

Омский психиатрический журнал

2 (32) 2022



Omsk Journal of Psychiatry

**2(32)
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

Peter Gric. Build008. 2010

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

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)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

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
Псевдопсихопатическая шизофрения: клиническое наблюдение <i>Т.Н. Сперанская, А.В. Светличный, Д.В. Четвериков</i>	3	Pseudopsychopathic schizophrenia: clinical case <i>T.N. Speranskaya, A.V. Svetlichny, D.V. Chetverikov</i>
Трудности дифференциальной диагностики психических расстройств у пациентов с употреблением каннабиноидов <i>Баранов А.В.</i>	7	Difficulties of differential diagnosis of mental disorders among patients with the use of cannabinoids <i>A.V. Baranov</i>
Клинический случай симптоматического психоза при коронавирусной инфекции <i>О.П. Соловьева, И.Н. Степанов, Л.Н. Семенова, С.Е. Соловьева</i>	11	Clinical case of symptomatic psychosis in coronavirus infection <i>O.P. Solovieva, I.N. Stepanov, L.N. Semenova, S.E. Solovyova</i>
Клиническая психология		Clinical psychiatry
Динамика психологической нормы на примере отношения к процедуре патопсихологического обследования <i>М.В. Четверикова</i>	16	Dynamics of the psychological norm on the example of relation to the procedure pathopsychological examination <i>M.V. Chetverikova</i>
Особенности эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с особыми возможностями здоровья <i>Аксютинa З.А., Ченская А. В., Шабышева Ю.Е.</i>	20	Features of emotional burnout in mothers, raising children with special health opportunities <i>Aksyutina Z.A., Chenskaya A.V., Shabysheva Yu.E.</i>
Новости психиатрии	27	Psychiatry news

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Представляемый номер сетевого издания «Омский психиатрический журнал» посвящен преимущественно клиническим аспектам психиатрии и психологии.

В психиатрической литературе описаны непсихотические хронические расстройства эндогенной природы, где превалируют не позитивные нарушения, а негативные или личностные симптомы. Особого внимания заслуживают состояния с мозаичной псевдоневротической и личностной симптоматикой молодого возраста. В первой статье выпуска приведено описание больной шизофренией, в клинике которой превалировали личностные нарушения. Прослеживается динамика эндогенного заболевания, дебютирующего нарушениями поведения. С течением времени данные нарушения поведения все больше усложняются, приобретают гротескный оттенок, ведут к нарастающей десоциализации. Усиливается, а затем становится все более отчетливым аффективный компонент болезни. Присоединение флюктуирующей психотической симптоматики в конечном итоге определяет диагноз и, соответственно, выбор лечебной тактики.

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

С февраля 2020 года и до настоящего времени врачебное сообщество всего мира борется с новой коронавирусной инфекцией. Масштабы

ее распространения и медико-экономические последствия опровергли все прогнозы и превзошли ожидания человечества. В работах последнего времени показано, что при данной инфекции часто возникают психические расстройства. Возможной причиной авторы называют иммунные нарушения, которые вызывает коронавирус. Цитокиновый шторм и его последствия способны приводить к изменению работы головного мозга и изменению психического состояния пациента. Пока нет надёжных сведений о развитии коронавирусного энцефалита, так что иммунная гипотеза происхождения психических расстройств видится подходящей. Это также подтверждается тем, что сейчас нейроиммунные нарушения (изменения в работе собственной иммунной системы головного мозга) рассматриваются как кандидаты на роль причин серьёзных психических расстройств (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, расстройство аутистического спектра, депрессия, нейродегенеративные расстройства). В настоящее время опубликованы отдельные статьи, в которых рассказано про психозы, возникшие при инфицировании коронавирусом. Новое наблюдение омский психиатров и неврологов представляет клинический случай, демонстрирующий развитие острого симптоматического психоза, ассоциированного с коронавирусной инфекцией.

Следующая работа наших коллег из Омского государственного педагогического университета посвящена эмоциональному выгоранию. В ней осуществлен теоретический анализ психологических особенностей матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. Цель исследования состояла в выявлении матерей, воспитывающих таких детей, на наличие эмоционального выгорания. В опытной работе участвовало 42 чел. У 24 из них обнаружено эмоциональное выгорание.

Завершает выпуск подборка новостей психиатрической науки и практики.

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

Клиническая психиатрия

УДК: 616.89

ПСЕВДОПСИХОПАТИЧЕСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Т.Н. Сперанская, А.В. Светличный, Д.В. Четвериков

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

pontiac@list.ru

Аннотация. В психиатрической литературе описаны непсихотические хронические расстройства эндогенной природы, где преобладают не позитивные нарушения, а негативные или личностные симптомы. Особого внимания заслуживают состояния с мозаичной псевдоневротической и личностной симптоматикой молодого возраста. В статье приведено описание больной шизофренией, в клинике которой преобладали личностные нарушения. Прослеживается динамика эндогенного заболевания, дебютирующего нарушениями поведения. С течением времени данные нарушения поведения все больше усложняются, приобретают гротескный оттенок, ведут к нарастающей десоциализации. Усиливается, а затем становится все более отчетливым аффективный компонент болезни. Присоединение флюктуирующей психотической симптоматики в конечном итоге определяет диагноз и, соответственно, выбор лечебной тактики.

Ключевые слова. Шизофрения, расстройства личности.

PSEUDOPSYCHOPATHIC SCHIZOPHRENIA: CLINICAL CASE

T.N. Speranskaya, A.V. Svetlichny, D.V. Chetverikov

Resume. The psychiatric literature describes non-psychotic chronic disorders of an endogenous nature, where not positive disturbances prevail, but negative or personality symptoms. Conditions with mosaic pseudoneurotic and personality symptoms of young age deserve special attention. The article provides a description of a patient with schizophrenia, in whose clinic personality disorders prevailed. The dynamics of an endogenous disease that debuts as behavioral disorders is traced. Over time, these behavioral disorders become more and more complicated, acquire a grotesque connotation, and lead to increasing desocialization. The affective component of the disease intensifies, and then becomes more and more distinct. The addition of fluctuating psychotic symptoms ultimately determines the diagnosis and, accordingly, the choice of treatment tactics.

Keywords. Schizophrenia, personality disorders.

В настоящее время в психиатрическом сообществе ведётся подготовка к новой диагностической системе МКБ-11. Данный переход обусловлен в том числе критикой ныне действующей МКБ-10, которая, на наш взгляд, существенно ограничивает диагностические возможности практического врача-психиатра. Отметим, что первоначально МКБ задумывалась как статистическая классификация, однако в ходе её использования она стала клинической системой, которая значительно упрощает все многообразие клинической патологии. Девальвируются диагностические основы классификации состояния пациента. Как справедливо отметил заместитель Московского НИИ психиатрии д.м.н. А. Б. Шмуклер, МКБ-10 представляет собой «утилитарный фастфуд» в диагностике, но нужно понимать, что есть высокая кухня и мишленовские рестораны. Существующая статистическая классификация на наш взгляд механистическая, более того, ряд достаточно широких групп психических нарушений вообще выпадает из поля зрения врача.

В классических трудах отечественной науки описан ряд состояний, которые практически не представлены в МКБ-10. В первую очередь речь идёт о непсихотических хронических расстройствах эндогенной природы, где превали-

руют не позитивные нарушения, а негативные или личностные симптомы. Такие нарушения более сложны по своим клинико-диагностическим нарушениям, которые часто протекают без очевидных признаков психоза, но тем не менее, приводят к выраженной и быстрой десоциализации пациента. Нередко такие пациенты оказываются в поле зрения профильного специалиста уже на этапе выраженного дефекта, когда возможности психофармакотерапии и психосоциального восстановления очень скудны.

В связи с вышеизложенным, особого внимания заслуживают состояния с мозаичной псевдоневротической и личностной симптоматикой молодого возраста. Вспоминаются работы А.Б. Смулевича, посвященные псевдопсихопатической шизофрении.

Наряду с термином «псевдопсихопатии», такого рода психопатоподобные состояния имеют различные обозначения: постпроцессуальная психопатия, процессуальная психопатия, постшизофренная психопатия, нажитая психопатия, псевдопсихопатический тип дефекта, постпроцессуальная психопатизация личности.

Этиологии психопатических состояний множественны, структура этих расстройств во

многим определяется характером внешних и внутренних факторов.

Статистика псевдопсихопатических состояний определяется следующими особенностями: стойкость и тотальность психопатических проявлений; типологическая сопоставимость с конституциональными аномалиями; отсутствие признаков выраженного интеллектуального снижения; сохраняющаяся, несмотря на однообразие аффективного фона и эмоциональную нивелированность, активность, обеспечивающая удовлетворительную социальную адаптацию. Псевдопсихопатические состояния в течение многих лет сохраняют стабильность проявлений и в этом плане сопоставимы с состояниями компенсации у лиц с конституциональными аномалиями. Динамика этих состояний, формирующихся у больных шизофренией, в стадии стабилизации процесса, существенно отличается от закономерностей развития эндогенного заболевания. Не характерны: тенденции ни к эксацербации, наблюдавшейся в период активного течения болезни психопатологической симптоматики, ни к появлению новых психопатологических расстройств, которые могли бы свидетельствовать о текущем шизофреническом процессе; не наблюдается, как это бывает при вялом течении процесса, заметного углубления изменений личности по шизофреническому типу.

Начало заболевания происходит в широком возрастном диапазоне, однако обычно дебют болезни приходится на юношеский период. В активном периоде заболевания чаще всего возникает шубообразное течение, но могут наблюдаться случаи непрерывного течения. В это время отмечаются выраженные нарушения социальной адаптации; во всех случаях возникает необходимость в достаточно длительных курсах лечения либо в стационаре, либо в условиях психоневрологического диспансера. Стабилизация процесса может наступить в любом возрасте (от 12 до 70 лет).

Особенности предрасполагающие к образованию псевдопсихопатических состояний: приуроченность наиболее активных проявлений болезни к периодам возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); относительная благоприятность течения эндогенного процесса: он не сопровождается грубой деструкцией личности и завершается стойкой ремиссией, без значительного падения энергетического потенциала; уже в латентном периоде заболевания, обнаруживается аффинитет к расстройствам психопатического круга, при ограниченности и мономорфности проявлений других психопатологических регистров. Данные проявления носят стертый, неманифестный характер и исчерпываются в большинстве случаев аффективно-невротической симптоматикой (вяло-адинамические, ипохондрические, анестетические депрессии, обсессивно-фобические

состояния и др.) и паранойяльной симптоматикой.

Однако, не только условия формирования, но и дифференциация псевдопсихопатических состояний тесно связана с особенностями шизофренического процесса, в частности с характером его течения. Имеются два основных механизма формирования псевдопсихопатий четко коррелирующие с типом течения процесса. При приступообразном течении шизофрении формирование псевдопсихопатии осуществляется по механизму аутохтонного характерологического сдвига (не связанного с ситуацией). При непрерывном течении формирование псевдопсихопатий происходит по механизму амальгамирования.

Формирование псевдопсихопатических состояний по механизму характерологического сдвига протекает при явлениях полной редукции симптомов активного периода болезни. Клиническая картина этих состояний исчерпывается психопатическими нарушениями, сопоставимыми с аномалиями шизоидного круга. При этом структура изменений варьирует в зависимости от возрастного периода, на который приходилось их появление. Если приступы завершаются в детстве или раннем пубертате, то в клинической картине сформировавшихся в дальнейшем психопатических состояний, наряду с нажитыми шизоидными проявлениями, нередко сочетающимися с чертами истерического круга, на первый план выступают явления инфантилизма, затрагивающего все стороны психической жизни. После юношеских приступов психопатоподобное состояние формируется со «сменой личностных доминант» и смещением патохарактерологических свойств к стеническому полюсу, с усилением анестетических черт. Разнообразие шизоидных проявлений ограничивается в этих случаях кругом психопатических нарушений, свойственных стеничным и дефицитарным шизоидам.

Общим недостатком терапевтических рекомендаций является полное отсутствие серьёзной доказательной базы (прежде всего рандомизированные серьёзные клинические исследования) и, как следствие, их малая надёжность и низкая воспроизводимость при применении в практике. Применение антипсихотических средств обосновывается не столько необходимостью блокады дофаминергической нейротрансмиссии, сколько использованием других - антисеротониновых, антигистаминовых, антихолинергических свойств препаратов с мультифункциональным рецепторным воздействием. Между тем, рекомендуемые максимальные антипсихотические дозы (например, галоперидол 10 мг в сут; рисперидон 6 мг в сут; клозапин 200 мг в сут; тиоридазин 150 мг в сут; хлорпромазин 400 мг в сут. и др.) по данным позитронно-эмиссионной томографии, обеспечивая почти полную блокаду D2-рецепторов в нигростриаль-

ной области, не оказывают полноценного антипсихотического эффекта, но неизбежно вызывают экстрапирамидную симптоматику, что может нарушать комплаентность больных и приводить к их дополнительной стигматизации. Не меньше вопросов вызывает рекомендация применения у этого контингента больных инъекционных пролонгированных форм нейролептиков с долгосрочным периодом полувыведения из организма.

Современные терапевтические подходы к терапии дефицитарных расстройств не ограничиваются только негативными симптомами и воздействием на них атипичных антипсихотиков. Их эффективность доказана преимущественно в отношении вторичной негативной симптоматики, в отношении же первичной - убедительные данные имеются только для небольших доз амисульприда и карипразина. Кроме того, проводятся активные исследования по использованию других препаратов с недофамноблокирующим механизмом действия, включая агонисты глициновых, глутаматных и ацетилхолиновых рецепторов, антагонисты альфа-2- адренорецепторов.

В качестве примера приводим иллюстрацию пациентки.

Больная 3., 24 года. Наследственность психопатологически неотягощена. Родилась в полной семье, старшей из двоих детей. Есть сводная старшая сестра и родная младшая, здоровы. Пациентка проживает одна. Раннее развитие без особенностей. Посещала детские дошкольные учреждения с 1,5 лет. С детских лет любила рисовать. В школу пошла в 7 лет, училась на «5». Участвовала в олимпиадах по физике и математике, занимала призовые места. В течение 5 лет посещала школу искусств. В 2015г. поступила в «Технический университет» по специальности «Информационные системы технологий» на бюджетную основу (очно). С начала занятий поняла, что ошиблась в выборе специализации, «не было творчества». Поступала на факультет дизайна, но не набрала достаточного количества баллов. Курение, употребление токсических, наркотических веществ отрицает. Черепно-мозговые травмы, туберкулез, вирусные гепатиты, венерические заболевания, аллергические реакции отрицает. В ноябре 2012г. перенесла оперативное вмешательство по поводу фиброаденомы правой молочной железы. В 2016г. перенесла ветрянную оспу.

Отмечает, что с 5 по 7 классы бывали «истерики», когда без явных на то причин «начинала плакать, потом смеяться, никто не понимал, что со мной, и я не понимала». Заметные изменения в психическом состоянии стали наблюдаться около 2010 г.: эпизодически «все казалось нереальным, как декорации». С 13 лет стала изменять свою внешность: окрашивала волосы в яркие цвета, коротко стриглась, делала пирсинг

и татуировки. Со старшего подросткового возраста стала отмечать колебания настроения в сторону снижения, в это время не хотела чем-либо заниматься, сторонилась общения, «безразличие какое-то», прогуливала занятия. В 2012 году прекратила употребление в пищу мяса, ограничивала себя в количестве съеденного, принимала слабительные средства; в то же время отмечались эпизоды переедания, которые заканчивались вызыванием рвоты. Похудела до 42,5 кг. На этом фоне возникла аменорея. Была консультирована гинекологом, которым было назначено лечение комбинированными оральными контрацептивами, даны рекомендации по питанию. Постепенно пациентка набрала вес. С октября 2014г. исключила из рациона все продукты животного происхождения, включая молоко и масло, затем перешла на веганство. Рассказывала, что к концу обучения в 11 классе, испытывала «рекурсивное дежавю». «Практически постоянно казалось, что это уже было и в этом, что уже было, я уже знала, что это было». Через некоторое время стала слышать «голоса», «как радио... редко они были связаны с тем, что я воспринимала. Когда так случалось, я пыталась выйти с ними на контакт... не получалось». В конце октября 2015г. впервые без явных на то причин возник приступ с головокружением, слезотечением и дрожью всего тела. Спустя 2-3 недели похожий приступ повторился вновь дома. Обращалась к неврологу, был выставлен диагноз вегетативная недостаточность, вегетососудистые кризы, синдром вестибулопатии. Было назначено обследование и лечение (цитоплазмин внутривенно, комбилипен внутримышечно, церебро внутримышечно, бетасерк, фенибут). Несмотря на терапию, подобные приступообразные состояния продолжались иногда до нескольких раз в день. При этом, якобы, продолжала слышать «голоса» и испытывать дежавю. Была консультирована профессором кафедры психиатрии ОмГМУ, д.м.н. Ивановой Т.И., выставлен диагноз острое шизофреноподобное расстройство. Находилась на лечении в дневном стационаре (25.01.2016 - 19.05.2016 г.). Держалась отгорожено, ни с кем из пациентов не общалась. Получала лечение: инъекционный амитриптилин, феназепам, пирацетам, витамины B6 на физ. растворе внутривенно капельно; рисперидон, сертралин, тригексифенидил, седалит, вальдоксан. Психическое состояние постепенно улучшилось: выровнялось настроение, «дежавю, дереализация» стали возникать значительно реже, купировались обманы восприятия, «приступов», вегето-сосудистых кризов не отмечалось. Регулярно наблюдалась участковым психиатром, принимала поддерживающее лечение до сентября 2017г. Самостоятельно прекратила лечение, т.к. считала, что уже выздоровела. После обрыва лечения нарушился ночной сон, появилась тревога, беспокойство, признаки «дереализации». Тогда начала прини-

мать препараты (сертралин, рисперидон), но нерегулярно, т.к. «они мешали заниматься». Вновь была направлена на лечение в дневной стационар (28.11.2017 - 05.02.2018 г.). Длительное время настроение сохранялось неустойчивым, жаловалась на тревогу, бессонницу, плаксивость, со слов, эпизодически появлялись мысли о нежелании жить. Связывала плохое самочувствие с тем, что с трудом даётся учёба, имела много долгов по предметам. Острых психопродуктивных расстройств в виде бреда и галлюцинаций выявить не удавалось. Получала лечение: рисперидон, циклодол, карбамазепин, сертралин, физиолечение. Постепенно настроение выровнялось, нормализовался сон, суицидальные мысли исчезли. Наблюдалась участковым психиатром, принимала поддерживающее лечение. Затем, в связи с тем, что пациентка стала раздражительной, плаксивой, появилась тревога, была направлена в стационарное отделение на дому для взрослого населения. (05.04.2018 - 28.05.2018 г.). В отделении получала инъекционный эглонил, этаперазин, циклодол, амитриптилин, сертралин. За период наблюдения психическое состояние оставалось нестабильным. Предъявляла жалобы на эпизодически возникающую слезливость и тревогу. Фон настроения оставался неустойчивым. 28.05.2018г. на приеме у врача, сообщила о резком снижении настроения накануне экзамена, отмечала тревогу и страх, появились суицидальные мысли, желание броситься под машину. Была направлена в круглосуточный стационар (28.05.2018 - 25.06.2018 г.), с долечиванием по режиму дневного стационара. В отделении было начато лечение кветиапином. Наблюдались колебания настроения, часто плакала, жаловалась на тревогу, подавленность. К лечению был добавлен амитриптилин. Отмечала улучшение настроения, снизилась интенсивность тревоги. В отделении была достаточно общительной, принимала участие в групповых занятиях. В дальнейшем жаловалась на панические атаки, которые возникали в людных местах. В связи с этим, была переведена на прием пароксетина. Смену терапии переносила хорошо, отмечала, что частота панических атак уменьшилась. В последующем жаловалась на снижение настроения, отсутствие сил, нежелание чем-либо заниматься. Так же беспокоили слабость, сонливость, повышение массы тела. Была переведена на прием сертиндола. Доза пароксетина была увеличена до 40 мг/сут. Отмечалось кратковременное улучшение состояния. Затем пациентка вновь стала жаловаться на чувство апатии, высказывания носили депрессивных характер, во время бесед с врачом много плакала. Усилились явления деперсонализационно-дереализационных расстройств, что мешало пациентке в повседневной жизни, вновь стали возникать панические атаки. Карбамазепин был заменен на вальпроовую кислоту в дозе 1000 мг,

но состояние оставалось без положительной динамики, в связи с чем, была произведена смена антидепрессанта на сертралин. В связи с выраженными явлениями деперсонализационно-дереализационных расстройств, была переведена на прием арипипразола. Колебания настроения в сторону снижения сохранялись, пациентка часто плакала. К лечению вновь был добавлен кветиапин. Вальпроовая кислота была отменена. В состоянии наметилась положительная динамика: улучшилось настроение, стала чувствовать себя более активной, начала заниматься рукоделием, получать удовольствие от своей работы, явления деперсонализационно-дереализационных расстройств перестали беспокоить, панические атаки не возникали. Была выписана с улучшением для продолжения лечебно-реабилитационных мероприятий в реабилитационное отделение, где находилась 24.10.2018 - 25.03.2019г. Первое время состояние было стабильным, затем вновь снизилось настроение, возобновились панические атаки, суицидальные мысли. Коррекция терапии без существенного эффекта. Была направлена на лечение в стационар круглосуточного пребывания, где находилась 25.03.2019 - 07.05.2019 г. Очередное поступление в дневной стационар 20.06.2019 - 12.08.2019 г. Продолжила подобранное лечение арипипразолом. Состояние оставалось неустойчивым. Жаловалась на акатизию, тревогу, панические состояния, периодические слуховые обманы восприятия. Затем находилась на лечении в реабилитационном отделении (11.10.2019 - 12.11.2019 г.). В лечении был назначен палиперидон с корректором и вортиоксетин. В связи со смешанным аффективным состоянием терапия корригировалась, дополнительно был назначен феназепам в инъекциях, карбамазепин, перициазин. Состояние оставалось неустойчивым, фон настроения был крайне изменчив, периоды дереализации, «точно помню, что это было, неприятные моменты». После оперативного лечения мастопатии в условиях круглосуточного стационара, была направлена в реабилитационное отделение для продолжения терапии и реабилитационных программ. В лечении был назначен кветиапина фумарат и вортиоксетин. В связи со смешанным аффективным состоянием, апатией, сниженным настроением, гневливостью, тревогой, эпизодами дереализации, терапия многократно корригировалась, дополнительно назначались перициазин, трифлуоперазин, лития карбонат, курс внутримышечных инъекций амитриптилина. Кветиапин был сменен на рисперидон. Улучшение в состоянии наступило на приеме луразидона 40 мг/сут, в сочетании с венлафаксином 150 мг/сут: выровнялось настроение, купировалась раздражительность, практически исчезли периоды «дереализации». Стала задумываться о поиске заработка, вернулась к занятиям по вышиванию. Сменила реальные имя и фамилию на Фрида Зе-

ленина. Объяснила, что это осознанное решение, которое долго обдумывала. Была выписана под наблюдение участкового врача-психиатра. В дальнейшем находилась на лечении в стационарном отделении на дому для взрослого населения с 08.07.2020 по 29.09.2020 г. На фоне подобранного медикаментозного лечения (луразидон, венлафаксин) психическое состояние оставалось нестабильным - фон настроения был неустойчивым, больше сниженным, возникали деперсонализационно-дереализационные явления, суицидальные мысли, сохранялась тревога и страхи. С постепенным титрованием луразидона и венлафаксина состояние улучшилось - нормализовался фон настроения, купировалась тревога и деперсонализационно-дереализационные явления, однако на повышение дозировки луразидона до 120 мг/сутки возникли явления ЭПС в виде акатизии, тризма, слюнотечения. Была увеличена доза корректора - ЭПС купировалась. Затем присоединились жалобы на периодические нарушения сна, к лечению был добавлен кветиапин в дозе 100 мг, с положительным результатом. Была выписана в удовлетворительном состоянии, под наблюдение участкового психиатра. После выписки, в связи с отсутствием т. латуды на амбулаторном уровне, пациентка самостоятельно снизила дозу латуды до 80 мг/сутки. На протяжении двух недель, состояние ухудшилось. С жалобами на неустойчивое, больше сниженное настроение, особенно в вечерние часы, опасение, что состояние еще больше ухудшится, обратилась к участковому психиатру. Была направлена на лечение в дневной стационар (15.10.2020 - 25.02.2021 г.). В начале лечения, в связи с отсутствием в аптеке отделения луразидона, данный лекарственный препарат был постепенно отменен, назначен карипразин с повышением дозы до 6 мг/сутки, дополнительно инфузионная терапия раствором феназепама. В начале коррекции психофармакотерапии состояние ухудшилось: появлялись комментирующие «голоса», перепады в настроении. В дальнейшем на фоне наращивания доз карипразина вербальные галлюцинации исчезли. Состояние сохранялось неустойчивым, отмечались перепады в настроении, от приподнятого до подавленного, беспричинная плаксивость, раздражительность. В терапии была увеличена суточная доза венлафаксина, добавлена вальпроевая кислота - с положительным эффектом. Пациентка впервые прошла МСЭ, была определена в 3 группу инвалидности на год. Принимала луразидон, в сочетании с вальпроевой кислотой и венлафаксином. Психическое состояние определялось депрессивным синдромом в рамках аффективных колебаний, появлением транзиторной психотической симптоматики, «обрывки фраз иногда», явлениями дереализации и деперсонализации, пессимистичным настроением на будущее. Была фиксирована на своем состоянии, ожидала ухудшения. Проводилась коррекция

терапии, луразидон был заменен на карипразин. По мере продолжения терапии депрессивное состояние сменилось на гипоманиакальное, сократилась продолжительность сна. Вновь была проведена коррекция терапии, отменен карипразин, назначен кветиапин с подбором эффективной дозы. Постепенно состояние стабилизировалось. Оставалась ипохондричной, периодически аггравировала переживания, мышление витиеватое, с резонерством. Обманов восприятия, бредовых идей, суицидальных намерений не обнаруживала. Была выписана из отделения, с улучшением, под наблюдение участкового психиатра поступает в очередной раз в дневной стационар для лечения, где наблюдалась с октября 2021 г. по февраль 2022 г. При поступлении предъявляла жалобы на плаксивость, сильную раздражительность, апатию, отсутствие сил и мотивации, длительный сон, эпизодически возникающие «голоса». В терапии продолжила получать ламотриджин и венлафаксин, отменен агомелатин и кветиапин, назначен оланзапин. На фоне коррекции психофармакотерапии в состоянии отмечалась положительная динамика: купировалась раздражительность и плаксивость, улучшился ночной сон, снизилась апатия, наметилась тенденция к выравниванию настроения. В отделение приходила своевременно. В дальнейшем предъявляла жалобы на перепады настроения, «негативное восприятие себя, аутоагрессию», «в голове мысли постоянно крутятся», «чувства и ощущения кружатся внутри меня, но они заблокированы, не могу их выразить», «не могу себя убедить в том, что это реальность», «тяжело вставать по утрам». Была консультирована профессором Т.И. Ивановой. Рекомендовано продолжить лечение ламотриджином, отменить оланзапин, снизить дозировку венлафаксина до 150 мг, назначить кветиапин. Пациентка собрала пакет документов с целью прохождения МСЭ. Стало известно, что прошла МСЭ заочно, продлена группа инвалидности до июля 2022 г. Выписывается из отделения в удовлетворительном состоянии по окончании этапа лечебно-реабилитационных мероприятий с улучшением. Показана на выписку участковому психиатру, эпикриз передан на участок, рекомендации даны.

В представленном наблюдении прослеживается динамика эндогенного заболевания, дебютирующего нарушениями поведения. С течением времени данные нарушения поведения все больше усложняются, приобретают гротескный оттенок, ведут к нарастающей десоциализации. Усиливается, а затем становится все более отчетливым аффективный компонент болезни. Присоединение флюктуирующей психотической симптоматики в конечном итоге определяет диагноз и, соответственно, выбор лечебной тактики.

ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИНОИДОВ

Баранов А.В.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области
«Областной клинический наркологический диспансер»

san4o1986@mail.ru

Аннотация. В статье приведено мнение практикующего врача-нарколога о трудностях дифференциации первичных психических расстройств и индуцированных на фоне употребления каннабиноидов. Приводится клинический случай сложной дифференциальной диагностики между этими состояниями.

Ключевые слова. Каннабиноиды, клиническое наблюдение, коморбидность.

DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS AMONG PATIENTS WITH THE USE OF CANNABINOIDS

Baranov A. V.

Resume. The article presents the opinion of a practicing narcologist about the difficulties of differentiating between primary mental disorders and induced ones on the background of the use of cannabinoids. A clinical case of complex differential diagnosis between these conditions is presented.

Keywords. Cannabinoids, clinical case, comorbidity.

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

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

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

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

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

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

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

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

Рассмотрим трудности диагностики на конкретном клиническом случае из практики.

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

Из анамнеза: наследственность психопатологически, по алкоголизму и наркоманиям неотягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности и физиологических родов вторым по счёту ребёнком. Рос и развивался нормально, без отставания от сверстников. В детстве перенёс ветрянку, гайморит, в лёгкой форме болел простудными заболеваниями. Черепно-мозговых травм, судорожных припадков не было. Детские дошкольные учреждения посещал. Обучение в школе начал с семи лет, учился хорошо, только на «4 и 5». В старших классах активно увлекался физикой и математикой. После окончания 11 классов школы поступил в МГТУ им. Н.Э.Баумана по специальности «Ядерные реакторы и установки». Во время обучения довольно часто чувствовал тоску, апатию, был эмоционально подавлен. В 2019 году не сдал курсовой проект, из-за чего был вынужден уйти в академический отпуск. Позже был восстановлен и окончил университет в 2021 году.

Впервые стал принимать наркотические вещества с 20 лет. Употреблял каннабиноиды, природные и синтетические (коноплю, гашиш), ингаляционным путём, в компании друзей, когда приходил обучение в университет в г. Москва. Употребление носило эпизодический характер. Однократно попробовал экстази – «не понравилось». Приём других наркотических веществ па-

циент категорически отрицает. С лета 2021 года после окончания университета появилась сильная тоска, апатия, подавленность. Продолжить жить в г. Москва на съёмной квартире. Со слов, стал курить каннабиноиды ежедневно, до нескольких раз в сутки. Чувствовал обиду на жизнь, стали появляться мысли навязчивого характера, глубоко анализировал свою жизнь, видел в ней «знаки судьбы», утверждал, что совершал «странные вещи». Состояние ухудшилось после смерти бабушки. Стал напряжённым, беспокойным, подозрительным. Считал, что с ним провели «ритуал», после чего он стал хищником, познал «основы бытия». Читал философские книги, утверждал, что «это ведь про меня всё написано». Дома чувствовал страхи, думал, что «о нём все знают», что окружающие «читают его мысли», поэтому «предпочитал молчать».

С начала 2022 года мать пациента забрала его к себе в г. Рязань. В течение месяца наркотические вещества не употреблял, но психическое состояние оставалось прежним. Был малообщительным, эмоционально подавленным, своих переживаний не раскрывал. Говорил, что в голове периодически появляются «послания», которые «направляют его». В конце января мама пациента вместе с ним обратилась за консультацией врача-психиатра в частный медицинский центр, где был поставлен предварительный диагноз: F 23 Острый транзиторный психоз, была рекомендована госпитализация в психбольницу. Сам пациент отказался проходить стационарное лечение в условиях психиатрической больницы. Наркотические вещества более не употреблял. В сопровождении матери ходил в церковь, «там понял, что человек в чёрной рясе и маске хочет застрелить меня из пистолета за то, что узнал такое, что может перевернуть всё мироздание», испытывал страх, тревогу. Сразу после причастия в церкви «видел малыша, которого изображают на иконах». В течение следующих нескольких дней стал утверждать, что вокруг «прослушки», установлены камеры ему в глаза неизвестными людьми. В один из дней в феврале 2022 года выбежал рано утром на улицу без обуви и штанов, кричал, что «цирк в доме надоел», подбежал к неизвестной машине, стал просить помощи. Неизвестный водитель на своей машине привёз его в приёмное отделение ГБУ РО ГК БСМП, сотрудники которой вызвали психиатрическую бригаду СМП. Был госпитализирован в отделение неотложной наркологической помощи ГБУ РО ОКНД.

При поступлении пациент в сознании, в месте, времени, собственной личности ориентирован правильно. Контакт доступен с трудом. На вопросы отвечает после паузы, односложно, не всегда в плане заданного. Внимания привлекается с трудом и сосредоточено на своих переживаниях, внутренний мир которых полностью не раскрывает. Замкнут, насторожен, напряжён, подозрителен. Активно жалоб

не предъявлял, говорил только, что «всё это надоело», подробностей не раскрывал. Настроение снижено, суицидальных мыслей не высказывал.

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

В токсико-химическом исследовании мочи при поступлении была обнаружена ТНС-СООН-11-нор-дельта-9-тетрагидроканнабинол-9-карбоновая кислота – основной вторичный метаболит тетрагидроканнабинола, который образуется в организме после употребления каннабиса. Данный метаболит накапливается главным образом в жировой ткани, причём у хронических потребителей каннабиноидов его аккумулятивное преобладает над выведением. При полной отмене употребления каннабиноидов анализ мочи будет оставаться положительным в период до двух месяцев. Учитывая анамнез жизни, заболевания, клиническую картину, а также результат анализа мочи, был поставлен диагноз: F 12.50. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Шизофреноподобное психотическое расстройство.

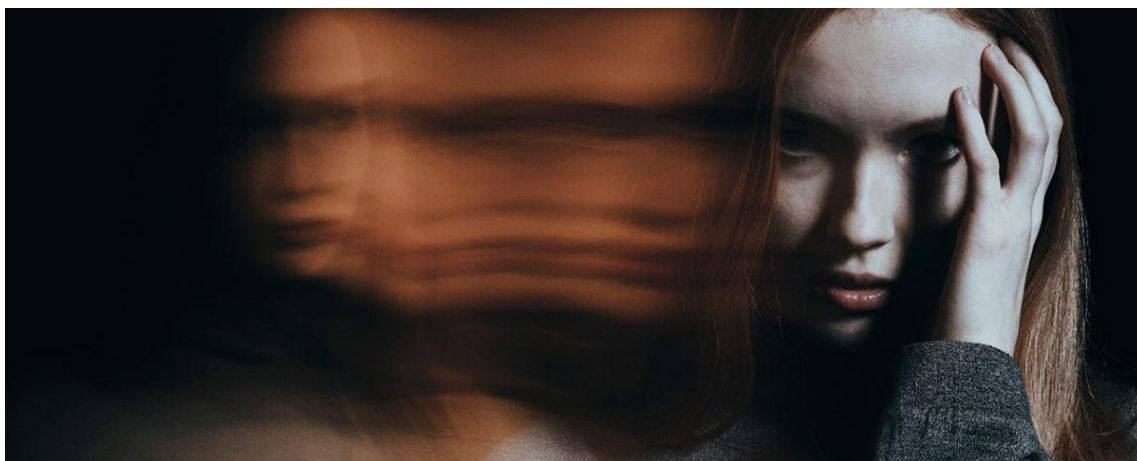
При патопсихологическом обследовании пациента было выявлено умеренное снижение кратковременной и грубое снижение долговременной механической памяти, нарушение смысловой памяти, неустойчивость мыслительных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления, инертность мышления, колебательная истоцаемость, субклинические симптомы депрессии. Различие воробья и вертолёта объяснил так: «...воробью нужно быстрее садиться на землю, чтобы сердце не остано-

лось, а вертолёт – другой летательный аппарат». В методике «Сравнение понятий» между понятиями лётчик и танкист выделяет общий признак – «любят свою работу», различие – «лётчик спит на верхней полке, танкист – на нижней». В методике «4-й лишний» в карточке с пальто, брюками, платьем и часами лишним выделил платье, остальное – «мужская одежда».

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

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

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



КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ПСИХОЗА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

О.П. Соловьева¹, И.Н. Степанов^{1,2}, Л.Н. Семенова¹, С.Е. Соловьева²

¹ БУЗОО «Областная клиническая больница»

² ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»

okssoll@mail.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай, демонстрирующий развитие острого симптоматического психоза, ассоциированного с коронавирусной инфекцией. Возбудитель инфекции характеризуется своей нейротропностью и способностью вызывать неврологическую и психопатологическую симптоматику, из-за чего под воздействием общего психосоциального стресса, испытываемого пациентами, заболевание может манифестировать в виде острого психоза.

Ключевые слова. COVID-19, новая коронавирусная инфекция, острый симптоматический психоз, суицид.

CLINICAL CASE OF SYMPTOMATIC PSYCHOSIS IN CORONAVIRUS INFECTION

O.P. Solovieva, I.N. Stepanov, L.N. Semenova, S.E. Solovyova

Resume. The article presents a clinical case demonstrating the development of acute symptomatic psychosis associated with coronavirus infection. The causative agent of infection is characterized by its neurotropism and the ability to cause neurological and psychopathological symptoms, due to which, under the influence of general psychosocial stress experienced by patients, the disease can manifest as acute psychosis.

Keywords. COVID-19, novel coronavirus infection, acute symptomatic psychosis, suicide.

Коронавирусы (Coronaviridae) – это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать как животных (их естественных хозяев), так и человека. У людей коронавирусы могут вызывать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции (ОРВИ) до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС, или SARS). [1]

SARS-CoV-2 – оболочечный вирус с одноцепочечной РНК позитивной полярности, относящийся к семейству Coronaviridae, роду Betacoronavirus, подроду Sarbecovirus. Количество вариантов SARS-CoV-2 в настоящее время превышает 1000 различных генетических линий. [1]

Входные ворота возбудителя – эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. Начальным этапом заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (АПФ2).

Клеточная трансмембранная сериновая протеаза типа 2 (ТСП2) способствует связыванию вируса с АПФ2, активируя его S-протеин, необходимый для проникновения SARS CoV 2 в клетку. АПФ2 располагается в цитоплазматической мембране многих типов клеток человека, в том числе в альвеолярных клетках II типа в легких и энтероцитах тонкого кишечника, эндотелиальных клетках артерий и вен, клетках гладкой мускулатуры артерий, макрофагов. АПФ2 и ТСП2 обнаружены в клетках тканей органов ды-

хания, пищевода, кишечника, сердца, надпочечников, мочевого пузыря, головного мозга и других. [1]

Установлено, что коронавирус обладает высокой нейротропностью. Результаты патологоанатомических вскрытий демонстрируют в тканях головного мозга у инфицированных больных следы вирусных белков. Таким образом, коронавирус приводит к воспалению мозговой ткани и дегенерации нейронов. Методы нейровизуализации обнаруживают микроинсульты и лейкоэнцефалопатию.

Эти органические изменения, а также гипоксия и интоксикация приводят к развитию психических и неврологических нарушений. Исследователи сообщают, что у 20-40% больных коронавирусом наблюдаются психические нарушения, а именно: нарушение сна, нарушение внимания и концентрации, тревога, депрессивные состояния, психомоторное возбуждение, делирий. Иногда возникновение делирия является единственным симптомом новой коронавирусной инфекции без нарушений со стороны респираторной системы, особенно на начальном этапе заболевания до появления симптомов в диагностических исследованиях [1].

Вашему вниманию представляется клинический случай пациентки N., 1964 года рождения, с отягощенным преморбидным фоном, у которой на первоначальном этапе заболевания из клинических проявлений отмечались проявления синдрома помрачения сознания – делирия.

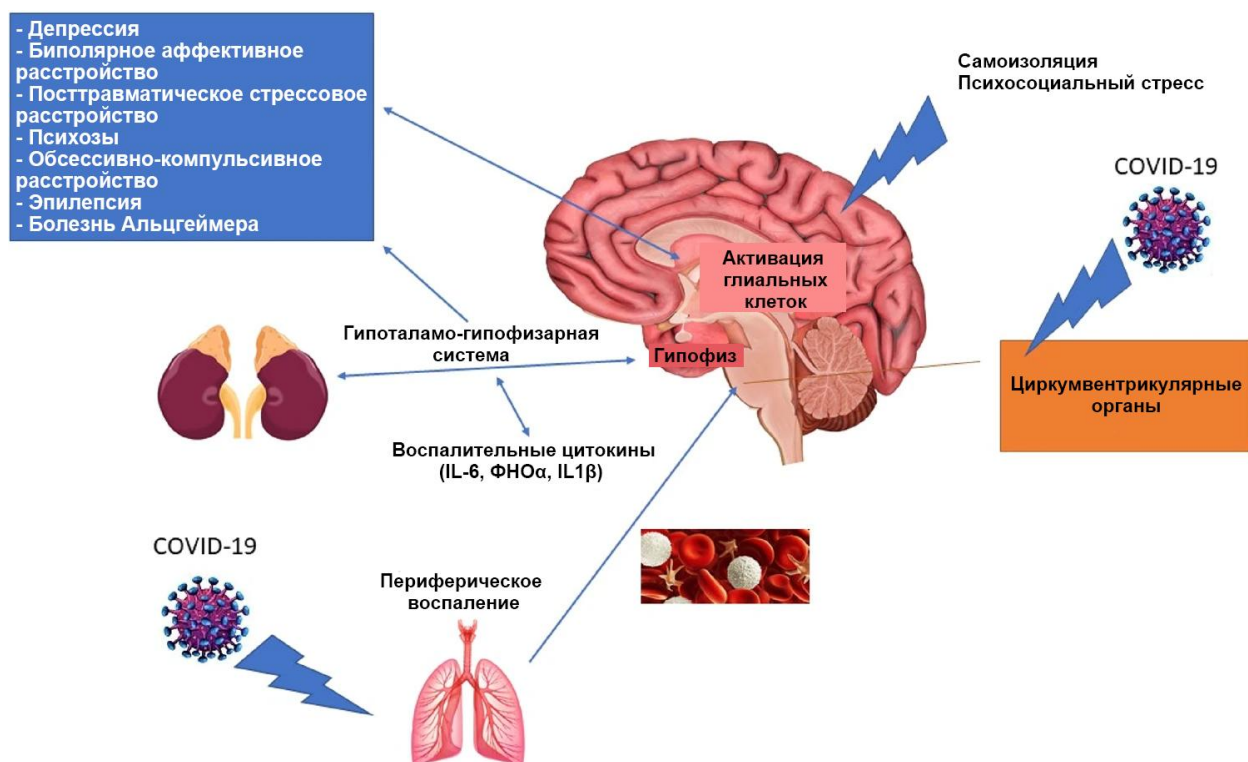


Рисунок 1 Нейропсихические последствия COVID-19.

Примечание: SARS-COV-2 проникает в организм различными путями и вызывает системное и местное воспаление. Системное воспаление ослабляет гематоэнцефалический барьер (ГЭБ), что позволяет провоспалительным факторам проникнуть в мозг. Также вирус может преодолеть ГЭБ через циркумвентрикулярные органы или ретроградно, по аксонам обонятельной луковицы, вызывая тем самым реактивный глиоз, что приводит к гиперпродукции и гиперсекреции цитокинов и других провоспалительных факторов. Совместное влияние системного воспаления, гипоксии из-за дыхательной недостаточности и воспаления нейроглии может вызвать или усилить психическую симптоматику.

Источник: Steardo, L., Steardo, L., Verkhatsky, / A. Psychiatric face of COVID-19. // Translational Psychiatry – 2020. – 10. – 261.

Пациентка N., 1964 г.р. С конца февраля 2021 находилась на лечении в стационаре с диагнозом отек Квинке. На фоне лечения отеки регрессировали, затруднение при дыхании не беспокоило. В начале марта была выписана. В течение 3 недель ежедневно принимала фуросемид в связи с отеками. После выписки стала вялая, апатичная, сонливая, стали беспокоить головные боли, судороги в конечностях. Через два дня после выписки осмотрена терапевтом по месту жительства. Выставлен предположительный диагноз ОНМК недифференцированное, направлена в стационар транспортной бригадой. Проведено обследование, осмотрена специалистами.

Анамнез. Психопатологическую наследственность отрицает. Родилась в полной семье рабочих. Есть младшая сестра, с которой всегда были хорошие, дружеские отношения. Росла и развивалась соответственно возрасту. В школу пошла вовремя, училась средне. Со сверстниками и учителями отношения были ровные. Закончила 8 классов, затем техникум. Последние годы работала оператором на АТС. Замужем никогда не была. Поддерживала близкие, родственные отношения с семьей сестры, помогала воспитывать племянников.

Из перенесенных заболеваний: простудные, детские инфекции. Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты отрицает. Травм не было. Гемотрансфузии не проводились. Курение, употребление спиртных напитков, наркотических средств отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Сахарный диабет, нарушения сердечного ритма отрицает.

Операция холецистэктомия в 2018 г. Пациентка страдает артериальной гипертензией, принимает гипотензивные препараты, левотироксин в связи с гипотиреозом.

При поступлении проведен ряд обследований (МСКТ-ГМ, рентгенография органов грудной клетки, лабораторная диагностика), осмотрена неврологом, терапевтом, нефрологом, эндокринологом. Диагностировано: Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, более вероятно, лекарственный, с грубыми электролитными нарушениями, без нарушения функции почек. Манифестный гипотиреоз, медикаментозная компенсация на фоне приема левотироксина. Гипертоническая болезнь 2 степени, риск 3. Метаболическая кардиомиопатия. ХСН 1. Гипокалиемия неутонченная. Энцефалопатия смешанного генеза (дисциркуляторного, дисме-

таблического), декомпенсация. На момент осмотра данных за острую цереброваскулярную патологию не получено.

В связи с грубыми электролитными нарушениями госпитализирована в отделение нефрологии.

Первоначальный соматический статус: Состояние удовлетворительное. Положение пассивное. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Язык обложен коричневым налетом. Запах изо рта отсутствует. Склеры и конъюнктивы не изменены. Питание достаточное. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа не изменена. Тип грудной клетки нормостенический. Деформации грудной клетки нет. Нижние границы легких в норме. В легких дыхание жесткое, хрипы отсутствуют. ЧДД 18 в мин. Сатурация 95%. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаковый по наполнению на обеих руках, частота 70 ударов в мин. АД 120/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент не выслушивается. Шумы сердца не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Живот обычных размеров, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков, пастозности голеней нет.

Неврологический статус: Общемозговые симптомы: головная боль. Менингеальные симптомы не выявлены. Глазные щели равные, движение глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Зрачки равные, реакция на свет сохранена. Легкая асимметрия лица. Глоточный рефлекс сохранен, дизартрии, дисфонии нет. Язык по центру. Тонус мышц сохранен, сила в конечностях симметричная, парезов нет. Сухожильные рефлексy D=S, умеренной живости, патологические рефлексy отсутствуют. Чувствительность сохранена. Координация движений не нарушена. Пальценосовая проба удовлетворительная, пяточно-коленная проба сохранена. Гиперкинезы не выявлены.

В отделении нефрологии получала лечение для коррекции водно-электролитных нарушений, препараты калия, гипотензивные препараты, левотироксин.

Через три дня с момента госпитализации стали отмечать изменение поведения. Со слов соседей по палате и медицинского персонала была возбуждена, не удерживалась места. Достала вещи из тумбочки и разбросала их, нецензурно бранилась на соседей и медицинский персонал. При осмотре дежурным врачом: в сознании, заторможена, ответы на вопросы не по существу, дезориентирована в пространстве и времени, ориентировка в себе сохранена, обвиняет соседей в воровстве, жалуется на страх причинения физического вреда. В связи с вечерним периодом была вызвана СП КПБ, даны рекомендации мягко

фиксировать, продолжить инфузионную терапию, коррекцию электролитных нарушений, далее наблюдение психиатра по месту жительства.

На следующий день была впервые осмотрена врачом-психиатром стационара.

Жалобы активно и при детальном опросе не высказывает.

Психический статус: Сознание помутнено. Ориентирована в себе, дезориентирована в месте, времени (не знает где находится, не может назвать календарные день, месяц, год). Настроение сниженное, переменчивое. Внимание привлекается, но контакт малопродуктивный. На поставленные вопросы не отвечает. Пациентка сидит на кровати, поза напряженная, движения замедленные, в лицо не смотрит, озирается, складывается впечатление, что к чему-то прислушивается. Оценка памяти затруднена.

Заключение: Делирий смешанного генеза (в связи с тяжелым соматическим состоянием, грубыми электролитными нарушениями, токсического генеза). В связи с симптоматическим генезом делирия были даны рекомендации продолжить лечение основного заболевания, наблюдение дежурной смены. В вечернее и ночное время пациентка была двигательно возбуждена, пыталась вырвать подключичный катетер. С целью профилактики травматизма проводилась мягкая фиксация в пределах кровати, медикаментозная седация.

На следующий день пациентка вновь проявляла "странности" в поведении, отодвигала кровать, что-то там искала, ругалась, негативно реагировала на соседей по палате. В рамках обследования была транспортирована в отделение функциональной диагностики, где ей было выполнено ЭхоКГ. После доставлена в палату и вновь мягко фиксирована в кровати. Однако пациентке удалось самостоятельно освободить руки, после чего она снова двигала кровать, что-то искала. Затем выбежала в коридор, открыла окно, влезла на подоконник и выпрыгнула в окно с высоты около 3 метров (отделение находится на третьем этаже), упала в снег, на козырёк здания. В течение нескольких минут, через окна моечного оперблока, находящегося на втором этаже, была возвращена в корпус и на каталке доставлена в отделение. Обращала на себя внимание двигательная расторможенность, пациентка пыталась встать с каталки, смеялась.

В неотложном порядке была осмотрена реаниматологом, нейрохирургом, психиатром, хирургом, также проведен ряд диагностических обследований (МСКТ головного мозга, МСКТ брюшной полости, МСКТ органов грудной клетки). На МСКТ ОГК впервые выявлена картина двусторонних интерстициальных изменений в легких; высокая вероятность вирусной пневмонии (в т.ч. Covid-19); тяжесть КТ 2 (средней тяжести).

Диагностировано: Ушиб передней брюшной стенки. Ушиб мягких тканей лица. Множественные переломы грудины и тела Th12. Подозрение на коронавирусную инфекцию, вызванную COVID 19, среднетяжелого течения. Двусторонняя полисегментарная пневмония, КТ 2, среднетяжелого течения. ДН 1. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит, более вероятно, лекарственный, с грубыми электролитными нарушениями, без нарушения функции почек. Манифестный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Гипертоническая болезнь 2 степени, риск 3. Метаболическая кардиомиопатия. ХСН 1. Делирий смешанного, в т.ч. токсического генеза. Хроническая анемия легкой степени, смешанного генеза.

Была переведена в реанимационное отделение, а затем, в связи с выявленными изменениями органов грудной клетки, была переведена в отделение для лечения COVID-19 и пневмонии. Получала комплексное лечение в условиях ОРИТ: кислородотерапия, патогенетическая, симптоматическая терапия; проводилось дообследование, мониторинг SpO₂, ЧДД, ЭКГ с подсчетом ЧСС, неинвазивное измерение АД и температуры тела.

В этот же день осмотрена врачом-травматологом — на правую голень наложена гипсовая лонгета. А также проведена операция срединная лапаротомия, ревизия и дренирование брюшной полости.

В отделении реанимации постепенно упорядочилось поведение, места удерживалась, охотно вступала в контакт, беседовала, однако быстро уставала. Психотическая симптоматика редуцировалась. События с момента госпитализации полностью амнезировала. Была немного заторможена, но команды выполняла в полном объеме. Могла присаживаться в кровати, принимала пищу с помощью персонала. Ориентировалась во времени и текущих событиях.

Несмотря на внешнее субъективное улучшение соматического состояния в анализе крови у пациентки отмечалось значительное увеличение показателей СРБ (253.32 мг/л), КФК (371 ед/л), фибриногена (6,3 г/л.), Д-димера (7,77 мг/л), что коррелировало с повышением концентрации IL6, развитием ОРДС «цитокинового шторма». Стала прогрессировать дыхательная недостаточность, регистрировалось снижение сатурации до 92%, а при проведении контрольной МСКТ ОГК от 22.03 определялась отрицательная динамика: объем пораженной паренхимы легких составил более 75 %, КТ 4 (стадия прогрессирования). Учитывая данные МСКТ ОГК, высокие цифры СРБ, снижение сатурации, была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном, а в связи с присоединением бактериальной флоры была назначена антибактериальная терапия (ванкомицин, левофлоксацин). Но, несмотря на проводимую терапию (антибактериальная терапия, ГКС, инфузионная

терапия, респираторная, симптоматическая терапия, профилактика ТЭО и эрозивного поражения ЖКТ, коррекция водно-электролитных нарушений, коагулопатии), прогрессировали дыхательная, полиорганная недостаточность, ухудшалась неврологическая симптоматика. Вновь отмечались дезориентация, помрачение сознания до оглушения, появление психомоторного возбуждения, пациентка пыталась встать, уйти, удалить катетеры. Была мягко фиксирована в пределах кровати. Регистрировалось повышение температуры тела до фебрильных цифр. Отмечалось снижение сатурации до 60-65% на фоне инсуффляции O₂, была подключена респираторная поддержка. Затем переведена на ИВЛ. Кроме вышеописанного, течение заболевания осложнилось развитием напряженного спонтанного пневмоторакса справа, пневмомедиастинума, распространенной подкожной эмфиземой. Пациентке было проведено дренирование правой плевральной полости, супраугулярная медиастинотомия. Несмотря на проводимую терапию в течение двух недель пребывания в отделении ОРИТ, дыхательная и полиорганная недостаточность продолжали прогрессировать, нарастала азотемия, интоксикационный синдром, сохранялась выраженная подкожная эмфизема. Появилась отрицательная динамика по ЭКГ: ишемия высоких боковых отделов ЛЖ. Развилась асистолия. Реанимационные мероприятия продолжались в течение 30 минут без эффекта. Была констатирована биологическая смерть.

В данной статье мы рассмотрели клинический случай течения новой коронавирусной инфекции, ведущим проявлением на первых этапах которой был синдром помрачения сознания. Изначально диагностические исследования не показывали признаков, характерных для коронавируса, и пациентка находилась в стационаре в отделении нефрологии в связи с грубыми электролитными нарушениями, вызванными хроническим тубулоинтерстициальным нефритом. Затем стали отмечаться изменения в поведении, был диагностирован делирий смешанного генеза. У пациентки сохранялось двигательное возбуждение, а на высоте делирия была совершена суицидальная попытка. Двигательная расторможенность сохранялась и после этого. Во время диагностических мероприятий впервые была выявлена картина двусторонних интерстициально-инфильтративных изменений в легких, характерных для ковидной пневмонии. Была переведена в отделение реанимации, где поведение пациентки постепенно упорядочилось. В дальнейшем, несмотря на проводимое лечение, состояние прогрессивно ухудшалось и исходом заболевания стала смерть пациентки.

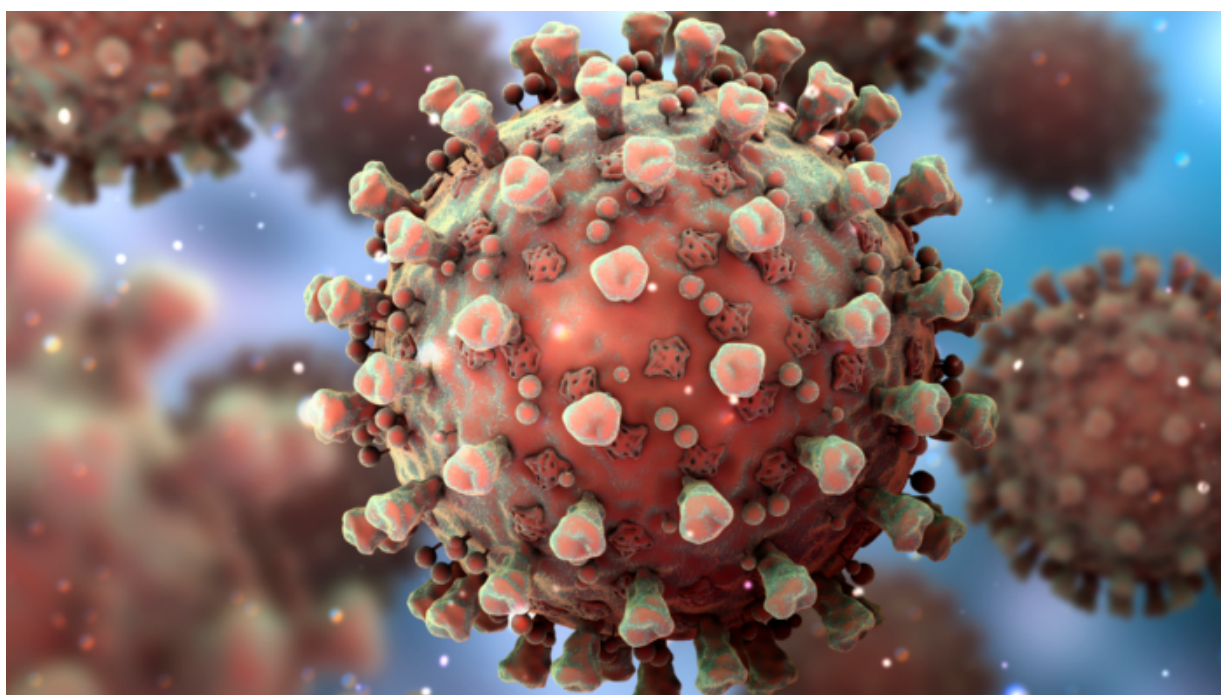
Таким образом, одним из первых проявлений новой коронавирусной инфекции в ряде

случаев может быть синдром помрачения сознания, протекающий в виде делирия. Особенностью данной симптоматики является то, что она имеет место быть ещё до того, как обнаруживается сам вирус или характерные рентгенологи-

ческие изменения в лёгких. В дальнейшем динамика психотической симптоматики зависит от развития заболевания, она может как редуцироваться, так и прогрессивно ухудшаться.

Литература

1. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 16 (18.08.2022)" (утв. Минздравом России) – Текст : электронный // КонсультантПлюс : справочно-правовая система.
2. Psychiatric face of COVID-19. / Steardo, L., Steardo, L., Verkhatsky, A. – Text : electronic // Translational Psychiatry. – 2020. – 10. – 261. – URL: <https://www.nature.com/articles/s41398-020-00949-5> (access date: 14.08.2022).



Клиническая психология

УДК: 616.89 - 071

ДИНАМИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НОРМЫ НА ПРИМЕРЕ ОТНОШЕНИЯ К ПРОЦЕДУРЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

М.В. Четверикова

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

chetvericova_m@mail.ru

Аннотация. В статье обсуждается проблема динамики психологической нормы на примере отношения к процедуре патопсихологического обследования, приводятся результаты сравнения протоколов патопсихологических обследований пациентов психиатрической клиники в двух временных промежутках с разницей в 10 лет, а также протоколов условно здоровых лиц, обратившихся в психиатрическую клинику с целью прохождения медицинского освидетельствования.

Ключевые слова. Патопсихологическая диагностика, критерии психического здоровья.

DYNAMICS OF THE PSYCHOLOGICAL NORM ON THE EXAMPLE OF RELATION TO THE PROCEDURE PATHOPSYCHOLOGICAL EXAMINATION

M.V. Chetverikova

Resume. The article discusses the problem of the dynamics of the psychological norm on the example of the attitude to the procedure of a pathopsychological examination, the results of comparing the protocols of pathopsychological examinations of psychiatric clinic patients in two time intervals with a difference of 10 years, as well as protocols of conditionally healthy persons who applied to a psychiatric clinic for the purpose of medical examination.

Keywords. Pathopsychological diagnostics, mental health criteria.

Отношение испытуемого к патопсихологическому обследованию традиционно является предметом оценки. Так, данному параметру большое внимание уделяется в классических трудах С.Я.Рубинштейн и Б.В.Зейгарник. На протяжении десятилетий существовало устойчивое представление о том, что с точки зрения патопсихологии в пользу нормы (а именно, в пользу сохранности личности обследуемого, достаточности критических способностей и способностей к волевой саморегуляции) свидетельствует серьезное отношение к обследованию, старательное выполнение инструкций, а также интерес к результатам. В ходе многочисленных исследований был установлен ряд поведенческих коррелятов, позволяющих судить об особенностях текущего психического состояния пациентов. Так, например, было определено, что ситуацией обследования тяготеют астенизированные больные со сниженным настроением, негативное отношение характерно для больных в дисфории, а также для лиц, болезненно переживающих ситуацию обследования как угрожающую личному престижу, что свойственно лицам с компенсаторно завышенной самооценкой, и т.д.

Но в последнее время большинство практикующих патопсихологов отмечают тенденцию к значительному увеличению случаев неверного отношения к обследованию у пациентов различных нозологических групп, что снижает эффективность использования данного

критерия при определении веса той или иной диагностической гипотезы в ходе анализа результатов.

Для исследования данной тенденции, выявляемой эмпирическим путем и методом экспертных оценок, нами было проведено сравнение протоколов патопсихологических обследований пациентов БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Солодниковой Н.Н.» в двух временных промежутках с разницей в 10 лет (с 2008 по 2011 год и с 2018 по 2021 год). Отбор протоколов для анализа проводился случайным образом. В выборку вошли протоколы пациентов с расстройствами эндогенного, органического и аффективного спектров, а также протоколы пациентов с неврозами, умственной отсталостью (в степени олигофрении) и расстройствами личности – по 30 протоколов в каждой группе, всего 360 протоколов. Каждый протокол анализировался по параметру отношения испытуемого к обследованию (условно – верное/неверное). Следует отметить, что, в связи с малым размером выборки, мы расцениваем ее как относительно репрезентативную и рассматриваем результаты только в контексте возможного наличия или отсутствия определенной тенденции, не считая корректным использование методов математической статистики для определения достоверности различий. Результаты анализа отобранных документов отражены в таблице 1.

Таблица 1

Отношение пациентов психиатрической больницы к патопсихологическому обследованию

Характер расстройств пациентов	Отношение к обследованию по протоколам			
	с 2008 по 2011 год		с 2018 по 2021 год)	
	верное отношение	неверное отношение	верное отношение	неверное отношение
Эндогенного спектра	12 (40%)	18 (60%)	11 (36,6%)	19 (63,3%)
Органического спектра	17 (56,6%)	13 (43,3%)	4 (13,3%)	26 (86,6%)
Аффективного спектра	22 (73,3%)	8 (26,6%)	24 (80%)	6 (20%)
Невротического спектра	27 (90%)	3 (10%)	16 (53,3%)	14 (46,6%)
Умственная отсталость (в степени олигофрении)	20 (66,6%)	10 (33,3%)	9 (30%)	21 (70%)
Расстройства личности	14 (46,6%)	16 (53,3%)	7 (23,3%)	23 (76,6%)
Всего	112 (62,2%)	68 (37,7%)	71 (39,4%)	109 (60,5%)

При анализе полученных результатов на первый план выступает общая динамика количества случаев верного и неверного отношения к ситуации патопсихологического обследования. Так, в период с 2008 по 2011 год 62,2 % респондентов демонстрировали условно верное отношение к процедуре, тогда как в период с 2018 по 2021 год таких пациентов всего 39,4%. Наибольшие различия в соотношении проявились в группах пациентов с расстройствами органического спектра, невротизмом и умственной отсталостью (в степени олигофрении), наименьшие – в группах пациентов с расстройствами эндогенного и аффективного спектра (в последней группе мы можем наблюдать даже незначительное повышение процента случаев верного отношения к обследованию). Полученные результаты позволяют предположить, что изменение отношения к обследованию у значимой части пациентов связано с внешними социально-культурными изменениями, так как именно группы пациентов, характеризующихся определенной аутизацией (в случае с пациентами с расстройствами группы эндогенного спектра связанной с низкой социальной направленностью, в случае с пациентами с расстройствами группы аффективного спектра связанной с погруженностью в собственные переживания) продемонстрировали стабильность отношения.

В последнее десятилетие в социально-культурном плане мы можем наблюдать изменение отношения к медицинской помощи у населения (в сторону обесценивания). Возможные причины – ориентация официальной медицины на оказание услуг клиентам (а не помощи пациентам), а также обилие легкодоступных источ-

ников получения псевдомедицинской помощи (обилие неофициальных «медицинских» статей, блогов и подкастов в сети Интернет, выросшее количество негосударственных клиник с установкой на назначение большого количества ненужных анализов, процедур и постановку всевозможных «диагнозов» с коммерческой целью, агрессивная реклама всевозможных «целителей и колдунов» и т.д.). С другой стороны, мы наблюдаем некоторую романтизацию психических расстройств в массовой культуре, уменьшение последствий стигматизации, что, возможно, приводит к появлению тенденции к аггравации у пациентов, не заинтересованных в каком-либо значимом социальном исходе процедуры (получение инвалидности, изменение меры ответственности), и к усилению ипохондрического компонента в картине расстройств. Еще одним значимым явлением современной действительности является нарастающая инфантилизация, проявляющаяся как в эгоцентричности индивида, так и в снижении социальной обусловленности его поведения.

В связи с вышеозначенным, возможно предположить, что движение статистической нормы отношения к ситуации патопсихологического обследования (как к частному случаю медицинского обследования) должно проявляться также в группе условно здоровых пациентов (социально адаптированных и никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью).

Возможность исследовать респондентов, относящихся к данной группе, представилась в связи с вступлением в силу Приказа Минздрава России от 26.11.2021 N 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопо-

казаний к владению оружием...».

Нами был проведен анализ протоколов патопсихологического обследования условно психически здоровых лиц, обратившихся в психиатрическую больницу для прохождения медицинского освидетельствования с целью полу-

получения разрешения для владения оружием. В выборку случайным образом были отобраны 40 протоколов обследований, проведенных в 2022 году. Результаты анализа отобранных документов отражены в таблице 2.

Таблица 2

Отношение условно психически здоровых лиц к патопсихологическому обследованию в процессе прохождения медицинского освидетельствования с целью получения разрешения для владения оружием (2022 год)

Полностью верное отношение к обследованию (по протоколам)	Неверное отношение к обследованию (по протоколам)	Корректируемое отношение к обследованию (по протоколам)
11 (27,5%)	5 (12,5%)	24 (60%)

По результатам анализа протоколов только 27,5% респондентов в полной мере продемонстрировали верное отношение к ситуации обследования. Примечательно, что все респонденты данной группы имели опыт службы в правоохранительных органах или опыт службы в ВС России на контрактной основе. Верное отношение к обследованию, возможно, связано как с личностными особенностями испытуемых (выраженные волевые качества наравне со способностью подчиняться), так и с их «искушенностью» (многочисленные процедуры освидетельствования по месту службы в анамнезе).

Полностью неверное отношение к обследованию проявили 12,5% респондентов, 10% из которых относились к категории поздней взрослости (от 60 лет по возрастной периодизации Г.Крайга) и продемонстрировали когнитивное снижение умеренного или выраженного уровня.

Наибольший интерес для нас представляет группа респондентов, изначально проявивших неверное отношение к обследованию, но скорректировавших свое отношение после активного формирования у них экспериментатором установки на понимание значения результатов. В фундаментальных работах по патопсихологии XX века не подвергается сомнению тот факт, что сохранные испытуемые, заинтересованные по разным причинам в том, чтоб произвести благоприятное впечатление на экспериментатора, ответственно относятся к обследованию и старательно выполняют задания. Однако результаты обследования в 2022 году условно психически здоровых лиц, заинтересованных в успешном прохождении медицинского освидетельствования, не подтверждают данный тезис.

В начале обследования 60% респондентов выборки демонстрировали пренебрежительное или легковесное отношение к ситуации, транслировали «понимание» формальности процедуры, иронизировали. Особенности испытуемых,

выявляемые в ходе обследования, позволяют разделить представителей этой группы на следующие подгруппы:

1. испытуемые, маскирующие тревогу;
2. испытуемые с когнитивными нарушениями (субклинического или клинического уровня – возрастные изменения, пограничный уровень интеллекта, нарушение избирательности мышления) и переоценкой собственных возможностей;
3. раздражительные и гневливые испытуемые, воспринимающие ситуацию освидетельствования как досадную помеху на пути к цели;
4. испытуемые с инфантильными установками и снижением прогностических способностей.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что достаточно большая группа лиц, не страдающих на момент обследования хроническим психическим заболеванием, не способна без внешней корректировки контролировать свое поведение на достаточном уровне, критерияльно определенном патопсихологией в XX веке, а также испытывает сложности при необходимости самостоятельно определить социальное значение процедуры медицинского освидетельствования.

Таким образом, мы полагаем, что полученные нами в ходе исследования результаты свидетельствуют в пользу динамики как минимум статистической патопсихологической нормы в плане отношения к обследованию (что, в свою очередь, может в дальнейшем привести и к динамике критериальной патопсихологической нормы). В практическом плане итоги нашей работы позволяют предположить, что на сегодняшний день показательно не изначально отношение испытуемого к обследованию, а его способность скорректировать свое отношение после вмешательства экспериментатора (предтестовая беседа, формирующая установку на прохождение обследования с актуализацией оснований для проведения процедуры и соци-

альных последствий результатов – для условно психически здоровых лиц в ситуации освидетельствования, либо с актуализацией последствий для здоровья – для пациентов психиатрической клиники). Рассмотренный на-

ми феномен требует дальнейшего изучения, возможно – в ходе проведения междисциплинарного исследования с привлечением специалистов в области социальной психологии.

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.



ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Аксютин А. А., Ченская А. В., Шабышева Ю. Е.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный педагогический университет»

romkanydni@gmail.com

Аннотация. В статье осуществлен теоретический анализ психологических особенностей матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Цель исследования состояла в выявлении матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, на наличие эмоционального выгорания. В опытной работе участвовало 42 чел. У 24 из них обнаружено эмоциональное выгорание.

Ключевые слова. Эмоциональное выгорание, дети с особыми возможностями здоровья, психологические особенности, матери, инвалидность.

FEATURES OF EMOTIONAL BURNOUT IN MOTHERS, RAISING CHILDREN WITH SPECIAL HEALTH OPPORTUNITIES

Aksyutina Z.A., Chenskaya A.V., Shabyшева Yu.E.

Resume. The article carries out a theoretical analysis of the psychological characteristics of mothers raising children with disabilities (HIA). The purpose of the study was to identify mothers raising children with disabilities for the presence of emotional burnout. 42 people participated in the experimental work. Emotional burnout was found in 24 of them.

Keywords. Emotional burnout, children with special health needs, psychological characteristics, mothers, disability.

Введение

В ситуации воспитания детей с ОВЗ весьма высоким является риск формирования эмоционального выгорания у матерей. Очевидно, что процессы реабилитации, адаптации ребенка трудоемки и длительны по времени. Эти факторы в сочетании с индивидуально-психологическими особенностями матерей, сложностями бытового характера, отсутствием поддержки в ближнем круге и другими жизненными проблемами способствуют развитию эмоционального выгорания. На эффективность развития ребенка особое влияние оказывают детско-родительские взаимоотношения. В ситуации эмоциональной истощенности мать не способна оказать необходимую поддержку, проявить заботу по отношению к своему ребенку. В связи с этим ребенок с ОВЗ оказывается в ситуации отсутствия должной заботы, ее формализации со стороны матери, что ведет к минимизации результативности коррекционно-реабилитационных психолого-педагогических мероприятий.

В психолого-педагогической науке имеется ряд понятий, обозначающих детей с ограниченными возможностями здоровья, такие как «дети-инвалиды», «дети с особыми образовательными нуждами», «дети особой заботы» и др.

В законодательстве используется понятие «инвалид».

В ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» дается определение понятия «инвалид», по которым понимается

«лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [23].

Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья накладывает особый отпечаток на семью, где развивается ребенок. Как правило, большее внимание по уходу и воспитанию ребенка уделяют матери. Поэтому вполне очевидно: «инвалидность – это эволюционирующее понятие и что инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [16]. Все возникающие барьеры призваны устранять матери, воспитывающие детей с ОВЗ, что накладывает отпечаток на их психологические особенности.

ОВЗ у детей возникают либо с рождения, в следствии врожденных нарушений или нарушений течения родовой деятельности, и в случае длительного заболевания, которое приводит к устойчивому нарушению здоровья.

Появление в семье ребенка с ОВЗ приводит к нарушению всего семейного уклада, темпоритмики семейного устройства, изменениям структуры семейных отношений. Наиболее распространенной психосоциальной практикой становится социальная дезадаптация всей семьи, растерянность, погружение в депрессивные

состояния.

И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева указывают на то, что известие о наличии дефекта у ребенка вызывает у родителей тяжёлое стрессовое состояние, имеющее четыре фазы:

1. «Шок». Матери испытывают чувство собственной неполноценности, ущербности, что приводит к беспомощности, данное состояние может переходить в регрессивные формы агрессивности и отрицания. Зачастую начинается поиск виноватых, что приводит к расколу брачных отношений. Наиболее часто мать начинает испытывать к новорожденному негативные чувства и, если со стороны супруга происходит негативное подкрепление, то это приводит к формированию чувства вины за рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

2. Развитие неадекватного отношения к дефекту. На этой фазе может происходить отрицание поставленного диагноза, поэтому матери обращаются к разным специалистам в поиске опровержения поставленного диагноза. Данное поведение следует рассматривать как проявление психологической защиты.

3. «Частичное осознание дефекта ребенка». Переход на третью фазу характеризуется изменениями в эмоциональной сфере. Происходит «уход» в чувства скорби и печали, близкие к чувствам утраты близкого человека. Возникает понимание ответственности за жизнь и развитие ребенка, с полным обременением чувством беспомощности. На этой фазе происходит сдвиг в сторону поиска помощи и советов специалистов по вопросам развития и воспитания особого ребенка.

4. «Развитие социально-психологической адаптации всех членов семьи». На этой фазе матери начинают полностью принимать сложившуюся ситуацию и учитывать сложившиеся обстоятельства с учетом наличия в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья [18].

Заметим, что длительность прохождения указанных фаз может быть индивидуальной для каждого случая, кроме того, не всем удастся пройти по всей цепочке, некоторые матери могут «застрять» на той или иной фазе в силу разных обстоятельств.

В случае «прихода» к четвертой фазе формируется позитивный уклад семьи, но до него доходят далеко не все. Это обстоятельство и диктует необходимость психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с ОВЗ и особенно матерей, т.к. они уделяют большее внимание детям в силу социальной организации института семьи. Главной целью работы является стабилизация семейной жизни, удержание того качества жизни, которое было характерно для семьи ранее, профилактика и коррекция семейных и личностных проблем.

Наиболее распространенными негативными практиками таких семей являются социальная самоизоляция, отгораживание от ближайшего окружения, «уход в болезнь» ребенка, замалчивание проблем, что неизбежно ведет матерей к усугублению социального положения.

«Дети-инвалиды должны в полном объеме пользоваться всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми, и напоминая в этой связи об обязательствах, взятых на себя государствами – участниками Конвенции» [16]. Важно, чтобы матери понимали, что только они могут обеспечить ребенка пользованием всеми правами и свободами.

Одним из тревожных симптомов в поведении матерей является поиск ими чудесного исцеления. Это указывает на неадекватность в оценке сложившейся ситуации. В этом случае и формируются два жизненных сценария. Первый из них предполагает, полное служение ребенку, а второй заключается в перекладывании ответственности. Это проявляется в поиске ошибок как в лечении, так и в коррекционно-реабилитационной работе с ребенком, имеющим ОВЗ. Отметим, что встречаются случаи наличия обеих указанных стратегий поведения [10, с. 66]. Данные формы поведения приводят к деформации психического развития матерей.

Деформация психического развития матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, происходит в силу того, что ими затрачивается большее количество времени и энергии на воспитание и уход, по сравнению со здоровыми детьми. Возникает рутинизация быта, которая по словам матерей «связывает их по рукам и ногам». Такая ситуация приводит к запредельному утомлению, снижению психического тонуса, сниженной самооценке, потере радостей жизни, отказу от профессиональной самореализации. Сложившаяся ситуация воспринимается как утрата возможности жизненной самореализации. Утрачивается интерес и к собственной личности, что приводит к тому, что мать не видит в себе ни личность, ни женщину [13, с. 134].

И, если эти процессы сопровождаются холодным отношением отца к ребенку с нарушениями развития, то данный фактор выступает как психотравмирующий в отношении матери. Следствием данной ситуации является дальнейшее снижение ее самооценки, формирование невротических черт личности, появлением психосоматических заболеваний, снижением статуса супруги, отчужденность на уровне брачных отношений, происходит отдаление от супруга, вплоть до разрыва супружеских взаимоотношений и развода.

И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева выделяют три типа матерей детей с ОВЗ.

1. Матери авторитарного типа. У таких родителей активная жизненная позиция. Они находятся в активном поиске решения

сложившейся ситуации. Стремятся преодолеть все преграды, связанные со здоровьем ребёнка. Стремятся войти в различные родительские сообщества, общественные организации, являются инициаторами по их созданию. Их целью является оздоровление ребенка, его социальная адаптация в социуме и обучение необходимым навыкам.

Слабой их стороной является выдвижение нереалистичных задач в отношении к ребенку, предъявлять завышенные требования, не учитывают реальные интересы и потребности детей. Эмоционально переживают неудачи через скандалы, агрессию и крик.

2. Матери невротического типа. Личностная позиция пассивная, фиксированы на отсутствии выхода из сложившейся ситуации, не верят в улучшение состояния здоровья ребенка, оправдывая подчас свое бездействие. Не понимают, что ряд появляющихся проблем ребёнком носит вторичный характер, связанный с их позицией. Склонны идти на поводу у ребенка, в отношениях с ним отсутствует требовательность, избегают реального решения проблем, непоследовательны в решениях по развитию и воспитанию ребенка, стремятся оградить ребенка от любых проблем, в силу чего у детей формируется беспомощность в решении самых обыденных ситуаций.

Такие матери характеризуются преобладанием тревожно-мнительных и истерических черт на фоне ярко выраженной депрессивности и позиции жертвы жизненных обстоятельств. Тревожность наблюдается в опасениях чего-то, что навредит ребенку. Отсутствует позитивный взгляд как на свое будущее, так и на будущее ребенка. Матери данного типа не способны реализовать ни в материнстве, ни в профессии. Жизнь ребенка для них бесперспективна и трагична. Эмоциональные реакции проявляются во внешнем плане через истерики и плаксивость.

3. Матери психосоматического типа. Характеризуются смешением черт первого и второго типа. Имеют частую смену эмоциональных состояний от радости до депрессивности. При наличии стремления к доминированию ведут себя корректно. Преобладает внутренний план эмоциональных переживаний, что приводит к расстройствам соматического здоровья и различного рода психосоматическим нарушениям. Проблемы с ребенком склонны скрывать. Для данного типа характерно свойство жалеть ребенка и склонность к гиперопеке. В стремлении посвятить себя ребенку максимально напрягают и изнуряют себя. Активно участвуют в деятельности тех организаций в которые включён их ребенок. Часто получают образование в соответствии с нуждами ребенка, что может приводить высокой успешности в профессиях, связанных с недугом ребенка [18].

Обратимся к анализу исследований, наиболее значимых для понимания специфики эмо-

ционального выгорания матерей, воспитывающих детей с ОВЗ в российской психологической науке.

Л.А. Базалева посвящает свои исследования матерям. В одном из них она описывает результаты изучения взаимосвязи эмоционального выгорания с нарушениями структуры детско-родительских отношений [3]. Невключенность во взаимодействие с ребенком приводит к низкой степени удовлетворенности и далее к эмоциональному выгоранию матери. Это по мнению автора, один из факторов, способствующих эмоциональному выгоранию у матерей.

А.С. Далакова и Л.М. Дубовый попытались выявить механизмы формирования эмоционального выгорания личности [11]. Они описали индивидуальные факторы, к которым были отнесены социально-демографические характеристики и личностные особенности, вторая группа факторов – организационные. Кроме того, были выявлены четыре типа детско-родительских отношений, способствующих формированию склонности к эмоциональному выгоранию родителей.

А.Н. Панарина выявляла корреляцию между эмоциональным выгоранием и стилем семейного воспитания [19]. Она утверждает, что возникновению эмоционального истощения способствует авторитарный стиль, редукции – либеральный, а деперсонализации – индифферентность в воспитании.

О.В. Барина, А.А. Допшинская провели анализ взаимосвязи эмоционального выгорания с личностными характеристиками матерей из трех групп: многодетных, матерей детей с ОВЗ и матерей, имеющих менее трех детей [6]. Для первой группы характерно повышенное принятие ответственности, завышенные притязания и требования в отношении к себе; для второй – завышенные самоконтроль, устойчивость и положительная переоценка происходящего; для третьей – принятие ответственности и завышенные показатели резистенции и враждебности.

В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Ю.С. Черная диагностировали эмоциональное выгорание у матерей с хроническими инвалидизирующими соматическими патологиями [8]. Они обнаружили наличие у матерей таких проявлений как: снижение теплоты отношения к ребенку и понимания тяжести его недуга, выраженные проявления истощения, деперсонализации, деструктивной разрядки напряжения. Обострения заболевания ребенка приводят к более высокой выраженности эмоционального выгорания матерей.

В другой работе на основе эмпирического исследования Л.А. Базалевой выделены симптомы эмоционального выгорания матерей: аффективные, когнитивные, физические и поведенческие [9]. Эта работа проводилась для конструирования методики диагностики со-

стояния эмоционального выгорания у матерей. Ею были выделены факторы, характерные для эмоционального выгорания и на этой основе разработана диагностическая методика.

И.Н. Ефимова посвятила исследование поиску инструментария диагностики родительского выгорания [14], с этой целью ею был модифицирован опросник Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой. Автору удалось показать соответствие предлагаемого опросника современным требованиям к ним.

Авторский коллектив в составе К.В. Кмить, Ю.В. Попова, В.В. Бочарова, О.В. Яковлевой [15] обратился к процедуре создания методики диагностики эмоционального выгорания у матерей, дети которых больны шизофренией. Проверка методики показала ее надежность и гомогенность. Методика включает 46 утверждений, которые позволяют выявить три фактора: истощение, дистанцирование и утрату эмоциональной вовлеченности, разочарование и утрату мотивации.

Г.Г. Филиппова описала группы симптомов эмоционального выгорания родителей: физические, эмоциональные, интеллектуальные, социальные [24]. Автор приходит к мысли о необходимости системного «коучинга материнства». Весьма оригинальное исследование провели Д.В. Авдеев и Л.Ф. Вязникова [1]. В его основе лежала идея поиска ресурса для профилактики эмоционального выгорания, которым выступала концепция «естественного родительства». В результате проведенного исследования авторы приходят к выводу о том, что в целях профилактики необходим сдвиг с достижений на поиск смыслов и отношений. А.Н. Попова продолжая поиск ресурсов обнаружила их в социальных сетях [21]. Она полагает что через них можно реализовывать свой творческий потенциал, познавать, общаться и др. Однако, ею не выделены риски погружения в социальные сети. Е.А. Дорошева, У.К. Грабельникова главным в работе с женщинами, имеющими детей с расстройствами аутистического спектра считают поиск ресурсов по преодолению синдрома эмоционального выгорания [12].

Авторский коллектив в составе В.В. Бочарова, А.М. Шишковой, Ю.С. Черной, А.А. Сивак, К.А. Ипатовой актуализировал необходимость исследования психологии родственников пациентов с хроническими заболеваниями, т.к. видят в них субъектов, включенных в терапевтический и реабилитационный процессы. Направленность изучения предполагает исследование их эмоционального выгорания [9]. Авторскому коллективу удалось сделать теоретический анализ публикаций по заявленной проблеме, что способствует более полному научному пониманию рассматриваемого явления.

А.Н. Панарина, Н.Л. Пузыревич указывают, что самыми неизученными остаются факторы, влияющие на возникновение эмоционального

выгорания родителей [20].

Л.А. Базалева склоняется к идее сравнивать материнские функции с трудовыми и видит определенное их движение от трудовых к профессиональным, аргументируя конкретными фактами. Это в совокупности приводит к схожести эмоционального выгорания матерей с эмоциональным выгоранием в помогающих профессиях [4].

Специфика эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с особыми возможностями здоровья, связана:

- 1) с нарушением детско-родительских отношений;
- 2) с негативным воздействием индивидуальных факторов;
- 3) с выбранным стилем семейного воспитания;
- 4) с завышенными требованиями к себе, предъявляемыми к ответственности, самоконтролю и резистенции;
- 5) обостренной заботой о ребенке с особыми возможностями здоровья;
- 6) с отсутствием включенности родственников в реабилитационный процесс детей с особыми возможностями здоровья.

В настоящее время исследователями осуществляется разработка адекватных методов исследования особенностей протекания эмоционального выгорания матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

В ходе проведенного анализа было обнаружено, что авторы используют разный терминологический аппарат. Так, феномен эмоционального выгорания родителей называют: «родительское выгорание»; «синдром родительского выгорания»; «синдром эмоционального выгорания»; «эмоциональное истощение». Особенность, связанная с тем, что терминологический аппарат окончательно не сформирован, наблюдается в целом в теории эмоционального выгорания. Полагаем, что косвенно это указывает на то, что психология эмоционального выгорания находится на начальном этапе формирования теоретических основ, вследствие чего актуальность исследования не вызывает сомнения.

С.М. Баландова показала, что выгорание пагубно влияет, формируя суицидальные мысли, увеличивая аддикции, нарушая физиологические процессы сна и бодрствования, увеличивая конфликтность, и др. [5].

И вполне можно согласиться с народной мудростью, отраженной в пословице, которая по мнению А.Д. Чехонина «является богатым источником для обретения новых знаний, основ для актуализации роли отца в воспитании ребенка» [22, с. 101], в которой сказано: «Дитя хоть криво, да отцу, матери мило». Данная народная мудрость открывает своеобразный секрет фундамента семьи в ответственном родительстве.

О.В. Кремезион считает, чтобы оказать помощь в преодолении эмоционального выгорания необходимо своевременно диагностировать, профилировать и «купировать» начинающийся процесс выгорания [17, с. 160].

Цель исследования

Исследование психологических характеристик эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, осуществлялось на базе бюджетного учреждения города Омска «Омский молодежный многофункциональный центр», расположенного по адресу: г. Омск, ул. Орджоникидзе, 85.

В качестве испытуемых выступили матери, воспитывающие детей с ОВЗ в количестве 42 человек.

Цель исследования: выявить наличие эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ и дать психологические характеристики данного состояния.

Материал и методы исследования

Для исследования психологических характеристик эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, были использованы методы: опроса, количественного и качественного анализа.

Для непосредственного выявления эмоционального выгорания использовалась методика: модифицированный опросник «Родительское выгорание» (автор И.Н. Ефимова) [14] и методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» (автор В.В. Бойко) [7].

Модифицированный опросник «Родительское выгорание» И.Н. Ефимовой позволяет выявить психологические характеристики эмоционального выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию родительских достижений. Методика разработана сравнительно недавно (2013 г.) и предназначена для диагностики родителей без ограничений по возрастным, образовательным и социальным признакам.

В ходе исследования возможно выявить доминирующие симптомы, которым присуще истощение, определить факторы, вызвавшие его, обозначить симптом(ы) отягощающие эмоциональное состояние личности, выявить направленность снижения эмоционального напряжения и аспекты коррекции эмоционального выгорания.

Условия проведения диагностических процедур предполагали диагностирование на начало эксперимента. Для этого каждый испытуемый получал бланковый материал, распечатанный с применением принтера на листах бумаги формата А4. Диагностические процедуры проводились в первой половине дня.

Таким образом, нами сформирована база исследования, отобраны методики диагностики, определены условия проведения диагностических процедур, осуществлено теоретическое изучение психологических особенностей матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, сформирована репрезентативная выборка, подобраны валидные и надежные методики диагностики.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовательских процедурах принимали участие 42 женщины, являющиеся матерями, воспитывающими детей с ОВЗ.

Представим обобщенные результаты исследования, полученные на констатирующем этапе эксперимента. Результаты опишем по диагностируемому симптому: напряжение, резистенция, истощение.

Определим стадии формирования эмоционального выгорания по симптому «Напряжение» у матерей опытной группы на констатирующем этапе эксперимента. На основании полученных результатов можно утверждать, что у 58,3% испытуемых сформировавшееся эмоциональное выгорание по симптому «Напряжение», а у 41,3% испытуемых симптом в фазе формирования.

Определим стадии формирования эмоционального выгорания по симптому «Резистенция» у матерей опытной группы на констатирующем этапе эксперимента. На основании полученных результатов можно утверждать, что у 66,7% испытуемых сформировавшееся эмоциональное выгорание по симптому «Резистенция», а у 33,3% испытуемых симптом в фазе формирования.

Определим стадии формирования эмоционального выгорания по симптому «Истощение» у матерей опытной группы на констатирующем этапе эксперимента. На основании полученных результатов можно утверждать, что у 33,3% испытуемых сформировавшееся эмоциональное выгорание по симптому «Истощение», а у 50% испытуемых симптом в фазе формирования и у 16,7% испытуемых данный симптом не сформировался.

В результате проведенного исследования мы пришли к ряду выводов.

Под эмоциональным выгоранием следует понимать выработанные механизмы психологической защиты, которые формируются поэтапно с выраженной динамикой, направленной на частичную, а затем и полную утрату эмоционально насыщенных позитивных эмоций и чувств, отягощенных психотравмирующим воздействием недуга ребенка на психику матерей.

В отношении матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, эмоциональное выгорание можно рассматривать как синдром родительского выгорания – многомерный конструкт, включающий в себя набор негативных психологических

переживаний и дезадаптивного поведения матери, связанных с детско-родительским взаимодействием при выполнении родителями деятельности по заботе о детях, их воспитанию и развитию (И. Н. Ефимова).

Специфика эмоционального выгорания у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, связана: с нарушением детско-родительских отношений; негативным воздействием индивидуальных факторов: выбранный стиль семейного воспи-

тания; завышенные требования к себе, предъявляемые к ответственности, самоконтролю и резистенции; обостренная забота о ребенке с ОВЗ; отсутствие включенности родственников в реабилитационный процесс детей с особыми возможностями здоровья.

В ходе диагностирования было выявлено 24 респондента с наличием эмоционального выгорания, а у 18 испытуемых эмоциональное выгорание не было выявлено.

Литература

1. Авдеев Д.В., Вязникова Л.Ф. Идеи «естественного родительства» как психологический ресурс профилактики развития синдрома эмоционального выгорания у матерей / 56-ая научно-техническая конференция ТОГУ: Материалы секционных заседаний. Хабаровск: Тихоокеанский государственный университет, 2016. С. 237-241.
2. Базалева Л.А. Возможности исследования эмоционального «выгорания» у матерей в психологии личности // Вестник Адыгейского гос. ун-та. Сер. «Педагогика и психология». 2010. Вып. 1. С. 174-182.
3. Базалева Л.А. Обоснование необходимости рассмотрения эмоционального «выгорания» в аспекте материнства // Вестник Северо-Казахстанского государственного университета им. Манаша Козыбаева. 2018. №2(39). С. 161-166.
4. Базалева Л.А. Отношение матери к ребенку в связи с ее эмоциональным выгоранием // Гуманизация образования. 2009. №6. С. 88-93.
5. Баландова С.М. Исследование родительского выгорания в зарубежной науке и практике / Социальная работа в современном мире: тенденции и перспективы развития: Материалы III Международной научно-практической конференции в рамках V Международного фестиваля науки МГОУ. / Отв. ред. Н.М. Комарова, Т.Ф. Суслова. М.: Московский государственный областной университет, 2020. С. 13-23.
6. Барина О.В., Допшинская А.А. Взаимосвязь эмоционального выгорания с личностными характеристиками матерей разных социальных типов // Вестник ТвГУ. Серия "Педагогика и психология". 2019. №1(46). С. 13-20.
7. Бойко В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении. СПб, 2009. 278 с.
8. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С. Эмоциональное выгорание у матерей детей с хронической инвалидизирующей соматической патологией / Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус: Материалы Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием, посвященного 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского медицинского института. СПб.: ООО «Альта Астра», 2018. С. 31-33.
9. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С., Сивак А.А., Ипатова К.А. Перспективы исследования эмоционального выгорания родственников пациентов, страдающих алкоголизмом или опиоидной зависимостью (сообщение 1) // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. №4. 2017. С. 27-34.
10. Вроно Е.М. Несчастливые дети – трудные родители: наблюдения детского психиатра. М.: Журн. "Семья и шк.", 1997. 126 с.
11. Далакова А.С., Дубовый Л.М. Механизм формирования предпосылок синдрома эмоционального выгорания и факторы, влияющие на синдром // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Т. 15. №3. 2009. С. 336-343.
12. Дорошева Е.А., Грабельникова У.К. Взаимосвязь эмоционального выгорания и способов совладания со стрессом у матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра / Современные проблемы клинической психологии и психологии личности: материалы всероссийской научно-практической конференции. Новосибирск: Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, 2018. С. 50-54.
13. Дрожжина Е.С. Сопровождение профессиональной карьеры лиц с ограниченными возможностями здоровья. М.: Б.и., 2008. 156 с.
14. Ефимова И.Н. Возможности исследования родительского «выгорания» // Вестник Московского государственного областного университета. Серия психологические науки. 2013. №4. С. 31-40.
15. Кмить К. В., Попов Ю. В., Бочаров В. В., Яковлева О. В. Опросник для оценки структуры и выраженности эмоционального выгорания у матерей подростков, больных шизофренией // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2018. №4. С. 46-52.
16. Конвенция о правах инвалидов URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml (дата обращения: 07.06.2021)
17. Кремезион О.В. Эмоциональное "выгорание" замещающих родителей в процессе воспитания приёмных детей // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2019. №1(37). С. 157-162.
18. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии. М.: Б. и., 2008. 169 с.
19. Лобурец Н.Е., Темникова Е.Ю. Исследование эмоционального выгорания родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы педагогики. 2021. № 3-1. С. 168-171.
19. Панарина А.Н. Эмоциональное выгорание у родителей в зависимости от выбора стиля семейного воспитания детей / Социально-психологические проблемы современной семьи: Сборник статей VIII Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых. Под общей редакцией И.В. Ткаченко. Армавир: Научно-издательский центр "Логос", 2018. С. 82-85.
20. Панарина А.Н., Пузыревич Н.Л. Эмоциональное выгорание у родителей / Психологические проблемы современной семьи: сборник материалов VIII международной научно-практической конференции. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2018. С. 349-353.

21. Попова А.Н. Проблема эмоционального выгорания у молодых матерей, находящихся в декретном отпуске // Аллея науки. 2017. Т. 3. №10. С. 266-274.

22. Таранова Е.В. Артпедагогические методы и технологии в социальной работе с детьми-инвалидами / Материалы X региональной научно-технической конференции «Вузовская наука Северо-Кавказскому региону». Ставрополь: СевКав-ГТУ, 2006. С. 58-60.

23. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 г. №181-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 07.06.2021)

24. Филиппова Г.Г. Эмоциональное выгорание матери: новое явление в современном материнстве / Психологические проблемы современной семьи: сборник материалов VIII международной научно-практической конференции. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2018. С. 53-58.



Новости психиатрии

ПСИХОЛОГИ ТРАДИЦИОННО ФОКУСИРУЮТСЯ НА ПРОШЛОМ. А ЕСЛИ ЭТО НЕПРАВИЛЬНО?

<https://www.psypharma.ru/>

На британском межуниверситетском сайте The Conversation ст. лектор Центра позитивной психологии Медицинского университета Дублина Jolanta Burke пишет о роли обращения к будущему в психическом здоровье человека. "Уже прошло более века с тех пор, как классики психологии Зигмунд Фрейд и Карл Роджерс сосредоточили внимание на прошлом человека. И теперь, когда нынешняя Мери испытывает трудности в поддержании романтических отношений со своим бойфрендом, то она винит в этом его прошлое, а молодой человек с проблемой аддикции копается в своих воспоминаниях детства в поисках эпизода, когда он впервые почувствовал себя униженным. Или вот молодая женщина, которая никак не хочет уgomониться в своих поисках и связывает свой свободолюбивый дух со статусом избалованного младшего ребенка в семье.

"Но что, если классики ошибались? Что, если нам мешает жить не прошлое, а наше представление о нашем будущем и нашем дальнейшем развитии? Современные психологические исследования обсессивно загружены поиском причин психического нездоровья. При этом растет массив исследований, указывающих не то, что фокусирование на будущем может защитить нас от депрессии и помочь более эффективно справиться со стрессом. Иногда вместо погружения в детали негативных воспоминаний надо сосредоточиться на лучшем понимании того, как мы видим собственное будущее.

"Многие ветераны военной службы, беженцы и другие перенесшие психологическую травму и испытывающие проблемы с психическим здоровьем люди мало задумываются о будущем. Вместо этого они узко фокусируются на негативном прошлом.

"При этом люди, перенесшие психологическую травму и выработавшие здоровый взгляд на будущее, сообщают, что они лучше справляются с жизненными проблемами, у них меньше негативных мыслей о прошлом, и у них лучше сон, в сравнении с людьми, не ожидающими от будущего ничего хорошего. Т.е. вместо погружения в прошлое, людей, перенесших травму, следует стимулировать думать о будущем и ставить цели, призванные помочь в выработке надежды на хорошую жизнь.

"Размышление о позитивном будущем может помочь выработать здоровые отношения с

будущим и повысить открытость жизни и ее возможностям. Исходя из этого мы с Julie Round провели эксперимент с небольшой группой недавно вышедших на пенсию женщин (см.: <https://psycnet.apa.org/record/2018-44207-002>), некоторые из которых испытывали тревогу перед будущим. Они не знали, что делать с остатком их жизни. Некоторые задавались вопросом о пользе от них в этом мире, от чего их настроение ухудшалось. Они испытывали смешанные чувства, когда их спрашивали, ставят ли они перед собой какие-то цели на будущее.

"Мы начали мягко помогать им создавать картину более позитивного будущего. Каждый день на протяжении 4-х дней они в течение 20 минут писали о своем "наилучшем "я" на пенсии". Они представляли себе, что их мечты сбудутся. Затем они исследовали "строительный материал" (напр., дом, семья, досуг) для достижения своего наилучшего "я" в будущем. Они представляли себе, что все идет по плану, и их стимулировали думать о том, какой будет их жизнь пять лет спустя. В последний день исследования они представили свои ощущения в день своего 80-летия (как пахли цветы и кто был с ними в этот день, вкл. тех, кого они в жизни еще не встретили). Затем мы попросили их сформулировать цели в своей жизни на будущее.

"Неделю спустя после завершения этой программы они продолжали испытывать смешанные эмоции. Им требовалось время, чтобы проработать свое будущее – все то, к чему они стремились, и то, чего они боялись. Однако три месяца спустя была отмечена позитивная перемена, когда они сообщили, что стали спокойнее, и у них появился энтузиазм в отношении будущего. Картину своего 80-летия они сохраняли и хотели гарантировать свое соучастие в жизни друзей, семьи и сообщества, как они это планировали.

Burke упоминает четыре техники для создания лучшего будущего:

- ожидание хорошего
- поддержание надежды
- представление, что все твои проблемы решены
- формирование целей.

"Фокусирование на будущем дает нам выбор и признает для нас наличие свободы воли, т.е. то, что мы не только продукт нашего детства или иных неблагоприятных жизненных собы-

тий. Мы ничего не можем изменить в нашем прошлом, но мы можем создать лучшее будущее, если мы осмелимся взглянуть ему в лицо и подойти к нему с чувством уверенности.

"Из этого не следует, что нам следует уходить в отрицание проблем. Ровно наоборот. Мы

признаем, что с нами случилось что-то неприятное, но мы также признаем, что желаем будущего, которое принесет с собой что-то хорошее, и потому направляем свое внимание на создание этого будущего. Это просто начальная точка на пути к его реализации".

Источник: Psychologists have traditionally focused on the past. What if that's all wrong? - Internet (theconversation.com)

СЕРТОНИН НЕ ВИНОВАТ В ДЕПРЕССИИ?

<https://www.israelclinic.com/>

Ученые из Великобритании, Италии и Швейцарии провели анализ 17 крупных метаанализов и обзоров и пришли к выводу, что серотониновая теория развития депрессии эмпирически не обоснована. Отметим, что в анализ входили работы с большими выборками и крупными генетическими исследованиями. Для начала исследователи пытались найти связь между концентрацией серотонина в биологических жидкостях и симптомами депрессии. Серотонин можно обнаружить в крови, плазме, ликворе и моче. Считается, что ликвор лучше всего показывает все химические изменения в головном мозге, однако сбор образцов ликвора связан с риском тяжелых осложнений, поэтому крупномасштабные исследования изучения ликвора проводятся редко.

Один метаанализ трех крупных когортных исследований женщин в постменопаузе показал, что у женщин с депрессией в плазме крови серотонина меньше, чем у здоровых женщин. Однако после дополнительных поправок этот результат оказался статистически незначимым. Дополнительный анализ показал, что прием антидепрессантов был связан со снижением уровня серотонина независимо от депрессии.

Два метаанализа (19 исследований) не выявили доказательств связи концентрации метаболита 5-HIAA в ликворе и депрессии. Также ученые изучали вклад потенциально измененной активности рецептора серотонина 5-HT_{1A} в развитие депрессии. Два метаанализа, основанные на исследованиях людей, принимавших антидепрессанты в течение исследования или незадолго до него, показали, что никаких различий в активности 5-HT_{1A} рецепторов нет (впрочем, как отмечают авторы статьи, исследования в этих метаанализах стоит считать некачественными). Белок-переносчик серотонина (SERT) перемещает серотонин из синапса обратно в аксон и снижает доступность серотонина в синапсе. СИОЗС ингибируют SERT, тем самым повышая уровень серотонина в синаптической щели. Если депрессия вызвана низкой доступностью или активностью серотонина в синаптической щели из-за SERT, то стоит ожидать, что количество или активность SERT будут вы-

ше у людей с депрессией по сравнению со здоровыми.

В трех метаанализах, основанных на 40 отдельных исследованиях, данные указывали на возможное снижение активности SERT в некоторых областях мозга, однако нельзя исключать влияние антидепрессантов и других лекарств, поскольку в большинстве включенных исследований в основном или исключительно участвовали люди, которые принимали антидепрессанты или другие психиатрические препараты. Никаких доказательств связи между количеством или активностью SERT и развитием депрессии ученым найти не удалось.

В анализах исследований, посвященных снижению серотонина в организме путем диеты без предшественника серотонина — триптофана, — ученые также не нашли убедительных доказательств влияния серотонина на развитие депрессии.

В небольшом метаанализе с участием 75 человек у людей, которые не употребляли в пищу источники триптофана, наблюдалось большее снижение настроения, чем у тех, кто питался полноценно. В другом обзоре люди с депрессией показывали несколько большее снижение настроения после снижения потребления триптофана. Однако большинство участников принимали антидепрессанты, а число участников было небольшим как в метаанализе, так и в систематическом обзоре.

Существует мнение, что длина повторов в промоторной области гена SERT (5-HTTLPR) связана с развитием депрессии. В частности, короткие повторы могут приводить к более низкой экспрессии гена SERT. Однако совсем недавно эту гипотезу дополнили средовым фактором: полиморфизм длины повторов может вызывать депрессию только при наличии стрессовых жизненных событий. Совсем недавно ученые провели очень большой анализ, основанный на выборке из двух генетических банков данных. Вместе с другим крупным и высококачественным метаанализом генетических исследований депрессии он не выявил связи между полиморфизмом гена SERT и депрессией. Таким образом, всесторонний зон-

тичный обзор показывает, что нет убедительных доказательств того, что депрессия связана или вызвана снижением концентрации или активности серотонина. Большинство исследований не выявили доказательств снижения активности серотонина у людей с депрессией по сравнению с людьми без депрессии. Ученые считают, что пора признать серотониновую теорию депрессии эмпирически не обоснованной. Отметим, что моноаминовая теория считается одной из наиболее поддерживаемых среди врачей (и среди обычных людей) относительно причин развития эндогенной депрессии. Согласно ей депрессия развивается из-за нарушений баланса биогенных аминов — дофамина, норадреналина и серотонина.

Источник: IsraClinic

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ДЕПРЕССИИ

<https://psyandneuro.ru/>

Повышение маркеров воспаления при депрессии надежно подтверждено и воспроизведено не только десятками исследований, но и несколькими метаанализами, объединяющими многие тысячи пациентов с депрессией. Доказано, что воспаление, оцениваемое по уровню клинически значимого биомаркера С-реактивного белка (СРБ), усиливается при депрессии.

Статья, опубликованная в American Journal of Psychiatry (декабрь 2021), дополняет накопившийся объем доказательств, представляя метааналитические данные 15 популяционных когортных исследований, включающих 56 351 взрослого человека, из которых примерно у 14 % наблюдаются повышенные симптомы депрессии [1]. Авторы метаанализа обнаружили связь между усиленными симптомами депрессии и повышенным уровнем СРБ (вне зависимости от возраста, пола, социально-экономического положения, курения, употребления алкоголя, физической активности, индекса массы тела, хронических заболеваний и детских травм).

Один из вопросов, который все еще остается нерешенным в этой области, заключается в том, отражают ли признаки воспаления действие зависящих от мозга причинно-следственных иммунных механизмов, которые действуют у всех пациентов с депрессией, или это свидетельство того, что существует подгруппа депрессивных больных с воспалением.

Конечной целью измерения уровня воспаления при депрессии является создание инструментов для персонализированной психиатрии с использованием иммунных биомаркеров для прогнозирования результатов

По большей степени эта теория подтверждается клинически: при назначении антидепрессантов, которые влияют на метаболизм или концентрацию этих нейромедиаторов, состояние пациентов улучшается. Хотя в последнее время конкретно серотониновая теория подвергалась переосмыслению и сомнению, она остается одной из ведущих для объяснения патогенеза депрессии: про нее пишут в учебниках, говорят специалисты и на ее основе проводят исследования. Положительный эффект селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) потенциально подтверждает роль серотонина в развитии депрессии, однако существует мнение, что этот эффект может реализовываться через усиленный эффект плацебо или притупление эмоций в целом.

лечения современными антидепрессантами и выявления пациентов, которые с большей вероятностью получают пользу от вспомогательных стратегий, и особенно противовоспалительных стратегий, таких как прием перепрофилированных лекарств и диетические вмешательства. Но в данном случае статистическое распределение и клиническая значимость, по-видимому, приводят к противоположным выводам.

Метаанализы и эпидемиологические исследования четко описывают усиление воспаления при депрессии не как особенность подгруппы, а скорее как непрерывное распределение повышенных уровней СРБ, “сдвинутое вправо”. В то время как клинические исследования, как правило, выявляют подгруппу пациентов с воспалением, у которых значение СРБ превышает установленный порог 3 мг/л, что указывает на воспаление низкой степени. Эта группа составляет около 20-25% пациентов с депрессией и около 25-30% пациентов с обострением депрессии, и особенно характерно для тех, кто не отвечает на лечение. Более того, клинические испытания противовоспалительных препаратов показывают, что они эффективны только у пациентов с депрессией с более высоким уровнем СРБ, выше 3 мг/л или, возможно, даже выше 5 мг/л.

Frank et al. [1] обнаружили, что уровень СРБ сильнее всего связан с физическими и когнитивными депрессивными симптомами, и слабее всего связан с эмоциональными симптомами депрессии. Повышенный уровень СРБ связан с повышенным риском возникновения четырех физических симптомов: “изменения аппетита”, “ощущение, что все требует усилий”, “потеря энергии” и “проблемы со сном”, а также с риском

появления когнитивного симптома “мало интереса к занятиям”. В отношении четырех эмоциональных симптомов (обеспокоенность, безнадежность в отношении будущего, чувство страха и чувство жизненного краха) не обнаружено никаких признаков связи с усилением воспаления. В дальнейших анализах *post hoc* авторы исследования подтверждают существование специфической субпопуляции пациентов с депрессией, характеризующейся повышенным уровнем СРБ и более высокой тяжестью этих “связанных с воспалением” депрессивных симптомов.

Полученные результаты согласуются со знаниями, полученными в результате исследований людей с депрессией, вызванной усилением воспаления из-за иммунотерапии. В классической модели “депрессии, вызванной воспалением”, которая появляется во время хронической иммунотерапии интерфероном альфа при раке или гепатите С, исследования четко показали, что клиническая депрессивная картина начинается с нейровегетативного синдрома, характеризующегося психомоторным замедлением и усталостью, и развивается в клинический синдром, связанный со снижением дофаминзависимой метаболической активности в базальных ганглиях, что приводит к усталости, снижению психомоторной скорости и ангедонии.

Весьма вероятно, что эти же биологические аномалии лежат в основе повышенного воспаления, усиления физических симптомов и снижения интереса к практической деятельности, которые наблюдались в субпопуляции, выявленной в исследовании Frank et al [1]. Повидимому, это указывает на то, что воспаление при депрессии может быть сильным, но у немногих.

Исследование указывает на важное клиническое следствие, о котором часто забывают, привлекая пациентов к клиническим исследованиям – не все пациенты с депрессией одинаковы.

Перевод: Филиппов Д.С.

Источник: Pariante C. Increased Inflammation in Depression: A Little in All, or a Lot in a Few? // *Am J Psychiatry* 178:12, December 2021

[1] Frank P, Jokela M, Batty GD, et al.: Association between systemic inflammation and individual symptoms of depression: a pooled analysis of 15 population-based cohort studies. *Am J Psychiatry* 2021; 178:1107–1118

Популяционная распространенность каждого депрессивного симптома в исследовании Frank et al. [1] варьируется настолько сильно – от 1,1 % для суицидальных мыслей до 21,5 % для проблем со сном, – что можно представить множество комбинаций и профилей тяжести, так что не найдется хотя бы двух пациентов, которые ответят совершенно одинаково, когда их спросят, как они чувствуют депрессию. Для одних переживание депрессии – в мыслях и эмоциях, для других – в теле и физических ощущениях, с множеством бесчисленных вариаций симптомов.

Однако пациенты с депрессией часто – возможно, всегда – испытывают все симптомы определенного уровня тяжести, пусть даже самого легкого, особенно в разгар острого рецидива средней или тяжелой степени. И возможно, хотя, конечно, на данном этапе это только гипотеза, воспалительные механизмы задействованы в порождении этих физических и когнитивных симптомов у всех пациентов, даже если воспалительные механизмы настолько тонки, что их нельзя уловить с помощью измерения уровней иммунных биомаркеров. Вполне возможно, что мозговые механизмы, связанные с воспалением, связаны с ослаблением энергии, усталостью и ангедонией у всех пациентов с депрессией, т. е. воспаление при депрессии может быть слабым, но у всех.

Таким образом, подтверждается представление о подгруппе пациентов с депрессией, которым потенциально могут помочь противовоспалительные стратегии лечения. Если стратификации только по более высокому уровню СРБ достаточно для выявления статистически значимых положительных эффектов на симптомы депрессии, можно было бы стратифицировать пациентов не только по высокому уровню СРБ, но и по более сильным соматическим симптомам и ангедонии. Возможно, это повысило бы эффективность индивидуально подбираемой антидепрессивной терапии.

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 пристатейным 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.