

Омский психиатрический журнал

1 (46) 2026



Omsk Journal of Psychiatry

1(46)
2026

**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
Кристиана Квинтина
"Открытая дверь" (1986)

Омский психиатрический журнал

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Антилого娃 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)

1(46)
2026

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
Christian Quintin
"La Porte Ouverte"
(1986)

Omsk Journal of Psychiatry

Scientific and practical online publication

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

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)

Содержание

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	3
Информационный релиз. XVIII Съезд психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы — новые возможности»	5
КЛИНИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
<i>Ю.А.Жданова, С.И.Гашков, О.П.Игнатьева, Е.Н.Павленко, М.А. Воронов</i> Корковый фокальный гемосидероз, протекающий с деменцией: клиническое наблюдение	6
СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ	
<i>Т.А. Сазонова , С.З. Воронова , Н.Н. Шиншина , Т.В. Солодянкина</i> Особенности комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы сделкоспособности эмоционально-волевой сферы у лиц, страдающих органическим расстройством личности	10
НАРКОЛОГИЯ	
<i>Д.С. Титов, А.С. Антонова, Д.В. Четвериков</i> История наркологической службы Омской области. Часть 2.	15
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Н.А. Мусс</i> Психологическое сопровождение детей диспансерной группы с ВИЧ-инфекцией и их семей	20
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	
<i>В.В. Складнева, О.В. Черненко</i> Посттравматический рост: трансформация страха смерти в экзистенциальную ясность	25
НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ	28

Table of Contents

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	3
Information release. 18th Congress of psychiatrists of Russia "Psychiatry in a mixed reality: new challenges—new opportunities"	5
MENTAL DISORDERS CLINIC	
<i>Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, O.P. Ignatieva, E.N. Pavlenko, M.A. Voronov</i>	
Focal cortical hemosiderosis presenting with dementia: a clinical case report	6
FORENSIC PSYCHIATRY	
<i>T.A. Sazonova , S.Z. Voronova , N.N. Shinshina , T.V. Solodyankina</i>	
Features of comprehensive forensic psychological and psychiatric examination of the emotional and volitional sphere's capacity to contract in persons suffering from organic personality disorder	10
ADDICTION MEDICINE	
<i>D.S. Titov, A.S. Antonova, D.V. Chetverikov</i>	
History of the Omsk region drug treatment service. Part 1	15
ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>N.A. Muss</i>	
Psychological support for children of the dispensary group with HIV infection and their families	20
CLINICAL PSYCHOLOGY	
<i>V.V. Sklyadneva, O.V. Chernenko</i>	
Post-traumatic growth: the transformation of fear of death into existential clarity	25
НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ	28

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Современная психиатрия всё в меньшей степени может рассматриваться как узкоспециализированная клиническая дисциплина. Она всё чаще оказывается в точке пересечения медицины, психологии, права и экзистенциальных вопросов человеческого бытия. Материалы настоящего номера отражают эту многомерность — от редких нейроваскулярных причин когнитивных расстройств до тонких вопросов экспертной оценки дееспособности, от институциональной памяти наркологической службы до экзистенциальных последствий психической травмы.

Открывает номер клинический случай деменции, ассоциированной с корковым фокальным гемосидерозом. Представленный материал наглядно демонстрирует, что за клинически «привычным» сценарием прогрессирующих когнитивных нарушений у пациентов старше 55 лет может скрываться редкая и прогностически значимая форма цереброваскулярной патологии. Особое значение имеет акцент на сочетании когнитивного снижения с очаговой неврологической симптоматикой, а также роль современной МРТ-диагностики и применения модифицированных Бостонских критериев. Этот клинический пример подчёркивает необходимость клинической настороженности и при ведении пациентов с деменцией, выходя за рамки исключительно нейродегенеративных моделей.

Продолжая тему границ клинической оценки, в номере представлена статья, посвящённая комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе сделкоспособности у лиц с органическим расстройством личности. Авторы убедительно показывают, что традиционная ориентация исключительно на интеллектуально-мnestический уровень подэкспертного зачастую оказывается методологически недостаточной. В центре экспертного анализа оказываются эмоционально-волевая и мотивационно-регуляторная сферы — именно они во многих случаях определяют реальную способность субъекта понимать значение своих действий и руководить ими в конкретной юридически значимой ситуации. Подробный разбор патопсихологических и личностных методик позволяет читателю проследить логику экспертного суждения.

Отдельное место в номере занимает исторический очерк, посвящённый становлению Омского областного наркологического диспансера. История здесь выступает не просто как хроника организационных этапов, но как отражение эволюции

профессиональной идентичности наркологической службы, изменений в подходах к лечению зависимостей и трансформации общественного отношения к проблемам алкоголизма и наркоманий. Подобные публикации напоминают о важности институциональной памяти и преемственности профессионального опыта, без которых невозможно устойчивое развитие регионального здравоохранения.

Социальное измерение психиатрии и клинической психологии раскрывается в статье, посвящённой психологическому сопровождению семей, воспитывающих ВИЧ-положительных детей. Авторы подчёркивают, что ВИЧ-инфекция в детском возрасте является не только медицинским диагнозом, но и длительным психосоциальным процессом, влияющим на формирование личности, семейные отношения, уровень приверженности лечению и социальную адаптацию. Психологическая поддержка рассматривается как непрерывный, динамический процесс, помогающий семье и ребёнку трансформировать переживаемые трудности в задачи развития и поиска ресурсов, что особенно важно в контексте взросления и формирования жизненных перспектив.

Завершает номер философско-психологическая работа, посвящённая феномену посттравматического роста в его экзистенциальном измерении. В центре внимания — трансформация страха смерти тяжёлой психологической травмы, в состояние экзистенциальной ясности. Авторы показывают, что разрушение базовых иллюзий и привычной картины мира может становиться не только источником дезинтеграции, но и условием глубинной личностной перестройки. Интеграция опыта конфронтации со смертью рассматривается как путь к подлинности, переоценке ценностей и формированию более осмысленной жизненной позиции — аспект, который всё чаще требует учёта в психотерапевтической практике.

В совокупности материалы номера демонстрируют, что психиатрия сегодня — это пространство сложных решений, где клинический диагноз, экспертное заключение, социальная поддержка и экзистенциальный опыт пациента образуют единую, но неоднородную ткань профессиональной ответственности. Мы надеемся, что представленные статьи окажутся полезными для практикующих специалистов, стимулируют профессиональное обсуждение и помогут расширить привычные рамки клинического мышления.

*Правление Омского общества психиатров
Редакционная коллегия*

Editor's Column

Dear colleagues

Modern psychiatry can increasingly no longer be regarded as a narrowly specialized clinical discipline. It is more and more situated at the intersection of medicine, psychology, law, and the existential questions of human existence. The materials presented in this issue reflect this multidimensionality—from rare neurovascular causes of cognitive disorders to nuanced questions of expert assessment of legal capacity, from the institutional memory of addiction services to the existential consequences of psychological trauma.

The issue opens with a clinical case of dementia associated with cortical focal hemosiderosis. The presented material clearly demonstrates that behind a clinically “typical” scenario of progressive cognitive impairment in patients over the age of 55, a rare and prognostically significant form of cerebrovascular pathology may be concealed. Particular emphasis is placed on the combination of cognitive decline with focal neurological symptoms, as well as on the role of modern MRI diagnostics and the application of the modified Boston criteria. This clinical example underscores the necessity of heightened clinical vigilance in the management of patients with dementia, extending beyond exclusively neurodegenerative models.

Continuing the theme of the boundaries of clinical assessment, the issue includes an article devoted to comprehensive forensic psychological and psychiatric evaluation of transactional capacity in individuals with organic personality disorder. The authors convincingly demonstrate that a traditional focus solely on the intellectual and mnemonic level of the examinee is often methodologically insufficient. At the center of expert analysis are the emotional-volitional and motivational-regulatory domains, which in many cases determine the individual's actual ability to understand the meaning of their actions and to control them in a specific legally significant situation. A detailed analysis of pathopsychological and personality assessment methods allows the reader to follow the logic of expert judgment.

A special place in the issue is occupied by a historical essay devoted to the development of the Omsk Regional Narcological Dispensary. Here, history functions not merely as a chronicle of organizational stages, but as a reflection of the evolution of the professional identity of addiction services, changes in approaches to the treatment of substance use

disorders, and transformations in societal attitudes toward alcoholism and drug dependence. Such publications highlight the importance of institutional memory and professional continuity, without which the sustainable development of regional healthcare is impossible.

The social dimension of psychiatry and clinical psychology is explored in an article dedicated to the psychological support of families raising children living with HIV. The authors emphasize that HIV infection in childhood represents not only a medical diagnosis but also a prolonged psychosocial process affecting personality development, family relationships, adherence to treatment, and social adaptation. Psychological support is viewed as a continuous, dynamic process that helps families and children transform experienced difficulties into developmental tasks and opportunities for resource seeking, which is particularly important in the context of growing up and shaping life prospects.

The issue concludes with a philosophical and psychological study devoted to the phenomenon of posttraumatic growth in its existential dimension. The focus is on the transformation of the fear of death arising from severe psychological trauma into a state of existential clarity. The authors demonstrate that the разрушение базовых иллюзий and the habitual worldview may serve not only as a source of disintegration, but also as a condition for profound personal transformation. The integration of the experience of confronting death is conceptualized as a pathway to authenticity, re-evaluation of values, and the formation of a more meaningful life stance—an aspect that increasingly requires consideration in psychotherapeutic practice.

Taken together, the materials of this issue demonstrate that contemporary psychiatry is a field of complex decision-making, in which clinical diagnosis, expert opinion, social support, and the patient's existential experience form a unified yet heterogeneous fabric of professional responsibility. We hope that the presented articles will be useful to practicing professionals, stimulate scholarly discussion, and help expand the conventional boundaries of clinical thinking.

***Board of the Omsk Society of Psychiatrists
Editorial Board***

Информационный релиз

XVIII Съезд психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы — новые возможности»

С 20 по 23 мая 2026 года в Санкт-Петербурге состоится XVIII Съезд психиатров России — одно из ключевых научно-практических мероприятий в области психиатрии и смежных дисциплин.

Съезд пройдет в очном формате с онлайн-трансляцией. Очные заседания будут организованы на базе гостиницы «Санкт-Петербург» (г. Санкт-Петербург, Пироговская набережная, д. 5/2).

Организаторы Съезда

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Российское общество психиатров
- ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
- ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России
- ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
- НИИПЗ Томского НИМЦ

При участии

ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,
Союза охраны психического здоровья,
Всероссийского общества неврологов,
Российской психотерапевтической ассоциации,
Российской противоэпилептической лиги,
Ассоциации нейрохирургов России,
Профессионального объединения врачей-сексологов.

Научная программа

В рамках Съезда планируется обсуждение широкого круга актуальных вопросов современной психиатрии, включая:

- организацию психиатрической помощи и состояние службы психического здоровья в Российской Федерации;
- подготовку кадров и деятельность общественных организаций в сфере психического здоровья;
- проблему коморбидности и терапию психических расстройств;
- психиатрию в системе нейронаук, генетику и фармакогенетику психических и наркологических расстройств;
- применение новых технологий в психиатрии, психотерапии, наркологии и неврологии;
- правовые аспекты оказания психиатрической помощи;
- профилактику, реабилитацию и вопросы персонализированной психиатрии;
- актуальные проблемы наркологии, аддиктивных расстройств;
- детскую, подростковую, геронтологическую психиатрию;
- психические расстройства в общемедицинской и неврологической практике;
- судебную, военную и экстремальную психиатрию;
- транснозологические аспекты и профилактику суицидального поведения;
- психотерапию, клиническую психологию, сексологию и сексопатологию;
- междисциплинарные проблемы психиатрической науки и практики.

Научно-образовательный статус

Подана заявка на включение Съезда в План научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации. Планируется подача заявки в Координационный совет по НМО для аккредитации Съезда как образовательного мероприятия с начислением кредитов по специальностям: психиатрия, судебная психиатрия, психиатрия-наркология, неврология, психотерапия.

По итогам мероприятия запланирован выпуск электронного сборника тезисов с последующей индексацией в РИНЦ.

Подача тезисов и регистрация

Прием тезисов для устных и постерных докладов осуществляется до 15 февраля 2026 года на официальном сайте Съезда <https://78conf.ru/may2026>.

Клиника психических расстройств

УДК 616.831-005.6

КОРКОВЫЙ ФОКАЛЬНЫЙ ГЕМОСИДЕРОЗ, ПРОТЕКАЮЩИЙ С ДЕМЕНЦИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Ю.А.Жданова, С.И.Гашков, О.П.Игнатьева, Е.Н.Павленко, М.А. Воронов

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

zdanova.89514142633@bk.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай деменции у пациента 63 лет, ассоциированной с корковым фокальным гемосидерозом как вероятным проявлением церебральной амилоидной ангиопатии (ЦАА). Описана характерная симптоматика с дебютом в виде прогрессирующих когнитивных нарушений (фиксационная амнезия, интеллектуально-мнемическое снижение) с последующим присоединением вестибуло-атактического синдрома. Данные нейровизуализации (МРТ) выявили очаги гемосидероза в гемисферах и мозжечке. На основании модифицированных Бостонских критериев (2018 г.) обоснован диагноз вероятной ЦАА. Клинический случай подчеркивает важность включения редких форм васкулопатий, в частности ЦАА, в дифференциально-диагностический поиск при когнитивных расстройствах у пациентов старше 55 лет, особенно при сочетании с очаговой неврологической симптоматикой. Для верификации диагноза рекомендуется комплексное дообследование.

Ключевые слова: деменция, цереброваскулярные заболевания, корковый фокальный гемосидероз.

FOCAL CORTICAL HEMOSIDEROSIS PRESENTING WITH DEMENTIA: A CLINICAL CASE REPORT

Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, O.P. Ignatieva, E.N. Pavlenko, M.A. Voronov

Abstract. The article presents a clinical case of dementia in a 63-year-old patient, associated with focal cortical hemosiderosis as a probable manifestation of cerebral amyloid angiopathy (CAA). The characteristic symptomatology is described, with onset in the form of progressive cognitive impairment (fixation amnesia, intellectual-mnemonic decline) followed by the addition of a vestibulo-atactic syndrome. Neuroimaging data (MRI) revealed foci of hemosiderosis in the cerebral hemispheres and cerebellum. Based on the modified Boston criteria (2018), a diagnosis of probable CAA was substantiated. The clinical case emphasizes the importance of including rare forms of vasculopathies, in particular CAA, in the differential diagnostic search for cognitive disorders in patients over 55 years of age, especially when combined with focal neurological symptoms. Comprehensive further examination is recommended to verify the diagnosis.

Keywords: dementia, cerebrovascular diseases, focal cortical hemosiderosis.

Введение

Деменция является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, хронического или прогрессирующего характера, при котором имеются нарушения высших корковых функций, таких как память, мышление, ориентировка, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Как правило, имеются прогрессирующие нарушения когнитивных функций, которым могут предшествовать нарушения эмоционального контроля, социального поведения или мотивации. (1) Из-за этого большинству больных с деменцией необходима постоянная посторонняя помощь в повседневной жизни. (2) Деменция чаще возникает у лиц пожилого возраста. Существует много причин, которые могут являться причинами этой патологии. К наиболее распространенным относятся: первично-дегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, болезнь Паркинсона, хо-

рея Гентингтона, спиноцеребеллярные дегенерации, надъядерный паралич и др.), цереброваскулярные заболевания, хронические интоксикации, эндокринопатии, инфекции, дефицит витаминов, черепно-мозговые травмы, нейрометаболические заболевания, опухоли, аутоиммунные заболевания (1).

К редко встречающимся формам заболеваний, приводящим к деменции, относится корковый фокальный гемосидероз, который характеризуется линейными отложениями метаболитов железа, а именно, гемосидерина в субарахноидальном пространстве, мягкой мозговой оболочке и поверхностях слоях коры головного мозга [3].

Причинами данной патологии чаще являются дефекты твердой мозговой оболочки, внутричерепные новообразования, сосудистые аномалии и нейрохирургические вмешательства, но бывают и случаи идиопатического поверхностного сидероза.

У 60 % выявляется церебральная амилоидная ангиопатия. Церебральная амилоидная ангиопатия ассоциирована с внутрисосудистым отложением бета-амилоида в сосудах малого калибра и капиллярах и опасна высоким риском спонтанных внутримозговых кровоизлияний (4).

Диаметр мелких сосудов не позволяет визуализировать данное состояние пожизненно, поэтому имеет место применение косвенных методов, а именно – нейровизуализацию. Одним из ключевых маркеров церебральной амилоидной ангиопатии является относительно редкий нейровизуализационный феномен – корковый поверхностный сидероз.

Клинические проявления заболевания зависят от локализации отложения гемосидерина, но также может протекать без каких-либо симптомов. Среди клинических проявлений этого заболевания ведущими являются: патология слухового аппарата, мозжечковая атаксия, пирамидная недостаточность, снижение памяти, недержание мочи, чувствительные нарушения и поражения черепных нервов (5).

Клиническое наблюдение

Представлено описание клинического случая пациента с корковым фокальным гемосидерозом у пациента.

Пациент В. 63 года. Жалобы на снижение памяти. Наследственный анамнез не отягощен. Страдает артериальной гипертензией, в 2018 году перенес микроинсульт с полным восстановлением, после чего стало отмечаться прогрессивное ухудшение памяти, перестал справляться с работой, самостоятельно себя обслуживать, постепенно появилось нарушения координации. Среди клинических проявлений заболевания на первый план выступали изменения личности по органическому типу, интеллектуально-мнестическое снижение, затем присоединился вестибуло-атаксический синдром.

Психическое состояние. В собственной личности ориентирован правильно, в календарном времени не ориентирован. Понимает, что находится в больнице, предъявляет жалобы: «у меня что-то с памятью стало, я перестал водить машину и продал её, мог оставить её и забыть где; стал теряться на улице; стал часто спотыкаться и падать; не могу ничего посчитать нормально. Путается в событиях по ходу анамнеза, сведения дает отрывочно, непоследовательно, не называет никаких дат, часто отвечает: «надо позвонить жене и спросить». На момент обследования преобладает благодушный фон настроения, временами с проявлением раздражительности и недовольства, периодически снижает чувство дистанции, на замечания реагирует усмешкой. В беседу вступает охотно, на вопросы отвечает с излишней обстоятельностью, отмечается затруднения в подборе слов

при высказывании своих мыслей. Галлюцинаторных переживаний и бредовых идей нет. Моторно спокоен. Мышление малопродуктивное, инертное, тугоподвижное, обстоятельное, в замедленном темпе.

Неврологическое состояние. Сознание ясное. ЧМН без патологии. Сухожильные рефлексы D=S, снижены. Чувствительность сохранена. Мышечная сила полная. В позе Ромберга – выраженная атаксия. Координаторные пробы выполняет с промахиванием.

Нейropsихологическое исследование. На первый план выступают выраженные нарушения кратковременной памяти, достигающие степени фиксационной амнезии, антероградная амнезия на период с момента развития фиксационной амнезии, амнестическая дезориентировка с начальной пространственной дезориентировкой. Общее снижение интеллектуальной продуктивности. Коэффициент интеллектуального развития по Векслеру 63 б (умственный дефект), профиль имеет органоидный характер (выраженное снижение по субтестам, качество которых зависит от характеристик внимания, скорости формирования новых навыков и памяти). Темп психической работоспособности сниженный, выражено неравномерный за счёт кратковременных периодов сужения внимания, с наличием истощаемости. Тonus активного внимания недостаточный, способность к длительной целенаправленной концентрации внимания недостаточная. Динамический компонент мышления нарушен по типу инертности, опериональная сторона мышления нарушена по типу снижения уровня обобщения, мотивационный компонент по типу нарушения критичности. Динамические характеристики праксиса характеризуются отчёлливой дефицитарностью. Эмоционально-волевая сфера характеризуется снижением критических и прогностических способностей. Выявленный комплекс нарушений отражает дисфункцию корково-подкорковых структур. Степень выраженности нарушений затрудняет социальную адаптацию испытуемого, нуждается в контролирующей помощи со стороны.

Общий анализ крови: эритроцитоз. Общий анализ мочи: без патологии. Биохимический анализ крови: без патологии. Коагулограмма: без патологии.

МРТ головного мозга: признаки очаговых изменений головного мозга сосудистого генеза, постишемических лакунарных кист в лучистом венце с обеих сторон, очагов гемосидероза обеих гемисфер и мозжечка, сочетанного расширения ликворных пространств мозга заместительного характера. Повышение МР-сигнала от поперечного и сигмовидного синусов справа, вероятно за счет замедления скорости кровотока (рисунок 1).

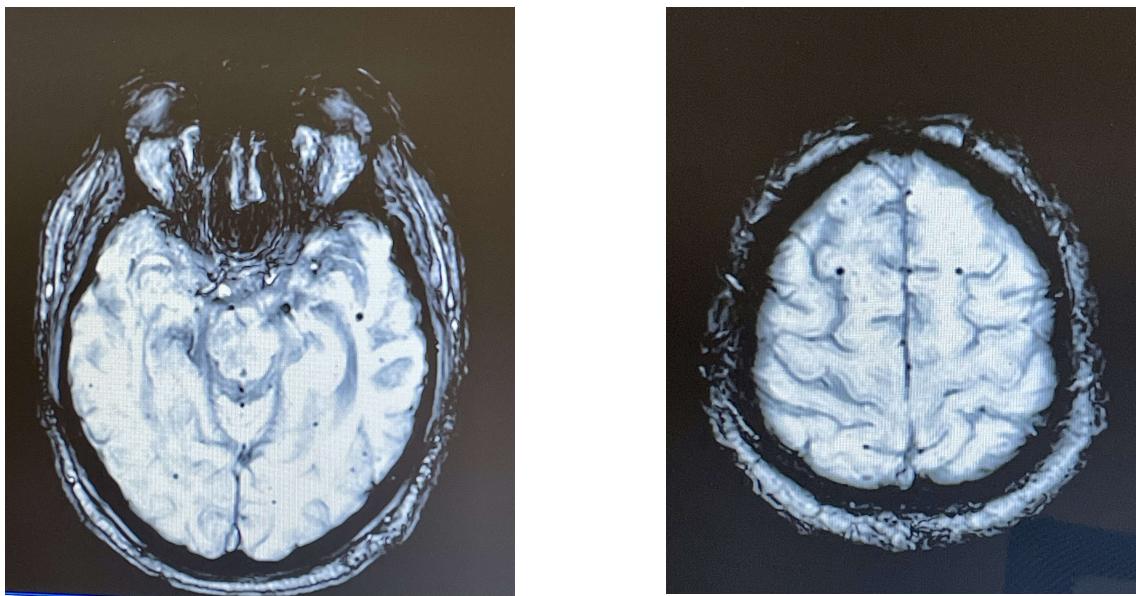


Рисунок 1. Аксиальное МРТ головного мозга (SWI/T2*-взвешенное изображение), уровень конвекситальных отделов полушарий. Определяются множественные мелкие гипоинтенсивные очаги округлой формы с эффектом «blooming», локализованные преимущественно в кортикальных и субкортикальных зонах обоих полушарий. Отмечаются линейные и гироформные гипоинтенсивные изменения вдоль поверхности вещества мозга и в области кортикальных борозд, соответствующие поверхностному отложению гемосидерина. Изменения носят двусторонний, диффузный характер, без признаков масс-эффекта или смещения срединных структур. МР-картина соответствует хроническому накоплению продуктов распада крови и характерна для церебрально-гого поверхностного гемосидероза.

Согласно обновленным критериям, для постановки диагноза "вероятная ЦАА" у пациентов старше 50 лет с соответствующими клиническими проявлениями (например, когнитивными нарушениями, как в вашем случае) требуется наличие на МРТ одного из двух наборов признаков:

1. Два или более сугубо лобарных геморрагических поражения. К ним относятся:

- лобарные внутримозговые кровоизлияния;
- церебральные микротромбозы (только в лобарных областях);
- очаги коркового поверхностного сидероза (cSS). Любая распространённость cSS (фокальная или диссеминированная) считается за одно такое поражение.

2. Одно сугубо лобарное геморрагическое поражение (например, единичный очаг cSS) плюс хотя бы один характерный признак поражения белого вещества:

- выраженные видимые периваскулярные пространства в центрум семiovale;
- гиперинтенсивность белого вещества по типу "множественных пятен".

Ключевые отличия обновлённых диагностических критериев от предыдущих версий, которые имеют значение для описанного клинического случая, заключаются в следующем. Во-первых, произошло включение негеморрагических маркеров: впервые в диагностику добавлены изменения

белого вещества, что повышает чувствительность критериев, особенно у пациентов без крупных кровоизлияний. Во-вторых, подтверждена повышенная диагностическая точность: исследования показали, что критерии v2.0 имеют более высокую чувствительность (74.8% против 64.5%) по сравнению с предыдущими версиями при сохранении высокой специфичности (95%). Таким образом, в контексте описанного клинического случая, где у пациента старше 55 лет на МРТ выявлены очаги коркового субарахноидального сидероза, применение этих обновлённых критериев действительно может служить важным обоснованием для установления диагноза "вероятная церебральная амилоидная ангиопатия (ЦАА)".

В контексте описанного клинического случая, где у пациента старше 55 лет на МРТ выявлены очаги сидероза, применение этих обновлённых критериев действительно может помочь в обосновании диагноза "вероятная ЦАА". Учитывая возраст пациента более 55 лет, наличие по данным МРТ очагов сидероза обеих гемисфер и мозжечка, а также отсутствие на данный момент других причин кровоизлияний, можно предположить у пациента наличие церебральной амилоидной ангиопатии, которая могла являться причиной деменции. Однако, требуется дальнейшее дообследование на исключение аутоиммунных, инфекционных причин патологии церебральных сосудов, также будет

рекомендовано прохождение исследования крови на определение уровня тиреотропного гормона, фолиевой кислоты и витамина В12, генетическое исследование (генотип АРОЕ), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и транскраниальную допплерографию.

В данном клиническом случае обращает на себя внимание дебютирование и прогрессирование симптомов заболевания с выраженных когни-

тивных нарушений с дальнейшим присоединением неврологических нарушений. Ввиду того, что церебральная амилоидная ангиопатия является редко диагностируемой патологией, важно при осмотре пациента с когнитивными нарушениями обращать внимание на наличие неврологической симптоматики для своевременной диагностики и выбора дальнейшей тактики лечения и ведения пациента

Список литературы

1. Карлов В. А. Неврология : руководство для врачей. 3-е изд. – Москва : МИА, 2011. – С. 518–519.
2. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И. Неврология и нейрохирургия : учебник : в 2 т. Т. 1: Неврология / под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова. 5-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 614 с.
3. Smith E. E., Greenberg S. M. Beta-amyloid, blood vessels, and brain function // Stroke. 2009. Vol. 40. P. 2601–2606.
4. Забродец В. Г., Байда А. Г., Леончук И. П. Корковый фокальный гемосидероз: описание двух клинических случаев // Неврологический вестник. 2024. Т. 57, № 1. С. 130–136. DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2025.1.130>.
5. Кулеш А. А., Горст Н. Х., Дробаха В. Е., Кайлева Н. А., Шестаков В. В. Модифицированные Бостонские критерии для диагностики церебральной амилоидной ангиопатии // Интерактивная неврология. 2018. URL: <http://nnp.ima-press.net/nnp/article/viewFile/1128/909> (дата обращения: 05.07.2024).
6. Васенина Е. Е., Левин О. С., Сонин А. Г. Современные тенденции в эпидемиологии деменции и ведении пациентов с когнитивными нарушениями // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 6-2. С. 87–95.
7. Каплан Г. И., Сэдок Б. Д. Клиническая психиатрия : в 2 т. Т. 1 / пер. с англ. В. Б. Стрелец. – Москва : Медицина, 1994. – 672 с.
8. Charidimou A., Boulouis G., Frosch M. P. et al. The Boston criteria version 2.0 for cerebral amyloid angiopathy: a multicentre, retrospective, MRI-neuropathology diagnostic accuracy study // Lancet Neurology. 2022. Vol. 21, No. 8. P. 714–725. DOI: 10.1016/S1474-4422(22)00208-3.



Судебная психиатрия

УДК 614.2:364.128:304.5(571.14)

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ СДЕЛКОСПОСОБНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Т.А. Сазонова , С.З. Воронова , Н.Н. Шиншина , Т.В. Солодянкина

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

stw_28042011@mail.ru

Аннотация. В статье рассматривается роль комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) в оценке сделкоспособности лиц с органическим расстройством личности. Основное внимание уделяется методологии и интерпретации психологического исследования эмоционально-волевой сферы, нарушения которой являются ключевым фактором, ограничивающим способность к осознанному и произвольному принятию юридически значимых решений. На примере развернутого клинико-экспертного случая демонстрируется применение патопсихологических, нейропсихологических и личностных методик (таблицы Шульте, «10 слов», «Пиктограмма», метод Сонди, тест Люшера и др.). Анализ результатов позволяет дифференцировать собственно интеллектуальный дефект от ведущих нарушений в мотивационно-волевой и эмоционально-регуляторной сферах, проявляющихся в конформности, внушаемости, личностной незрелости, зависимости от окружения и сниженной способности к прогнозированию последствий. Делается вывод о том, что психологическая составляющая экспертизы имеет больше значение для обоснованного экспертного суждения о степени понимания подэкспертным значения своих действий и способности ими руководить в конкретной юридической ситуации. Статья подчеркивает необходимость комплексного подхода, сочетающего клинический анализ и глубокое психологическое тестирование для объективной оценки сделкоспособности в гражданском процессе.

Ключевые слова: комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ), органическое расстройство личности, сделкоспособность, эмоционально-волевая сфера, психологическая диагностика, судебно-психиатрическая оценка, мотивационно-волевые нарушения, внушаемость, личностная незрелость.

FEATURES OF COMPREHENSIVE FORENSIC PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC EXAMINATION OF THE EMOTIONAL AND VOLITIONAL SPHERE'S CAPACITY TO CONTRACT IN PERSONS SUFFERING FROM ORGANIC PERSONALITY DISORDER

T.A. Sazonova , S.Z. Voronova , N.N. Shinshina , T.V. Solodyankina

Abstract. The article examines the role of a comprehensive forensic psychological and psychiatric examination (CFPPE) in assessing the capacity to contract in persons with organic personality disorder. The main focus is on the methodology and interpretation of the psychological investigation of the emotional and volitional sphere, the impairment of which is a key factor limiting the ability to make conscious and voluntary legally significant decisions. Using a detailed clinical and expert case as an example, the application of pathopsychological, neuropsychological, and personality techniques (Schulte tables, "10 words" test, "Pictogram" method, Szondi test, Luscher test, etc.) is demonstrated. The analysis of the results allows for differentiation of the actual intellectual defect from the leading impairments in the motivational-volitional and emotional-regulatory spheres, manifested in conformism, suggestibility, personal immaturity, dependence on the environment, and reduced ability to foresee consequences. It is concluded that the psychological component of the examination is of great importance for a well-founded expert judgment on the degree to which the examinee understands the significance of their actions and the ability to control them in a specific legal situation. The article emphasizes the necessity of a comprehensive approach combining clinical analysis and in-depth psychological testing for an objective assessment of the capacity to contract in civil proceedings..

Keywords: comprehensive forensic psychological and psychiatric examination (CFPPE), organic personality disorder, capacity to contract, emotional and volitional sphere, psychological diagnostics, forensic psychiatric assessment, motivational-volitional impairments, suggestibility, personal immaturity.

Введение

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) занимает особое место в юридической практике, так как позволяет объединить медицинскую и психологическую оценку состояния человека. При исследовании лиц

с органическим расстройством личности ключевым аспектом становится оценка эмоционально-волевой сферы, так как именно нарушения самоконтроля, мотивации и регуляции поведения определяют сделкоспособность. В данной статье

акцент сделан на психологические методы исследования и интерпретацию эмоционально-волевых нарушений.

Органическое расстройство личности и его влияние на эмоционально-волевую сферу

Органическое расстройство личности формируется вследствие органических поражений головного мозга. Для данного состояния характерны эмоциональная лабильность, раздражительность, снижение критичности мышления, импульсивность, нарушения целеполагания и контроля поведения. Все это напрямую затрагивает эмоционально-волевую сферу, что может существенно ограничивать способность человека принимать и реализовывать юридически значимые решения.

Роль психолога в комплексной экспертизе

В отличие от психиатра, оценивающего клиническую симптоматику, психолог сосредоточен на исследовании структуры мотивации, особенностей эмоциональной регуляции и способности к волевому контролю. Основными задачами психолога являются: выявление уровня критичности, устойчивости аффекта, способности к целеполаганию, прогнозированию и управлению собственным поведением.

Методы исследования эмоционально-волевой сферы

Для анализа эмоционально-волевой сферы применяются разнообразные психодиагностические методики, которые позволяют выявить дефициты самоконтроля и эмоциональной устойчивости.

- Патопсихологические методики (корректурные пробы, тест классификации, исследование динамики деятельности).
- Нейropsихологические пробы по А.Р. Лурии (оценка программирования, регуляции и контроля действий).
- Проективные техники (тематический апперцептивный тест, тест Роршаха) для выявления скрытых аффективных нарушений.
- Шкалы личностной диагностики (MMPI, 16PF) для анализа устойчивости, импульсивности, внушаемости и эмоциональной нестабильности.

Интерпретация результатов психологического исследования

У лиц с органическим расстройством личности при обследовании часто выявляются:

- повышенная эмоциональная возбудимость и лабильность;
- склонность к импульсивным действиям; -дефицит критичности к собственным эмоциям и поступкам;

- трудности с постановкой и последовательной реализацией целей.

Даже при сохранным интеллекте эмоционально-волевые нарушения могут приводить к неспособности адекватно контролировать свои решения и действия.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент В., 1997 г.р.

Анамнез отягощен патологией перинатального периода. Беременность (4-я) протекала на фоне хронического пиелонефрита единственной почки, с отеками с 26 недели. Роды в 40 недель осложнились гипоксией плода, короткой пуповиной, плотным прикреплением плаценты; произошли амниотомия, наложение выходных акушерских щипцов, ручное отделение плаценты. Оценка по Апгар 7/7 баллов. На 5-е сутки жизни переведен в хирургическое отделение с клиникой перитонита и тяжелой неврологической симптоматикой (болезненный крик, симптом «короткой шеи», гипертонус, трепор, угнетение рефлексов). Диагностированы: «язвенный энтероколит, сочетанная краиноспинальная травма». Находился на лечении 22 дня с диагнозом, включавшим внутриутробную инфекцию, энцефалопатию, церебрастенический и двигательный синдромы.

С раннего детства отмечалось тяжелое непрерывно-рецидивирующее течение атопического дерматита (с 1997-1998 гг., статус ребенка-инвалида), осложненного герпетiformной экземой Капоши, пиодермией, отитами. В возрасте 10 месяцев описывался как капризный, с плохим аппетитом и сном. В апреле 1999 года выявлен хламидиоз, проводилось лечение. Воспитывался бабушкой в условиях гиперопеки; бабушка характеризовалась как властная, доминирующая. Отец, по словам матери, страдал депрессией.

В возрасте 2-х лет при неврологическом осмотре: возбудим, капризен, негативен, говорит отдельные слова. Диагностированы астено-невротический синдром, задержка речевого развития (ЗРР). В 2001 году логопед заключил: «ЗРР, обусловленная интеллектуальной недостаточностью». Невролог отмечал раздражительность, плаксивость, синдром расторможенности.

В сентябре 2001 года впервые консультирован психиатром с жалобами на плохой сон, неусидчивость, удары головой о стену. При осмотре: лицо амимичное, интеллект низкий, внимание быстро истощается. Диагноз: легкое когнитивное расстройство вследствие родовой ЧМТ (умственная отсталость?). С декабря 2002 по февраль 2003 года проходил лечение в психиатрическом отделении. Обследование выявило нарушение предпосылок интеллекта, неустойчивое внимание, сниженный запас знаний, общение короткой фразой. Заключение логопеда: ОНР 2 уровня, дизартрия. Выписан с диагнозом: «легкое когнитивное расстрой-

ство, дизартрия». В 2004 году ПМПК рекомендовало обучение по программе коррекционной школы VII вида (ЗПР). В 2005 году диагноз изменен на органическое расстройство личности со снижением интеллектуально-мнестических функций.

Параллельно продолжалось тяжелое соматическое лечение по поводу атопического дерматита, бронхиальной астмы, аллергических проявлений (госпитализации в 2005, 2006, 2007, 2008, 2011, 2012 гг.). В 9 лет перенес травму головы с диагнозом: ушиб мягких тканей, гиперкинетический синдром.

Обучался в школе-интернате №17 по коррекционной программе VIII вида. Характеристики отмечали рассеянное, неустойчивое внимание, кратковременную память, конкретное, наглядно-образное мышление с трудностями обобщения и переключения. Речь развита, но понимание прочитанного затруднено. Навыки самостоятельной работы слабые, требовался постоянный контроль. При этом был опрятен, старательен, уважителен к старшим. По инициативе бабушки с 2002 года активно занимался музыкой (домра) в ДШИ №2, где демонстрировал положительную динамику в коммуникации и развитии.

В ноябре 2008 года экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) выявило нарушения эмоционально-волевой и интеллектуально-мнестической сфер, «мозаичный» интеллект. В 2009 году вновь установлен статус ребенка-инвалида по психическому расстройству. В феврале 2010 года отмечалось сниженное настроение с высказываниями о нежелании жить. Диагноз: органическое расстройство с эмоционально-волевыми нарушениями и снижением интеллектуально-мнестических функций, депрессивное расстройство? Назначен амитриптилин.

К ноябрю 2012 года данные ЭПИ констатировали отрицательную динамику и подтвердили олигофренический дефект. При направлении на ВК установлен окончательный диагноз: «Легкая умственная отсталость с эмоционально-волевыми нарушениями на резидуально-органическом фоне». С этого времени наблюдался с данным диагнозом.

В 2014 году проходил обследование для решения вопроса о годности к военной службе. Отмечались напряженность, подозрительность, конкретность мышления, малый кругозор. Заключение: «Легкая умственная отсталость», в службе в ВС РФ отказано. Окончил 9, а затем 11 классов коррекционной школы. Поступил в ПУ на слесаря, но обучение не продолжил.

В июле 2015 года, после смерти бабушки, стал проживать один. Определена III группа инвалидности. При наблюдении у психиатра в 2016-2018 годах сохранялась картина легкой умственной отсталости: конкретное, примитивное мышление, малый запас знаний, сниженная критика. Отмечались трудности самостоятельного проживания, эпизоды финансовой несостоятельности и ма-

нипуляций со стороны родственников. Настроение часто снижено, были жалобы на сон, тревогу. Пытался трудоустроиться (раздача листовок, помощник фотографа), с мая 2019 года работал фотографом в доме отдыха. Алкоголь и наркотики отрицал. В 2018 году инвалидность установлена бессрочно. В 2019 году обращался по вопросу получения водительских прав, но был признан недгодным.

Резюме. Таким образом, в динамике наблюдается формирование легкой умственной отсталости на резидуально-органическом фоне (тяжелое перинатальное поражение ЦНС), осложненной эмоционально-волевыми нарушениями, на фоне отягощенного соматического статуса и специфических условий воспитания. При этом длительные целенаправленные занятия музыкой способствовали частичной социальной адаптации и развитию отдельных способностей.

Материалы гражданского дела. В Кировский районный суд г. Омска обратился Б. с иском к В. о взыскании долга по договору займа от 19.04.2018 в размере 77 240 руб. и об обращении взыскания на заложенное имущество – гаражный бокс ГСК «Мотор-49».

В. с исковыми требованиями не согласен, указывая, что до заключения договора неоднократно находился на лечении в психиатрической больнице г. Омска, о чем было известно Б., и по психическому состоянию не мог понимать значение своих действий. Он просит признать договор займа недействительным.

В материалах дела имеется договор займа от 19.04.2018, согласно которому Б. передал В. 30 000 руб. в качестве возвратного займа. Полная стоимость займа на дату заключения составляет 73% годовых. Пункт 1.3 договора устанавливает процентную ставку 0,2% в день. Проценты начисляются на сумму остатка задолженности со дня, следующего за днем предоставления займа, и уплачиваются каждые 30 календарных дней.

Согласно пункту 5.1, в случае просрочки уплаты процентов или возврата займа В. уплачивает пеню в размере 2% за каждый день просрочки от неоплаченной суммы.

Также имеется договор залога от 19.04.2018, по которому В. передает в залог Б. гаражный бокс №56 ГСК «Мотор-49» в обеспечение обязательств по договору займа. Стоимость залога оценена сторонами в 45 000 руб.

В судебном заседании представитель ответчика В. пояснил: *«моя мама хотела сдать сына в детский дом, когда он был маленький, но отчим не дал это сделать, потом она заболела раком и ей приходилось принимать очень сильные препараты, в том числе и с содержанием наркотических веществ, и в одном из этих состояний она половину квартиры, несколько дач и гараж, в том числе, который я сам покупал, переписала на сына. Я постоянно работал, дома почти не находился, воспитанием моего сына занималась моя мама. У моего сына в какой-то период появился друг – наркоман

Илья Байков, у которого был знакомый по фамилии Бекетов, этот друг и попросил моего сына заключить данный договор как бы по дружбе, он у Бекетова взял в долг под залог гаража, но денег сын не получал, за него их получил его друг. Его ввели в заблуждение по дружбе, сын пояснил, что денег он не брал.»*

Результаты судебной экспертизы. По делу была назначена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

В ходе обследования установлено, что В. правильно ориентирован. Настроение ситуационно снижено, он обеспокоен судебной ситуацией, заметно волнуется. В процессе обследования заторможен, на вопросы отвечает после пауз.

В. сообщил экспертам, что проживает с отцом, мачехой и двумя их детьми. Обнаруживает значительную эмоциональную привязанность к бабушке, умершей в 2015 году, рассказывая о которой, заметно волнуется. Он пояснил, что все решения по поводу его обучения, лечения и иных вопросов принимала бабушка.

Он пояснил, что обучался в музыкальной школе по классу домры, но после смерти бабушки *«сразу бросил, надоело»*, так как инструмент выбрала бабушка: *«это бабушка хотела, а я хотел с пацанами в футбол играть, и на гитаре»*. Друзей и знакомых он не имеет, начиная с детского сада. После смерти бабушки *«еле как школу закончил, в 11 классе бабушки не стало, забил»*.

В. пояснил, что после смерти бабушки с ним стал общаться *«внук деда – брат Илья Б.»*.

Относительно заключения договора займа В. пояснил: *«Илья стал с женой разводиться, ему нужны были деньги, чтобы раскрутиться. Он сказал: «Нужно съездить к человеку и подписать некоторые документы на гараж, дачу». Я подписал документы, а человек дал деньги».*

Он указал, что несколько раз в *«17-м году»* посещал МФЦ: *«6-7 раз, рядом еще парк 30 лет ВЛКСМ»*. Датировать события точно не может: *«весна, зима где-то»*. Было заложено имущество: *«гараж, участок с домом, пустой участок»*.

В. далее пояснил: *«документы отдал, Илья объяснял, что это временно, ты подписываешь документы, мужчина дает деньги. Илья поверил на слово, чтобы ему встать на ноги, машину отремонтировать, он должен был платить человеку – закрыть долг. Договаривались, что проценты и деньги Илья перечисляет на мою карту, а я их перечисляю этому человеку. Илья сделал один платеж, а я не смог отдать. Илья говорил: «Я тебя не брошу, я никого не кидал»*.

На вопрос, почему он верил Илье, В. пояснил: *«Я считал его братом. Было письмо от деда (мужа бабушки). Дед называл меня сыном. Он написал мне письмо: «Я уехал далеко». А на самом деле он умер, я не знал об этом. Его сын (деда) привез мне письмо, дед писал: «Общайся с семьей Б. Они тебя поддержат, не приладут, поймут». Он перечислил все имена».*

Экспериментально-психологическое исследование. Инструкции к экспериментально-психологическим методикам усваивает с первого предъявления, однако эпизодически их нарушает. В ходе исследования выявлен замедленный, истощаемый темп психической работоспособности, замедленная врабатываемость, тугоподвижность, выраженная истощаемость внимания и сужение объема активного внимания (таблицы Шульте: 94 сек, 118 сек, 102 сек, 117 сек, 120 сек).

Кратковременная непосредственная память находится на нижней границе нормы (в методике «10 слов» воспроизвел 5 слов после первого предъявления при норме 7 ± 2). Динамика заучивания непрочная (5, 6, 6, 5, 5). Долговременная непосредственная память снижена (отсроченное воспроизведение 5 слов). Опосредованное запоминание малопродуктивное: при достаточной дифференцированности рисунков воспроизводит название сюжета вместо самого понятия, что свидетельствует о наличии органического симптомокомплекса.

Ассоциативные связи в методике «Пиктограмма» преимущественно атрибутивные, стандартные (например, на понятие «тяжёлая работа» — пила, молоток; на понятие «обман» — пачка денег с пояснением «на деньги всегда обманывают»), реже оригинальные (на понятие «развитие» — горизонт: «за горизонтом всегда что-то новое, неизведанное»). Отмечаются основные признаки органического графического симптомокомплекса: дрожащие, не совпадающие линии, неравномерный нажим.

Вербальные ассоциации (тест «Ответные ассоциации») по качеству ответов общеконкретного типа; сохранена возможность произвольного направления ассоциаций (методика «Противоположности»: «тонкий — толстый», «исчезновение — возникновение», «чужой — свой» и др.).

В операциональной сфере мышления («Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Обобщение понятий») в целом сохранены основные мыслительные операции — анализ, синтез, обобщение. Допускает ошибочные суждения по второстепенным признакам, которые корректируются с помощью эксперта. Отличия и сходства в парах слов, исключение лишнего выполняет верно: различие сосны и берёзы объясняет как различие хвойного и лиственного дерева; камня и кирпича — природного и созданного человеком; острова и полуострова — степенью связи с материком. Сходство понятий определяет по существенным признакам («апельсин — банан» — фрукты, «стол — стул» — мебель, «топор — пила» — инструменты, «пальто — платье» — одежда, «воздух — вода» — кислород и т.п.).

В методике «Исключение предметов» все задания выполнены правильно; затруднения отмечались в объективно сложных пробах, при этом подсказку улавливал эффективно и самостоятельно исправлял решения (например, в пробе «очки,

весы, градусник, секундомер» первоначально исключил очки, после уточнения указал на измерительный характер остальных предметов).

Процессы абстрагирования в целом доступны. Пословицы и поговорки различного уровня сложности объясняет адекватно: «каменное сердце» — «не чувствует ничего», «шило в мешке не утаишь» — «что-то обязательно всплынет», «куй железо, пока горячо» — «пока есть возможность, надо делать», «нет дыма без огня» — «что-то от чего-то происходит», «не плюй в колодец, придётся водицы напиться» — «не хами людям, которые могут помочь».

Уровень школьных знаний и общих сведений с пробелами, соответствует полученному образованию и социальному статусу.

Таким образом, при экспериментально-психологическом исследовании выявлены замедленный и истощаемый темп психической работоспособности, замедленная врабатываемость, туго-подвижность, истощаемость и сужение объёма активного внимания; снижение прочности запоминания, нижняя граница нормы объёма кратковременной непосредственной памяти, снижение долговременной непосредственной памяти и малопродуктивность опосредованного запоминания. Ассоциативные процессы, а также основные мыслительные операции (анализ, синтез, обобщение, абстрагирование) сохранены. Запас школьных знаний и общих сведений соответствует уровню образования и образу жизни. Индивидуально-психологические особенности представлены слабым типом высшей нервной деятельности, гипотимным типом реагирования, личностной и волевой незрелостью с выраженной зависимостью от окружения и сниженной социальной адаптацией.

В отношении В. была проведена амбулаторная комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, по результатам которой комиссия пришла к заключению, что в период подписания договора займа, договора залога и расписки он

обнаруживал признаки психического расстройства — органического расстройства личности перинальной этиологии (МКБ-10: F07.07).

Судебная значимость психологического исследования.

Психологическое исследование эмоционально-волевой сферы играет решающую роль в оценке сделкоспособности. Оно позволяет суду понять, мог ли человек не только формально понимать содержание сделки, но и обладал ли он достаточной способностью к саморегуляции и контролю поведения. В случаях органических расстройств психологическое заключение нередко подтверждает, что лицо не обладало необходимыми волевыми ресурсами для самостоятельного принятия юридически значимых решений.

Заключение

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лиц с органическим расстройством личности требует особого акцента на психологическое исследование эмоционально-волевой сферы. Использование психодиагностических методов позволяет объективно выявить нарушения мотивации, регуляции и самоконтроля, что имеет ключевое значение для решения вопросов о действительности сделок и правовом статусе личности.

Значительное повышение эффективности комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз по гражданским делам, связанным с признанием сделки недействительной, обеспечивается совокупностью использования клинико-психопатологических, психологических, социальных и ситуационных экспертных критериев оценки психического состояния лиц, совершивших сделки.



Наркология

УДК 614.2:364.128:304.5(571.14)

ИСТОРИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ. ЧАСТЬ 2.

Д.С. Титов¹, А.С. Антонова^{1,2}, Д.В. Четвериков³,

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

³ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

nd_mail@minzdrav.omskportal.ru

Аннотация. В статье представлена история наркологической службы: путь становления от небольшого кабинета до ведущего современного постоянно развивающегося учреждения – Омского областного наркологического диспансера, оказывающего специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология» взрослому и детскому населению, в котором работает слаженный профессиональный коллектив с активной жизненной позицией.

Ключевые слова: наркологический диспансер, история, Омская область, коллектив, достижения.

HISTORY OF THE OMSK REGION DRUG TREATMENT SERVICE. PART 2.

D.S. Titov, A.S. Antonova, D.V. Chetverikov

Abstract. The article presents the history of the narcology service: the path of development from a small office to a leading modern and constantly developing institution – the Omsk Regional Narcology Dispensary, which provides specialized medical care in the field of psychiatry and narcology to adults and children, and is staffed by a well-coordinated professional team with an active lifestyle.

Keywords: narcology dispensary, history, Omsk region, team, achievements.

1990-е годы: системный кризис и адаптация к новым социальным вызовам

1990-е годы стали для наркологической службы России временем серьёзных испытаний и кардинальных перемен. Переходный период после распада СССР сопровождался глубокими социально-экономическими кризисами, изменением правовых норм и дезорганизацией прежних государственных структур. Эти процессы отразились как на уровне заболеваемости зависимостями, так и на системе оказания наркологической помощи, требуя её срочной адаптации к новым реалиям.

Рост алкогольной зависимости и трансформация социальной среды. Одним из ключевых процессов 1990-х годов стал дальнейший рост пьянства населения. Резкое ослабление государственного регулирования, рост безработицы, социальная неустойчивость и падение жизненного уровня способствовали увеличению потребления алкоголя. Производство и оборот алкогольной продукции частично ушли в теневой сектор, увеличилось распространение суррогатов и нелегальной спиртосодержащей продукции. Система профилактики и контроля,

активно действовавшая в 1970–1980-х годах, была ослаблена или фактически разрушена, что привело к росту числа больных хроническим алкоголизмом, увеличению частоты запойных форм, росту алкогольных психозов и осложнений.

На фоне ослабления государственного контроля активно развивалась коммерческая, преимущественно **негосударственная наркология**, часто основанная на ненаучных, шарлатанских методиках — гипнозе, «кодировании», сомнительных психотерапевтических и медикаментозных подходах без должного контроля качества. Коммерческие структуры быстро заняли нишу, образовавшуюся вследствие недостаточного финансирования государственной системы, и часто действовали в отрыве от официальных стандартов и медицинского контроля.

Наркотическая ситуация и изменение правовой базы. Существенным фактором трансформации стала отмена уголовной ответственности за потребление наркотических веществ с 1991 года, что изменило правовой контекст наркологической помощи. На этом фоне в России

начался стремительный рост героиновой наркомании, особенно во второй половине десятилетия. Героин поступал через новые транзитные пути из Средней Азии и Афганистана, что совпало с ростом уязвимых социальных групп и ослаблением профилактического контроля. Распространение наркотиков привело к резкому увеличению числа пациентов с опийной зависимостью, изменению структуры наркологической заболеваемости и поставило перед службой задачи, качественно отличные от прежних, ориентированных преимущественно на алкоголизм.

По данным региональных отчётов, к середине 1990-х годов в Омской области отмечался резкий рост числа пациентов с наркотической зависимостью и алкоголизмом:

- Число больных, состоящих на диспансерном учёте, увеличилось почти в 1,5 раза по сравнению с началом десятилетия.

- Преобладающими стали пациенты с опийной зависимостью; на долю героиновой наркомании приходилось до 35-40% новых случаев к концу 1990-х годов.

- В детско-подростковой группе число пациентов, обращавшихся за амбулаторной и стационарной помощью, ежегодно увеличивалось на 20-25%, что объяснялось ростом экспериментального и хронического употребления психоактивных веществ среди несовершеннолетних.

В Омской области к 1998 году общая ёмкость стационаров наркологической службы достигла около 700 койко-мест, включая стационары при промышленных предприятиях, детские и подростковые подразделения, что позволило покрыть потребности как городского, так и сельского населения.

В 1992 году Омский областной наркологический диспансер был объединён с областной психиатрической больницей. В ней выделена отдельная должность заместителя главного врача по наркологической помощи, которые все 6 лет занимал В.И. Рузанов.

В 1994 году было открыто отделение для лечения больных наркоманией, что позволило начать системное лечение опийных зависимостей. Одновременно стала формироваться детско-подростковая наркологическая служба: в 1995 году на основании приказа департамента здравоохранения города Омска № 158/6 был организован детско-подростковый наркологический диспансер № 1. Главным врачом стала И.Я. Ирлицына. В 1998 году открыты наркологический стационар для подростков и амбулаторный реабилитационный центр, что позволило охватить ранние формы зависимости среди несовершеннолетних.

Завершением институциональных преобразований стало выделение Омского областного наркологического диспансера в самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение (Постановление Главы Администрации Омской области

№ 162-п от 12.05.1998 года). Непродолжительное время главным врачом работал В.А. Ковалев.

Возвращение диспансеру статуса отдельного учреждения создало предпосылки для дальнейшего развития специализированной наркологической помощи и позволило сосредоточить усилия на организационных, профилактических и лечебных задачах, связанных с новым профилем заболеваемости.

Омская область смогла оперативно адаптировать службу к новым реалиям: появились специализированные отделения для лечения наркоманий, детско-подростковые диспансеры и амбулаторные реабилитационные центры, а к концу десятилетия диспансер восстановил самостоятельный статус. Эти меры позволили региональной системе наркологической помощи не только справиться с новыми формами зависимости, но и создать платформу для последующего развития в 2000-е годы.

2000-е годы: этап системной трансформации и институционального развития

Период 2000-х годов стал для наркологической службы России и, в частности, Омской области временем глубоких институциональных и организационных преобразований, которые определили стратегию развития системы наркологической помощи на последующие десятилетия. Общероссийские тенденции модернизации здравоохранения, усиление регионального уровня управления, внедрение новых принципов финансирования медицинских учреждений и активизация государственной политики в сфере противодействия злоупотреблению психоактивными веществами сформировали новые требования к структуре и содержанию работы наркологической службы. Эти процессы сопровождались изменением эпидемиологической ситуации, ростом числа пациентов с сочетанной патологией, а также необходимостью расширения реабилитационных возможностей системы, что требовало перехода от прежней стационарно-центричной модели оказания помощи к многоуровневой, гибкой и адаптированной к реальным потребностям населения структуре.

В Омской области модернизационные процессы начали активно разворачиваться с 2003 года, когда в системе регионального здравоохранения были инициированы комплексные структурные преобразования. Ключевым событием стала административная реорганизация наркологической службы, закреплённая распоряжением Правительства Омской области от 22 августа 2006 года № 139-рп «О реорганизации государственного учреждения здравоохранения Омской области». На основании данного документа в 2007 году завершилась масштабная реструктуризация службы, результатом которой стало создание единого бюджетного учреждения

«Омский наркологический диспансер», объединившего все подразделения, оказывавшие наркологическую помощь взрослому и детскому населению города Омска и области. Это позволило централизовать управление, унифицировать медицинские стандарты, оптимизировать использование ресурсов и обеспечить преемственность между различными уровнями оказания помощи. Руководство диспансером в этот период осуществлял главный врач С. С. Титов, возглавлявший учреждение с 2002 по 2019 год и проработавший в системе здравоохранения региона с 1977 года. Под его руководством были реализованы ключевые структурные реформы, заложившие основу наркологической службы региона.

Одним из первых направлений изменений стала реорганизация системы учёта и наблюдения пациентов. С начала 2000-х годов проводился поэтапный отказ от распределительного учёта с тремя формами наблюдения (профилактической, диспансерной и активной), применявшегося со времён советского периода, и переход к двухуровневой системе. К 2005–2006 годам в области была полностью внедрена новая структура учёта, включавшая диспансерное наблюдение для пациентов с установленным диагнозом наркологического расстройства и профилактическое наблюдение для лиц с риском развития зависимости. Этот переход позволил более рационально распределить ресурсы, сосредоточив усилия медицинского персонала на наиболее уязвимых группах, нуждающихся в активном лечении и реабилитации, а также сократил объёмы формального наблюдения пациентов с минимальными нарушениями, что соответствовало современным принципам персонализированной медицины и дифференцированного подхода к наркологическим больным.

Параллельно шло формирование многоуровневой системы оказания наркологической помощи, включавшей амбулаторное звено, стационарное лечение и реабилитационные мероприятия. На первом уровне были созданы кабинеты наркологической помощи в структуре центральных районных больниц, что существенно улучшило доступность первичного консультирования для сельского населения. К 2010 году в Омской области функционировало 18 таких кабинетов, обеспечивавших проведение профилактических осмотров, раннее выявление лиц с признаками злоупотребления психоактивными веществами и направление их на специализированное лечение. Второй уровень представляли наркологические отделения в составе психиатрических стационаров, число которых к концу десятилетия составило три. Эти отделения выполняли функцию специализированных лечебных подразделений, ориентированных на детоксикацию и лечение пациентов с тяжёлыми формами зависимости и коморбидной психиатрической патологией. Третий уровень системы составляли реабилитационные центры,

число которых постепенно увеличивалось. За десятилетие были созданы четыре государственных реабилитационных учреждения, ориентированных на длительное восстановительное лечение и социальную адаптацию пациентов. Особое значение имело открытие в 2008 году первого государственного реабилитационного центра на 40 коек, что стало важным шагом в развитии наркологической службы: впервые акцент в работе системы начал смещаться от исключительно лечебных мероприятий к полноценной реабилитации, включавшей медицинские, психотерапевтические и социальные компоненты.

Развитие кадрового потенциала стало важным условием успешного проведения организационных преобразований. В течение десятилетия численность врачей-наркологов в Омской области существенно увеличилась: с 42 специалистов в 2000 году до 68 в 2010 году. Параллельно происходила их профессиональная дифференциация: около 35 % специалистов прошли дополнительную подготовку по психотерапии, реабилитации и смежным дисциплинам, что позволило внедрить современные методы комплексного лечения зависимостей, ориентированные не только на купирование абstinентных и острых состояний, но и на длительную психосоциальную поддержку пациентов. Одновременно развивались формы работы, выходящие за рамки традиционных стационарных моделей. С 2005 года начали активно внедряться амбулаторные программы, включавшие дневные стационары (всего к концу десятилетия функционировало пять таких отделений), группы анонимных наркоманов и алкоголиков, а также программы семейной психотерапии, направленные на вовлечение ближайшего окружения пациента в лечебный процесс. Большое значение имело расширение взаимодействия с учреждениями общей медицинской сети — в первую очередь с Центром СПИД и противотуберкулёзной службой, что было обусловлено ростом сочетанных заболеваний, прежде всего ВИЧ-инфекции и туберкулёза, среди пациентов наркологического профиля.

Существенные изменения произошли и в материально-техническом обеспечении службы. В рамках областной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками» была проведена модернизация лабораторной базы и информационных систем. Оснащение восьми лабораторий иммунохроматографическим оборудованием позволило внедрить экспресс-методы диагностики употребления наркотических средств, а закупка современной аппаратуры для психофизиологических исследований обеспечила более точную диагностику состояний, связанных с зависимостью. Создание компьютерной сети для ведения единого регистра пациентов способствовало формированию современной

системы учёта и мониторинга, обеспечивавшей достоверность данных и эффективность планирования лечебно-профилактической работы.

Несмотря на значительные достижения, сохранялись определённые проблемы и ограничения, обусловленные как объективными факторами, так и сложностями организационного характера. Одной из ключевых проблем оставалась недостаточная координация между государственными и негосударственными реабилитационными центрами, различавшимися по уровням оснащённости, профессиональной подготовке персонала и методическим подходам. Ограниченным оставалось взаимодействие с учреждениями первичного звена здравоохранения, что снижало эффективность раннего выявления и профилактики наркологических расстройств. Кроме того, отмечалась территориальная неравномерность обеспечения наркологической помощью: в отдалённых сельских районах доступность специализированных услуг оставалась ограниченной, несмотря на создание наркологических кабинетов в ЦРБ.

В целом 2000-е годы стали для наркологической службы Омской области этапом системной трансформации, в ходе которой были модернизированы структура управления, принципы учёта и наблюдения, материально-техническая база и кадровая система. Служба прошла путь от преимущественно стационарной, ориентированной на детоксикацию и диспансерное наблюдение, к многоуровневой модели, включающей амбулаторные программы, реабилитационные мероприятия и интеграцию с другими секторами здравоохранения. Эти изменения создали основу для дальнейшего развития и адаптации системы к новым вызовам следующего десятилетия, когда в условиях изменения законодательной базы, роста числа новых видов зависимости и усиления межведомственного взаимодействия начался новый этап модернизации наркологической помощи в регионе.

2010–2025 годы: адаптация к новым вызовам и формирование комплексной системы

В течение 2010-х годов и в начале 2020-х в России и Омской области произошли существенные сдвиги в эпидемиологии наркологических расстройств, организации медицинской помощи и профилактической работе. На фоне многолетнего роста уровня потребления алкоголя и опиоидных наркотиков в 1990–2000-х годах, к 2010-м наметилась устойчивая тенденция к снижению масштабов злоупотребления алкоголем, а также постепенное изменение структуры незаконного рынка психоактивных веществ. Последнее десятилетие характеризуется сочетанием нескольких разнонаправленных процессов: сокращением потребления традиционного алкоголя, снижением герoinовой наркомании, изменением профиля опиоидной зависимости, появлением новых

психоактивных веществ синтетического происхождения и усилением работы по контролю табакокурения.

Сокращение масштабов потребления алкоголя было связано с комплексом мер по регулированию рынка, ограничению доступности, профилактике и повышению уровня информированности населения. Это привело к снижению алкогольной смертности и улучшению ряда демографических показателей. В Омской области, как и в целом по стране, данные тенденции нашли отражение в работе наркологической службы: уменьшилось количество пациентов с тяжёлыми формами алкогольной зависимости, требующих длительной госпитализации, расширились амбулаторные и профилактические формы работы. Вместе с тем специалисты фиксировали неоднородность динамики: в отдельные периоды, особенно в 2020–2022 гг., отмечались локальные колебания потребления, обусловленные пандемией COVID-19 и социально-экономическими факторами.

Параллельно происходили серьёзные изменения в структуре наркорынка. Если в 1990–2000-е годы основным опиоидом оставался героин, то начиная с 2010-х его доминирующая роль постепенно снижалась. На смену пришли синтетические опиоиды и новые психоактивные вещества (NPS), включая синтетические каннабиноиды и стимуляторы, отличающиеся непредсказуемым действием, высокой токсичностью и быстрой сменой химических формул. Эти соединения, нередко маскируемые под безобидные продукты, вызывали тяжёлые психотические состояния и острые интоксикации, что потребовало от наркологической службы региона пересмотра диагностических подходов, укрепления лабораторной базы и расширения возможностей экстренной помощи. Омская область, как значимый транспортный узел, не осталась в стороне от этих процессов, и с начала 2010-х в регионе фиксировалось увеличение числа пациентов с зависимостью от синтетических веществ, что стало новым вызовом для клиницистов.

В этот же период в стране последовательно реализовывались меры по контролю табакокурения: ужесточение законодательства, ограничение мест продажи и курения, профилактические кампании. В Омской области наблюдалось устойчивое снижение числа курящих среди молодёжи и взрослого населения, что сопровождалось внедрением специализированных программ отказа от курения на базе медицинских учреждений и в профилактической работе с целевыми группами. Табачная зависимость всё чаще рассматривалась как нозология, требующая системного медицинского вмешательства.

Для наркологической службы Омской области 2010-е и 2020-е годы стали временем интенсивной организационной перестройки и профессионального роста. Продолжалось совер-

шествование многоуровневой системы оказания помощи, включающей амбулаторный, стационарный и реабилитационный этапы. Активно развивались диагностические службы: клинико-диагностическая и химико-токсикологическая лаборатории диспансера были оснащены современным оборудованием, что позволило выявлять широкий спектр психоактивных веществ, включая синтетического происхождения, в биологических средах человека. Наркологические кабинеты охватили все административные округа Омска, что обеспечило доступность помощи для населения региона.

Особое значение приобрела кадровая и научно-практическая составляющая. С 2019 года областной наркологический диспансер возглавляет главный врач Дмитрий Сергеевич Титов, одновременно являющийся главным внештатным психиатром-наркологом Министерства здравоохранения Омской области. Его профессиональная деятельность связана с диспансером на протяжении более двух десятилетий. После окончания Омской государственной медицинской академии по специальности «Лечебное дело» и ординатуры по психиатрии-наркологии он прошёл путь от врача-психиатра нарколога до заместителя главного врача по медицинской части, возглавив стационарную службу. Под его руководством учреждение функционирует как единый, хорошо отлаженный механизм, обеспечивающий оказание медицинской помощи на современном уровне всему населению региона.

Под руководством Д.С. Титова в диспенсере создана современная клиническая база, активно развиваются научно-практические направления в сотрудничестве с Омским государственным медицинским университетом и кафедрой психиатрии и медицинской психологии. В коллективе работают два кандидата медицинских наук, совмещающие клиническую и преподавательскую деятельность. В 2020 году специалистами учреждения был получен патент на способ лечения абстинентного синдрома у лиц с зависимостью от синтетических агонистов рецепторов гамма-аминомасляной кислоты, что стало важным научным достижением региональной наркологии. На базе диспансера регулярно проходят занятия для студентов старших курсов и ординаторов, внедрена система наставничества, позволяющая передавать клинический опыт новым поколениям специалистов и укреплять кадровый потенциал службы.

Коллектив диспансера насчитывает около 300 сотрудников. Несмотря на территориальную разобщённость подразделений, их работа скоординирована и направлена на решение единой задачи — охрану здоровья пациентов с зависимостями. За последние годы сложился устойчивый коллектив высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала, многие из которых посвятили учреждению десятилетия. Одновременно привлекаются молодые

специалисты, которым передаётся опыт и формируется преемственность поколений.

В организационном плане диспансер остаётся ведущим медицинским учреждением наркологической службы региона. Он координирует профилактическую работу, участвует в реализации межведомственных программ противодействия злоупотреблению психоактивными веществами, организует экспертизу состояния алкогольного и наркотического опьянения. Информация о современных методах диагностики и лечения наркологических расстройств регулярно распространяется через средства массовой информации, официальный сайт Министерства здравоохранения Омской области, социальные сети и профилактические мероприятия. Особое внимание уделяется раннему выявлению, совершенствованию профилактики и укреплению материально-технической базы службы.

Таким образом, развитие наркологической службы Омской области в 2010–2025 гг. происходило в русле общероссийских тенденций, но имело свои региональные особенности. Снижение масштабов традиционного алкоголизма и героиновой зависимости сопровождалось усилением работы по выявлению и лечению новых форм зависимостей, в том числе связанных с синтетическими веществами, расширением профилактической деятельности и модернизацией клинико-диагностической базы. Кадровая политика, научная деятельность и межведомственное взаимодействие стали ключевыми факторами устойчивого развития службы. Под руководством профессиональной управленческой команды Омский областной наркологический диспансер занял устойчивое положение как ведущий региональный центр оказания наркологической помощи и профилактики зависимостей, соответствующий современным требованиям здравоохранения.

Авторы выражают благодарность сотрудникам БУЗ ОО «Омский наркологический диспансер» С.С. Титову, Д.А. Никонову, О.В. Тарасову, М.Ю. Дорошенко и Е.В. Стельмах, БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница» С.С. Одарченко, Т.А. Воронковой и И.В. Пономаренко за помощь в подборке материалов, использованных при подготовке данной статьи.

Возрастные аспекты психиатрии

УДК 614.2:364.128:304.5(571.14)

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЫ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ИХ СЕМЕЙ

Н.А. Мусс

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

mussnata@yandex.ru

Аннотация. Семьи с детьми, затронутые проблемой ВИЧ-инфекции, нуждаются не только в медицинской помощи, но и в психологическом сопровождении на всех этапах взросления ребенка. Эмоциональная реакция на болезнь, уровень приверженности наблюдению и лечению, влияние болезни на социальное функционирование – важные составляющие качества жизни ВИЧ-положительного ребенка, определяющие его будущее. Своевременная поддержка не освобождает полностью от трудностей на пути взросления, но позволяет переформулировать проблемы в задачи и искать пути их решения.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, ВИЧ-инфекция, дети, диспансерная группа, семья, приверженность лечению, качество жизни.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR CHILDREN OF THE DISPENSARY GROUP WITH HIV INFECTION AND THEIR FAMILIES

N.A. Muss

Abstract. Families with children affected by the problem of HIV infection require not only medical care but also psychological support at all stages of the child's development. The emotional reaction to the illness, the level of adherence to observation and treatment, and the impact of the illness on social functioning are important components of the quality of life of an HIV-positive child, determining their future. Timely support does not completely free one from the difficulties on the path to adulthood but allows for reframing problems into tasks and seeking ways to solve them.

Keywords: psychological support, HIV infection, children, dispensary group, family, treatment adherence, quality of life.

Введение

Современные достижения антиретровирусной терапии (АРВТ) принципиально изменили течение и прогноз ВИЧ-инфекции, трансформировав её из заболевания с высокой летальностью в хроническое, управляемое состояние при условии пожизненного лечения и регулярного медицинского наблюдения [1–3]. Существенное снижение вертикальной передачи вируса и повышение выживаемости детей, инфицированных перинатально, привели к формированию новой демографической группы — детей, подростков и молодых взрослых, живущих с ВИЧ, для которых характерна перспектива длительной жизни и социальной интеграции [4,5]. В этих условиях фокус клинической и научной повестки смешается от задач выживания к вопросам качества жизни, психического здоровья и социальной адаптации.

Актуальность работы определяется, прежде всего, изменением эпидемиологической структуры ВИЧ-инфекции в детской популяции. По данным международных организаций, число детей и подростков, живущих с ВИЧ, остаётся значительным, а их доля среди пациентов, длительно получающих АРВТ, стабильно увеличивается [2,6]. Это

требует пересмотра существующих моделей помощи с учётом долгосрочных последствий хронического заболевания, включая психологическое развитие, образовательные траектории и социальное функционирование.

Наряду с медицинскими аспектами, значимым фактором, определяющим благополучие детей, живущих с ВИЧ, остаётся социальный контекст. Несмотря на многолетнее существование эффективного лечения, ВИЧ-инфекция продолжает сопровождаться выраженной стигматизацией и дискриминационными установками, как на уровне общества, так и в институциональной среде [7,8]. Для ребёнка и его семьи это нередко формирует дополнительное бремя, проявляющееся в страхе раскрытия диагноза, социальной изоляции, ограничении доступа к поддерживающим ресурсам и хроническом психоэмоциональном напряжении. Внутренняя стигматизация и переживание «инаковости» могут закрепляться уже в младшем школьном возрасте и усиливаться в подростковый период [9].

Процесс взросления с ВИЧ-инфекцией имеет выраженное психологическое измерение. Необходимость пожизненного соблюдения режима терапии, регулярных медицинских обследований

и осознания хронического характера заболевания влияет на формирование идентичности, самооценки и образа будущего [10,11]. Исследования показывают, что эмоциональная реакция на диагноз, уровень приверженности лечению и особенности семейного функционирования тесно связаны с показателями психического здоровья, социальной адаптации и субъективного качества жизни детей и подростков, живущих с ВИЧ [12–14]. В ряде случаев именно психосоциальные факторы, а не клинико-лабораторные показатели, оказываются определяющими для устойчивости лечения и долгосрочных исходов.

В связи с этим в современной научной и клинической литературе всё более отчётливо обозна- чается переход от узко биомедицинской модели «контроля вирусной нагрузки» к биопсихосоциальному подходу, предполагающему комплексную поддержку ребёнка и семьи [3,15]. Психологическое сопровождение рассматривается как неотъемлемый компонент системы помощи, необходимый на всех этапах развития — от информирования о диагнозе и формирования приверженности терапии до поддержки в период подросткового кризиса, становления автономии и планирования взрослой жизни. Своевременное и профессиональное психологическое вмешательство не устраняет объективных ограничений, связанных с заболеванием, однако способствует формированию резидентности, адаптивных стратегий совладания и более устойчивой интеграции детей и подростков, живущих с ВИЧ, в социальную среду.

Все дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями, наблюдаются и регулярно проходят медицинское освидетельствование в БУЗОО «ЦПБ-СИЗ» с диагнозом «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции». При подтверждении диагноза «ВИЧ-инфекция» дети состоят на учете у врача-педиатра до достижения 18-летнего возраста.

Согласно Клиническим рекомендациям «ВИЧ-инфекция у детей» 2024г., консультация медицинского психолога показана 2 раза в год (против 1 раза в год в прошлых рекомендациях). В целом психологическая работа состоит в психодиагностике эмоционального состояния, характерологических и нейрокогнитивных особенностей детей, формировании приверженности наблюдению и лечению.

Если у ребенка подтверждается диагноз «ВИЧ-инфекция», то он остается на диспансерном наблюдении пожизненно. Постановку такого диагноза все родители (опекуны) воспринимают очень тяжело, гораздо болезненнее, чем собственный ВИЧ-положительный статус. Как будет расти ВИЧ-положительный ребенок, как сохранить конфиденциальность диагноза при поступлении в детский сад, школу – первые вопросы, которые задают родители (опекуны).

Беседы о ВИЧ-инфекции, раскрытие ВИЧ-статуса ребенку – следующая сложная задача для родителей (опекунов). В ходе работы столкнулись с тем, что процесс раскрытия статуса затруднен

множеством других проблем. Родители (опекуны) часто говорят о том, что «они сами не готовы», что «их ребенок еще не готов» к этим беседам. Это происходит по следующим основным причинам:

* родители (опекуны) оттягивают момент раскрытия статуса своим детям, опасаясь за эмоциональное благополучие своих детей и желая уберечь их от эмоционального стресса, связанного с состоянием здоровья самих детей или родителей;

* родители (опекуны) боятся, что их дети могут рассказать об этом другим, таким образом, подвергая детей и всю семью опасности возможной дискриминации и изоляции из-за ВИЧ-положительного статуса;

* матери часто боятся, что придется рассказать об употреблении наркотиков в прошлом, что это испортит их взаимоотношения, дети будут их обвинять, никогда не простят.

Многие родители (опекуны) предлагают именно специалисту (врачу-педиатру, медицинскому психологу) провести такую беседу с ребенком.

Подобные трудные ситуации требуют обсуждений с родителями (опекунами) их тревог и опасений.

Общие рекомендации взрослым по организации беседы с детьми на тему ВИЧ-инфекции:

* взрослый может инициировать начало разговора, а может ждать, когда ребенок сам задаст какой-либо вопрос;

* ребенок любого возраста должен получить полные, правильные, достоверные ответы на свои вопросы;

* необходимо учитывать возраст ребенка, уровень его развития. С маленькими детьми хорошо для объяснения использовать игрушки, сказки, рисунки. Можно придумывать истории о злом «вирусе-разбойнике», и добром «иммунитете-защитнике». С подросшими детьми можно использовать простые понятные ему слова: «болезнь», «здравье», «врач», «лекарства». С подростками разговаривать можно уже практически как со взрослыми людьми, предоставляя им полную и достоверную информацию о ВИЧ. Желательно заранее подготовить информационные материалы по проблеме. Важны для подростков вопросы будущего: получения профессии, создания личных отношений, семьи, рождения детей. Ребенку важно услышать, что он не виноват в случившемся, что ВИЧ-положительный статус не делает его хуже других детей, что его любят;

- раскрытие диагноза ребенку затрагивает также и других детей в семье, необходимо решить, насколько их следует ставить в известность.

С целью лечения ВИЧ-инфекции детям, также как и взрослым, врач-педиатр назначает антиретровирусную терапию (АРТ). Главным условием эффективности АРТ является формирование, поддержание и контроль родителей (опекунов) приверженности лечению детей. С родителями (опе-

кунами) необходимо всесторонне обсудить особенности приема АРВ-препараторов ребенком. Важно уточнить уровень знаний родителей (опекунов) о ВИЧ, их отношение к болезни, лечению, уровень собственной адаптированности к диагнозу и особенности взаимоотношений с ребенком, режим приема терапии, кто и когда будет давать препараты, «запасные варианты» для непредвиденных случаев, психологические ресурсы семьи. В беседе с ребенком обсуждаются (по возрасту) – самочувствие, общая жизненная ситуация, отношение к лечению, правила приема таблеток (витаминов), влияние диагноза на самооценку ребенка, взаимоотношения с окружающими, будущее. Используются детские консультативные (рисуночные) карты или карты для взрослых «АРТ в картинках» для разъяснения лечения. Считаю необходимым сформировать у ребенка важность заботы о своем здоровье, признание своей уникальности, самоценности, равноправия независимо от наличия пожизненного заболевания, необходимости принимать таблетки каждый день.

Соблюдать режим приема медицинских препаратов детям сложнее, чем взрослым. Для достижения хороших результатов в формировании приверженности лечению у маленьких детей родителям (опекуном) рекомендуется облекать процесс лечения в игровую форму, применяя понятную для ребенка форму поощрения, использовать нарисованное, возможно самим ребенком с помощью взрослого, расписание приема лекарств, в котором каждый прием лекарств отмечать звездочкой или смайликом. Важно хвалить ребенка после каждого приема лекарств. Многие школьники принимают препараты самостоятельно, но по напоминанию и под контролем взрослых. Подростки лучше выполняют назначения врача, если им понятна цель лечения, наложен хороший контакт с родителями, врачом, психологом. В целом, чем спокойнее, «естественней» относятся к лечению взрослые, тем быстрее привыкают пить таблетки и стабильнее соблюдают режим дети.

В процессе работы выявлялись следующие препятствия, которые мешали соблюдению режима приема препаратов:

общая (конфликтная, неупорядоченная) ситуация в семье, разногласия между родителями, другими родственниками;

- (не)информированность других членов семьи о ВИЧ-положительном статусе ребенка;

- социальный статус семьи, родителей (занятость, злоупотребление ПАВ, отсутствие постоянного жилья, проживание в отдаленных сельских районах);

- отношение родителей (опекунов) к лечению, его эффективности, «вредности» для детского организма.

Пациенты с нестабильным приемом АРТ направляются к психологу врачом-педиатром при каждом посещении для обсуждения причин, препятствующих соблюдению режима лечения и поиску вариантов их устранения.

Психодиагностическими инструментами для оценки факторов приверженности АРТ являются:

- оценка комплаентности АРТ по шкале Мориски-Грин (каждое посещение);
- оценка эмоционального состояния ребенка (беседа, наблюдение, «Выбери смайлик»); с 11 лет проводится опросник для определения уровня тревожности и депрессии (HADS).

Тревожные и депрессивные расстройства у ВИЧ-положительных детей могут возникать на все этапах инфекции и наиболее вероятны у подростков старше 15 лет. Данные расстройства связаны с интернализованной стигмой, отсутствием социальной поддержки и оказывают влияние на соблюдение режима наблюдения и лечения. По результатам опроса 53 детей в возрасте 11-17 лет, уровень тревоги в диапазоне 8-10 баллов - «субклинически выраженная тревога» - выявлен у 7 детей. Важно, что при обсуждении результатов диагностики, подростки объясняли тревогу актуальной жизненной ситуацией: «чувство напряжения из-за несчастья с близкими», «беспокойство за дедушку, который сейчас в больнице», «чувство паники из-за пробника ОГЭ». Все эти ситуации требуют эмоциональной проработки с опорой на внутренние ресурсы и социальной поддержки.

- оценка качества жизни ребенка (с 8 лет) с использованием русской версии опросника PEDSQL 4.0 GENERIC CORE SCALES.

Исследование качества жизни позволяет получить информацию о влиянии заболевания на различные составляющие жизнедеятельности пациента, а также дает представление об его индивидуальной реакции на болезнь. По результатам опроса 60 детей в возрасте 8-17 лет итоговая величина оценки качества жизни распределялась преимущественно в диапазоне 70-85 баллов (min-65, max-93), что указывает на стабильный психосоциальный статус ребенка. Наибольшее количество баллов набирала шкала «Физическое функционирование», т.е. дети не испытывают недомоганий, несмотря на имеющееся хроническое заболевание. Наименьшее количество баллов набирала шкала «Эмоциональное функционирование», но ответы по этой шкале не затрагивали темы здоровья, болезни, лечения, а соответствовали жизненной ситуации ребенка, его возрасту. Например: «мне бывало страшно, когда я видел паука», «мне бывало грустно в плохую погоду», «я был разозлен после ссоры с братом». Качество ответов на вопросы эмоционального блока используется как возможность поговорить с ребенком о разнообразии эмоций, важности положительных и отрицательных эмоциональных состояний, вариантах поведения в ситуациях, когда страшно, грустно или рассержен и т.д.

* диагностика характерологических особенностей подростков (с 13 лет) с использованием опросника Г. Шмишека «Акцентуации характера».

Так, из 21 обследованного, гипертимная акцентуация выявлена у 10 подростков, эмотивная –

у 3, экзальтированная – у 3; циклоидная – у 2, педантичная, заструевающая и возбудимая у трех подростков.

По результатам психоdiagностики оформляется заключение с рекомендациями по выстраиванию конструктивных взаимоотношений с подростком. С родителем (опекуном) и ребенком в форме обратной связи обсуждаются особенности характера, факторы риска и стабилизации приверженности лечению, определяются возможные стратегии поведения в трудных жизненных ситуациях, психологические ресурсы. С гипертимными подростками «можно договориться» с учетом признания их взрослости, самостоятельности, но с указанием, вместе с тем, на ответственность за собственные действия и поступки. Подростки с эмотивной акцентуацией, по причине повышенной чувствительности, бросали пить таблетки, «когда обижались на маму, потому что она ругает». Разбор конфликтных ситуаций, понимание того, какие «несказанные» слова и переживания стоят за негативными эмоциями, помогали улучшить прием АРТ. Работа по приверженности лечению с подростками – это совместная работа детей и специалистов от встречи к встрече. Где хороший результат обследования – повод для гордости, а ухудшение результатов – повод обсудить сложности и подумать, что можно исправить.

Важным вопросом является изучение влияния ВИЧ-инфекции на нейрокогнитивные функции, риска развития ВИЧ-энцефалопатии как фактора, ухудшающего качество жизни с ВИЧ.

ВИЧ-ассоциированные нейрокогнитивные расстройства развиваются вследствие вирусного поражения центральной нервной системы. Чему также способствует ряд неспецифических причин: позднее начало лечения, сопутствующие заболевания, употребление психоактивных веществ, низкий когнитивный резерв.

Ключевые симптомы нарушения познавательных процессов, спровоцированные ВИЧ – расseyянность, снижение концентрации внимания, ухудшение памяти и абстрактного мышления, снижение навыков планирования, прогнозирования и контроля деятельности, общее снижение работоспособности.

В целях определения уровня развития когнитивных особенностей ВИЧ-инфицированных детей пациенты-дошкольники обследуются по методике Е.А. Стребелевой, пациенты школьного возраста проходят полное нейрокогнитивное обследование, включающее исследование: зрительного гноиса (восприятие реалистических изображений, перечеркнутые изображения, фигуры Поппельрейтера, «Химеры», цвет, геометрические фигуры), праксиса кинестетического (по зрительному образцу, по кинестетическому образцу, оральный), праксиса кинетического («Кулак-реброладонь», Кубики Кооса), праксиса пространственного (проба Хэда); письма, чтения, счета. Для исследования памяти, внимания, мышления используются методики: «10 слов», корректурная проба,

«Повторение цифр» (из Векслера), «Простые аналогии», «Исключение понятий» (вербальный вариант), «Толкование метафор и пословиц».

В течение 2025г. обследовано 59 детей в возрасте 7-16 лет, из них 53 ребенка привержены наблюдению и лечению, имеют неопределенный уровень вирусной нагрузки. У 6 детей вирусная нагрузка периодически повышается, что свидетельствует о нарушении режима АРТ. У 22 детей (37%) выявлены нейрокогнитивные нарушения, которые проявлялись снижением концентрации внимания, его переключаемости, диагностировались низкие показатели течения мнестической деятельности с трудностями припомнания, неустойчивость умственной работоспособности в целом. В структуре мышления выявлялись нарушения операциональной стороны мышления по типу снижения уровня обобщения и отвлечения, что не соответствовало возрастному периоду испытуемого. Более успешно выполнялись задания на исследование гноиса и праксиса. Следует отметить, что все дети охотно взаимодействовали с психологом, принимали стимулирующую, эмоциональную и организующую помощь, что позволяло лучше справляться с заданиями и является залогом успешной коррекционной работы.

По результатам психоdiagностики оформляется заключение с рекомендациями по развитию когнитивных функций. Проводятся занятия по обучению нейрогимнастике, упражнения на развитие внимания, памяти, восприятия, мыслительных функций.

Оценивая уровень нейрокогнитивного развития детей, нельзя не учитывать социальную характеристику их семей, воспитательный потенциал родителей (опекунов). Низкий образовательный и общекультурный уровень родителей (опекунов), активная алкогольная или наркотическая зависимость, социальная и воспитательная запущенность детей в таких семьях, несоблюдение режима лечения – факторы, способствующие нарушению когнитивного развития детей.

ВИЧ-положительный ребенок не должен быть изолирован от окружающего мира, он должен общаться с другими людьми, учиться, познавать жизнь. Дети имеют право на посещение детского сада, образовательного учреждения, кружков и секций. У ВИЧ-инфицированных детей есть стремление к эмоционально положительным отношениям со взрослыми (врачом-педиатром, медицинским психологом), что является важным опорным пунктом при работе с этими детьми.

Список литературы

1. Palella F. J., Delaney K. M., Moorman A. C. et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection // New England Journal of Medicine. – 1998. – Vol. 338, № 13. – P. 853–860.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS Update. – Geneva: UNAIDS, актуальные выпуски.
3. Deeks S. G., Lewin S. R., Havlir D. V. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease // The Lancet. – 2013. – Vol. 382, № 9903. – P. 1525–1533.
4. World Health Organization. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. – Geneva: WHO, 2013.
5. Foster C., Fidler S. Optimizing HIV transition services for young adults // Current Opinion in HIV and AIDS. – 2018. – Vol. 13, № 3. – P. 245–250.
6. United Nations Children's Fund (UNICEF). Children, HIV and AIDS: Global and regional snapshots. – New York: UNICEF, актуальные отчёты.
7. Earnshaw V. A., Chaudoir S. R. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures // AIDS and Behavior. – 2009. – Vol. 13, № 6. – P. 1160–1177.
8. Parker R., Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action // Social Science & Medicine. – 2003. – Vol. 57, № 1. – P. 13–24.
9. Malee K. M., Tassiopoulos K., Huo Y. et al. Mental health functioning among children with perinatal HIV infection and HIV-exposed uninfected children // Pediatrics. – 2011. – Vol. 128, № 4. – P. e863–e871.
10. Blakemore S.-J., Mills K. L. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? // Annual Review of Psychology. – 2014. – Vol. 65. – P. 187–207.
11. Wiener L., Mellins C. A. Psychosocial aspects of HIV/AIDS in children and adolescents // Pediatric Clinics of North America. – 2012. – Vol. 59, № 2. – P. 461–476.
12. Cluver L., Gardner F., Operario D. Psychological distress amongst AIDS-orphaned children in urban South Africa // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2007. – Vol. 48, № 8. – P. 755–763.
13. Kim M. H., Mazenga A. C., Yu X. et al. Factors associated with depression among adolescents living with HIV in Malawi // AIDS Care. – 2014. – Vol. 26, № 10. – P. 1309–1314.
14. Sherr L., Croome N., Parra Castaneda K., Bradshaw K., Romero R. A systematic review of adherence among adolescents living with HIV // AIDS. – 2011. – Vol. 25, № 18. – P. 2119–2131.
15. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine // Science. – 1977. – Vol. 196, № 4286. – P. 129–136.



Клиническая психология

УДК - 159.9

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ: ТРАНСФОРМАЦИЯ СТРАХА СМЕРТИ В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНУЮ ЯСНОСТЬ

В.В. Скляднева, О.В. Черненко

Военный университет имени князя Александра Невского
Министерства обороны Российской Федерации, Москва, Россия

ms.nika@list.ru

Аннотация. Статья посвящена исследованию феномена посттравматического роста в его экзистенциальном измерении, в частности трансформации страха смерти, возникающего в результате тяжелой психологической травмы, в состояние экзистенциальной ясности. В работе анализируется, как столкновение с травматическим событием, разрушающее базовые иллюзии и привычную картину мира, может стать катализатором глубокого личностного изменения. На основе экзистенциально-аналитического подхода и концепции посттравматического роста рассматриваются механизмы переосмыслиения травматического опыта, ведущие к переоценке ценностей, обретению внутренней силы, углублению межличностных связей и выражению новой, более осмысленной жизненной позиции. Особое внимание уделяется тому, как интеграция опыта конfrontации со смертью способствует обретению подлинности и ясности в восприятии фундаментальных вопросов бытия.

Ключевые слова: посттравматический рост, экзистенциальная ясность, психологическая травма, смыслообразование, личностная трансформация.

POST-TRAUMATIC GROWTH: THE TRANSFORMATION OF FEAR OF DEATH INTO EXISTENTIAL CLARITY

V.V. Sklyadneva, O.V. Chernenko

Abstract. The article is devoted to the study of the phenomenon of post-traumatic growth in its existential dimension, in particular, the transformation of the fear of death resulting from severe psychological trauma into a state of existential clarity. The paper analyzes how a collision with a traumatic event that destroys basic illusions and a familiar picture of the world can become a catalyst for deep personal change. Based on the existential-analytical approach and the concept of post-traumatic growth, the mechanisms of rethinking traumatic experiences are considered, leading to a reassessment of values, the acquisition of inner strength, the deepening of interpersonal relationships and the development of a new, more meaningful life position. Special attention is paid to how the integration of the experience of confrontation with death contributes to the acquisition of authenticity and clarity in the perception of fundamental issues of being.

Keywords: post-traumatic growth, existential clarity, psychological trauma, meaning formation, personal transformation.

Современный мир характеризуется возрастающей нестабильностью и множественностью вызовов, начиная от глобальных пандемий и локальных военных конфликтов и заканчивая увеличением частоты природных катастроф и техногенных аварий. Подобные события не только несут прямую угрозу физическому существованию, но и оказывают мощнейшее дестабилизирующее воздействие на психику, напрямую сталкивая человека с его экзистенциальной уязвимостью и конечностью. По данным исследований, психологическая травма приводит к развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) приблизительно в 25—35% случаев, и около 60% людей, переживших травму, продолжают страдать от значительных симптомов ПТСР через год после травмы [7]. Традиционно в психологии основной акцент делался на изучении негативных последствий травмы — болезней, расстройств и дистрес-

са [4]. Однако такой подход является ограниченным, поскольку не отражает всей полноты возможных исходов конfrontации с экстремальным опытом.

В противовес исключительно «негативной» парадигме, все большее признание в научной среде получает концепция посттравматического роста (ПТР) — позитивного психологического изменения, переживаемого в результате борьбы с тяжелыми жизненными обстоятельствами. Этот феномен предполагает не только восстановление предшествовавшего уровня функционирования, но и его превышение, а также качественные, трансформирующие изменения личности [2]. Как отмечает М.Ш. Магомед-Эминов, экстремальность подобна двуликому Янусу, который одним лицом направлен на страдание и расстройство, а другим — на испытание, стойкость и рост [4]. Таким образом, последствия травмы образуют триаду «расстройство — стойкость — рост», что требует

комплексного изучения всех возможных траекторий посттравматического адаптационного процесса [4].

Особую актуальность приобретает исследование специфического аспекта посттравматического роста — трансформации страха смерти в экзистенциальную ясность. Травматическое событие, связанное с столкновением со смертью (собственной или близких), разрушает базовые иллюзии безопасности и незыблемости бытия, вызывая то, что А. Лэнгле в своем экзистенциальном анализе называет переживанием «ужаса», в котором че-

ловек познает «бездонность бытия» [1]. Это переживание способно парализовать личность, приводя к «утрате мира, обеднению отношений, утрате себя и будущего» [1]. Однако этот же экзистенциальный шок может стать и катализатором глубокой переоценки жизни. С экзистенциальной точки зрения, тяжёлая травма затрагивает все четыре фундаментальных измерения человеческого существования: физическое, социальное, психологическое и духовное [6], делая неизбежным обращение к вопросам смысла, ответственности и подлинности жизни.

Таблица 1

Три типа последствий экстремальной ситуации

Тип последствия	Краткая характеристика	Восприятие события человеком
Расстройство	Нарушение нормального функционирования, страдание, развитие ПТСР и коморбидных расстройств [4][7].	Переживание как травмы, горя, кризиса, трагедии [4].
Стойкость	Поддержание и восстановление равновесия, эффективная адаптация, устойчивость [4].	Восприятие как испытания, которое нужно стойко выдержать [4].
Рост	Конструктивная трансформация, позитивные изменения, превышающие исходный уровень адаптации [2][4].	Отношение к событию как к ситуации духовного перевоплощения, обретения нового смысла [4].

Актуальность темы также обусловлена ее практической значимостью для психотерапевтической и консультационной практики. Понимание механизмов и путей, ведущих от страха и отчаяния к ясности и принятию, позволяет специалистам не просто копировать симптомы ПТСР, но и сопровождать клиента в сложном процессе поиска новых опор и смыслов. Как подчеркивает Л. Шиленкова, посттравматический рост нельзя вызвать искус-

ственно, но грамотная психологическая работа создает условия для его возникновения [5]. Это предполагает уважение к темпу клиента, удержание пространства для проживания горя и помощь в обнаружении новых смыслов [5]. Исследования, в том числе проводимые на выборках сотрудников правоохранительных органов, показывают, что ПТР может рассматриваться не только как результат, но и как адаптивная стратегия совладания с травмой [3].

Таблица 2

Сравнение ПТР и дезадаптивных стратегий

Аспект	ПТР (Адаптивная стратегия)	Дезадаптивные стратегии (ПТСР)
Отношение к травме	Активная переработка, поиск смысла	Избегание мыслей, чувств, напоминаний о травме
Эмоции	Признание и выражение эмоций, интеграция их в опыт	Подавление эмоций, эмоциональное оцепенение, вспышки гнева
Взгляд в будущее	Постановка новых целей, открытие возможностей	Ощущение "обреченного будущего", безнадежность
Самооценка	"Я выжил и стал сильнее"	"Я сломлен и беспомощен"
Социальные связи	Углубление отношений, поиск поддержки	Изоляция, недоверие к людям

Важно отметить и ключевые области ПТР: отношения с другими (углубление чувства близости и эмпатии); новые возможности (открытие новых путей, интересов, жизненных целей); личностная сила (осознание собственной устойчивости и силы); духовное изменение (пересмотр философии жизни, ценностей и приоритетов); ценность жизни (более глубокое восприятие каждого момента).

Рассматривая условия, при которых работает стратегия ПТР, мы отмечаем:

1. Безопасность и поддержка: Наличие надежных, принимающих отношений (друзья, семья, терапевт).

2. Признание постоянной борьбы: Признание того, что борьба с травмой — это нормально и необходимо.

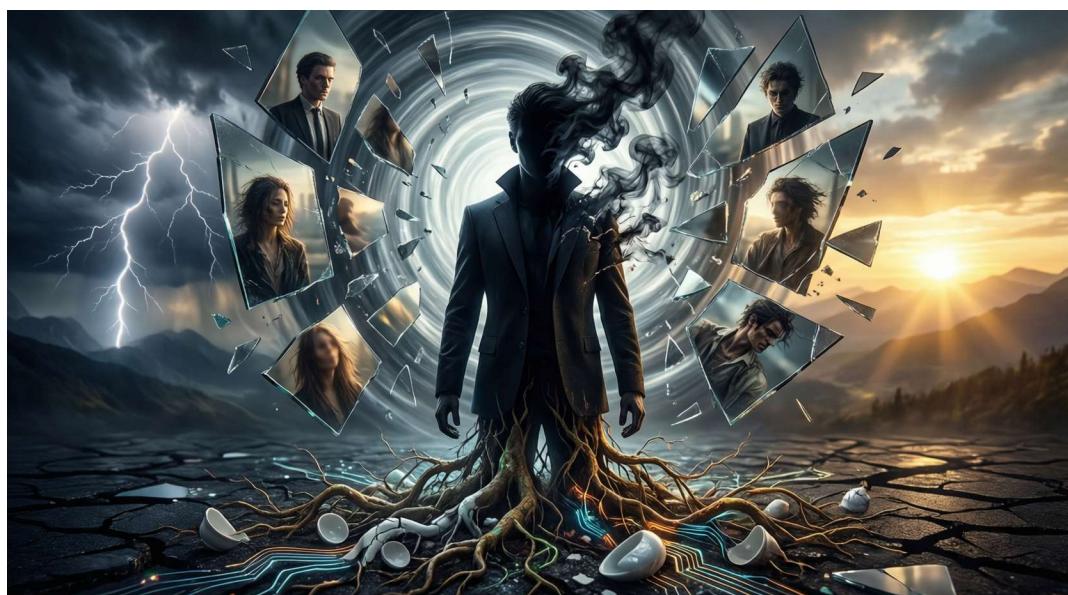
3. Нормализация процесса: Понимание, что рост не отменяет боли. Боль и рост сосуществуют.

4. Терапевтические интервенции: Методы, такие как нарративная терапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), терапия принятия и ответственности (АСТ), которые помогают в переосмыслинии опыта.

Таким образом, актуальность темы статьи лежит в нескольких плоскостях: теоретической (интеграция концепций ПТР и экзистенциальной психологии), социальной (ответ на вызовы современного нестабильного мира) и практической (разработка эффективных помогающих стратегий). Исследование трансформации страха смерти в экзистенциальную ясность позволяет увидеть в травматическом опыте не только точку разлома, но и точку сборки более осмысленной, подлинной и полноценной жизни, что в конечном итоге расширяет представления о ресурсах и возможностях человеческой личности.

Список литературы

1. Лэнгле А. Личностные расстройства и генез травмы. Экзистенциальный анализ личностных расстройств, возникающих вследствие травмы [Электронный ресурс] // Консультативная психология и психотерапия. 2013. Том 21. № 3. С. 10–45. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2013_n3/65202 (дата обращения: 27.10.2025).
2. Посттравматический рост [Электронный ресурс] // Википедия. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Посттравматический_рост (дата обращения: 27.10.2025).
3. Будыкин С.В., Коноплева И.Н. Феномен посттравматического роста у сотрудников правоохранительных органов [Электронный ресурс] // Коченовские чтения «Психология и право в современной России». 2010. URL: https://psyjournals.ru/nonserialpublications/kochenovskie_chteniya_2010/contents/41421 (дата обращения: 27.10.2025).
4. Магомед-Эминов М.Ш. Триада «Расстройство — Стойкость — Рост» как последствия экстремальной ситуации [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 2023. URL: <https://psy.su/feed/11396/> (дата обращения: 27.10.2025).
5. Шиленкова Л. Посттравматический стрессовый рост: как травма становится точкой развития [Электронный ресурс] // В17. 2025. URL: <https://www.b17.ru/article/658262/> (дата обращения: 27.10.2025).
6. Что Такое Экзистенциальный Подход [Электронный ресурс] // zigzag-24. URL: <https://zigzag-24.ru/blog/chto-takoe-ekzistensialnyy-podhod/> (дата обращения: 27.10.2025).
7. Посттравматическое стрессовое расстройство [Электронный ресурс] // Википедия. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Посттравматическое_стрессовое_расстройство (дата обращения: 27.10.2025).
8. Joseph S., Linley A. Growth Following Adversity: Theoretical Perspectives and Implications for Clinical Practice [Электронный ресурс] // Psychology Press. 2008. URL: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203892021/growth-following-adversity-stephen-joseph-alex-linley> (дата обращения: 27.10.2025).



Новости психиатрии

ОБЩИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Данное исследование является одной из наиболее значимых работ последних лет в области биологической психиатрии и психогенетики. Его ключевая цель заключалась в переоценке традиционного нозологического подхода к психическим расстройствам на основе крупномасштабных генетических данных. Авторы использовали обширные массивы GWAS-данных, охватывающих 14 психиатрических диагнозов, и применили методы факторного анализа, байесовского моделирования и кластеризации генетических корреляций.

В результате было идентифицировано пять латентных генетических факторов, каждый из которых охватывает несколько клинически различных расстройств. Эти факторы отражают фундаментальные биологические процессы, включая нейоразвитие, формирование и пластичность синапсов, регуляцию возбуждающего-тормозного баланса, а также механизмы стресс-реактивности и аффективной регуляции.

Особое значение имеет выявление того, что такие расстройства, как депрессия, тревожные расстройства и СДВГ, имеют более тесное генетическое родство между собой, чем с другими аффективными или психотическими состояниями. В то же время биполярное расстройство и

шизофрения образуют частично самостоятельный, но перекрывающийся генетический кластер. Это объясняет клинически наблюдаемую нестабильность диагнозов, феномен спектральности и частую смену диагностических категорий в течение жизни пациента.

Авторы подчёркивают, что полученные данные ставят под сомнение жёсткое разделение психических расстройств в современных классификациях DSM и ICD. Предлагается переход к трандиагностической, размерной модели психопатологии, где акцент смещается с формальных диагнозов на биологические и когнитивные домены, потенциально более релевантные для прогноза и выбора терапии.

Источник:

Nature; Harvard Gazette; ScienceDaily.
Harvard Medical School, Broad Institute of MIT and Harvard, Psychiatric Genomics Consortium.

Публикации и аналитические обзоры: декабрь 2025 – январь 2026.

Международный метаанализ полногеномных ассоциативных исследований (GWAS) с совокупной выборкой более 1,2 млн человек.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Исследование посвящено проверке гипотезы о причинной роли иммунной системы в развитии психических расстройств, что долгое время оставалось предметом дискуссий. В отличие от предыдущих работ, основанных преимущественно на корреляциях, авторы использовали метод Mendelian randomisation, позволяющий оценить потенциальную каузальность наблюдаемых связей.

Были проанализированы генетически детерминированные уровни 735 иммунных белков, включая провоспалительные и противовоспалительные цитокины, молекулы адгезии, факторы комплемента и рецепторы врождённого иммунитета. Эти данные были сопоставлены с риском развития депрессии, шизофрении, биполярного расстройства и ряда других психических состояний.

Результаты показали, что для нескольких иммунных маркеров существует вероятная причинная связь с психопатологией, особенно в отношении депрессивных и психотических расстройств. Наиболее значимыми оказались

показатели, связанные с хроническим низкоуровневым воспалением и активацией микроглии.

Авторы обсуждают несколько возможных механизмов: влияние иммунных медиаторов на проницаемость гематоэнцефалического барьера, прямое воздействие на нейрональные сети через микроглиальные клетки, а также модуляцию нейротрансмиттерных систем, включая серотонинергическую и глутаматергическую. Эти данные поддерживают концепцию психических расстройств как системных, мультиорганных состояний, а не изолированных заболеваний центральной нервной системы.

Клиническое значение работы заключается в возможности разработки новых терапевтических стратегий, включая иммуномодулирующие подходы и стратификацию пациентов по иммунному профилю.

Источник:

University of Bristol; ScienceDaily.
Публикация: 2 мая 2025 года.

БИОМАРКЕРЫ КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Данная работа направлена на решение одной из центральных проблем психиатрии — отсутствия объективных лабораторных маркеров. Авторы использовали методы высокоразрешающей масс-спектрометрии для анализа липидного состава крови у пациентов с депрессией, шизофренией и у здоровых добровольцев.

Было показано, что у пациентов с психическими расстройствами существуют устойчивые изменения в концентрациях определённых классов липидов, включая фосфолипиды и сфинголипиды, играющие ключевую роль в структуре клеточных мембран нейронов и миэлина. Эти изменения, вероятно, отражают нарушения нейрональной сигнализации и нейропластичности.

На основе выявленных липидных профилей была построена диагностическая модель, позволявшая отличать пациентов от контрольной

группы с точностью около 83%, а также дифференцировать депрессию и шизофрению. Это особенно важно с учётом клинической сложности дифференциальной диагностики между аффективными и психотическими расстройствами.

Авторы подчёркивают, что предложенный тест не предназначен для замены клинической оценки, но может стать вспомогательным инструментом, повышающим объективность диагностики и способствующим раннему выявлению заболеваний.

Источник:

Skolkovo Institute of Science and Technology (Сколтех); MDPI.

Освещение: *Известия.*

Публикация: 24 сентября 2025 года.

EEG-ДАННЫЕ И МАШИННОЕ ОБУЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОТВЕТА НА АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Работа посвящена одной из ключевых практических проблем клинической психиатрии — длительному и эмпирическому подбору антидепрессивной терапии. В исследовании использовалась регистрация EEG до начала лечения и в течение первой недели приёма антидепрессантов.

С помощью алгоритмов машинного обучения анализировались изменения спектральных характеристик EEG, в частности в альфа- и тета-диапазонах. Было показано, что определённые ранние нейрофизиологические паттерны достоверно связаны с клиническим ответом через 6–8 недель терапии.

Модель прогнозирования продемонстрировала точность порядка 70–73%, что значительно

превосходит традиционные клинические предикторы. Это открывает возможность раннего изменения терапевтической стратегии у пациентов с высокой вероятностью неэффективности текущего лечения.

Авторы подчёркивают, что EEG является доступным и относительно недорогим методом, а его сочетание с алгоритмами ИИ может существенно повысить персонализацию лечения в амбулаторной практике.

Источник:

Indian Institute of Technology Madras; Czech Academy of Sciences.

Освещение: *The Times of India.*

2025 год.

СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР: ЧТО ПРОИСХОДИТ ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА?

Новые лекарства от ожирения, такие как семаглютид и тирзепатид, произвели революцию в терапии, позволяя пациентам терять 15–20% веса. Однако ожирение — хроническое заболевание, и ключевой вопрос заключается в том, насколько устойчивы эти достижения после прекращения приема препаратов. Данный систематический обзор и метаанализ, включивший 37 исследований, дает четкий и тревожный ответ.

Главный вывод: после отмены препаратов вес быстро возвращается, а улучшения здоровья сходят на нет. Анализ показывает, что после прекращения приема любых препаратов для лечения

ожирения масса тела начинает устойчиво увеличиваться со средней скоростью 0,4 кг в месяц. Для самых эффективных современных препаратов (семаглютид, тирзепатид) скорость восстановления веса еще выше — 0,8 кг в месяц. Это означает, что почти весь потерянный вес может вернуться в течение 1,5–1,7 лет. Параллельно исчезают и все кардиометаболические преимущества: уровни сахара, холестерина и АД возвращаются к исходным показателям примерно за тот период.

Ключевое сравнение: лекарства дают больший, но менее устойчивый эффект, чем изменение образа жизни. При сравнении с

поведенческими программами (диета и физкультура) выявлен парадокс: Препараты эффективнее снимают симптом (быстро и сильно снижают вес). Поведенческая терапия эффективнее лечит причину, формируя более устойчивые изменения. Хотя с ее помощью худеют меньше, потерянный вес возвращается медленнее, а эффект держится почти в два раза дольше (до 4 лет).

Это указывает на фундаментальное различие в механизме действия. Лекарства, подавляя аппетит, делают похудение пассивным, но не формируют новых навыков. После их отмены организм возвращается к исходным патологическим установкам. Поведенческая терапия требует больше усилий, но учит управлять весом самостоятельно.

Краткосрочный курс — неэффективная стратегия. Назначение мощных препаратов только для достижения целевого веса с последующей отменой

ведет к циклу «йо-йо», не принося долгосрочной пользы здоровью. Необходимость долгосрочного подхода. Для поддержания результатов терапии, скорее всего, нужно продолжать годами, что ставит сложные вопросы доступности, финансирования и изучения отдаленных последствий.

Будущее — в комбинированной терапии. Оптимальным решением может стать сочетание: использование препаратов для быстрого улучшения состояния и мотивации, параллельно с интенсивной поведенческой программой для формирования устойчивых привычек. Это может позволить в будущем снизить дозировку или отменить препараты, сохранив результат.

Источник:

British Medical Journal 2026; 392 doi:
<https://doi.org/10.1136/bmj-2025-085304> (Published 07 January 2026)

ФЕНОМЕН «ЛИЧНОСТИ ОЗЕМПИК»: АНЕДОНИЯ, ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ И НАРУШЕНИЯ МОТИВАЦИОННОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АГОНИСТАМИ РЕЦЕПТОРА GLP-1

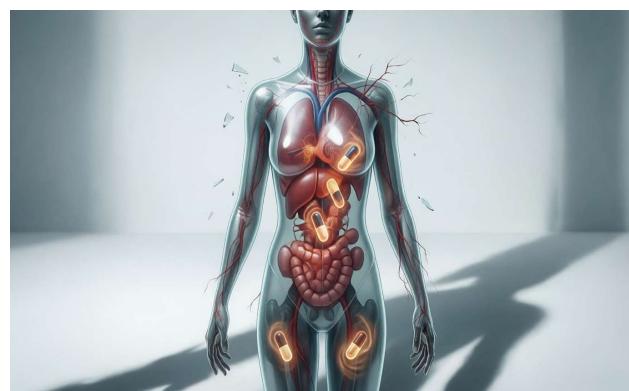
В клинической практике на фоне применения агонистов рецептора глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1), включая семаглутид, у части пациентов наблюдаются изменения эмоционального и мотивационного функционирования, выходящие за рамки метаболических эффектов терапии. Для описания данного комплекса субъективных изменений в профессиональном и оклонакучном дискурсе используется условный термин «личность Оземпик», не имеющий нозологического статуса, но отражающий повторяющийся феноменологический паттерн.

Клинически данный феномен проявляется преимущественно мотивационной анедонией, характеризующейся снижением предвосхищающего удовольствия, ослаблением желаний и интересов, а также редукцией поведенческой инициативы. Наряду с этим могут возникать элементы деперсонализации, включающие чувство эмоциональной отстранённости, снижение субъективной вовлечённости и переживание изменения собственной идентичности при сохранной критике. Эти со-

стояния, как правило, не сопровождаются выраженным депрессивным эффектом и остаются в субклиническом диапазоне.

Предполагается, что указанные изменения связаны с воздействием GLP-1-агонистов на центральные системы вознаграждения и мотивации, включая мезолимбические дофаминергические пути и лимбические структуры. Подавление патологической пищевой мотивации при этом может сопровождаться более широкой редукцией мотивационного драйва, затрагивающей и нормативные формы стремления и удовольствия.

Феномен «личности Оземпик» имеет потенциальное клиническое значение, особенно у молодых пациентов, лиц с низким исходным индексом массы тела и при наличии преморбидных аффективных или зависимостных черт. Его осмысливание подчёркивает необходимость мониторинга психического состояния при терапии GLP-1-агонистами и дальнейших исследований, направленных на уточнение распространённости, механизмов и клинической значимости данных изменений.
По материалам зарубежной научной печати.



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. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

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