Омский психиатрический журнал

2 (43) 2025

Omsk Journal of Psychiatry

16 +

2 (43) 2025

Омский психиатрический журнал

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ISSN 2412-8805

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций
Свидетельство ЭЛ № ФС 77 - 88857 от 13.12.2024

Учредитель:
Областная общественная организация "Омское Общество психиатров"

Адрес редакции:
644070, Омская обл., г. Омск, ул. Куйбышева, д. 30

Форма распространения:
Сетевое издание

Языки:
русский, английский

Территория распространения:
Российская Федерация
зарубежные страны

Доменное имя
OMSKOOP.RU

Электронная почта:
pontiac@list.ru

В издании использованы материалы и иллюстрации из открытых Интернет-источников

На титульной странице - репродукция картины Юи Сакамото "Прибрежный возница времени и его муравьиное царство" (2014)

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:
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)
Титов Д.С.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
Александрова Н.В., к.м.н.
Омский государственный университет (Омск)
Антонова А.С., к.м.н.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Белебеха Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Гирфанова Е.П.
Медицинский Союз Омской области
Иванова Т.И.
Омское общество психиатров (Омск)
Гранкина И.В., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

© Омский психиатрический журнал. 2025
Выпуск размещен 10 апреля 2025 года

16 +

2 (43) 2025

Omsk Journal of Psychiatry

Scientific and practical online publication

The journal is included in the Russian Science Citation Index (RSCI) system

ISSN 2412-8805

The Journal is registered by the Federal Service for Supervision of communications, information technology, and mass media

Mass Media Registration Certificate
ЭЛ № ФС 77 - 88857
dated 13.12.2025

Founder:
Regional public organization "Omsk Society of Psychiatrists"

Editorial address:
644070, Omsk region, Omsk, Kuibysheva st., 30

Distribution form:
Online publication

Languages:
Russian, English

Distribution territory:
Russian Federation
foreign countries

Domain name
OMSKOOP.RU

E-mail:
pontiac@list.ru

The publication uses materials and illustrations from open Internet sources

The title page contains a reproduction of the painting Yui Sakamoto "Coastal Charioteer of Time and His Ant Kingdom" 2014

EDITOR-IN-CHIEF
Chetverikov D.V.,Doctor of Ps.Sc., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:
Antilogova L.N., Doctor of Ps.Sc.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)
Krakhmaleva O.E., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Odarchenko S.S., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Titov D.S.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Cheperin A.I., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:
Alexandrova N.V., Ph.D.
Omsk State University (Omsk)
Antonova A.S., Ph.D.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Belebekha E.A.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Girfanova E.P.
Medical Union of Omsk Region
Grankina I.V., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Ivanova T.I., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Fedorova N.V., Ph.D.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)

© Omsk Journal of Psychiatry. 2025
The issue was posted on January 10, 2025

Содержание

КОЛОНКА РЕДАКТОРА 3

ЭВОЛЮЦИЯ ПСИХИАТРИИ

А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков
Тренды развития современной психиатрии: от технологий до персонализированного подхода 5

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.П. Осипкина, В.С. Мозгалевская, Л.В. Смачная
Опыт совместного приема врача-психиатра и дефектолога 13

НАРКОЛОГИЯ

С.А. Ракитин, А.С. Антонова, М.В. Курушкин, И.А. Алексеев 16
Клинический пример галлюциноза, развившегося на фоне абстинентного синдрома при употреблении 1,4 – бутандиола

ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Т.В.Петрова, Э.Р.Ханафеева, Л.С.Новицкая
Подходы к терапии цереброваскулярных заболеваний, сочетающихся с психическими расстройствами (на примере общепсихиатрического психосоматического отделения для лиц пожилого возраста № 5) 20

ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Н.А.Голованова
Опыт организации группы творческой активности в психиатрическом отделении принудительного лечения: от арт-занятости к арт-терапиии 24

НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ 31

Table of Contents

EDITOR'S COLUMN 3

EVOLUTION OF PSYCHIATRY

A.I. Cheperin, D.V. Chetverikov
Trends in the development of modern psychiatry: from technologies to a personalized approach 5

ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC CARE

I.P. Osipkina, V.S. Mozgalevskaya, L.V. Smachnaya
The experience of joint consultation by a psychiatrist and a defectologist 13

ADDICTION MEDICINE

S.A. Rakitin, A.S. Antonova, M.V. Kurushkin, I.A. Alekseev
A clinical case of hallucinosis that developed on the background of withdrawal syndrome with the use of 1,4 - butanediol 16

TREATMENT OF MENTAL DISORDERS

T.V. Petrova, E.R. Khanafeeva, L.S. Novitskaya
Approaches to the therapy of cerebrovascular diseases associated with mental disorders (based on the example of the general psychiatric psychosomatic department for elderly patients no. 5) 20

PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION

N.A. Golovanova
Experience of organizing a creative activity group in a psychiatric involuntary treatment department: from art occupation to art therapy 24

PSYCHIATRY NEWS 31

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Современная психиатрия переживает период стремительной трансформации, в ходе которой традиционные подходы к диагностике и лечению психических расстройств активно дополняются инновационными технологиями, междисциплинарными методами и уникальными подходами, ориентированными на пациента. В этом номере мы начинаем серию публикаций, посвящённых современным трендам в психиатрии, которые уже меняют облик отрасли и открывают перспективы для эффективной и этичной помощи пациентам.

Одним из ключевых трендов, определяющих будущее психиатрии, является персонализация лечения. Психиатрия больше не ограничивается лишь диагностическими ярлыками; современный подход фокусируется на глубоком понимании индивидуальных особенностей каждого пациента. В последние годы значительные успехи достигнуты в области психофармакогенетики, которая позволяет разрабатывать персонализированные стратегии терапии, а также в исследовании биомаркеров психических расстройств и функциональной нейровизуализации. Персонализированное лечение даёт новые надежды для пациентов, чьи расстройства ранее могли быть плохо поддающимися лечению.

Цифровые технологии стали важным элементом современного психиатрического ландшафта. Искусственный интеллект, телепсихиатрия и нейромодуляционные методы меняют представление о доступности и качестве психиатрической помощи. В условиях, когда время и географические барьеры часто становятся серьёзным препятствием для пациентов, эти технологии предлагают новые решения. Теперь пациенты из удалённых регионов могут получить консультацию психиатра без необходимости поездки в крупный медицинский центр. Врачи, в свою очередь, имеют доступ к передовым инструментам для диагностики и прогнозирования течения заболеваний.

В современной психиатрической практике случаи, связанные с употреблением новых психоактивных веществ, продолжают представлять особый интерес для специалистов. В текущем номере журнала опубликована статья о развитии психотического расстройства на фоне абстинентного синдрома при длительном употреблении 1,4-бутандиола (1,4-БД). Динамика развития психопатологической симптоматики во время абстиненции демонстрирует как специфические черты, так и общие закономерности, характерные для других типов наркотических веществ.

Случай также ставит перед нами важный вопрос о необходимости углубленного изучения влияния новых психоактивных веществ на психическое здоровье, особенно в контексте их потенциальной способности вызывать тяжелые психотические состояния. Подобные наблюдения напоминают нам о постоянной эволюции клинической реальности, с которой сталкиваются психиатры, и о важности своевременного обновления наших знаний для обеспечения качественной помощи пациентам.

Интеграция психиатрии с другими медицинскими дисциплинами также становится важным направлением в практике. Например, при лечении цереброваскулярных заболеваний, часто сопровождающихся психическими расстройствами, применяется комплексный подход. Сочетание нейропротективной терапии, психофармакологии и реабилитационных методов позволяет не только стабилизировать состояние пациентов, но и значительно повысить их качество жизни. Важно, что такой подход способствует полноценной реабилитации и интеграции пациента в общество, что остаётся одной из главных целей психиатрической помощи.

Не менее важным является внимание к лечению детей и подростков. Мультидисциплинарный подход, включающий сотрудничество детских психиатров, дефектологов, психологов и других специалистов, доказал свою эффективность в диагностике и коррекции нарушений развития у детей. Раннее вмешательство и совместная работа с родителями позволяют предотвратить усугубление проблем в будущем.

С каждым годом становятся более популярными методы, направленные на использование творческого потенциала пациента в процессе лечения. Терапия творчеством, арт-терапия и другие психосоциальные методы доказали свою эффективность в реабилитации пациентов, в том числе тех, кто находится в отделениях принудительного лечения.

Таким образом, современная психиатрия представляет собой синтез науки, технологий и гуманности. Это область, которая стремится не только лечить, но и понимать, поддерживать и вдохновлять своих пациентов. Мы уверены, что в следующие номера нашего журнала мы сможем глубже раскрыть эти важнейшие темы, представляющие собой передовую практику и будущее психиатрической науки. Главное — психиатрия двигается вперёд, меняясь в лучшую сторону и предоставляя пациентам возможности для более здоровой и полноценной жизни.

Правление Омского общества психиатров
Редакционная коллегия

Editor's Column

Dear colleagues

Modern psychiatry is undergoing a period of rapid transformation, during which traditional approaches to diagnosing and treating mental disorders are being actively complemented by innovative technologies, interdisciplinary methods, and patient-oriented strategies. In this issue, we begin a series of publications dedicated to current trends in psychiatry that are already reshaping the field and opening up new possibilities for effective and ethical patient care.

One of the key trends defining the future of psychiatry is the personalization of treatment. Psychiatry is no longer limited to mere diagnostic labels; the modern approach focuses on a deep understanding of each patient's individual characteristics. Significant progress has been made in recent years in the field of pharmacogenetics, which enables the development of personalized treatment strategies, as well as in the study of biomarkers for mental disorders and functional neuroimaging. Personalized treatment offers new hope to patients whose conditions were previously difficult to treat.

Digital technologies have become an essential part of today's psychiatric landscape. Artificial intelligence, telepsychiatry, and neuromodulation methods are changing the perception of accessibility and quality of psychiatric care. In situations where time and geographical barriers often pose serious obstacles for patients, these technologies offer new solutions. Patients in remote areas can now consult with a psychiatrist without having to travel to a major medical center. Meanwhile, doctors gain access to cutting-edge tools for diagnosis and disease progression forecasting.

In contemporary psychiatric practice, cases involving the use of new psychoactive substances continue to be of particular interest to specialists. This issue of the journal features an article on the development of a psychotic disorder during withdrawal syndrome after prolonged use of 1,4-butanediol (1,4-BD). The dynamics of psychopathological symptom development during withdrawal reveal both specific features and general patterns characteristic of other types of narcotics.

This case also raises an important question about the need for in-depth research into the impact of new psychoactive substances on mental health, especially in terms of their potential to cause severe psychotic states. Such observations remind us of the constant evolution of the clinical reality psychiatrists face and the importance of timely updating our knowledge to provide quality patient care.

The integration of psychiatry with other medical disciplines is also becoming an important direction in practice. For example, in the treatment of cerebrovascular diseases, which are often accompanied by mental disorders, a comprehensive approach is applied. Combining neuroprotective therapy, psychopharmacology, and rehabilitation methods not only stabilizes the patient's condition but also significantly improves their quality of life. Importantly, this approach promotes full rehabilitation and social reintegration, which remain key goals of psychiatric care.

No less important is attention to the treatment of children and adolescents. A multidisciplinary approach, including collaboration between child psychiatrists, speech therapists, psychologists, and other specialists, has proven effective in diagnosing and correcting developmental disorders in children. Early intervention and cooperation with parents help prevent the exacerbation of problems in the future.

Each year, methods aimed at utilizing the patient's creative potential during treatment are becoming increasingly popular. Art therapy and other psychosocial methods have proven effective in rehabilitating patients, including those in compulsory treatment units.

Thus, modern psychiatry represents a synthesis of science, technology, and humanity. It is a field that seeks not only to treat but also to understand, support, and inspire its patients. We are confident that in upcoming issues of our journal, we will delve deeper into these crucial topics, representing best practices and the future of psychiatric science. Most importantly, psychiatry is moving forward, evolving positively, and providing patients with opportunities for healthier and more fulfilling lives.

Board of the Omsk Society of Psychiatrists
Editorial Board

Эволюция психиатрии

УДК 616.89:616.831

ТРЕНДЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ: ОТ ТЕХНОЛОГИЙ ДО ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА

А.И. Чеперин, Д.В. Четвериков

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

pontiac@list.ru

Аннотация. В статье рассматриваются актуальные тренды в развитии современной психиатрии. На основе анализа профильной литературы последних лет выделены ключевые направления, определяющие вектор развития данной области медицины. В работе обсуждаются такие тенденции, как персонализированная психиатрия, психофармакогенетика, использование искусственного интеллекта, телепсихиатрия, нейромодуляционные технологии, функциональная нейровизуализация, интеграция психиатрии и неврологии, биомаркеры психических расстройств, развитие психосоциальных подходов и дестигматизация психических заболеваний. Особое внимание уделено внедрению новых технологий, повышению доступности психиатрической помощи и созданию персонализированных стратегий лечения. Рассматриваемые направления определяют будущее психиатрии, способствуя более точной диагностике, улучшению эффективности терапии и социальной адаптации пациентов.

Ключевые слова: Персонализированная психиатрия, психофармакогенетика, искусственный интеллект, телепсихиатрия, нейромодуляция, функциональная нейровизуализация, биомаркеры психических расстройств, психосоциальные подходы, дестигматизация.

TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF MODERN PSYCHIATRY: FROM TECHNOLOGIES TO A PERSONALIZED APPROACH

A.I. Cheperin, D.V. Chetverikov

Abstract. The article examines current trends in the development of modern psychiatry. Based on the analysis of recent specialized literature, key directions shaping the future of this medical field are identified. The study discusses trends such as personalized psychiatry, psychopharmacogenetics, artificial intelligence applications, telepsychiatry, neuromodulation technologies, functional neuroimaging, the integration of psychiatry and neurology, biomarkers of mental disorders, the development of psychosocial approaches, and the destigmatization of mental illnesses. Special attention is given to the implementation of new technologies, improving the accessibility of psychiatric care, and creating personalized treatment strategies. These emerging directions define the future of psychiatry, contributing to more accurate diagnostics, increased therapeutic effectiveness, and better social adaptation for patients.

Keywords: personalized psychiatry, psychopharmacogenetics, artificial intelligence, telepsychiatry, neuromodulation, functional neuroimaging, biomarkers of mental disorders, psychosocial approaches, destigmatization.

Введение

Современная психиатрия претерпевает значительные изменения, обусловленные развитием науки, технологий и изменением подходов к лечению психических расстройств. В последние десятилетия наблюдается активная интеграция психиатрии с другими дисциплинами, такими как неврология, генетика и биоинформатика. Это позволяет не только лучше понимать механизмы развития психических заболеваний, но и разрабатывать более точные методы диагностики и эффективные стратегии терапии.

Развитие цифровых технологий, искусственного интеллекта и телемедицины значительно расширяет возможности психиатрической помощи, делая её более доступной и персонализированной. Одновременно наблюдается рост интереса к биомаркерам психических заболеваний, что способствует переходу от субъективных методов диагностики к объективным показателям. Кроме того, современные исследования подтверждают эффективность психоделической терапии и нейромодуляционных технологий, что открывает новые перспективы для лечения резистентных форм психических расстройств.

В настоящей статье на основании анализа профильной литературы последних 5 лет мы выделили основные тренды развития современной психиатрии. Анализируя данные научных исследований, обзоров и метаанализов, мы рассматриваем ключевые направления, которые

оказывают наибольшее влияние на психиатрическую практику. Особое внимание уделяется технологическим инновациям, персонализированному подходу, новым терапевтическим стратегиям и интеграции психиатрии с другими медицинскими дисциплинами. Анализ современных подходов позволит выявить перспективные направления и потенциальные вызовы, стоящие перед специалистами в области психического здоровья.

Персонализированная психиатрия: новый подход к диагностике и лечению

Персонализированная психиатрия является одним из наиболее перспективных направлений современной науки, предлагая индивидуальный подход к диагностике и лечению психических расстройств. Этот метод основан на взаимодействии генетики, нейронаук, фармакологии и искусственного интеллекта, что позволяет значительно повысить эффективность терапии.

Одним из ключевых направлений персонализированной психиатрии является изучение генетических факторов, влияющих на предрасположенность к заболеваниям и реакцию на медикаментозное лечение. Фармакогенетические исследования помогают определить, какие препараты будут наиболее эффективными и безопасными для конкретного пациента, снижая риск побочных эффектов. Помимо этого, большое внимание уделяется поиску биомаркеров, позволяющих объективно диагностировать психические расстройства. Анализ крови, нейровизуализация и биохимические исследования открывают возможности для раннего выявления заболеваний и прогнозирования их течения.

Современные технологии, такие как функциональная МРТ и позитронно-эмиссионная томография, помогают глубже понять работу мозга при различных расстройствах. В сочетании с алгоритмами машинного обучения эти методы позволяют создавать индивидуализированные модели лечения, повышая точность диагностики. Индивидуальный подход применяется не только в фармакотерапии, но и в психотерапии. Различные методики, включая когнитивно-поведенческую терапию, терапию, основанную на осознанности, и терапию принятия и ответственности, подбираются с учетом особенностей конкретного пациента, что делает лечение более эффективным.

Большую роль в развитии персонализированной психиатрии играют цифровые технологии. Телемедицина, мобильные приложения и виртуальные помощники позволяют проводить постоянный мониторинг состояния пациента и вносить коррективы в терапию в режиме реального времени. Эти инновации не только повышают доступность психиатрической помощи, но и дают возможность учитывать динамику состояния пациента в повседневной жизни.

Таким образом, персонализированная психиатрия открывает новые перспективы для повышения точности диагностики и эффективности лечения психических расстройств. Однако, несмотря на значительные успехи, ее широкое внедрение требует дальнейших исследований, разработки доступных биомаркеров и совершенствования цифровых инструментов.

Психофармакогенетика

Психофармакогенетика представляет собой одно из наиболее перспективных направлений современной психиатрии, направленное на изучение влияния генетических факторов на реакцию организма на психотропные препараты. Этот подход позволяет минимизировать риски побочных эффектов, повысить эффективность терапии и подобрать оптимальное лечение для каждого пациента на основе его индивидуального генетического профиля.

Одной из основных проблем традиционной психофармакологии является высокая вариабельность реакции пациентов на одни и те же лекарства. У одних пациентов антидепрессанты или антипсихотики дают быстрый положительный эффект, у других – не работают вовсе, а у третьих вызывают тяжелые побочные реакции. Психофармакогенетические исследования помогают выявить генетические вариации, влияющие на метаболизм лекарственных средств, чувствительность к ним и возможные риски развития нежелательных реакций.

Гены, кодирующие ферменты системы цитохрома P450, играют ключевую роль в метаболизме многих психотропных препаратов. Например, вариации в гене CYP2D6 могут привести к тому, что одни пациенты слишком быстро разрушают лекарственное вещество, не успевая ощутить его терапевтический эффект, тогда как у других его накопление может вызвать токсичность. Аналогично, мутации в генах CYP2C19 и CYP3A4 могут определять индивидуальные особенности ответа на антидепрессанты, бензодиазепины и антипсихотики.

Применение фармакогенетического тестирования позволяет заранее оценить, какие препараты подойдут конкретному пациенту, в каких дозировках и с каким уровнем риска. Это особенно важно при лечении устойчивых к терапии депрессий, шизофрении, биполярного расстройства и других серьезных психических заболеваний, когда эмпирический подбор лекарств может занимать месяцы или даже годы.

Кроме того, развитие психофармакогенетики способствует совершенствованию персонализированной медицины. В будущем, наряду с

генетическими тестами, будут активно использоваться комплексные модели, объединяющие данные о геноме, микробиоме, метаболизме и нейровизуализации, что позволит создать более точные и безопасные схемы лечения. Несмотря на значительный прогресс, широкое внедрение психофармакогенетического подхода требует дополнительных исследований, стандартизации методов тестирования и расширения клинической практики, однако уже сегодня он открывает новые горизонты для повышения эффективности и безопасности психиатрической терапии.

Использование искусственного интеллекта

Использование искусственного интеллекта в психиатрии становится все более важным направлением, которое трансформирует диагностику, прогнозирование и персонализированное лечение психических расстройств. Благодаря анализу больших данных, машинному обучению и нейросетям, ИИ позволяет находить сложные паттерны в клинических данных, помогая врачам принимать более точные и обоснованные решения.

Одним из ключевых применений искусственного интеллекта является ранняя диагностика психических расстройств. Алгоритмы машинного обучения способны анализировать медицинские записи, речевые паттерны, поведенческие маркеры и даже активность в социальных сетях, выявляя ранние признаки депрессии, биполярного расстройства, шизофрении и других заболеваний. Такие технологии уже сегодня помогают психиатрам обнаруживать пациентов с высоким риском развития психических расстройств задолго до появления явных клинических симптомов.

ИИ также активно используется для предсказания эффективности лечения. Алгоритмы на основе больших данных могут анализировать индивидуальные особенности пациента, включая генетическую предрасположенность, нейровизуализационные данные и историю медикаментозного лечения, чтобы рекомендовать наиболее подходящие терапевтические стратегии. Это снижает необходимость длительного подбора лекарств методом проб и ошибок и минимизирует риск побочных эффектов.

Дополнительное применение искусственного интеллекта заключается в разработке виртуальных психотерапевтических помощников и чат-ботов, которые могут оказывать поддержку пациентам в режиме 24/7. Такие системы, основанные на обработке естественного языка, помогают людям справляться с тревожностью, депрессией и стрессом, а также могут напоминать о приеме лекарств и отслеживать эмоциональное состояние пациента. Хотя они не заменяют полноценную работу психиатра или психотерапевта, их использование значительно расширяет доступность помощи, особенно в регионах с нехваткой специалистов.

Современные технологии искусственного интеллекта также улучшают анализ нейровизуализационных данных. Автоматизированные системы способны с высокой точностью интерпретировать результаты МРТ и ПЭТ-сканирования, выявляя малозаметные структурные и функциональные изменения в головном мозге, связанные с психическими заболеваниями. Это ускоряет процесс диагностики и повышает точность определения заболевания.

Несмотря на огромные перспективы, широкое внедрение искусственного интеллекта в психиатрию сталкивается с рядом вызовов, включая вопросы этики, конфиденциальности данных и необходимость независимой валидации алгоритмов. Однако развитие этой области продолжается быстрыми темпами, и в ближайшем будущем искусственный интеллект станет неотъемлемой частью психиатрической практики, повышая качество и доступность психиатрической помощи.

Психиатрия, основанная на доказательствах

Психиатрия, основанная на доказательствах, является одним из ключевых трендов современной психиатрической науки и клинической практики. Этот подход предполагает использование только тех методов диагностики и лечения, эффективность и безопасность которых подтверждены результатами надежных научных исследований, таких как рандомизированные контролируемые испытания, метаанализы и систематические обзоры. Благодаря этому подходу удается исключить малоэффективные, устаревшие или потенциально опасные методы терапии, обеспечивая пациентам наиболее качественную помощь.

Одним из важнейших аспектов доказательной психиатрии является стандартизация диагностики психических расстройств. Современные диагностические руководства, такие как DSM-5 (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) и МКБ-11 (Международная классификация болезней), разрабатываются на основе научных данных, что позволяет обеспечивать единообразие в постановке диагнозов и выборе тактики лечения. Использование четких диагностических критериев снижает субъективность и улучшает воспроизводимость результатов.

Большую роль в развитии доказательной психиатрии играет фармакотерапия. Перед тем как тот или иной психотропный препарат будет рекомендован к применению, он проходит многочисленные клинические испытания, оценивающие его эффективность и безопасность.

Это помогает минимизировать побочные эффекты и подбирать наиболее подходящие лекарства для конкретных групп пациентов. Например, современные антидепрессанты, антипсихотики и стабилизаторы настроения назначаются на основе данных о их клинической эффективности в различных популяциях, что значительно повышает шансы на успешное лечение.

Кроме медикаментозной терапии, доказательная психиатрия активно внедряет в практику психотерапевтические методы с подтвержденной эффективностью. Среди таких подходов особое место занимают когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), терапия принятия и ответственности (АСТ) и интерперсональная терапия. Эти методы демонстрируют высокую эффективность в лечении депрессии, тревожных расстройств, посттравматического стрессового расстройства и других психических нарушений.

Развитие технологий также способствует укреплению доказательной базы психиатрии. Современные исследования включают анализ биомаркеров, методы нейровизуализации и генетические тесты, которые помогают лучше понимать патофизиологические механизмы психических заболеваний и разрабатывать персонализированные стратегии лечения.

Несмотря на значительные достижения, доказательная психиатрия сталкивается с рядом вызовов. К ним относятся сложность проведения длительных клинических исследований, необходимость адаптации международных рекомендаций к локальным условиям и ограниченный доступ к инновационным методам терапии в некоторых регионах. Тем не менее, внедрение этого подхода продолжает способствовать повышению эффективности психиатрической помощи, обеспечивая пациентам лечение, основанное на наиболее надежных научных данных.

Телепсихиатрия

Телепсихиатрия – одно из наиболее динамично развивающихся направлений современной психиатрии, которое позволяет предоставлять психиатрическую помощь дистанционно с использованием цифровых технологий. Этот подход значительно расширяет доступ к лечению для людей, проживающих в отдаленных районах, пациентов с ограниченной подвижностью, а также для тех, кто испытывает трудности с посещением очных консультаций по психологическим или социальным причинам.

Основное преимущество телепсихиатрии заключается в том, что пациенты могут получать квалифицированную помощь в удобной и привычной обстановке, что особенно важно для людей с тревожными расстройствами, депрессией или посттравматическим стрессовым расстройством. Видеоконсультации позволяют врачам проводить диагностику, назначать лечение и контролировать состояние пациента на регулярной основе, минимизируя необходимость личных визитов в клинику.

Помимо видеосвязи, телепсихиатрия включает в себя использование мобильных приложений, онлайн-чатов и виртуальных помощников, которые помогают пациентам следить за своим психическим состоянием, вести дневники настроения, получать напоминания о приеме лекарств и даже проходить терапевтические программы на основе когнитивно-поведенческой терапии. Искусственный интеллект играет все большую роль в развитии телепсихиатрии, анализируя данные о состоянии пациента и помогая врачам принимать обоснованные решения.

Эффективность дистанционной психиатрической помощи уже подтверждена множеством исследований, особенно в лечении депрессивных и тревожных расстройств. Однако, несмотря на значительные преимущества, телепсихиатрия сталкивается с рядом вызовов. К ним относятся вопросы конфиденциальности и безопасности данных, сложности в постановке диагноза без личного контакта, а также необходимость адаптации нормативно-правовой базы для регулирования удаленного консультирования.

С развитием технологий и повышением уровня цифровой грамотности пациентов телепсихиатрия становится все более интегрированной в систему здравоохранения. Она не только повышает доступность психиатрической помощи, но и способствует улучшению приверженности лечению, позволяя пациентам получать поддержку в любое время и в любом месте. В будущем ожидается дальнейшее совершенствование этого направления, включая интеграцию с носимыми устройствами для мониторинга психофизиологических показателей и развитие более сложных алгоритмов искусственного интеллекта для анализа состояния пациентов.

Биомаркеры психических расстройств

Биомаркеры психических расстройств – одно из наиболее перспективных направлений современной психиатрии, которое открывает новые возможности для объективной диагностики, мониторинга и персонализированного лечения психических заболеваний. В отличие от традиционных диагностических методов, основанных в основном на клинических интервью и субъективных отчетах пациентов, биомаркеры позволяют выявлять биологические изменения, связанные с конкретными расстройствами, что

делает диагностику более точной и воспроизводимой.

Существует несколько типов биомаркеров, используемых в психиатрии. Среди них наиболее активно изучаются генетические, нейровизуализационные, биохимические и электрофизиологические маркеры. Генетические биомаркеры позволяют определить предрасположенность к различным психическим расстройствам, таким как шизофрения, биполярное расстройство и депрессия. Исследования показывают, что определенные вариации в генах, регулирующих работу нейромедиаторов, могут повышать вероятность развития психических заболеваний или влиять на эффективность лекарственных препаратов.

Нейровизуализационные биомаркеры, получаемые с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ), позволяют выявлять структурные и функциональные изменения в мозге, характерные для различных расстройств. Например, у пациентов с депрессией часто наблюдается снижение активности в префронтальной коре, а при шизофрении – изменения в связности между разными отделами мозга. Эти данные помогают не только в диагностике, но и в прогнозировании течения заболевания.

Биохимические маркеры, такие как уровень кортизола, нейротрофических факторов и воспалительных цитокинов, также играют важную роль в психиатрии. Исследования показывают, что хронический стресс и воспалительные процессы могут способствовать развитию депрессивных и тревожных расстройств, а повышенный уровень С-реактивного белка связан с повышенным риском психозов. Определение таких биохимических маркеров в крови или спинномозговой жидкости помогает врачам более точно подбирать терапию, например, назначая противовоспалительные препараты в дополнение к стандартному лечению депрессии.

Электрофизиологические биомаркеры, основанные на данных электроэнцефалографии (ЭЭГ) и вызванных потенциалов, позволяют оценивать нейронную активность в реальном времени. Эти методы особенно перспективны в диагностике расстройств спектра шизофрении и депрессии, поскольку выявляют нарушения в обработке сенсорной информации и когнитивных процессах.

Несмотря на значительный прогресс в изучении биомаркеров психических расстройств, их внедрение в клиническую практику остается ограниченным. Многие потенциальные маркеры требуют дальнейшей валидации, а также разработки стандартных протоколов их применения. Однако уже сегодня биомаркеры позволяют приблизить психиатрию к более объективным и персонализированным методам диагностики и лечения, что в будущем может привести к значительному улучшению качества психиатрической помощи.

Интеграция психиатрии и неврологии

Интеграция психиатрии и неврологии – один из ключевых трендов современной науки, направленный на объединение знаний о психических и неврологических заболеваниях. Исторически психиатрия и неврология развивались как отдельные дисциплины, однако современные исследования показывают, что между психическими расстройствами и заболеваниями мозга существует тесная взаимосвязь. Это приводит к постепенному стиранию границ между двумя областями и развитию нейропсихиатрии – междисциплинарного направления, изучающего механизмы психических расстройств с позиций неврологии и нейронаук.

Одним из факторов, способствующих интеграции психиатрии и неврологии, является расширение возможностей нейровизуализации. Методы функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ), позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) и диффузионно-тензорной визуализации (DTI) позволяют выявлять изменения в структуре и функции мозга при различных психических расстройствах. При депрессии наблюдается снижение активности в префронтальной коре, при шизофрении – нарушения в связности нейронных сетей, а при биполярном расстройстве – дисбаланс активности в амигдале и лимбической системе.

Современные исследования подтверждают, что многие психические заболевания имеют выраженные неврологические компоненты. Так, болезнь Альцгеймера и другие нейродегенеративные заболевания часто сопровождаются депрессией, тревожностью и психозами. В свою очередь, у пациентов с шизофренией или биполярным расстройством часто выявляются нейровоспалительные процессы, нарушения в регуляции нейромедиаторов и структурные изменения в мозге, характерные для неврологических заболеваний. Это приводит к необходимости разработки новых терапевтических стратегий, которые учитывают как психиатрические, так и неврологические аспекты болезни.

Одним из важных направлений интеграции психиатрии и неврологии является изучение роли воспалительных процессов и аутоиммунных механизмов в развитии психических расстройств. Исследования показывают, что хроническое воспаление и дисбаланс иммунной системы могут способствовать развитию депрессии, шизофрении и биполярного расстройства. Это открывает новые перспекти-

вы для лечения, включая использование противовоспалительных препаратов и иммунтерапии в психиатрии.

Глубокая интеграция психиатрии и неврологии также затрагивает вопросы реабилитации пациентов. Например, использование методов нейростимуляции, таких как транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) и глубокая стимуляция мозга (DBS), показывает многообещающие результаты в лечении депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства и других психических заболеваний.

Таким образом, объединение психиатрии и неврологии позволяет более глубоко понять механизмы психических расстройств, разрабатывать новые методы диагностики и персонализированного лечения. Этот междисциплинарный подход способствует улучшению прогнозов для пациентов и формированию более целостной системы психоневрологической помощи.

Функциональная нейровизуализация

Функциональная нейровизуализация играет все более значимую роль в развитии психиатрии, открывая новые возможности для диагностики, мониторинга и персонализированного лечения психических расстройств. В отличие от традиционных клинических методов, основанных на субъективных симптомах и самоотчетах пациентов, нейровизуализационные технологии позволяют объективно оценивать изменения в структуре и функции мозга, связанные с различными психическими заболеваниями.

Одним из ключевых инструментов функциональной нейровизуализации является функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), которая позволяет отслеживать уровень кислородного обмена в различных областях мозга. Этот метод помогает выявлять изменения в активности нейронных сетей при депрессии, шизофрении, биполярном расстройстве и тревожных расстройствах. Например, у пациентов с депрессией часто обнаруживается сниженная активность в префронтальной коре и гиперактивность в амигдале, что связано с нарушением регуляции эмоций.

Другим важным методом является позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), которая позволяет изучать метаболизм нейромедиаторов, таких как серотонин, дофамин и глутамат. Это особенно важно для понимания патофизиологии психических заболеваний, таких как шизофрения, при которой наблюдается дисбаланс дофаминергической системы.

Методы диффузионно-тензорной визуализации (DTI) позволяют исследовать структуру белого вещества мозга и выявлять нарушения в связности нейронных сетей. Этот подход особенно полезен при изучении шизофрении и биполярного расстройства, где обнаруживаются изменения в соединениях между различными отделами мозга, что влияет на когнитивные функции и эмоциональную регуляцию.

Функциональная нейровизуализация также способствует развитию персонализированной психиатрии. Использование индивидуальных данных о мозговой активности пациента помогает прогнозировать эффективность тех или иных методов лечения. Например, исследования показали, что пациенты с определенными паттернами активности в передней поясной коре лучше реагируют на когнитивно-поведенческую терапию, в то время как другим больше подходит медикаментозное лечение.

Кроме того, функциональная нейровизуализация активно используется для мониторинга эффективности лечения. Повторные сканирования мозга позволяют оценивать, как изменяется активность нейронных сетей под влиянием психофармакотерапии, психотерапии или методов нейростимуляции, таких как транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) и глубокая стимуляция мозга (DBS).

Несмотря на значительный прогресс, применение нейровизуализационных методов в клинической практике пока остается ограниченным из-за высокой стоимости, необходимости сложного оборудования и недостатка стандартных диагностических критериев. Однако с развитием технологий и совершенствованием методов обработки данных функциональная нейровизуализация постепенно становится важным инструментом для объективной диагностики и индивидуализированного подбора лечения в психиатрии. В будущем ожидается дальнейшее развитие этого направления, включая интеграцию с искусственным интеллектом и расширение использования в рутинной клинической практике.

Нейромодуляционные технологии

Нейромодуляционные технологии в психиатрии – это инновационное направление, основанное на воздействии на нейронные сети мозга с целью коррекции патологической активности, связанной с психическими расстройствами. В отличие от традиционной медикаментозной терапии, нейромодуляция предлагает более таргетированные методы воздействия, что делает ее перспективным инструментом для лечения резистентных форм депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, шизофрении и других заболеваний.

Одним из наиболее изученных методов является транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), которая использует магнитные импульсы для модуляции активности определенных зон коры головного мозга. ТМС уже получила одобрение для лечения резистентной депрессии и демонстрирует хорошие результаты при тревожных расстройствах и посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР). Метод позволяет воздействовать на префронтальную кору, восстанавливая ее функциональные связи и улучшая регуляцию эмоций.

Другой метод – глубокая стимуляция мозга (DBS) – представляет собой инвазивную технологию, при которой в определенные структуры мозга имплантируются электроды, обеспечивающие постоянную стимуляцию. Первоначально DBS использовалась для лечения неврологических заболеваний, таких как болезнь Паркинсона, но в последние годы показала эффективность и в психиатрии. Например, стимуляция гипоталамуса и передней поясной коры демонстрирует перспективные результаты у пациентов с резистентной депрессией и обсессивно-компульсивным расстройством.

Еще одной важной технологией является транскраниальная электрическая стимуляция (tDCS), при которой слабый электрический ток направляется через кожу головы для изменения активности нейронов. Этот метод менее инвазивен и более доступен, чем ТМС и DBS, но также демонстрирует потенциал в лечении депрессии, тревожных расстройств и даже когнитивных нарушений.

Кроме того, активно исследуются методы вегетативной нейромодуляции, такие как стимуляция блуждающего нерва (VNS). Этот подход основан на передаче электрических импульсов через имплантированный стимулятор, который активирует парасимпатическую систему и изменяет уровень нейромедиаторов, таких как серотонин и норадреналин. VNS уже используется при лечении резистентной эпилепсии и депрессии и продолжает демонстрировать свою эффективность в психиатрии.

Современные нейромодуляционные технологии также развиваются в направлении нейрообратной связи (neurofeedback), которая позволяет пациентам контролировать собственную мозговую активность с помощью визуальной или аудиальной обратной связи. Этот метод активно применяется в терапии тревожных расстройств, СДВГ и депрессии, помогая пациентам тренировать регуляцию эмоций и концентрацию внимания.

Несмотря на значительные достижения, широкое клиническое применение нейромодуляционных технологий ограничивается высокой стоимостью, сложностью индивидуального подбора параметров стимуляции и необходимостью дальнейших исследований. Однако их потенциал в лечении резистентных психических расстройств делает это направление одним из самых перспективных в современной психиатрии. В будущем ожидается развитие более персонализированных и адаптивных систем нейромодуляции, интеграция с искусственным интеллектом и расширение возможностей неинвазивных методов стимуляции.

Развитие психосоциальных подходов

Современная психиатрия все больше ориентируется на интеграцию биологических и психосоциальных факторов в лечении психических расстройств. Психосоциальные подходы направлены на поддержку пациентов в повседневной жизни, улучшение их социальной адаптации и профилактику рецидивов заболеваний. Развитие технологий, цифровых платформ и новых методик психотерапии способствует повышению эффективности этих подходов и их доступности.

Одним из ключевых направлений является цифровая психотерапия, включающая мобильные приложения, онлайн-платформы и чатботы, предоставляющие пациентам психотерапевтическую поддержку. Такие технологии позволяют людям с депрессией, тревожными расстройствами и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) получать помощь без необходимости личных визитов к специалисту. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) в онлайн-формате уже доказала свою эффективность, особенно в сочетании с регулярными консультациями психиатров и психологов.

Важное место занимает социально ориентированная психиатрия, направленная на помощь пациентам в восстановлении социальных функций. Программы психосоциальной реабилитации включают обучение навыкам самостоятельной жизни, трудотерапию, поддержку в трудоустройстве и работе с родственниками пациентов. Технологии виртуальной реальности (VR) и дополненной реальности (AR) также находят применение в этом направлении, помогая пациентам адаптироваться к реальным социальным ситуациям в безопасной среде.

Еще одним перспективным направлением является социальное вмешательство с использованием искусственного интеллекта. Анализ больших данных (Big Data) и алгоритмы машинного обучения позволяют прогнозировать поведенческие риски, отслеживать изменения в состоянии пациентов и предлагать персонализированные стратегии психосоциальной поддержки. Например, анализ текстов в социальных сетях и сообщений в мобильных приложениях может помочь в раннем выявлении депрессивных состояний и предупреждении суицидальных рисков.

Кроме того, активно развиваются групповые психотерапевтические подходы, включая поддерживающие группы, психообразовательные программы и семейную терапию. Исследования показывают, что участие в групповой терапии улучшает приверженность лечению, снижает уровень социальной изоляции и помогает пациентам эффективнее справляться с симптомами психических расстройств.

Несмотря на значительные достижения, внедрение психосоциальных технологий в психиатрическую практику требует комплексного подхода. Важно учитывать индивидуальные особенности пациентов, этические аспекты использования цифровых технологий и необходимость интеграции психосоциальной помощи с медицинскими методами лечения. Будущее психиатрии, вероятно, будет связано с расширением использования гибридных моделей, объединяющих традиционные и инновационные методы психосоциальной поддержки, что позволит повысить качество жизни пациентов и их успешную реинтеграцию в общество.

Дестигматизация психических заболеваний

Стигматизация психических заболеваний остается одной из самых значительных проблем современной психиатрии, ограничивая доступ пациентов к своевременному лечению, усложняя их социальную адаптацию и снижая качество жизни.

Одним из ключевых направлений в борьбе со стигмой является повышение осведомленности общества о психических расстройствах. Широкомасштабные информационные кампании, проводимые государственными и общественными организациями, направлены на разъяснение природы психических заболеваний, разрушение мифов и формирование более толерантного отношения к людям с психическими расстройствами. Важную роль в этом играют социальные сети, онлайн-платформы и популярные медиа, где известные личности и инфлюенсеры делятся личными историями о борьбе с депрессией, тревожными расстройствами и другими состояниями, способствуя их нормализации в общественном дискурсе.

Значительный вклад в дестигматизацию вносит изменение подходов в медицинской среде. Современная психиатрия ориентируется на интеграцию психического здоровья в общую систему здравоохранения, что способствует устранению разделения между психиатрической и соматической медициной. Введение психообразовательных программ для врачей общей практики, терапевтов и других специалистов позволяет снизить уровень дискриминации пациентов с психическими расстройствами в медицинских учреждениях и повысить доступность специализированной помощи.

Еще одним важным трендом является юридическая защита прав пациентов с психическими заболеваниями. Во многих странах принимаются законы, направленные на недопущение дискриминации в сфере занятости, образования и социальной жизни. Работодатели все чаще внедряют политики поддержки сотрудников с психическими расстройствами, создавая благоприятные условия для их работы и профессионального роста.

Развитие психосоциальных программ и инклюзивных инициатив также играет важную роль в снижении стигмы. Социальные проекты, направленные на поддержку людей с психическими заболеваниями, включают программы профессиональной реабилитации, волонтерские инициативы и создание безопасных пространств для общения и самореализации. Такие инициативы помогают пациентам чувствовать себя полноценными членами общества и формируют более благоприятное отношение к ним со стороны окружающих.

Несмотря на значительные успехи, борьба со стигмой остается долгосрочной задачей, требующей комплексного подхода. Продолжение образовательных программ, развитие доказательной психиатрии и активное участие общества в обсуждении темы психического здоровья позволят создать более открытую и толерантную среду, где каждый человек сможет получить необходимую поддержку без страха осуждения и дискриминации.

Заключение

Представленные тренды подчеркивает ключевые тенденции, которые определяют будущее современной психиатрии. Выделены направления, такие как персонализированная психиатрия, психофармакогенетика, использование искусственного интеллекта и телепсихиатрии, а также нейромодуляционные технологии, функциональная нейровизуализация и интеграция психиатрии с неврологией. Важным аспектом является развитие биомаркеров психических расстройств, психосоциальных подходов и дестигматизация психических заболеваний. Эти тренды способствуют созданию более точных диагностических методов, улучшению эффективности лечения и обеспечению доступности психиатрической помощи, что в свою очередь способствует успешной социальной адаптации пациентов и дальнейшему прогрессу психиатрической науки. Данные обстоятельства обеспечивают не только научный прогресс, но и позитивные социальные последствия, способствуя улучшению общественного восприятия психических заболеваний и укреплению психического здоровья населения.

Организация психиатрической помощи

УДК 616.89:616.831

ОПЫТ СОВМЕСТНОГО ПРИЕМА ВРАЧА-ПСИХИАТРА И ДЕФЕКТОЛОГА

И.П. Осипкина[1,2], В.С. Мозгалевская[3], Л.В. Смачная[4]

[1] *Многопрофильный центр современной медицины «Евромед»*

[2] *Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области "Городская детская клиническая больница № 3"*

[2] *Бюджетное учреждение Омской области «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»*

[4] *Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»*

irinaos0765@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается практическое применение мультидисциплинарного подхода в диагностике и коррекции психических расстройств у детей и подростков. Описание работы специалистов – детского психиатра и дефектолога – в рамках совместных консультаций на базе медицинского центра ООО «МЦСМ Евромед» подчеркивает важность комплексной оценки состояния ребенка. Особое внимание уделяется диагностике и коррекции задержек в развитии, нарушений коммуникации и поведения у дошкольников. Рассмотрены методы работы с детьми младшего возраста, использование разнообразных диагностических материалов и взаимодействие специалистов с родителями. Также акцентируется внимание на необходимости сотрудничества разных профессионалов для эффективной помощи детям с психическими расстройствами и нарушениями развития. Опыт такого подхода подтверждает его высокую эффективность и значимость для оптимизации процесса диагностики и реабилитации, что способствует улучшению социальной адаптации и психоэмоционального состояния детей.

Ключевые слова: детская психиатрия, психические расстройства, дефектология, мультидисциплинарный подход, коррекция развития, диагностика.

THE EXPERIENCE OF JOINT CONSULTATION BY A PSYCHIATRIST AND A DEFECTOLOGIST

I.P. Osipkina, V.S. Mozgalevskaya, L.V. Smachnaya

Abstract. The article discusses the practical application of a multidisciplinary approach in the diagnosis and correction of mental disorders in children and adolescents. The description of the work of specialists – child psychiatrist and defectologist – within the framework of joint consultations at the medical center LLC "MCMS Evromed" highlights the importance of comprehensive assessment of the child's condition. Special attention is given to the diagnosis and correction of developmental delays, communication disorders, and behavioral problems in preschoolers. The methods of working with younger children, the use of various diagnostic materials, and the interaction of specialists with parents are discussed. The article also emphasizes the necessity of collaboration among various professionals to provide effective assistance to children with mental disorders and developmental delays. The experience of this approach confirms its high effectiveness and importance for optimizing the diagnostic and rehabilitation process, which contributes to improving social adaptation and the psycho-emotional state of children.

Keywords: child psychiatry, mental disorders, defectology, multidisciplinary approach, developmental correction, diagnosis.

Детская психиатрия отделилась от общей психиатрии после того, как были доказаны отличия детского организма и психики. Изучение детских психических расстройств продолжается в связи с достижениями многих наук (общая психопатология и психиатрия, психофармакология, детская психология и педагогика).

Психиатрия детского и подросткового возраста имеет ряд особенностей, важнейшая из которых – непрерывный процесс развития и созревания структур и функций всего организма, в том числе и центральной нервной системы, поэтому при диагностике психических расстройств в детском и подростковом возрасте учитывается влияние возрастного фактора на проявление, динамику и прогноз заболеваний.

Детская психопатология тесно связана с дефектологией – наукой о закономерностях развития, воспитания и обучения детей, имеющих физические и психические недостатки.

Например, при обнаружении отставания в развитии речи, самообслуживания, игровых навыков родители обращаются к детскому психиатру и специалист должен решить действительно ли отставание в развитии является патологией или это отклонение темпа развития носит временный характер. В идеальном варианте психиатр совместно с дефектологом создает план абилитации, который будет осуществляться в коррекционном учреждении под руководством педагогов.

Еще один важный момент – необходимость отграничения стойких состояний недоразвития от психических заболеваний. Возникающие у детей, даже выраженные и длительно сохраняющиеся нарушения могут быть проявлением временных, преходящих расстройств. В этом случает важно решить, что будет в приоритете – лечение или психолого-педагогическая коррекция, нормализация детско-родительских отношений, изменение среды.

В свою очередь, знания педагога о норме и отклонениях в психическом развитии ребенка позволяют управлять процессом реабилитации\абилитации, что улучшает адаптацию ребенка в различные периоды его созревания.

Мы постоянно говорим о том, что для полноценной помощи детям с психическими расстройствами, нарушениями развития нужна помощь различных специалистов, но связь между ними зачастую осуществляется очень плохо. Родители сами находят психологов, дефектологов, логопедов, неврологов, психиатров, которые дают различную информацию о состоянии, заболевании, что иногда приводит близких ребенка, которые и без того находятся в напряжении, в состояние растерянности, замешательства. «Доктор, нам раньше вообще ставили «сенсорные нарушения» (невролог), а сейчас – «вербальная агнозия» (логопед), а в садике все говорят – он «аутист». Что у моего ребенка и что нам делать дальше ?».

Несмотря на понимание большинством специалистов необходимости межведомственного подхода в диагностике и коррекции психических нарушений у детей, реализовать это на практике не всегда возможно. На то есть ряд причин – отсутствие возможности работы в одном учреждении, недостаточная преемственность между специалистами разных ведомств. Учитывая, что ребенок с нарушением развития нуждается не только и часто не столько в лечении, сколько в коррекционно-развивающих занятиях, совместная работа врача и педагога позволяет структурировать дальнейший маршрут развития ребенка.

Совместное консультирование детского психиатра и педагога дефектолога проводится на базе ООО «МЦСМ Евромед» с 2020 года.

С 2020 по 2023 год в центре Евромед совместно психиатром и дефектологом принято 405 детей.

В подавляющем большинстве – дети дошкольного возраста.

Причиной обращения чаще являлись жалобы на отставание в развитии, нарушение коммуникации, проблемно поведение.

На прием отводится один час. Это время нужно для того, чтобы ребенок мог адаптироваться в новых условиях, а у специалистов была возможность наблюдать за его деятельностью и по возможности использовать диагностические процедуры. В это же время проводится подробный опрос родителей поочередно обоими специалистами.

В начале консультации врач-психиатр беседует с родителями, собирая анамнез ребенка и уточняя запрос обращения. В это время учитель-дефектолог вовлекает ребенка в совместную деятельность, в ходе которой уточняет готов ли ребенок вступить с ним в контакт и разделить с ним игру, глазной контакт, внимание. Наблюдение за поведением ребенка начинается с того момента, когда ребенок переступает порог кабинета. Ребенок младшего возраста сам «выбирает» себе игру или игрушку, а специалист ориентируется на интерес, проявляемый малышом. Детям старше 3х лет игры и пособия предлагаются взрослым последовательно. Процесс обследования может перестраиваться при грубом несоответствии уровня развития возрасту ребенка или наличии психологических проблем (при возникновении негативизма, страхов, истерик и т.п.). Необходимо помнить, что иногда на установление контакта с маленьким ребенком требуется больше времени, чем с ребенком более старшим. Отмечается, проявляет ли интерес к игрушкам, другим окружающим предметам, как действует с ними, высказывает ли эмоции в процессе обследования, игры, как реагирует на неудачу. Проводится оценка внимания и характер игры. На протяжении всего осмотра проверяется уровень развития речи – понимание обращенной речи, выполнение простых инструкций, активная речь (звукоподражания, слова, фраза).

Используется различный материал для обследования в зависимости от возраста, развития, предпочтений каждого ребенка - игрушки, сортеры, пазлы и разрезные картинки, картинки с изображениями предметов обихода, животных, простых сюжетов. Учитывая, что большую часть обследованных детей составляют дети младшего возраста или с задержанным, искаженным развитием, предпочтение отдается невербальному материалу, который применяется при любом уровне речевого развития детей.

После того, как ребенок почувствует себя комфортно, и безопасно, специалисты меняются

ролями, врач-психиатр взаимодействует с ребенком, а учитель-дефектолог фиксирует свои наблюдения в протоколе. В процессе беседы специалисты задают уточняющие вопросы родителям, так как ребенок может не продемонстрировать тех навыков, которыми он владеет, не показать актуальный уровень знаний и умений, но тогда мы отмечаем их в заключении пометкой «со слов родителей».

Во время консультации отмечаются также особенности взаимодействия родителя (родителей) и ребенка: завышенные или заниженные требования, гиперопека, жесткость требований и т.д. На протяжении осмотра специалисты комментируют те или иные особенности поведения маленького пациента.

В завершающей части консультативно-диагностического приёма, родителям даются объяснения по поводу слабых и сильных сторон в развитии ребенка, которые были замечены.

Родители получают протокол, в котором отражены жалобы, анамнестические сведения, данные обследования (заполняется каждым специалистом), рекомендации (также от обоих специалистов) по организации помощи ребенку.

Врач-психиатр назначает лечение, дополнительное обследование, если это необходимо. Учитель-дефектолог даёт рекомендации по организации домашнего воспитания и психолого-педагогической поддержки, общими являются рекомендации по развитию отдельных функций, навыков (самообслуживание, игра, коммуникация, общая и тонкая моторика, речь, навыки конструирования, изобразительного творчества и др.).

Такой формат работы даёт возможность более глубокой диагностики, поскольку сразу видны и педагогические трудности и медицинские, так как специалисты действуют в одном русле. Привлечение ресурсов двух ведомств даёт возможность специалистам быть более осведомленными в области смежных задач.

Консультируя совместно, специалисты могут дать семье более подробную информацию и произвести детальный анализ возможностей ребенка. Плюсом такой консультации для родителей является и то, что, придя на приём, учитель-дефектолог может определить учреждение, организацию, куда необходимо обратиться для проведения коррекционно-развивающих занятий, сориентировать по адресам и телефонам этих организаций, а так же направить к конкретному специалисту, который, по мнению дефектолога, наиболее подходит данному ребенку. Определяется круг тех задач, которые необходимо решить в дальнейшей работе тому специалисту, который будет сопровождать ребенка: развитие речи, социальных навыков, необходимость в формировании навыков адекватного поведения и т.д.

В рамках комплексного приема появляется возможность ответить на конкретные вопросы родителей, касающиеся проблем поведения, адаптации в образовательной организации, и трудностей взаимодействия с ребенком.

Такой опыт работы подтверждает возможность существования и эффективности мультидисциплинарного подхода к диагностике и коррекции расстройств развития.

Наркология

УДК 616.89.-008.1:616.89.-02-036:616.89-02-07:178.8

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ГАЛЛЮЦИНОЗА, РАЗВИВШЕГОСЯ НА ФОНЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ 1,4 - БУТАНДИОЛА

С.А. Ракитин [1,2], А.С. Антонова [1,2], М.В. Курушкин [2], И.А. Алексеев [1]

[1] *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации*

[2] *Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области Омский областной наркологический диспансер*

sergeydoctor83@gmail.com

Аннотация. В статье приводится описание случая развития психотического расстройства на фоне абстинентного синдрома при длительном употребления прекурсора гамма-оксимаслянной кислоты (ГОМК) – 1,4 – бутандиола (1,4-БД). Обращается внимание на особенности динамики развития психопатологической симптоматики на фоне синдрома отмены, редукцию остаточных явлений перенесенного психоза.

Ключевые слова: психоз, бутираты, 1,4 - бутандиол, галлюциноз.

A CLINICAL CASE OF HALLUCINOSIS THAT DEVELOPED ON THE BACKGROUND OF WITHDRAWAL SYNDROME WITH THE USE OF 1,4 - BUTANEDIOL

S.A. Rakitin, A.S. Antonova, M.V. Kurushkin, I.A. Alekseev

Abstract. The article describes a case of psychotic disorder development on the background of withdrawal syndrome with prolonged use of the precursor of gamma-hydroxybutyric acid (GHB) – 1,4 – butanediol (1,4-BD). Attention is drawn to the peculiarities of the dynamics of the development of psychopathological symptoms against the background of withdrawal syndrome, the reduction of residual phenomena of psychosis, and the need to differentiate symptoms with hallucinosis of alcoholic and other etiologies.

Keywords: psychosis, butyrates, 1,4 - butanediol, hallucinosis.

Введение

В настоящее время одними из популярных неинъекционных наркотиков является прекурсор гамма-оксимасляной кислоты (ГОМК) - 1,4-бутандиол (сленговое название «бутират, вода, оксана, бутик» -)[1,2,3]. В настоящее время вопросы, связанные с употреблением данного психоактивного вещества (ПАВ), изучены недостаточно. Практика показывает, что данный класс веществ особенно распространен среди молодых аддиктов и часто выступает в качестве альтернативы алкоголю, особенно «бутират» выгодно отличается «порогом входа»: меньшие дозы, более привлекательный эффект опьянения, отсутствие абстинентного синдрома на начальных этапах потребления, доступность цены, относительно большинства других ПАВ, все это в совокупности способствует развитию зависимости в короткие сроки, а благодаря кратковременности эффекта быстро развивается систематический прием и резко возрастает толерантность, что в будущем, при прекращении потребления вещества или снижения дозировки, вызывает тяжелый абстинентный синдром, который часто приводит к острым психотическим состояниям [3-6,8].

Ниже представлен клинический случай психотического состояния в виде галлюциноза, развившегося на фоне абстинентного синдрома при употреблении 1,4 — бутандиола

Клинический случай. Больной Г., 20 лет, проживает в г. Омске. Находился на лечении в 3-м наркологическом отделении с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления седативных и снотворных средств («бутираты», прекурсор ГОМК-1,4 -бутандиол), средняя стадия зависимости. Синдром отмены. F 13.3. Психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное F13.52.

Анамнестические сведения. Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом деда по линии отца. Родился недоношенным на 7 месяце, первым ребёнком от третьей по счету беременности (первые две беременности закончились самопроизвольными выкидышами), родоразрешение кесаревым путем в связи с развитием эклампсии. Раннее детское развитие без особенностей, до школы часто болел ОРВИ, ангиной, в возрасте 4 лет переболел скарлатиной. Воспитывался в полной семье, был сильно привязан к матери. Детский сад посещал с 5 лет. В первые несколько месяцев отмечались трудности с адаптацией, тяжело переносил разлуку с родителями, практически не общался со сверстниками, объяснял это тем, что остальные дети злые и обязательно будут обижать или смеяться, коллективным играм предпочитал уединение. В школу пошёл в 7 лет, классы не дублировал, в школе был тихим, застенчивым, в коллективных занятиях старался не участвовать, однако утверждает, что потребность в общении все же испытывал, но контакты со сверстниками сопровождались чувством напряженности, неловкости «не понимал с чего начать разговор и как его поддержать». Учеба давалась легко, особенно нравились биология, физика, химия, планировал поступать учиться на биолога, однако отмечал, что потерял интерес к учебе в 13-летнем возрасте после переезда в другой город, связанным со сменой работы отца, «меня там коллектив не принял, потому что я не местным был, часто уходил с уроков». Досуг проводил, в основном, дома, играя в компьютерные игры и за просмотром анимационных сериалов. Отношения в семье описывает как «нормальные». Мать описывает как добрую и заботливую, «но иногда заботится слишком сильно, много переживает, боится, что со мной что-нибудь случиться». Отец часто не находился дома, «много работал, на меня у него времени особо не было, всегда приходил уставшим, очень редко проводили с ним время вместе».

После окончания 9 классов, поступил в колледж по специальности «химик-технолог». С учебой справлялся, «учиться было интересно, появились новые друзья». Под влиянием новых знакомых в возрасте 15 лет впервые попробовал табачные изделия, «не очень понравилось, но я ходил с ними курить, потому что все ходили, хотел чувствовать себя частью компании». Алкоголь впервые попробовал в 16 лет, ощущение опьянения понравилось, «эйфория была, так сразу легко общаться стало, хотя раньше всегда было трудно, но запах алкоголя никогда не нравился, поэтому брал коктейли с разными вкусами». Со слов, выпивал 1 раз в 1,5-2 месяца, в основном пиво и слабоалкогольные напитки, в компании «одногруппниками собирались, играли в настолки, немного выпивали, компания хорошая была». Запойное пьянство, сформированный абстинентный синдром отрицает.

В 18 лет на очередной встрече с приятелями предложили попробовать «бутират» - 1,4 бутандиол «поддался на уговоры, так как некоторые друзья говорили что вещь классная и им понравилось». Первое опьянение описывает как очень приятное ощущение расслабления «стало спокойно, сразу захотелось поговорить, прошло стеснение, стало весело, а выпил всего около двух колпачков». Повторная проба была уже на следующий день «хотелось повторить ощущения, очень понравилось, ребята тоже подначивали». Спустя 3 месяца сформировался систематический прием ПАВ, стал принимать ежедневно по несколько раз в сутки «одного раза мне уже не хватало, эффект от малых доз уже не такой сильный был». Толерантность дошла до 30 мл в сутки «постоянно думал о том, когда смогу принять еще, искал, где взять, принимал без особого повода, просто чтобы общаться было комфортнее, бутират помогал чувствовать себя свободнее». Первые несколько месяцев симптомов абстиненции не отмечал «после приема хватало крепкого чая и хорошо выспаться, это особенно нравилось, после алкоголя всегда тяжело было». Спустя 4-5 месяцев от начала употребления начал отмечать первые симптомы отмены «все внутри тряслось, сердце колотилось как ненормальное, не мог спать, сильно потел, думал, что умру, если не выпью снова». За год регулярного приема толерантность выросла до 60 мл в сутки, в основном за счет увеличения кратности приема с разовой дозой около 5 мл. За последнее время наступление абстинентного синдрома ускорилось «сейчас плохо становится уже через 1,5-2 часа после того как выпью, а раньше держался около 4-5 часов и не так сильно плохо было». На фоне приема «бутиратов» начались пропуски в колледже, возникла угроза отчисления, признался в употреблении матери и после ее уговоров обратился за помощью в наркологический диспансер.

В отделение поступил добровольно, в сопровождении матери, жаловался на невозможность самостоятельно прекратить принимать 1,4-БД, бессонницу, дрожь в теле при отмене вещества, страх, что будет плохо со здоровьем.

Соматическое состояние при поступлении: Общее состояние удовлетворительное, положение активное, телосложение атсеническое, внешний вид опрятен. Кожные покровы бледно-розового цвета, повышенной влажности. Лицо отёчное. Язык обложен белым налётом. Зев спокоен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жёсткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные.

Артериальное давление 140/70 мм.рт.ст. Пульс 113 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отёков нет. Стул, диурез в норме. Температура тела 37,1 Со.

Неврологическое состояние: Менингеальных симптомов нет. Зрачки D=S, округлой формы. Реакция зрачков на свет сохранена, содружественная. Со стороны черепно-мозговых нервов без острой патологии. Сухожильные рефлексы без существенной разницы сторон, оживлены. Нистагма нет. Выраженный тремор рук.

Психическое состояние: Сознание не помрачено, ориентирован в месте, времени и в своей личности верно. Пациент внешне выглядит моложе паспортного возраста, одет в чистое, опрятен. Общий фон настроения снижен, мимика бедная. Мышление в замедленном темпе на вопросы отвечает в теме заданного, но с неохотой, после некоторой паузы «тяжело соображать последнее время». Моторно несколько беспокоен, ерзает на стуле, просит начать пораньше лечение из-за наступающего внутреннего дискомфорта «последний раз принимал бутират 4 часа назад, мне уже плохо». На момент осмотра острой психотической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций не выявлено. Заявляет о приеме 5 мл «бутирата» за 4 часа до госпитализации.

В первый день лечения на фоне абстинентного синдрома (тремор, тревога, чувство внутреннего дискомфорта, тахикардия, потливость, раздражительность) в вечернее время на фоне ясного сознания возникли зрительные галлюцинации (подолгу вглядывался в стены, активно искал что-то под кроватью, пытался поднять с пола предметы, которых в реальности не существовало, раздражался когда не получалось). При попытках вступить в контакт, на вопросы отвечал в теме заданого, пояснял что видел, на высоте переживаний, пытаясь доказать реальность галлюцинаций, раздражался, выглядел растерянным, удивлялся, что ему не верят. Ориентировка в месте, времени и собственной личности сохранялась. Зрительный контакт поддерживал с трудом, часто отвлекался на галлюцинаторные образы. Медикаментозная терапия: табл. аминофенилмасляной кислоты 250 мг (500 мг утро, день и 750 мг на ночь), 0,1% р-р бромдегидрохлорфенилбензодиазепина 1 мл внутримышечно (2 мг день, 4 мг на ночь), на фоне дезинтокискационной инфузионной терапии. После назначений уснул и проспал около 12 часов.

На второй день, после пробуждения, состояние удовлетворительное. Галлюцинаторной симптоматики не наблюдалось, помнил и рассказал об вечерних обманах восприятия. Ориентировка в месте, времени, собственной личности сохранена.

В клинической картине последующих дней на первом плане выступали астено-депрессивные симптомы (был апатичен, жаловался на постоянную разбитость, сниженное настроение, ранние утренние пробуждения, раздражительность). К лечению были добавлены карбамазепин 200 мг (0-0-1), сертралин 50 мг (1-0-0). Прошел полный курс стационарного лечения в 21 день. За время лечения состояние пациента оставалось стабильным, астено-депрессивные симптомы были полностью купированы. Но к моменту выписки критика к перенесенному состоянию полностью не сформировалась «не думаю, что все это от бутиратов», от предложенной медико-социальной реабилитации и сеансов психотерапии отказался «буду просто принимать таблетки, с остальным сам справлюсь». Покинул отделение самостоятельно, в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями дальнейшего лечения у участкового врача нарколога.

Анализ клинического случая

У пациента с отягощенной психопатологической наследственностью по линии отца, с воспитанием по типу гиперопеки со стороны матери, с наличием шизоидных характерологичеких особенностей в преморбиде в возрасте 15 лет отмечаются первые пробы никотина, а в 16 лет алкоголя. Прием спиртного давал пациенту положительную эмоциональную окраску, ощущение смелости, чувство раскрепощения и облегчения общения с окружающими. Запойное пьянство, сформированный абстинентный синдром отрицает. В 18 лет отмечаются первые пробы 1,4-БД под давлением компании. Первые впечатления от приема агониста ГАМК описывает как крайне привлекательные, ощущал выраженный эйфорический эффект, легкость в общении, особенно отмечал малую дозу для достижения эффекта и отсутствие постинтоксикационного синдрома. Систематичность в приеме ПАВ стала прослеживаться через 2-3 месяца от первой пробы, стала возрастать суточная толерантность до 30 мл, преимущественно за счет увеличения кратности приема. Появились признаки психической зависимости – навязчивые мысли о психоактивном веществе, желание повторного приема, активные поиски, снижение интенсивности приятных ощущений в опьянении, психический дискомфорт в состоянии воздержания. Спустя полгода от начала приема 1,4-БД влечение

стало непреодолимым, сформировался абстинентный синдром в виде тремора, потливости, выраженной тревоги, бессонницы, купирующиеся только при повторном приеме вещества. Примерно через год от начала приема ПАВ толерантность выросла до 60 мл в сутки, наблюдалась утрата ситуационного и количественного контроля, отмечалось усиление симптомов абстиненции, что указывает на формирование средней стадии зависимости. Психотическое расстройство в виде галлюциноза развилось на фоне абстинентного синдрома. Согласно МКБ-10 выставлен диагноз F13.3 (синдром отмены седативных или снотворных веществ), F 13.52 (психотическое расстройство, преимущественно галлюцинаторное), так как развитие наблюдалось в пределах 2-х недель от прекращения употребление ПАВ (первые сутки госпитализации), длительность расстройства не превышало 6 месяцев (состояние купированно на 2 сутки госпитализации) [4, 6].

В данном случае психотическое расстройство следует относить к острым, из-за таких клинических проявлений как: возбуждение, яркость психопатологической симптоматики, а также из-за его динамических характеристик: возникновение данного состояния на фоне абстинентного синдрома (в первые сутки от последнего приема ПАВ), кратковременность данного состояния, продолжительностью несколько часов, критический выход из психоза, через глубокий длительный сон с отсутствием специфических изменений в мышлении и эмоционально-волевой сфере. Все это в совокупности со сформированной зависимостью от синтетического ПАВ, позволяет судить об экзогенной природе психоза.

Анализ клинической картины свидетельствует о развитии психотического расстройства по типу классической реакции экзогенного круга на фоне длительного приема и сформированной средней стадии зависимости от 1,4-БД. В купировании психозов у данных пациентов предлагается в первую очередь использование бензодиазепинов и агонистов ГАМК-рецепторов, а применение антипсихотиков должно быть ограничено и введено, по-нашему опыту наблюдений, только в случаях усложнения психопатологической симптоматики или увеличении продолжительности психоза [5,7,9]. Дальнейшая тактика лечения (стабилизирующпая и поддерживающая терапия) проводится согласно клиническим рекомендациям для лечения фонового наркологического расстройства

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией этой статьи.
ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ. Автор заявляет об отсутствии финансирования при проведении исследования.
СООТВЕТСТВИЯ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ. Работа соответствует нормам современных этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией ВМА.

Литература

1. Доклад о наркоситауции в Российской Федерации в 2022 году / Москва, 2023. – 60 с.

2. О проблемах, связанных с употреблением 1,4-бутандиола в качестве психоактивного вещества / А.Ю.Евдокимов, Ю.Б. Шевцова, В.Ю. Скрябин [и др.] // Наркология – 2023. – № 22(8). – С 3-14.

3. Raposo Pereira F., McMaster M.T.B., Schellekens A., Polderman N., et al. Effects of Recreational GHB Use and Multiple GHB-Induced Comas on Brain Structure andImpulsivity. Front Psychiatry. 2020; 11: 166. https://doi: 10.3389/fpsyt.2020.00166.

4. Класс V (F). Психические расстройства и расстройства поведения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т.1, Ч.1. – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 313–392. Klass V (F). Psixicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedeniya.

5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (МКБ10 F10-19), и реабилитации больных наркологического профиля. М.:Ассоциация наркологов России. – 2014. – 338 с.

6.Бохан Н.А. Лечение острых психозов, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ. / Н.А. Бохан, Г.М. Усов, С.А. Ракитин и др. // Психиатрия. – 2022– №20(4) – С.54-63.

7. Ракитин С.А., Усов Г.М. Способ лечения абстинентного синдрома, с целью превенции развития психоза у лиц с зависимостью от синтетических агонистов рецепторов гамма-аминомасляной кислоты: бутиролактона, 1,4-бутандиола. Пат.2739192, Российская Федерация, МПК А 61 К 31/197, А61 Р 25/30.,заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России №2020120123/04;заявл.18.06.2020; опубл. 21.12.2020, Бюл. №36–7с.

8. Буданова А.А. ПАВ-индуцированные психозы у больных шизофренией / А.А. Буданова, Е.О, Бойко, В.В. Северцев // Вопросы наркологии. 2023. Т. 35, № 2. С. 60–73.

9. Ракитин С.А. Способ лечения абстинентных психозов у лиц с зависимостью от седативных и снотворных средств, относящихся к группе синтетических агонистов рецепторов гамма-аминомасляной кислоты, бутиролактона и 1,4-бутандиола Пат. 2788894, РФ / Ракитин С.А., Усов Г.М., Титов Д.С., Курушкин М.В., Мищенко С.В.; заявитель и патентообладатель ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России. – №2022107929; заявл.25.03.2022; опубл. 25.01.2023. Бюл. №3.

Лечение психических расстройств

УДК 616.89:616.831

ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (на примере общепсихиатрического психосоматического отделения для лиц пожилого возраста № 5)

Т.В. Петрова, Э.Р. Ханафеева, Л.С. Новицкая

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

erhmir@mail.ru

Аннотация. Цереброваскулярные заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин инвалидизации и смертности, представляя значимую медицинскую проблему. В статье рассмотрены патогенез, клинические проявления и методы лечения ишемических инсультов, хронической ишемии головного мозга и сопутствующих психических расстройств. Подчёркнута эффективность комплексного подхода, включающего коррекцию соматического статуса, применение метаболических и нейропротективных препаратов (цитофлавин, ноотропы, вазоактивные средства) и современных психофармакологических средств для устранения психических нарушений. Терапия способствует стабилизации состояния, снижению когнитивных и аффективных нарушений, улучшению качества жизни пациентов и их социальной адаптации. Полученные результаты подчеркивают значимость индивидуализированного и междисциплинарного подхода.

Ключевые слова: цереброваскулярные заболевания, хроническая ишемия головного мозга, когнитивные нарушения, психические расстройства, комплексное лечение, метаболическая терапия, психофармакология, адаптация, качество жизни.

APPROACHES TO THE THERAPY OF CEREBROVASCULAR DISEASES ASSOCIATED WITH MENTAL DISORDERS (Based on the example of the general psychiatric psychosomatic department for elderly patients no. 5)

T.V. Petrova, E.R. Khanafeeva, L.S. Novitskaya

Abstract. Cerebrovascular diseases remain one of the most pressing and significant challenges in modern society, as they are a leading cause of disability across various age groups. Conditions such as ischemic and hemorrhagic strokes, chronic cerebrovascular insufficiency, and brain aneurysms significantly impact patients' quality of life, contributing to cognitive decline, impaired self-care, and reduced social functioning. Chronic cerebral ischemia is one of the most prevalent conditions among such patients, resulting from insufficient cerebral blood flow due to atherosclerosis, hypertension, and type 2 diabetes mellitus. Comprehensive treatment, combining the correction of somatic conditions, metabolic therapy, and psychopharmacology, aims to stabilize somatic and psychological status. Key therapeutic measures include the use of succinic acid-containing drugs, nootropics, and vasoactive agents to improve cerebral metabolism, reduce ischemia, and enhance cognitive function. Atypical antipsychotics, SSRIs, and other psychotropic medications are employed to manage comorbid psychiatric disorders, such as psychosis, affective, and behavioral disturbances. This integrated approach improves patients' quality of life, fosters adaptation, and enhances social functioning. It also positively affects the well-being of their families and caregivers, emphasizing the importance of multidisciplinary strategies for treating cerebrovascular diseases associated with mental health disorders

Keywords: cerebrovascular diseases, chronic cerebral ischemia, cognitive impairment, mental disorders, comprehensive treatment, metabolic therapy, psychopharmacology, adaptation, quality of life.

Сосудистые заболевания головного мозга продолжают оставаться одной из наиболее актуальных и значимых проблем современного общества. Эти заболевания представляют собой сложный медицинский и социальный вызов, поскольку они занимают лидирующие позиции среди причин инвалидизации населения в различных возрастных категориях. В первую очередь, это связано с высокой распространённостью таких состояний, как инсульт, транзиторные ишемические атаки, аневризмы и другие патологические процессы, поражающие сосудистую систему мозга.

Эти патологии оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов, приводя к утрате способности к самообслуживанию, снижению когнитивных функций и ухудшению социальной адаптации. Кроме того, они сопровождаются высоким уровнем смертности и требуют значительных затрат на лечение, реабилитацию и долговременный уход. Современные исследования подчёркивают, что риск развития сосудистых заболеваний головного

мозга значительно возрастает под воздействием таких факторов, как артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, ожирение и курение. Эти факторы, в свою очередь, связаны с изменением образа жизни, характерным для урбанизированного общества, включая снижение физической активности и ухудшение качества питания.

Особую тревогу вызывает тот факт, что сосудистые заболевания мозга нередко приводят к необратимым изменениям в нервной системе, которые невозможно полностью устранить даже при использовании современных методов лечения. Это подчёркивает важность разработки и внедрения эффективных стратегий профилактики, направленных на раннее выявление факторов риска и контроль их воздействия. Таким образом, борьба с сосудистыми заболеваниями головного мозга требует интеграции усилий медицинского сообщества, социальных институтов и самих пациентов, а также привлечения значительных ресурсов для исследований и совершенствования медицинских технологий.

В пятом отделении Омской психиатрической больницы оказывается специализированная помощь пациентам, страдающим разнообразными цереброваскулярными заболеваниями, которые сопровождаются комплексом психических расстройств различной степени выраженности. Эти заболевания включают в себя широкий спектр патологий, таких как ишемические и геморрагические инсульты, хроническая цереброваскулярная недостаточность, аневризмы сосудов головного мозга и другие состояния, приводящие к нарушению мозгового кровообращения. Каждое из этих заболеваний имеет свой уникальный патогенез, что определяет характер и степень выраженности сопутствующих психических нарушений.

Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ) представляет собой одно из наиболее распространённых состояний среди пациентов, проходящих лечение в 5 отделении. Это патологическое состояние развивается вследствие недостаточного кровоснабжения головного мозга, что приводит к хронической гипоксии и метаболическим нарушениям в нервной ткани. Основными этиологическими факторами, вызывающими ХИГМ, являются церебральный атеросклероз, гипертоническая болезнь и сахарный диабет 2-го типа. Эти заболевания формируют патогенетическую основу, способствующую развитию ишемических изменений в мозговой ткани.

Пациенты с хронической ишемией головного мозга часто предъявляют жалобы на такие симптомы, как головокружение, субъективный шум в голове и ушах, снижение памяти, нарушения координации (покачивание при ходьбе), а также ухудшение слуха и зрения. Эти клинические проявления являются следствием постепенного прогрессирования ишемических процессов, которые затрагивают как корковые, так и подкорковые структуры мозга.

В отделении реализуется комплексный подход к лечению пациентов с хронической ишемией головного мозга, особенно в случаях сочетания данного состояния с психическими расстройствами. Основное внимание уделяется коррекции соматического статуса. Это включает стабилизацию артериального давления, нормализацию гликемического профиля, коррекцию сердечно-сосудистых нарушений и улучшение реологических свойств крови, что позволяет оптимизировать системный и мозговой кровоток.

Особое место в терапии занимает использование препаратов, направленных на коррекцию метаболических нарушений в нервной ткани. Препараты, содержащие янтарную кислоту (например, цитофлавин), улучшают энергетический обмен, стимулируя цикл Кребса в нейронах. Это способствует увеличению производства АТФ, снижению степени ишемии нервных клеток и восстановлению их функций. Кроме того, активно применяются ноотропные и вазоактивные препараты, такие как винпоцетин, кортексин, церебролизин и пирацетам. Эти средства используются как в инъекционной, так и в таблетированной формах, что обеспечивает гибкость терапевтических схем.

Хроническая ишемия головного мозга часто сопровождается когнитивными нарушениями, включая снижение памяти, ухудшение внимания и гибкости мышления. Для коррекции таких расстройств используются ингибиторы обратного захвата ацетилхолинэстеразы, которые усиливают ацетилхолинергическую передачу, улучшая когнитивные функции. Дополнительно применяют мемантин, который, блокируя постсинаптические NMDA-рецепторы глутамата, снижает его токсическое воздействие на нейроны, предотвращая прогрессирование когнитивного дефицита.

У значительной части пациентов с ХИГМ развиваются психические расстройства, включая галлюцинаторно-бредовые состояния, аффективные и поведенческие нарушения. Для купирования этих состояний применяются современные психофармакологические препараты, которые подбираются с учётом индивидуальных особенностей клинической картины и переносимости. Таким образом, терапия пациентов с хронической ишемией головного мозга носит комплексный и междисциплинарный характер, что способствует не только уменьшению выраженности симптомов, но и повышению качества жизни больных.

При назначении психофармакологических препаратов в терапии пациентов, особенно в

контексте сочетания психических и соматических заболеваний, придерживаются ряда ключевых принципов, которые направлены на обеспечение максимальной эффективности и безопасности лечения. Эти принципы включают следующие аспекты:

Монотерапия и индивидуализированный подход. Лечение строится на основе тщательного учета сопутствующей соматической патологии и общего состояния пациента. Применение монотерапии минимизирует риск лекарственных взаимодействий, что особенно важно у пациентов пожилого и старческого возраста, для которых характерно наличие множественных хронических заболеваний.

Снижение дозировок препаратов. Лекарственные средства назначаются в дозировках, составляющих примерно 1/3 от средней терапевтической дозы, рекомендованной для общего населения. Такой подход обусловлен возрастными изменениями фармакокинетики и фармакодинамики, включая снижение метаболической активности печени и почечной экскреции, что повышает чувствительность к лекарственным средствам.

Выбор препаратов с минимальными побочными эффектами. Предпочтение отдается современным фармакологическим средствам, таким как атипичные антипсихотики (например, оланзапин, кветиапин) и антидепрессанты нового поколения. Эти препараты характеризуются высокой селективностью и меньшей выраженностью побочных эффектов по сравнению с традиционными средствами, что особенно важно при лечении пациентов с множественными соматическими нарушениями.

Осторожное применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда. Транквилизаторы этой группы (например, диазепам, лоразепам) назначаются крайне осторожно, поскольку их миорелаксирующее действие может приводить к повышенному риску падений и травм у пациентов пожилого возраста. Кроме того, бензодиазепины связаны с риском когнитивных нарушений и привыкания, что ограничивает их применение в длительной терапии.

Коррекция аффективных нарушений проводится с использованием противотревожных, антидепрессивных и седативных препаратов. В качестве основной терапии назначаются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), такие как сертралин и пароксетин. Эти препараты демонстрируют высокий профиль безопасности и выраженное анксиолитическое действие, что делает их предпочтительным выбором для пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами.

При наличии показаний для краткосрочной терапии могут использоваться транквилизаторы, такие как гидроксизин (атаракс), которые обладают противотревожным и седативным эффектом. Они назначаются в минимальных дозировках и только на ограниченный период времени, что позволяет избежать развития побочных эффектов и риска привыкания.

Таким образом, при использовании психофармакологических препаратов в терапии особое внимание уделяется не только эффективности лечения, но и минимизации побочных эффектов, что требует детальной оценки состояния пациента и выбора наиболее безопасных и рациональных схем терапии.

При лечении затяжных бредовых психозов и галлюцинозов особое место занимают нейролептики с антипсихотическим действием, которые подбираются с учётом состояния пациента, выраженности симптоматики и риска развития побочных эффектов. Основным направлением терапии является использование малых доз нейролептиков, которые обладают минимальным кардиотоксичным эффектом. Среди типичных нейролептиков, применяемых в таких случаях, выделяется хлорпротиксен, известный своим успокаивающим и антипсихотическим действием. Однако в современных клинических подходах всё большее предпочтение отдается атипичным нейролептикам.

Назначение атипичных нейролептиков обусловлено их рядом значительных преимуществ. Эти препараты не способствуют усилению когнитивного дефицита, что особенно важно у пациентов с психическими расстройствами, сопровождающимися уже существующим нарушением когнитивных функций. Кроме того, они обладают минимальным кардиотоксическим эффектом, что делает их более безопасными для применения, особенно у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Малые дозы атипичных нейролептиков снижают риск развития экстрапирамидных расстройств, таких как паркинсонизм, акатизия или поздняя дискинезия, что также улучшает переносимость терапии.

В условиях отделения широко используются такие препараты, как оланзапин, рисперидон и алимемазин. Оланзапин отличается высокой эффективностью в устранении психотической симптоматики, в том числе бреда и галлюцинаций, а также положительно влияет на состояние тревоги и возбуждения. Рисперидон демонстрирует антипсихотическое действие с минимальными побочными эффектами, особенно в малых дозах, и эффективно подавляет как позитивные, так и негативные симптомы психозов. Алимемазин, обладающий выраженным седативным эффектом, используется для купирования психомоторного возбуждения и коррекции сопутствующих тревожно-депрессивных состояний.

При выборе конкретного препарата и его дозировки учитываются индивидуальные особенности пациента, такие как возраст, соматический статус и наличие сопутствующих заболеваний. Это позволяет не только повысить эффективность лечения, но и минимизировать риск развития побочных эффектов, что особенно важно при длительной терапии.

Таким образом, применение атипичных нейролептиков в лечении затяжных бредовых психозов и галлюцинозов отвечает современным требованиям безопасности и эффективности, что делает их основным выбором в клинической практике.

На фоне проводимого комплексного лечения наблюдается значительное снижение интенсивности субъективных соматических и психопатологических жалоб пациентов. В частности, уменьшается выраженность феноменов акустической гиперестезии, проявляющейся в форме субъективного шума в голове, а также вестибуло-атактической симптоматики, такой как головокружение и нарушение устойчивости. Стабилизируются показатели артериального давления, что снижает риск сосудистых кризов и связанных с ними цереброваскулярных осложнений.

Нормализация уровня глюкозы крови и липидного профиля, включая снижение концентрации холестерина, способствует улучшению метаболического статуса, что положительно влияет на общее соматическое состояние и церебральную гемодинамику. Улучшаются параметры базальных функций, таких как сон и аппетит, что свидетельствует о восстановлении регуляторных механизмов гипоталамо-лимбической системы. Пациенты отмечают повышение эмоционального тонуса, что проявляется в улучшении настроения и снижении выраженности аффективных нарушений, таких как тревога, дисфория и апатия.

На фоне проводимой терапии также регрессируют психопатологические симптомы. Отмечается уменьшение интенсивности продуктивной симптоматики, включая бредовые и галлюцинаторные переживания, а также снижение уровня психомоторного возбуждения. У пациентов с когнитивным дефицитом наблюдается улучшение когнитивных функций, таких как память, внимание и способность к целенаправленной деятельности. Это указывает на восстановление активности префронтально-лимбических систем головного мозга.

Таким образом, комплексный подход к лечению цереброваскулярных заболеваний сопровождающихся различными психическими расстройствами: медикаментозная коррекция факторов риска, курсовое назначение препаратов янтарной кислоты, ноотропов, вазоактивных препаратов, симптоматическое лечение психотических расстройств, приводит к стабилизации состояния пациентов, способствует повышению адаптации, улучшению уровня социального функционирования. Улучшается качество жизни пациентов и их родственников..

Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89:616.831

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУППЫ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ: ОТ АРТ-ЗАНЯТОСТИ К АРТ-ТЕРАПИИ

Н.А. Голованова

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

pontiac@list.ru

Аннотация. В статье представлен опыт применения терапии творчеством в реабилитационном процессе пациентов психиатрического отделения принудительного лечения. В процессе работы открытой группы творческой активности пациенты постепенно вовлекаются в различные виды творческой деятельности: рисование, лепка, рукоделие. Особое внимание уделено мастер-классам по декоративно-прикладному искусству, которые способствуют развитию у пациентов новых хобби и социальной активности. Использование арт-терапевтических методов, таких как фототерапия, коллажи и моделирование, позволяет пациентам выражать эмоции, улучшать коммуникацию и снижать агрессию. Опыт показал положительное влияние таких занятий на психоэмоциональное состояние пациентов и их участие в реабилитационном процессе.

Ключевые слова: арт-терапия, творческая активность, психиатрия, реабилитация, пациенты, мастер-классы.

EXPERIENCE OF ORGANIZING A CREATIVE ACTIVITY GROUP IN A PSYCHIATRIC INVOLUNTARY TREATMENT DEPARTMENT: FROM ART OCCUPATION TO ART THERAPY

N.A. Golovanova

Abstract. The article presents the experience of using creative therapy in the rehabilitation process of patients in an involuntary psychiatric treatment department. Through participation in an open creative activity group, patients gradually engage in various creative activities such as drawing, modeling, and handicrafts. Special emphasis is placed on masterclasses in decorative arts, which help patients develop new hobbies and social engagement. The use of art therapy techniques such as photo therapy, collage, and modeling enables patients to express emotions, improve communication, and reduce aggression. The experience shows the positive impact of such activities on patients' emotional well-being and their involvement in the rehabilitation process.

Keywords: art therapy, creative activity, psychiatry, rehabilitation, patients, masterclasses.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре занимает центральное место в системе мероприятий психиатрической службы по снижению общественной опасности пациентов с психическими расстройствами и профилактике совершения ими повторных общественно- опасных действий.

Такого рода больные не менее чем в 70% случаев совершают правонарушения вне психотического состояния по негативно-личностному механизму. При этом довольно длительное их пребывание в стационаре требует постоянных лечебно-реабилитационных воздействий, которые сводятся обычно либо к продолжительному монотонному медикаментозному лечению, прямых показаний для которого может и не быть, либо к вовлечению в малодифференцированные и примитивные трудовые процессы [4].

Ведущим фактором совершения общественно-опасных действий в этих случаях являются изменения личности с преобладанием неустойчивого, диссоциального, возбудимого радикала, склонностью к агрессивному поведению и недостаточному волевому контролю, эмоциональной холодностью и низкой способностью к эмпатии, морально-этическим снижением. Способствуют совершению правонарушений также зависимость или злоупотребление психоактивными веществами, когнитивные нарушения, социальная дезадаптация, асоциальное окружение. Отсутствие возможности воздействовать на эти факторы медикаментозными средствами свидетельствует о необходимости приоритета для данной группы пациентов психосоциальной терапии с психокоррекционными, психотерапевтическими, а зачастую и коррекционно-педагогическими мероприятиями.

Отмечено, что в 40% случаев принудительное лечение и последующие профилактические мероприятия эффективны в течение только непродолжительного времени либо вообще неэффективны, что приводит в дальнейшем к повторному совершению общественно-опасных действий (Айсаев А.Т., 2004). По другим

данным, до 60% пациентов, страдающих шизофренией, совершают повторные общественно-опасные деяния [Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Дмитриева Т.Б., 2000].[3]

В.П. Котов и М.М. Мальцева, на основе анализа данных государственной статистики (2006-2010 гг.), приходят к выводу о необходимости организации сугубо специфичной лечебно-реабилитационной работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, поскольку она требует и особой подготовки медицинского персонала (по вопросам, выходящим за пределы обычной лечебно-диагностической работы), и специальной системы реабилитационных и коррекционных мероприятий, и создания специфической лечебно-терапевтической среды.[3]

В этой системе терапия творчеством с его лечебными эффектами (отвлекающим, седативным, активизирующим, организующим и др.) может быть не только вспомогательным лечебно-реабилитационным методом, но и через воздействие на симптомы болезни, а также на личность в целом с реализацией ее потребностей социально приемлимым и безопасным способом, может решать основные задачи принудительного лечения. Широкие возможности использования арт-терапевтических методов в отделении принудительного лечения определяются и клинической характеристикой контингента пациентов с длительностью их пребывания в стационаре: например, большинство пациентов с шизофренией (а данная нозология в отделении преобладает — 68%) не имеет острых проявлений заболевания на всем протяжении госпитализации. На первый план при этом выступает негативная симптоматика, психопатоподобные изменения, а также вторичные психогенные реакции личности, что соответствует реабилитационно-профилактическому этапу арт-психотерапевтических воздействий. Он характеризуется преобладанием личностно-ориентированных воздействий, хотя, в случае ухудшения состояния, с целью предупреждения более массированных психопатологических проявлений могут также применяться симптомо-центрированные воздействия. [1] Это позволяет использовать в работе с пациентами отделения широкий спектр арт-терапевтических методов, не ограничиваясь студийной работой для отвлечения и занятости.

Преимущество терапии творчеством с нашими пациентами состоит и в возможности ее применения у лиц с когнитивными нарушениями, испытывающими проблемы с общением, вербализацией чувств, что ограничивает их участие в формах психосоциальной терапии, основанной на вербальной коммуникации (около 30% контингента отделения — пациенты с умственной отсталостью разной степени выраженности, органической патологией с интеллектуальным снижением, а также значительным когнитивным дефицитом вследствие длительно текущего шизофренического процесса).

Рисунок 1. Студийный вариант работы группы творческой активности

Особое значение творческие занятия имеют в создании благоприятной терапевтической среды отделения, отличающегося разнородностью контингента, большим количеством пациентов, склонных к проявлениям агрессии, из неблагополучной социальной среды, с опытом пребывания в местах лишения свободы и стремлениями поддерживать криминальные традиции.

Творчество для людей, оказавшихся на длительный срок в психотравмирующей ситуации ограничения свободы и социальных контактов на неопределенное время, при отсутствии систематической трудовой занятости, может стать основной формой самореализации и поддержки.

Вместе с тем, работая с пациентами подобных отделений, арт-терапевт может столкнуться с определенными трудностями, и прежде всего, с низкой мотиваций к участию в реабилитационных мероприятиях. Воспринимающие принудительное лечение как вариант отбывания наказания, ориентируясь на такие общепринятые критерии выписки, как отсутствие проявлений заболевания и нарушений режима в течение длительного времени, пациенты могут быть слабо заинтересованы и в какой-либо активной деятельности, и в предъявлении психологических проблем, работа над которыми может продлить процесс лечения.

Рисунок 2. Арт-педагогика: обучение работе с разными материалами на заданную тему

При этом склонные к диссимуляции болезненных проявлений пациенты могут вполне спокойно относится к самому процессу художественной деятельности, но в этапе вербальной интерпретации участвуют неохотно, что делает арт-терапевтический процесс менее эффективным. Наличие у ряда пациентов социальной дезадаптации, криминального и тюремного опыта, злоупотребление психоактивными веществами нередко затрудняет построение психотерапевтических отношений, особенно на начальном этапе, что связано с отсутствием опыта доверительных отношений с кем-либо ранее, стремлением представить себя с лучшей стороны и активным отрицанием проблем. Отсутствие опыта занятий творчеством в обычной жизни зачастую приводит к отказным реакциям, связанным со страхом перед художественными материалами, опасениями показаться некомпетентным в этой сфере перед окружающими.

Наш опыт системного включения терапии творчеством в лечебно-реабилитационный процесс отделения принудительного лечения специализированного типа говорит о преимуществе постепенного вовлечения пациентов в творческую деятельность, с дифференцированным переходом от терапии занятостью к арт-педагогике и арт-психотерапии. При создании открытой группы творческой активности, постоянно действующей в нашем отделении в течение двух лет, мы изначально ставили задачи привлечения максимального количества пациентов к творчеству, развития у них привычки к этой форме деятельности за счет регулярности и длительности занятий, их поддержки и проведения специалистами и сотрудниками отделения, от врача-психиатра до младшего медицинского персонала.

Первоначально пациентам был заявлен прикладной характер занятий: в отделении к этому моменту была организована активная культурно-досуговая деятельность с ежемесячными мероприятиями, подготовка к которым требовала и художественной деятельности: создания тематической выставки рисунков, реквизита для выступлений, украшения зала. Кроме того, к участию в группе, работающей по 1,5-2 часа трижды в неделю, приглашались все желающие заниматься любым видом творческой деятельности — свободным рисованием, лепкой, сочинением стихов, музицированием. Однако наибольший интерес у пациентов вызывали организованные занятия в виде мастер-классов по различным видам декоративно-прикладного творчества: керамике, декупажу, оригами, моделированию, шитью мягкой игрушки, флористике.

Рисунок.3. Работа пациентов секции моделирования

Уже через месяц в связи с интересом к отдельным видам занятий в составе группы выделились небольшие секции по интересам - секция бумажного моделирования и секция модульного оригами, давшие ряду пациентов возможность приобрести для себя новое, приемлимое в условиях режима отделения хобби, которым они могли продолжать заниматься в часы досуга и вне группы, представлять свои работы на выставках отделения и больницы.

Для знакомства пациентов с разными видами творчества использовался творческий потенциал сотрудников отделения, способных

обучить других тому, чем они увлекаются сами.

Активное участие в творческой группе всех желающих заметно улучшило и терапевтические отношения между персоналом и пациентами, и микроклимат отделения в целом.

Рисунок 4. Вариант техники коллажа — новогодняя открытка для родных

Интерес к занятиям в группе повышало музыкальное сопровождение, создание своими руками подарков для родственников, участие в выставках и конкурсах больницы, а также публикация работ и репортажей о работе группы в собственной печатной газете отделения «ВЫХОД ЕСТЬ», выпускаемой ежемесячно с января 2023 года. В связи с большим количеством участников (до 25 на каждом занятии) группа имела до 3 ведущих, организующих разные виды деятельности одновременно .

Хотя изначально психотерапевтической направленности группа не имела и была ориентирована больше на активизацию, отвлечение и улучшение эмоционального фона пациентов, терапевтический эффект в отношении ряда симптомов психических расстройств был нами отмечен: прежде всего, в уменьшении уровня агрессивного поведения, стабилизации эмоционального состояния и уменьшения враждебности у пациентов с психопатоподобной симптоматикой; улучшения коммуникативных возможностей, активизации и оживления эмоциональной сферы у пациентов с негативной симптоматикой.

Постепенно в работе группы начали использоваться и различные виды арт-терапии: пациенты осваивали методы фототерапии, техники коллажа и инсталляции, работы с глиной, создания мандал, эко-арт. Часть этих методик изначально предлагалась пациентам с определенной прикладной целью и не включала этап вербализации. Например, наш проект «Новогодняя открытка» заключался в создании открытки для родственников методом коллажа с использованием своих фотографий, сделанных в отделении во время праздников, спектаклей, занятий творчеством, спортом. Создание открытки включало сочинение или подбор личного поздравления к празднику. Помимо поддержания родственных связей, это была работа над образом «Я», осознанием ресурсных возможностей своей личности, мотивацией к личностным изменениям.

Или арт-терапевтическая методика «Дерево», перенесенная нами на серые стены ограждения больницы: после изображения своего дерева на бумаге с созданием для него окружения, желающие смогли «высадить» его на стену, вписав в ландшафт прогулочной территории отделения, над украшением которой творческая группа работала летом. Приветствовалось при этом создание окружения для дерева, и дополнительных элементов, и даже включение в рисунок дефектов «холста».

И все-таки поначалу свободному рисованию пациенты предпочитали занятия с обучением художественным приемам. Многих привлекло так называемое правополушарное рисование, в котором, кроме самого процесса, пациентам нравился и его результат. Создание красивой работы само по себе давало позитивный терапевтический эффект, а также избавило многих от страха перед своим неумением работы с такими сложными материалами как акварель, сухая пастель. В результате пациенты стали свободнее использовать различные художественные материалы и при выполнении арт-терапевтических техник, охотно демонстрировали свои работы и участвовали в обсуждении. И вновь поступившие пациенты, видя то внимание и время, которое уделяется в отделении творчеству, наблюдая за работой группы-студии, стали быстрее находить себе творческое занятие по душе, а также активнее участвовать в собственно арт-терапевтической работе.

Эта форма терапии творчеством, являющаяся видом психотерапевтической работы, стала возможна и благодаря получению специалистом, ведущим группу, подготовки по арт-терапии. Действительно, одной психотерапевтической подготовки врача-психиатра для работы в сфере арт-терапии оказалось недостаточно: необходимы дополнительные знания в сфере художественного творчества, навыки работы с различными материалами, личная практика в выполнении арт-терапевтических упражнений и их интерпретации.

Опыт специалистов в области арт-психотерапии, работающих с психиатрическими пациентами в сфере применения принудительных мер медицинского характера, а также в пенитенциарной системе, показал эффективность данного метода, применяемого в системе лечебно-реабилитационных мероприятий.[1,5,6]

Рисунок 5. Арт-терапевтический проект отделения «Я такое дерево...»

Преимуществом арт-терапии в психиатрической среде является то, что она дает возможность доступа к сложным, трудновербализуемым переживаниям пациентов. Она становится альтернативным средством общения с больными, способом их самовыражения и самопонимания. То, что больной не захотел бы обсуждать по собственной инициативе, становится предметом обсуждения благодаря проявлению значимого психологического материала в художественной продукции.[5]

Рисунок 6. Освоение глины как материала для творчества.

При проведении групповой арт-терапевтической работы нами используется модель клинической системной арт-терапии (А.И.Копытин) как основанный на биопсихосоциальной концепции психических расстройств и наиболее применимый в современной клинической психиатрии и психотерапии метод.

Опыт применения клинической системной арт-терапии в условиях специализированных отделений принудительного лечения пока относительно ограничен, но свидетельствует о ее положительном влиянии на психиатрических пациентов, совершивших ООД. Клиническая системная арт-терапия может выступать общеметодологической платформой для организации и проведения арт-терапии с пациентами, совершившими ООД на почве психических заболеваний. Она создает возможности для включения арт-терапевтических занятий в комплекс реабилитационных мероприятий, эффективного решения задач симптоматической коррекции и личностной реконструкции больных.[1]

Рисунок 7. От индивидуального творения до групповой работы — процесс создания коллективного коллажа в арт-терапевтической группе

Арт-терапевтическая группа, выделившаяся из продолжающей действовать открытой группы творческой активности, в настоящее время по формату является тематически-ориентированной, полуоткрытой, включает 9-12 участников, с занятиями 2 раза в неделю продолжительностью по 1,5 часа.

В группе участвуют пациенты с различными клиническими проявлениями, без выраженных когнитивных нарушений, затрудняющих вербализацию процесса, острых психотических проявлений и дезорганизованного поведения, препятствующих работе в группе

Основными тематическими направлениями групповой арт-терапии с учетом терапевтических мишеней для пациентов нашего отделения, являются:

-занятия, направленные на активизацию творческого самовыражения, свободы использования различных художественных материалов, их сравнение, формирование взаимодействия в группе через упражнения, выполняемые в парах и группах, обсуждение работ, переориентацию творческой деятельности с результата на процесс и творческую экспрессию;

-занятия по работе с эмоциональной сферой, направленные на осознание и выражение эмоций, тренировку эмоционального интеллекта, развитие эмпатии, невербальных форм коммуникации, работу с чувством гнева, агрессией, полярными эмоциями, их выражением через творчество;

-занятия, направленные на повышение устойчивости к стрессу работу с психотравмирующими ситуациями, в том числе с ситуацией ограничения свободы;

-занятия по работе с эмоциональной сферой, направленные на осознание и выражение эмоций, тренировку эмоционального интеллекта, развитие эмпатии, невербальных форм коммуникации, работу с чувством гнева, агрессией, полярными эмоциями, их выражением через творчество;

-занятия, направленные на повышение устойчивости к стрессу работу с психотравмирующими ситуациями, в том числе с ситуацией ограничения свободы;

-работа, связанная с самопознанием, образом «Я», осознанием ресурсов личности и мотивов поведения, актуализацией здоровых частей личности, формированием социально-приемлимых целей и моделей поведения.

-работа с внутренней картиной болезни, самостигматизацией, формирование комплайенса и активной позиции в лечебно-реабилитационном процессе.

Рисунок 8. Изображение и трансформация полярных эмоций пациентом с параноидной формой шизофрении

Отдельный цикл арт-терапевтических занятий предусмотрен для пациентов с зависимостью или злоупотреблением ПАВ, уже посещающих в отделении основанную на вербальной коммуникации проблемно-ориентированную группу. Работая методом арт-терапии, мы активизируем осознание проблемы и причин анозогнозии, формирование мотивации к ее решению, осознание своих ресурсов и изменение стереотипов реагирования на тяжелые жизненные ситуации.

Рисунок 9. Работа с наркологической анозогнозией — изображение пациентом с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) своих факторов аддиктивных установок, выявленных в ходе психодиагностического тестирования с использованием методики Мак-Маллана и Гейлхар.

Рисунок 10. Техника «Пейзажи эмоциональных состояний», трансформация пейзажа пациентом с депрессивной симптоматикой при шизофрении («лес ночью — лес днем»).

Длительность пребывания пациентов в нашем отделении (средний срок лечения 2.5-3 года), позволяет последовательно вести долгосрочную арт-терапевтическую работу в групповом формате, воздействуя на разные терапевтические мишени. Это требует от специалиста владения достаточно большим арсеналом разнообразных методов и техник, способностей к их творческой интерпретации. По нашему опыту, именно интерес (а не запрос или стремление к личностным изменениям) первоначально является главной мотивацией пациентов к участию в арт-терапевтической группе.

Таким образом, создание в отделении для принудительного лечения постоянно действующей открытой группы творческой активности через системное творческое развитие как пациентов, так и специалистов, в ней участвующих, поддержку и популяризацию этого вида деятельности, не только позволяет привлечь к различным формам творчества значительную часть пациентов отделения и создать в нем благоприятную терапевтическую среду, но и способствует тому, что арт-терапия из вспомогательного реабилитационного инструмента становится одним из ведущих лечебно-реабилитационных воздействий на психически больных, совершивших общественно-опасные действия.

Литература

1.Берегулина Л.Н. Применение клинической системной арт-терапии на отделениях специализированного типа психиатрической больницы [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2012. — N 4 (15). — URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 05.12.2023г.).

2.Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. М.: Когито-центр, 2015.

3.Панков В.А., Кишка Т.Н., Отмахов А.П. Опыт организации отделения для принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа. // Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 03 декабря 2015года), Спб.:Альта Астра. -2015.

4.Принудительное лечение психически больных (лечебно-реабилитационные программы)/ФГУ «ГНЦ СиСП им.В.П.Сербского»; пособие для врачей под рук. В.П.Котова М., 2006.

5.Свенцицкая В. (2006) Арт-терапия в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением // Арт-терапия – новые горизонты (под ред. А. И Копытина). М.: Когито-Центр, С. 276-302.

6.Тисдейл К. Арт-терапия в работе с осужденными // Практикум по арт-терапии / Под ред. А.И. Копытина. - СПб: Питер, 2000.

Новости психиатрии

В США впервые одобрили назальный спрей для лечения депрессии

Управление по продуктам и лекарствам США (FDA) недавно расширило одобрение спрея для носа от депрессии, Справато (эскетамин). Изначально одобренный в 2019 году для использования у взрослых с депрессией, устойчивой к лечению, которые не отвечали хотя бы на два других антидепрессанта, Справато теперь может использоваться как самостоятельное средство.

Справато, производное эскетамина, молекулы, связанной с анестетиком кетамином, ранее требовал использования в комбинации с оральным антидепрессантом. Однако после крупных исследований, показавших, что Справато само по себе работает лучше, чем плацебо, FDA разрешило его использование как отдельное средство. Это новое одобрение отражает растущий спрос на альтернативные методы лечения, поскольку около трети пациентов с большим депрессивным расстройством не реагируют на оральные антидепрессанты.

Несмотря на это одобрение, Справато попрежнему должен применяться под непосредственным наблюдением медицинского специалиста, из-за возможных рисков, таких как седативный эффект, диссоциация, респираторная депрессия и возможность злоупотребления или неправильного использования. Лекарство продолжит назначаться в сертифицированных центрах лечения.

Продажи препарата стремительно растут: за первые девять месяцев 2024 года выручка составила 780 миллионов долларов, и Johnson & Johnson прогнозирует увеличение дохода до 1–5 миллиардов в год. Этот успех особенно важен для компании, так как в ближайшие годы она столкнётся с истечением патента на свой самый продаваемый препарат — Stelara, который используется для лечения воспалительных заболеваний. Ожидается, что после истечения патента конкуренты начнут предлагать более доступные аналоги, что скажется на продажах Johnson & Johnson.

Кроме того, усиление позиций Spravato на рынке связано с его уникальным механизмом действия. Препарат стал первым крупным открытием в лечении депрессии за последние три десятилетия, а клинические исследования доказали его эффективность в сравнении с пероральными антидепрессантами. В дополнение к быстродействию, спрей обеспечивает длительное облегчение симптомов, что делает его важным инструментом в борьбе с одним из самых опасных психических заболеваний.

Источник: *https://www.npr.org/*
Перевод*: Четвериков Д.В.*

Бунтанетап: прорыв в лечении болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона

«Анновис байо» (Annovis Bio) разрабатывает экспериментальный препарат бунтанетап (buntanetap), предназначенный для лечении болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона.

Бунтанетап, также известный как посифен (posiphen), характеризуется мультимодальным механизмом действия, направленным на нейротоксичные белки (бета-амилоид, альфа-синуклеин и тау-белок), которые, как считается, ответственны за патофизиологические процессы при различных нейродегенеративных нарушениях.

Лечение при помощи бунтанетапа улучшает когнитивные способности при болезни Альцгеймера и моторные функции при болезни Паркинсона.

Более-менее успешно пройдена клиническая проверка фазы III применения бунтанетапа при болезни Паркинсона. Осталось провести его через опорные клинические испытания при болезни Альцгеймера.

Всё бы ничего, но «Анновис» не доводит до публичного сведения множество деталей, имеющих отношения к бунтанетапу, словно скрывая что-либо или, напротив, страшась раскрыть. И потому Уолл-стрит весьма настороженно относится к известиям, поступающим из ее стана: если когда-то биржевые котировки предприятия взметнулись до пиковых 86 долларов за акцию, то сейчас, да и на протяжении двух с половиной лет кряду, курс низок, плавая близ отметки в 9 долларов и временами не поднимаясь выше 25 долларов.

Основная идея бунтанетапа состоит в фармакологическом нацеливании на нейротоксичные белки, такие как бета-амилоид, альфа-синуклеин и тау-белок, которые нарушают аксо-

нальный транспорт нейромедиаторов и нейротрофических факторов и замедляют синаптическую передачу, тем самым ухудшая нервную деятельность в целом. Подобные нарушения приводят к активации иммунной системы, которая атакует нервные клетки, что отражается нейровоспалением, дегенерацией и смертью нервных клеток. Итогом становится ухудшение когнитивной и моторной деятельности.

Множество других экспериментальных лекарств против нейродегенеративных заболеваний атакуют, как правило, бляшки, клубки, тяжи и другие агрегаты нейротоксичных белков (и тельца Леви при болезни Паркинсона) как конечную стадию патологии. Бунтанетап действует иначе, так как направлен на предотвращение подобных нейротоксичных каскадов. Нет, бунтанетап не устраняет бета-амилоид, альфа-синуклеин и тау-белок — он снижает их уровни, делая это клинически значимым образом, то есть до той концентрация, которая перестает быть токсичной.

Когда головной мозг поврежден, уровень нейротоксичных белков растет, чтобы бороться с этим повреждением. При легком повреждении эти белки в конечном итоге исчезают, но при сильном — их уровень остается повышенным, усугубляя ситуацию. Бунтанетап пробует обратить вспять нейротоксичный каскад. А поскольку нейротоксичные белки являются консервативными (в процессе своего эволюционного развития и дивергенции они по-попрежнему сохраняют одну общую черту), действие бунтанетапа весьма специфично и не затрагивает нормальные белки.

Посифен и фенсерин уменьшают выработку белка-предшественника амилоида (APP), блокируя трансляцию его мРНК. И если фенсерин также ингибирует ацетилхолинэстеразу, то посифен этого не делает. Молекулы легко минуют гематоэнцефалический барьер (ГЭБ).

Предполагаемый механизм действия бунтанетапа, выражающийся в сдерживании синтеза белка, связан с тем, он действует на железоответный элемент (IRE), который находится в 5'-нетранслируемой области (UTR) мРНК APP и который опосредует железозависимый трансляционный контроль экспрессии APP. Для этого бунтанетап увеличивает аффинность железорегулирующего белка 1 (IRP1) к IRE, а поскольку связывание IRP1 с IRE препятствует высвобождению мРНК и ее последующую ассоциацию с рибосомой, происходит подавление трансляции.

https://mosmedpreparaty.ru/

«КОБЕНФИ»: ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВОЕ ЛЕКАРСТВО ПРОТИВ ШИЗОФРЕНИИ

«Кобенфи» — принципиально новое лекарство для терапии шизофрении, помогающее стабилизировать ее симптомы и делающее это без неприятных побочных эффектов, таких как увеличения веса, немотивированность и вялость, которые сопровождают прием нынешних препаратов и по причине которых многие люди отказываются лечиться.

В ходе разработки «Кобенфи», антипсихотический эффект которого был открыт совершенно случайно 25 лет назад, была поставлена цель сделать лечение шизофрении эффективнее с точки зрения более полного облегчения симптомов этого эндогенного полиморфного психического расстройства наряду с максимальным избавлением от нежелательных явлений, присущих существующим атипичным нейролептикам.

Абсолютно все внедренные в клиническую практику противошизофренические препараты работают путем блокирования дофаминовых рецепторов. «Кобенфи» также влияет на уровень дофамина и его нейропередачу, но делает это непрямым образом, изменяя уровень другого нейротрансмиттера — ацетилхолина. Вот почему он стал первой за более чем 70 лет совершенно новой фармакотерапией шизофрении: после того как в 1953 году появился хлорпромазин (chlorpromazine), первый антипсихотик, всё множество последовавших за ним обращается к одному и тому же основному механизму действия на дофаминовые сигнальные пути.

Разработка новых методов лечения шизофрении долгие годы не давала покоя исследователям и фармацевтическим компаниям из-за того, что ввиду ее гетерогенности выявить какие-то более эффективные мишени весьма непросто, головной мозг со своими 86 млрд нейронами — самый сложный орган, животные модели отсутствуют, а врачи не могут проводить биопсию мозга на живых людях. Но теперь, когда, благодаря научным достижениям, появился «Кобенфи» и грядут подобные ему препараты, наступает возрождение неврологии.

Сочетание ксаномелина (xanomeline) с троспием (trospium), известное под кодовым обозначением KarXT, действует как двойной агонист мускариновых ацетилхолиновых рецепторов M1 и M4 в центральной нервной системе, которые, как установлено, опосредуют позитивные, негативные и когнитивные симптомы шизофрении.

Эффективность лечения шизофрении при помощи «Кобенфи» не уступает существующим антипсихотикам, притом что новое лекарство

справляется как с позитивными, так и негативными симптомами, а каких-либо серьезных или требующих внимания проблем с безопасностью у него нет, равно как отсутствуют все хорошо известные нежелательные явления, свойственные нынешним антипсихотикам.

Пероральный «Кобенфи» принимается дважды в день. Доза препарата подбирается индивидуально: по мере терапии, в зависимости от ответа и переносимости.

В конце сентября 2024 года Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило «Кобенфи».

Оптовая цена «Кобенфи» выставлена в 1850 долларов в месяц, или 22,5 тыс. долларов в год.

В России клинических испытаний «Кобенфи» не проводилось — значит, его официального появления ждать не следует.

Источник: *https://mosmedpreparaty.ru/*

У ТАКСИСТОВ НИЖЕ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Новое исследование, опубликованное в декабре 2024 года в BMJ, указывает на то, что работа, связанная с интенсивной обработкой пространственной информации (например, определение маршрутов для такси или оптимального способа доехать до больницы), может снижать уровень смертности от болезни Альцгеймера.

Известное нейровизуализационное исследование 2006 года продемонстрировало функциональные изменения в гиппокампе у лондонских водителей такси. Гиппокамп — область мозга, участвующая в формировании когнитивных «пространственных карт» и в значительной степени вовлечённая в развитие болезни Альцгеймера, при которой происходит ускоренная атрофия гиппокампа. Это даёт основания полагать, что профессии, связанные с навигацией, могут коррелировать с пониженной смертностью от болезни Альцгеймера.

Для проверки этой гипотезы авторы исследования использовали данные об американской смертности из Национальной системы регистрации актов гражданского состояния за период с 1 января 2020 года по 31 декабря 2022 года. В этом реестре указывается причина смерти (с кодировкой по МКБ-10), а также информация о роде занятий, которым человек занимался большую часть взрослой жизни. Из 443 профессиональных групп исследователи выделили сведения о таксистах и водителях машин Скорой помощи — профессиях, требующих постоянной обработки данных о перемещениях в пространстве при непредсказуемых, быстро меняющихся обстоятельствах. Все остальные профессии объединили в контрольную группу.

Для каждой профессии был рассчитан процент смертей от болезни Альцгеймера и средний возраст на момент смерти (в годах). Учёт возраста важен, поскольку с его увеличением растёт риск развития болезни Альцгеймера, и, соответственно, в группах с меньшей продолжительностью жизни процент смертей будет ниже.

В общем случае у 3,88% всех умерших основной причиной смерти оказалась болезнь Альцгеймера. В группе водителей такси нескорректированный процент смертей составил 1,03%, у водителей машин Скорой помощи — 0,74%. Отмечено, что в профессиональных группах с аналогичной продолжительностью жизни смертность от болезни Альцгеймера была выше по сравнению с водителями такси и Скорой помощи.

После коррекции на возраст на момент смерти, пол, расу, этническую принадлежность и уровень образования самыми низкими скорректированными показателями смертности от болезни Альцгеймера обладали профессии водителей Скорой помощи (0,91%) и водителей такси (1,03%), тогда как общий скорректированный показатель составил 1,69%. Также при ограничении выборки умершими в возрасте 60 лет и старше водители Скорой помощи и такси по-прежнему имели самую низкую смертность от болезни Альцгеймера.

Важный факт: аналогичной тенденции не наблюдали при других формах деменции (например, при сосудистой или неуточнённой деменции), что указывает на возможную роль изменений в гиппокампе именно в снижении риска развития болезни Альцгеймера.

Однако авторы подчёркивают ряд серьёзных ограничений дизайна исследования. Во-первых, возможно смещение выбора: люди с более высоким риском развития болезни Альцгеймера реже успешно работают таксистами или водителями Скорой помощи. Следовательно, более низкая смертность от болезни Альцгеймера может объясняться не защитным эффектом профессии, а тем, что люди, предрасположенные к этому заболеванию, попросту не выбирают (или не могут сохранить) такую работу.

При этом симптомы болезни Альцгеймера обычно развиваются после многих лет стажа, и лишь в 5–10% случаев болезнь дебютирует у людей моложе 65 лет. Хотя проявления могут возникать раньше, они дадут о себе знать уже после длительного периода работы.

Кроме того, в свидетельствах о смерти, ве-

роятно, недооценивается количество случаев смерти, вызванной болезнью Альцгеймера, и степень этой недооценки может различаться в зависимости от рода занятий. Если у водителей такси и машин Скорой помощи сохраняются навыки пространственной навигации, у врачей может не возникнуть подозрения на болезнь Альцгеймера, что снижает количество официально зафиксированных смертей с таким диагнозом. К тому же сами водители могут избегать обследования на начальные признаки болезни из страха потерять работу, что также мешает ранней диагностике.

Однако эти диагностические ошибки, скорее всего, затрагивают все разновидности деменций, а не только болезнь Альцгеймера. Их следует учитывать не только в анализе профессий водителей такси и Скорой помощи, но и в исследованиях других транспортных специальностей (например, водителей автобусов, пилотов самолётов или капитанов судов).

Вероятно, частоту болезни Альцгеймера как основной причины смерти действительно недооценивают, поскольку влияние этой патологии на смертность определить непросто. Тем не менее подобные диагностические погрешности могут проявляться во всех профессиональных группах, а не только у водителей, поэтому их влияние не сводится к конкретным профессиям.

Источник: *https://psyandneuro.ru/*
Перевод*: Филиппов Д. С.*

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У МУЖЧИН

Расстройства пищевого поведения традиционно рассматриваются как проблема, затрагивающая преимущественно женщин. Такой стереотип характерен не только для широкой публики, но для врачей. Действительно, эпидемиологические исследования показывают, что для женщин данные расстройства характерны в большей степени, однако, патология также часто встречается и у мужчин.

Стигматизация мужчин, страдающих расстройствами пищевого поведения, затрудняет как распознавание симптомов самими мужчинами, так и выявление проблемы специалистами. Это препятствует своевременному обращению за медицинской и психологической помощью и увеличивает сроки начала терапии. По текущим оценкам, пожизненная распространённость анорексии среди мужчин составляет 0,2%, булимии — 0,6%, приступообразного переедания — 1%; для женщин эти показатели составляют 1,4%, 1,9% и 2,8%, соответственно.

По данным систематических обзоров, мировая распространённость расстройств пищевого поведения в течение жизни среди мужчин остается ниже, чем у женщин. Однако, в период с 1990 по 2019 год глобальная распространённость анорексии и булимии у мужчин увеличилась на 22%, а у женщин — на 12%. Соотношение случаев расстройств пищевого поведения у мужчин и женщин колеблется от 1:2 до 1:4, однако этот дисбаланс редко учитывается в клинической практике, что может свидетельствовать о недостаточном внимании к лечению мужчин.

Нарушение восприятия собственного тела, то есть искажённое представление о своём теле, часто встречается у людей с расстройствами пищевого поведения. Несмотря на схожие причины возникновения этих расстройств у мужчин и женщин, по данным двух обзоров, степень нарушения восприятия тела и связанных с ним дисфункциональных поведенческих моделей определяется разными культурными идеалами внешности.

У женщин основное внимание уделяется стремлению к соответствию идеалу стройной фигуры, тогда как мужчины чаще ориентируются на мускулистое телосложение с низким уровнем жировой клетчатки. Исследования больших популяционных выборок показали, что стремление к увеличению мышечной массы и связанные с этим действия, такие как интенсивные физические тренировки, приём специальных пищевых добавок или анаболических стероидов, могут быть ассоциированы с симптомами расстройств пищевого поведения, среди которых неудовлетворённость своим телом, ограничение в питании, а также эпизоды переедания и очищения.

Сравнительные исследования показали значительное сходство фенотипических проявлений расстройств пищевого поведения у мужчин и так называемой мышечной дисморфии. Это расстройство характеризуется чрезмерной озабоченностью недостаточной мускулистостью или страхом потери мышечной массы, даже если человек объективно выглядит спортивно. При этом расстройстве также может присутствовать нарушение пищевого поведения, но основное внимание направлено на собственные мышцы, а не на вес.

Клиническая значимость поведения, связанного с наращиванием мышц, подтверждается

ретроспективным анализом сообщений о побочных эффектах. Анализ 977 сообщений показал, что употребление препаратов для увеличения мышечной массы или снижения веса связано с серьёзными медицинскими осложнениями (7,6% случаев госпитализации, 1,84% — угроза жизни, 0,61% — летальный исход).

Исследование, проведённое Georg Halbeisen et al., указывает на значительную распространённость расстройств пищевого поведения среди мужчин. Однако диагностические инструменты, не учитывающие фенотипические различия между полами, могут затруднять их своевременное выявление. Кроме того, недостаток первичных данных ограничивает понимание эффективности лечения этих расстройств у мужчин. Важную роль играет двойная стигматизация: стыд за наличие расстройства и конфликт с мужской идентичностью, что снижает вероятность того, что мужчины будут обращаться за помощью.

Источник: *https://psyandneuro.ru/*
Перевод*: Щепкин Е.С.*

АНТИПСИХОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ ВСЕГДА ДЕЙСТВУЮТ ТАК, КАК ДОЛЖНЫ: 68% жителей домов престарелых, принимавших антипсихотики, столкнулись с усилением поведенческих проблем

Новое исследование, проведенное учеными Университета Ватерлоо, проанализировало данные почти 500 000 канадских пациентов, проживавших в домах престарелых в период с 2000 по 2022 год. Результаты показали, что у пожилых людей, которым назначались антипсихотические препараты, поведенческие нарушения значительно ухудшались. В частности, почти 68% пациентов, принимавших такие лекарства, продемонстрировали усиление проблем с поведением при проверках.

«Это первое национальное лонгитюдное исследование такого рода, использующее статистические методы для оценки влияния антипсихотического лечения», — заявил ведущий автор исследования, доктор Даниэль Леме, постдокторант Школы наук о здравоохранении Университета Ватерлоо.

Антипсихотики часто назначаются в домах престарелых «вне официальных показаний» (off-label), то есть для целей, не одобренных регулирующими органами, такими как Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA). Например, их могут применять для контроля поведения, связанного с деменцией, хотя официально эти препараты одобрены только для лечения шизофрении или определенных типов психозов. В исследовании было установлено, что в период с 2014 по 2020 год 26% жителей домов престарелых в Канаде получали антипсихотики способом, не рекомендованным FDA.

Хотя антипсихотики часто используются для успокоения пациентов с агрессивным или возбужденным поведением, они могут вызывать серьезные побочные эффекты. «Иногда можно услышать, что персоналу не хватает ресурсов для управления поведением пациентов, но на самом деле такие препараты могут ухудшать инвалидность и когнитивные нарушения», — отметил доктор Джон Хирдес, профессор Школы наук о здравоохранении Университета Ватерлоо. «Нам необходимо серьезно переосмыслить назначение антипсихотиков пациентам, не страдающим психотическими расстройствами».

Исследование подчеркивает нецелесообразность использования антипсихотиков для лечения поведенческих и психологических симптомов деменции (BPSD), к которым относятся раздражительность, агрессия, тревожность, депрессия, изменения сна и аппетита, апатия, блуждание, навязчивые вопросы, неуместное сексуальное поведение и отказ от ухода.

Вместо немедленного назначения медикаментов исследователи предлагают сосредоточиться на персонализированном уходе — выявлении первопричин поведенческих изменений и предоставлении альтернативной поддержки. Например, пациенту может потребоваться лучшее обезболивание, более четкое общение или занятия, снижающие тревожность. Нелекарственные методы, такие как музыка, арт-терапия, социальное взаимодействие и легкие физические упражнения, доказали свою эффективность в управлении поведением без необходимости антипсихотиков.

Кроме того, обучение персонала пониманию рисков антипсихотиков и методам улучшенного ухода также способствует снижению уровня агрессии у пациентов и повышению их качества жизни.

Источник: *https://www.sciencedaily.com/*
Перевод*: Четвериков Д.В.*

Редакция сетевого издания «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. Наркология.
8. Организация психиатрической помощи.
9. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
10. Сестринское дело в психиатрии.
11. 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.