так, ввиду дименсиональной природы этого синдрома можно предположить многофакторность его этиологии. Это подтверждается более ранними исследованиями, которые обнаруживают влияние генов и внешних факторов (например, негативные замечания от сверстников) на развитие ТДР. При этом один и тот же фактор может вызывать разную по степени тяжести симптоматику. Будущие исследования стоит направить на уточнение этого факта.

Значение нового исследования для клинической практики следующее. Из-за того, что классификация психических расстройств построена на категориальной модели, восприятие ТДР как категории может заставить врачей не учитывать лиц с подпороговым уровнем синдрома, которые, тем не менее, страдают. Более эффективно было бы определять, где именно на континууме выраженности ТДР находится тот или иной пациент. Возможно, подпороговый уровень ТДР является риском развития этого синдрома. Можно предположить, что лечение таких пациентов снизит вероятность развития синдрома и коморбидных расстройств.

Так как ТДР может быть пропущен в клинической практике, набрать достаточное количество участников для исследования сложно. Поэтому практически невозможно провести большие генетические исследования. Предполагая, что ТДР является дименсией, возможно проведение исследований, где в качестве респондентов будут приглашены лица без ранее диагностированной психопатологической симптоматики.

Таким образом, новое исследование стало первым экспериментом для изучения ТДР с использованием таксономического анализа с респондентами-подростками. В результате было определено, что данное расстройство имеет дименсиональную природу. Будущие исследования должны проверить, согласуются ли полученные результаты в различных возрастных и половых группах.

Автор перевода: Бурм К.О.

Источник: Manyala Bala et al. Are body dysmorphic symptoms dimensional or categorical in nature? A taxometric investigation in adolescents. Psychiatry Research.

Редакция сетевого журнала «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
5. Перед названием статьи указывается УДК.
6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с приставленным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.

Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.