

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»  
Научно-исследовательский институт психического здоровья  
Министерство здравоохранения Кузбасса  
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Региональная общественная организация «Кемеровское областное общество психиатров»

---

**Пятые Корниловские чтения**

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ,  
КАК ГЛОБАЛЬНЫЙ ПРЕДИКТОР  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ И АКТИВНОЙ  
ЖИЗНИ**

*Сборник тезисов*

Межрегиональной научно-практической конференции  
посвященной памяти профессора А.А. Корнилова

(Кемерово, 22 октября 2026 г.)

Под научной редакцией  
академика РАН Н.А. Бохана

Томск, Кемерово  
2026

УДК 616.89(082)  
ББК 55.145я43  
П 998

Пятые Корниловские чтения. Психическое здоровье, как глобальный предиктор продолжительной и активной жизни: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти А.А. Корнилова (Кемерово, 22 октября 2026 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Томск, Кемерово, 2026. – 278 с.

*Рецензенты:*

**Д.Г. Платонов** – к.м.н., заместитель главного врача по медицинской части  
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», г. Кемерово

Проведение конференций, посвящённых памяти профессора А. А. Корнилова, стало доброй традицией. Анатолий Алексеевич сыграл ключевую роль в формировании научно-практической школы кузбасских врачей-психиатров. Пятая конференция цикла будет посвящена вопросам сохранения психического здоровья как основы активного долголетия. С 1 января 2025 года в Российской Федерации реализуется национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Для Сибирского региона, где на психическое здоровье населения напрямую влияют климатические, антропогенные, промышленные и социально-экономические факторы, обеспечение качественной и эффективной психиатрической помощи — важное условие достижения целей проекта.

Издание адресовано психиатрам, наркологам, психотерапевтам, медицинским психологам, организаторам здравоохранения, социальным работникам и другим специалистам, оказывающим помощь пациентам с экзогенно-органической патологией головного мозга.

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

академик РАН **Н.А. Бохан** (главный редактор)  
проф. **А.М. Селедцов**, к.м.н. **В.А. Сорокина**  
к.м.н. **Д.Г. Платонов** (ответственный за выпуск)

© Пятые Корниловские чтения.  
Психическое здоровье, как глобальный  
предиктор продолжительной и активной жизни

© НИИ психического здоровья», 2026

Federal State Budgetary Scientific Institution  
“Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences”  
Mental Health Research Institute  
Ministry of Health of Kuzbass  
SIHKR “Kuzbass Clinical Psychiatric Hospital”  
SBEI HPE “Kemerovo State Medical University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Regional public organization “Kemerovo Regional Society of Psychiatrists”

---

## **The Fifth Kornilov Readings**

# **MENTAL HEALTH AS A GLOBAL PREDICTOR OF A LONG AND ACTIVE LIFE**

*Book of Abstracts*

Interregional Scientific-Practical Conference  
dedicated to the memory of Professor A.A. Kornilov

(Kemerovo, October 22, 2026)

Edited by  
academician of RAS N.A. Bokhan

Tomsk, Kemerovo  
2026

УДК 616.89(082)  
ББК 55.145я43  
П 998

Fifth Kornilov Readings. Mental health as a global predictor of a long and active life: Book of Abstracts of the Interregional Scientific-Practical Conference dedicated to the memory of Professor A.A. Kornilov (Kemerovo, October 22, 2026) / N. A. Bokhan. – Tomsk, Kemerovo, 2026. – 278 p.

*Reviewers:*

**D.G. Platonov** – Cand.Sc. (Medicine), deputy Chief Physician for Medical Affairs, SHHKR “Kuzbass Clinical Psychiatric Hospital”, Kemerovo

Holding of the conferences dedicated to the memory of Professor A. A. Kornilov has become a good tradition. Anatoly Alekseevich played a key role in forming the scientific and practical school of Kuzbass psychiatrists.

The fifth conference in this series will address the preservation of mental health as a cornerstone of active longevity. Since 1 January 2025, the Russian Federation has been implementing the national project “Long and Active Life.” In the Siberian region, where the mental health of the population is directly influenced by climatic, anthropogenic, industrial, and socio-economic factors, ensuring high-quality and effective psychiatric care is a key prerequisite for achieving the project’s objectives.

This publication is intended for psychiatrists, narcologists, psychotherapists, medical psychologists, healthcare administrators, social workers, and other specialists providing care to patients with exogenous organic brain pathology.

**EDITORIAL BOARD:**

academician of RAS **N.A. Bokhan** (Editor-in-Chief)  
Prof. **A.M. Seledtsov**, Cand.Sc. (Medicine) **VA. Sorokina**  
Cand.Sc. (Medicine) **D.G. Platonov** (Publications Assistant)

© The Fifth Kornilov Readings.  
Mental health as a global predictor  
of a long and active life

© Mental Health Research Institute, 2026

## **Реабилитация работающих больных шизофренией: оценка эффективности в условиях дневного стационара**

**Абульханова К.Е.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

**Актуальность.** Дневной стационар (ДС) обеспечивает баланс контроля состояния и социальной интеграции: пациент получает активную терапию под наблюдением специалистов и при этом сохраняет контакт с семьёй и привычной средой. ДС служит площадкой для первичной адаптации после стационарного лечения и для внебольничного купирования рецидивов. Работа ведётся в формате полипрофессиональной бригады (психиатр, психолог, соцработник, инструктор по трудотерапии и др.), что позволяет оперативно решать медицинские, психологические и социальные проблемы пациента.

### **Структура реабилитационного процесса в дневном стационаре:**

- Этап 1 (активная терапия): медикаментозная стабилизация, физиотерапия, ЛФК, психообразование, формирование комплаенса и мотивации к реабилитации, работа с семьёй.
- Этап 2 (реадаптация): тренинги (коммуникативные, когнитивные, поведенческие), профориентация, социально-бытовые навыки, творческие и досуговые программы, трудотерапия (швейные, картонажные, сборочные работы).
- Этап 3 (психосоциальная терапия): развитие социальных навыков, расширение круга общения, тренировка уверенности и адекватных форм поведения, содействие возвращению к труду или трудоустройству.

### **Основные результаты проведённого исследования:**

- Цель исследования: оценить эффективность реабилитации больных шизофренией с временной нетрудоспособностью на этапе дневного стационара.
- Метод: клиничко-катамнестический анализ медицинских карт.
- Выборка: 48 работающих пациентов (официально и неофициально) с диагнозом F20, возраст 18–60 лет, ККПБ, 2023 год; 2 сопоставимые группы

по 24 человека: основная (участие в реабилитации) и группа сравнения (только режим и медикаментозная терапия).

- Клиническая динамика: в основной группе зафиксировано снижение баллов по шкале PANSS (с  $39,5 \pm 1,4$  до  $36,00 \pm 1,4$ ).
- Социальное функционирование: по шкале PSP в основной группе –  $61,32 \pm 2,49$  балла, в группе сравнения –  $50,21 \pm 2,53$  балла.
- Расширение круга общения: в основной группе у 56,8 % пациентов круг общения расширился (в том числе за счёт контактов с другими пациентами), в группе сравнения преобладали ограниченные семейные контакты (51,5 %).
- Частота госпитализаций: в течение года в основной группе одна госпитализация – у 18,9 %, две и более – у 5,4 %; в группе сравнения – 21,8 % и 15,6 % соответственно.
- Трудовая реинтеграция: 17 пациентов вернулись на прежние рабочие места, 4 нашли новое место работы; 3 пациента не смогли вернуться к труду (2 госпитализированы, 1 переведён на инвалидность).
- Общий результат: у 87,1 % участников реабилитации отмечено улучшение функционирования и достигнут удовлетворительный результат.

**Ключевые факторы эффективности реабилитации:** информирование и мотивация: активность врачей-психиатров как источника информации о реабилитации (75,7 % пациентов основной группы). Поверхностное или искажённое информирование коррелирует с низкой вовлеченностью. Роль ближайшего окружения: высокая заинтересованность родственников в реабилитации тесно связана с вовлеченностью пациента (совпадение позиций пациента и родственников – 81 % в основной группе). Исходная сохранность социального функционирования в социально полезной деятельности и в отношениях с окружающими.

**Выводы и рекомендации для организации реабилитационной помощи:**

- Комплексный подход (лекарственная терапия + психокоррекция + трудотерапия + социальная реабилитация) достоверно улучшает клинические и социальные показатели и снижает частоту госпитализаций.
- Необходимо стандартизировать информирование пациентов о реабилитационных возможностях и формировать мотивацию к участию в программах.

- Целесообразно усиливать работу с родственниками как с важным ресурсом реабилитации: обучение, психообразование, совместная работа в рамках семейной терапии.

- При планировании реабилитации важно учитывать взаимодействие биомедицинских (форма и тип течения шизофрении, стаж заболевания, клиника) и психосоциальных факторов (образование, семейное положение, жилищные и материальные условия).

- Дневной стационар целесообразно рассматривать как основную площадку для ступенчатой реабилитации работающих пациентов с шизофренией, позволяющую сочетать медицинскую помощь с восстановлением трудоспособности и социального статуса.

#### Список литературы

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А., Фурсов Б.Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
2. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. трудов НИПНИ им. В.М.Бехтерева. СПб., 2001. Т. 137. С. 301–311.
3. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 3. С. 216–224.

### **Психическое здоровье населения городов в период пандемии SARS-COV-2**

**Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю.**

**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово**

---

Пандемия SARS-COV-2 - одно из самых масштабных событий в мировой медицине за последние десятилетия. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и других организаций, за время пандемии в мире зафиксировали сотни миллионов случаев заболевания и несколько

миллионов смертей. При этом эксперты отмечают: реальное число заболевших и погибших могло быть выше – часть лёгких случаев не фиксировалась, а некоторые смерти были связаны с последствиями болезни спустя время [1].

Пандемия оказала негативное воздействие и на психическое здоровье городского населения, вызвав рост тревожности и депрессивных расстройств. Это воздействие было обусловлено целым комплексом факторов, в числе которых:

- **Неопределённость и угроза.** Отсутствие достоверной информации о вирусе, его последствиях и времени, необходимого для выздоровления.

- **Социальная изоляция и дистанцирование.** Ограничение личных контактов, закрытие общественных пространств и вынужденная самоизоляция, которые приводили к формированию чувства одиночества и ощущения утраты контроля над собственной жизнью.

- **Экономические трудности.** Потеря работы, снижение уровня доходов и рост безработицы оказывали негативное воздействие на психологическое состояние людей. Данный факт подтверждают исследования в социальной психологии и экономике труда, проведенные в период пандемии [2].

- **Информационное воздействие.** Массированный поток пугающих новостей в СМИ и социальных сетях усиливал тревожность, а дезинформация усугубляла ситуацию.

- **Перегрузка системы здравоохранения.** Ограничение доступа к плановой психиатрической и психологической помощи создавало дополнительные барьеры для тех, кто уже испытывал психологические проблемы.

В систематическом обзоре в журнале The Lancet в январе 2021 года, была дана оценка уровня распространённости депрессивных и тревожных расстройств во время пандемии. Авторы проанализировали данные исследований, опубликованных в период с 1 января 2020 года по 29 января 2021 года, и сопоставили их с данными до начала пандемии.

Некоторые результаты исследования:

- по оценкам, в 2020 году в мире было зарегистрировано дополнительно 76,2 миллиона случаев тревожных расстройств (увеличение на 25,6% по сравнению с периодом до 2019 года).

- общая распространённость тревожных расстройств в 2020 году составила 4802,4 случая на 100 населения (эквивалентно примерно 374 миллионам человек).

- в районах, наиболее пострадавших от пандемии (с учётом снижения мобильности людей и ежедневного уровня инфицирования SARS-CoV-2), наблюдался наибольший рост распространённости как депрессивных, так и тревожных расстройств.

- у женщин отмечался более значительный рост распространённости основного депрессивного расстройства, чем у мужчин [1].

Также был зафиксирован рост потребления алкоголя, табака и психоактивных веществ как способа совладания со стрессом.

Наиболее уязвимыми, по оценке специалистов, оказались:

- **медицинские работники**, особенно те, кто непосредственно работал с инфицированными пациентами, у которых фиксировался пролонгированный стресс, эмоциональное выгорание и суицидальное настроение.

- **люди с уже имеющимися психическими или соматическими заболеваниями**, так как они оказались менее резистентными к стрессогенным воздействиям.

- **молодёжь и подростки**, которые тяжелее переживали социальную изоляцию и переход на дистанционный формат обучения.

- **женщины**, которые по результатам ряда исследований демонстрировали более высокий уровень тревожности и депрессии [3].

- **люди с низким уровнем дохода, безработные, студенты**, столкнувшиеся с финансовыми трудностями.

- **родственники заболевших или погибших от SARS-COV-2**, что само по себе становилось тяжёлым стрессором [2, 4].

Наоборот, снизить уровень стресса помогали:

- **доступ к достоверной информации** о вирусе и мерах профилактики.

- **социальная поддержка** и возможность поддерживать связь с близкими.

- **наличие времени на отдых** и здоровый образ жизни.

- **государственная поддержка** в виде финансовой помощи, жилищных программ и обеспечения доступа к психиатрической помощи [2, 3].

Социальное участие так же выступило в качестве значимого смягчающего фактора. В рамках упомянутого выше исследования было выявлено, что оно

существенно ослабляло корреляцию между плотностью городской застройки и депрессивными симптомами, причем данный эффект оказался более выраженным среди пожилых людей и индивидов. Это указывает на то, что даже в условиях высокой плотности застройки поддержание социальных связей может служить важным буфером против стресса. Установлено, что в начале пандемии снижение социальных контактов было связано с повышением тревоги из-за страха заражения. Однако к 2021 году, особенно для пожилых людей, социальное участие стало, наоборот, фактором, снижающим депрессивные симптомы [1, 2].

Так, в исследовании, проведенном в 2021 году Wisconsin Department of Public Instruction в штате Висконсин (США), были получены данные, представляющие интерес и обладающие определённой степенью парадоксальности. Анализ полученных материалов позволял утверждать, что чувство общности, характерное для района проживания, выполняло функцию психологического буфера в начальный период пандемии, существенно снижая риск развития депрессии и тревожных расстройств. Однако с началом массовой вакцинации и постепенным снятием ограничений данный защитный эффект подвергся значительной редукции [1, 8]. Авторы исследования предполагают, что с возвращением к более «традиционным» условиям жизни социальные взаимодействия могли трансформироваться в источник дополнительного стресса или вызвать эффект социального сравнения, что нивелировало ранее наблюдаемый позитивный эффект. Это наблюдение подчёркивает сложность и многогранность влияния социальных факторов на психическое здоровье в условиях глобальных кризисов, например, таких как пандемия SARS-COV-2 [5].

В условиях ограничений и локдаунов доступ к городским зелёным зонам и водным объектам стал важным фактором поддержания психического благополучия. Сравнительное исследование Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (РУДН) среди жителей Москвы и Перта (Австралия) показало, что более 50% москвичей и 72% жителей Перта предпочитали проводить свободное время на прогулках, несмотря на введенные ограничения [6]. Большинство респондентов в обоих городах оценили контакт с природой как важный или очень важный для своего психического благополучия (более 97% в Перте и более 76% в Москве). Эксперты подчеркивают, что общедоступные зеленые зоны играют

фундаментальную роль в городской инфраструктуре в условиях пандемии, обеспечивая значительные экологические, социальные и экономические преимущества [7].

В глобальном масштабе пандемия привела к резкому росту психических расстройств. По данным ВОЗ в первый год пандемии было выявлено около 76 миллионов новых случаев тревожных расстройств, что составило прирост в 25% [7]. Для примера, в Санкт-Петербурге в начале пандемии у 18% участников исследования наблюдалась депрессия средней и тяжёлой степени, а у 20% – тревога [2].

Пандемия SARS-CoV-2, представляющая собой глобальный вызов для общественного здравоохранения, обнажила и усугубила проблемы психического здоровья среди городского населения, обусловленные специфическими характеристиками урбанистической среды.

Высокая плотность застройки и перегруженность транспорта стали дополнительными факторами стресса, в то время как характеристики соседской среды и социальные связи выступили в роли важных модуляторов. Анализ научных публикаций 2020-2021 гг. позволяет констатировать:

1. Политика сдерживания, особенно меры по самоизоляции, могут иметь непреднамеренные негативные последствия для психического здоровья населения в плотно застроенных районах мегаполисов.
2. Социально-экономические неравенства в доступе к качественной социальной среде и социальным коммуникациям усугубляют различия в психологическом благополучии.
3. Доступ к городским открытым пространствам и возможность их безопасного использования так же являются важным ресурсом для поддержания психического здоровья во время кризисов.

#### **Выводы и рекомендации.**

Пандемия выявила уязвимость городской среды перед лицом масштабных кризисов. Для минимизации психологических последствий необходимы комплексные меры:

- Развитие телемедицины для обеспечения доступности психологической помощи.
- Создание горячих линий и онлайн-консультаций.
- Обучение населения навыкам саморегуляции и управления стрессом.

• **Мониторинг психологического состояния** жителей городов и, в первую очередь, уязвимых групп.

• **Организация и проведение информационно-просветительских мероприятий, направленных на повышение осведомленности о значимости достоверной информации и ответственного отношения к собственному здоровью.**

Таким образом, в контексте пандемии SARS-CoV-2 обществу было наглядно продемонстрировано, что психическое здоровье населения требует комплексного подхода и превентивных мер поддержки, особенно в ситуациях, сопровождающихся масштабными стрессовыми воздействиями.

#### Список литературы

1. Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю., Начева Л. В., Селедцов А.М. Психология эпидемии: как пандемия (SARS-COV-2) влияет на психику людей // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 4. С. 45-54.
2. Селедцов А.М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Г.В. Акименко // Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
3. Pierce M., McManus S., Hope H., Hotopf M., Ford T., et al. Mental health responses to the SARS-COV-2 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data // Lancet Psychiatry. 2021; 8 (7): 610–9.
4. Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (SARS-COV-2) Epidemic among the General Population in China // Int. J. Environ. Res. Public. Health. 2020;17(5):1729.
5. Chung, H., Lee J., Lee S., Lee J., Tae-Hyoung Tommy Gim., et al. Corona blue among us: associations between risk perception, visits to urban spaces, and mental health in Seoul, Korea and Shanghai, China // J. of Asian Architecture and Building Engineering. 2025. 24 (4): 3001-3017.
6. Junseong Park, Ja-Hoon Koo, Sungik Kang. Urban density and depression during SARS-COV-2 in Seoul: Moderating effects of social participation // PLOS ONE. 2026. 21(1): e0339040.
7. Pei Yaolin, Qi Xiang, Li Gen, Tang. Weiming, Huang Kangning, et al. Unequal Effects of the Lockdown on Mental Health in Shanghai: The Moderating and Mediating Role of Neighborhood Environment and Online Social Connections // J. Community Psychology. 2025. 53: e23177.

8. Menculini G., Bernardini F., Attademo L., Balducci P.M., Sciarma T., et al. The Influence of the Urban Environment on Mental Health during the SARS-COV-2 Pandemic: Focus on Air Pollution and Migration–A Narrative Review // International J. Environmental Research and Public Health. 2021.18 (8): 3920.

## **Суггестивное воздействие архитектуры Санкт-Петербурга на психоэмоциональное состояние жителей мегаполиса**

**Акименко Г.В., Янко Е.В.**

**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово**

---

### **Введение**

Городская среда не является нейтральным фоном для жизнедеятельности человека. Архитектура выступает в роли мощного психоэмоционального фактора, непрерывно воздействующего на бессознательную сферу личности. В контексте психологии среды под суггестивным воздействием понимается способность архитектурных форм, пропорций и материалов внушать определенные состояния, модели поведения и эмоциональные реакции без критической оценки со стороны реципиента.

Санкт-Петербург представляет собой уникальный случай в мировой урбанистике. Будучи искусственно созданным городом, он изначально проектировался как идеологический и эстетический манифест, инструмент формирования «нового человека».

**Цель данной работы** – выявить специфические механизмы суггестии архитектурного ландшафта Петербурга и определить их влияние на психологическое благополучие жителей современного мегаполиса.

### **Методология и теоретическая база**

Исследование опирается на труды в области видеоэкологии (В.А. Филин), психологии архитектуры (К. Дэй, Дж. Саймондс) и семиотики города (Ю.М. Лотман) [1, 2, 7, 8].

В работе использованы методы теоретического анализа, сравнительно-исторический метод, а также анализ визуальных паттернов городской застройки.

Понятие «суггестия» трактуется нами как невербальное программирование психики через организацию пространства. Архитектурный текст Петербурга рассматривается как система кодов, транслирующая установки власти, культуры и климатической специфики.

### **Результаты и обсуждение**

Петербург построен на принципе строжайшей геометрии: прямые «перспективы», симметрия площадей, единая высотность фасадов. С точки зрения психофизиологии, длительное нахождение в среде с жесткой линейной перспективой и отсутствием визуального разнообразия вызывает эффект монотонии. Если присмотреться к фасадам, можно заметить, что они подчинены строгой ритмике. Окна, карнизы, лепнина - всё это повторяется с математической точностью. Для человеческого мозга такой ритм - своего рода гипноз (рис.1). Он успокаивает, вводит в состояние легкого транса, что идеально накладывается на серый цвет неба и отражения в каналах.



**Рисунок 1** – Невский проспект.

Регулярность внушает идею порядка, подчинения и предсказуемости. Именно поэтому в Петербурге так легко «уйти в себя». Архитектура здесь не провоцирует на суету, она приглашает к рефлексии [3]. Но у этой медали есть и обратная сторона: если человек склонен к тревожности, этот «ритмичный

гипноз» может превратиться в давящую монотонность, усиливая чувство одиночества среди миллионов людей.

Отдельная история – петербургские дворы. Это пространство, где город «сжимается». Входя в такой двор, ты мгновенно теряешь связь с внешним миром (рис. 2). Для кого-то это убежище, место тишины и камерности, где можно спрятаться от шума мегаполиса. Для других – пространство, которое «давит» на психику, ограничивая обзор и создавая ощущение замкнутости. Это архитектурная суггестия в чистом виде: пространство диктует человеку, что он находится в безопасности (или в ловушке) [4, 9].



**Рисунок 2** – Петербургские дворы.

В отличие от хаотичной средневековой Москвы, Петербург не предполагает случайного блуждания. Улица здесь – вектор. Это формирует у жителей чувство фатализма и осознание собственной малости перед лицом системы (государства, империи, истории). Архитектура выступает как аппарат дисциплины, программируя линейное мышление и низкий уровень спонтанной поведенческой активности [5, 10].

Петербург не просто меняет настроение человека – он формирует его внутренний ландшафт. И в этом его главная суггестивная сила. Этот «внутренний ландшафт», сформированный камнем и водой, становится своего рода психологическим каркасом, на который человек нанизывает свои переживания. В других городах архитектура часто служит лишь функциональным контейнером для жизни, но здесь она – соавтор нашей личности.

### **Масштаб и эффект «возвышенного»**

Для центральных ансамблей Петербурга характерен гигантский масштаб, несоразмерный человеческому телу (Дворцовая площадь, Исаакиевский

собор, арка Главного штаба) (рис. 3). В эстетике И. Канта и Э. Бёрка такое воздействие описывается как «возвышенное» – смесь восторга и ужаса [11].



**Рисунок 3** – Исаакиевский собор, арка Главного штаба.

Суггестивный эффект здесь двояк. С одной стороны, масштаб подавляет Это, индуцируя состояние пietetа и тревожности. С другой – формирует чувство причастности к великому. Однако в условиях современного мегаполиса с высоким уровнем стресса постоянное визуальное давление камня, лишённого «человеческого» ритма (колоннады, бесконечные карнизы), усиливает депрессивные тенденции, провоцируя ощущение экзистенциального одиночества.

Вместе с тем, Петербург – это не просто набор зданий, это огромный психотерапевтический инструмент, оставленный нам в наследство архитекторами прошлого. Город учит человека держать осанку, видеть глубину в полутонах и находить опору в красоте, даже когда вокруг – петербургская осень. Именно в этом симбиозе человека и камня рождается уникальный петербургский характер – сплав стоицизма и тонкой душевной организации.

### **Колористика «сумрачного города» и сенсорная депривация**

Низкое «петербургское небо», обилие серых, охристых и блеклых тонов в архитектуре, гранит набережных и темная вода каналов создают эффект ахроматической среды. С точки зрения нейрпсихологии, нехватка ярких цветовых стимулов ведет к снижению выработки дофамина.

Суггестия здесь работает через сенсорную депривацию: город «приглушает» эмоциональный фон. Это способствует погружению в себя, интроверсии и рефлексии, что подтверждается культурным феноменом «петербургского текста» (Ф. Достоевский, Н. Гоголь). Однако у жителей, склонных к тревожным расстройствам, такая среда может усугублять

состояние гипотимии и SAD (сезонного аффективного расстройства) в осенне-зимний период.

### **Вода и вертикали: суггестия эфемерности и смерти**

Санкт-Петербург – город, стоящий на воде, что часто зашифровано в его семиотике как символ зыбкости, призрачности и потусторонности. Архитектурные доминанты (шпили Адмиралтейства и Петропавловского собора) тянут взгляд вверх, отрывая сознание от земли (рис.4).

Композиция «вода-гранит-шпиль» является мощным суггестивным кодом. Она внушает мысль о непостоянстве сущего и близости иррационального. Это формирует особый тип петербургской ментальности: романтической, мистической, но зачастую оторванной от прагматичной повседневности.



**Рисунок 4 – Петропавловский собор.**

### **Когнитивный диссонанс: историческая среда vs. «Спальные районы»**

Современный мегаполис разорван на две реальности. Исторический центр продолжает транслировать имперскую суггестию величия, в то время как окраины (Мурино, Кудрово, Шушары) воздействуют монотонностью панельной застройки и отсутствием визуальных акцентов (рис.5). Замечено – житель центра испытывает постоянное фоновое воздействие «памяти места», что повышает уровень невротизации по сравнению с жителями новых, «средовых» районов.

Современная коммерческая архитектура (стекло, бетон, высотные доминанты, спорящие с историческим куполом) разрушает целостность суггестивного поля. Это приводит к когнитивному диссонансу: психика жителя мегаполиса разрывается между внушением «вечности» (центр) и

внушением «временности» и функциональности (окраины). Результатом становится утрата чувства психологической защищенности и размывание идентичности горожанина.

В конечном счете, Петербург - не просто город, это психотерапевт, который никогда не дает прямых советов, но всегда задает правильные вопросы. Он учит человека тому, что величие не требует суеты, что красота может быть меланхоличной, а достоинство - это не статус, а способ взаимодействия с миром [6].



Рисунок 5 – Кудрово.

### Заключение

Архитектура Санкт-Петербурга является активным суггестором. Ее воздействие амбивалентно: она формирует высокий культурный интеллект, эстетическую чувствительность и историческую память, но одновременно программирует состояния меланхолии, социальной пассивности и сезонной депрессии.

Для оптимизации психического состояния жителей мегаполиса необходимо учитывать суггестивные нагрузки при проектировании новых районов. Введение полихромии, создание камерных пространств (дворов-садов) и снижение визуального шума позволит сбалансировать «имперское давление» исторического центра и создать психологически комфортную среду для современного человека.

### Список литературы

1. Филин В.А. Видеоэкология. Что для глаза хорошо, а что - плохо. М.: ТАСС-Реклама, 1997.

2. Лотман Ю.М. Символика Петербурга и проблемы семиотики города // Семиосфера. СПб.: Искусство-СПБ, 2000.
3. Аннагелдиева Н., Атаев К., Сейидов М. Психологическое воздействие архитектурного пространства и освещения на эмоциональное состояние жителей крупных городов» // Современные научные исследования и инновации. 2026. № 5.
4. Тарасов К.В. Влияние городской колористики на психоэмоциональное состояние жителей: на примере новых районов Санкт-Петербурга. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-gorodskoy-koloristiki-na-psihoemotsionalnoe-sostoyanie-zhiteley-na-primere-novyh-rayonov-sankt-peterburga>.
5. Дэй К. Места, где обитает душа. М.: Ладья, 2000.
6. Дроздова Ю.И. Дизайн и влияние архитектурных форм на эмоциональное состояние человека // Бизнес и дизайн ревю. 2020. № 2 (18). С. 9.
7. Gifford R. Environmental psychology: Principles and practice. 5-th ed. Colville, WA: Optimal Books, 2014. 584 p.
8. Edelstein E.A., Macagno E. Form follows function: Bridging neuroscience and architecture // Neuron. 2012; 73(6): 1043-1051.
9. Montgomery C. Happy City: Transforming our lives through urban design. London: Penguin Books, 2020. 368 p.
10. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO, 2017. 24 p.
11. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Urbanization Prospects: The 2018 Revision. New York: UN, 2019. 126 p

**Эффективные методы телемедицины в оказании  
психиатрической помощи в удаленных и труднодоступных  
районах Сибири**

**Алигаева Н.Н.**

**ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-  
педагогический университет», Москва**

**АНО ВО «Московский международный университет»,  
Москва**

---

По состоянию на 2023 год, уровень заболеваемости психическими расстройствами в Сибирском федеральном округе (СФО) составляет 3009,5 на 100 тысяч населения, что превышает средние показатели по Российской Федерации, равные 2645,5 на 100 тысяч<sup>1</sup>. Согласно данным на 2024 год, в Новосибирской области также зарегистрирован уровень заболеваемости психическими расстройствами, превышающий как средние показатели СФО, так и Российской Федерации<sup>2</sup>. В соответствии с информацией за май 2026 года, в Томской области за первые пять месяцев 2026 года было зафиксировано 360 случаев впервые выявленных психических заболеваний среди местных жителей<sup>3</sup>.

Актуальность исследования обусловлена выраженной территориальной диспропорцией в распределении специализированных психиатрических ресурсов, характерной для регионов Сибири. Значительная удаленность населенных пунктов, низкая плотность населения и сложная транспортная логистика создают объективные барьеры для своевременного доступа граждан к квалифицированной психоневрологической помощи. В условиях

---

<sup>1</sup> Памблер / новости: офиц. сайт. — URL: <https://news.rambler.ru/community/51626555-v-sibiri-zabolevaemost-psihicheskimi-rasstroystvami-vyshe-chem-v-drugih-regionah-rossii/?ysclid=mto6zx7tt757717733> (дата обращения: 05.09.2026).

<sup>2</sup> Медицинский портал SIBMEDA: офиц. сайт. — URL: <https://sibmeda.ru/news/ofitsialnye-istochniki/v-novosibirskoy-oblasti-zabolevaemost-psihicheskimi-rasstroystvami-vyshe-chem-v-srednem-po-rossii/?ysclid=mto719agu818855317> (дата обращения: 05.09.2026).

<sup>3</sup> Вести Томск: офиц. сайт. — URL: <https://www.tvtomsk.ru/news/115479-bolee-300-novyh-sluchaev-psihzabolevanij-vyjavleno-v-tomskoj-oblasti.html> (дата обращения: 05.09.2026).

дефицита узкопрофильных специалистов в сельской местности телемедицинские технологии выступают ключевым инструментом преодоления географической изоляции, позволяя обеспечить непрерывность лечебно-диагностического процесса и повысить качество диспансерного наблюдения.

Научная проблематика темы сосредоточена на необходимости решения ряда противоречий. Во-первых, существует разрыв между потребностью в высокотехнологичной психиатрической поддержке и ограниченными возможностями цифровой инфраструктуры в ряде отдаленных территорий. Во-вторых, требует научного осмысления вопрос валидности дистанционных методов диагностики и психотерапевтического консультирования применительно к специфическим нозологическим группам пациентов. В-третьих, актуальной задачей является разработка протоколов безопасности и этико-правовых стандартов телепсихиатрии, учитывающих региональную специфику, а также поиск оптимальных моделей интеграции дистанционных сервисов в существующую систему первичного звена здравоохранения без потери качества клинического взаимодействия.

Эффективность телепсихиатрии в условиях Сибири базируется на возможности оперативного проведения первичных и повторных консультаций, что позволяет сократить временные и финансовые затраты пациентов на логистику до региональных центров. Применение видеоконференцсвязи высокого разрешения обеспечивает специалисту возможность проведения полноценного психопатологического обследования, оценки мимики, жестикуляции и общего состояния пациента, что является критически важным для постановки диагноза и динамического наблюдения. Кроме того, использование защищенных каналов передачи данных позволяет интегрировать телемедицинские консультации в систему электронных медицинских карт, обеспечивая преемственность между врачами первичного звена в отдаленных поселениях и психиатрами специализированных диспансеров (Иванова, Петров, 2025).

Особое значение приобретает дистанционное сопровождение пациентов с хроническими психическими расстройствами, требующими регулярной коррекции фармакотерапии. Телемедицинский мониторинг позволяет своевременно выявлять побочные эффекты препаратов и признаки декомпенсации состояния, что существенно снижает риск экстренных

госпитализаций. В контексте удаленных районов Сибири это также способствует повышению приверженности пациентов к лечению, так как минимизирует необходимость длительных поездок, которые зачастую становятся непреодолимым барьером для получения регулярной помощи (Незнанов, Васильева, 2023; Чехонадский, 2023).

В психиатрической практике выделяют две ключевые модели телемедицинского взаимодействия: «врач-пациент» и «врач-врач». Мировой опыт подтверждает высокую эффективность внедрения данных технологий в терапию психических расстройств. Важным аспектом является развитие системы «врач-врач», при которой специалисты из удаленных фельдшерско-акушерских пунктов получают возможность оперативного консилиума с экспертами ведущих психиатрических клиник региона. Такая модель не только повышает качество диагностики на местах, но и выполняет образовательную функцию, способствуя профессиональному росту медицинских кадров в условиях кадрового дефицита (Незнанов, Васильева, 2023).

Таким образом, внедрение телемедицинских технологий в систему оказания психиатрической помощи населению, проживающему в удаленных и труднодоступных районах Сибири, представляет собой стратегически значимое направление развития отечественного здравоохранения. Географическая протяженность региона, низкая плотность населения и выраженная очаговость расселения создают объективные препятствия для обеспечения равного доступа граждан к специализированной медицинской помощи. В этих условиях дистанционные методы взаимодействия врача и пациента становятся не просто дополнением к традиционной клинической практике, а необходимым инструментом нивелирования территориального неравенства.

Успешная реализация данных методов требует комплексного подхода к решению инфраструктурных задач. Ключевыми факторами успеха являются обеспечение устойчивого интернет-соединения в труднодоступных локациях, внедрение унифицированных протоколов защиты персональных данных и разработка нормативно-правовой базы, регламентирующей дистанционное назначение психофармакологических препаратов. Дальнейшее развитие телепсихиатрии в Сибири должно опираться на гибридные модели оказания помощи, сочетающие возможности цифровых технологий с выездными

формами работы мобильных психиатрических бригад, что позволит создать устойчивую и адаптивную систему охраны психического здоровья в специфических условиях региона.

## **Роль профилактики наркологических расстройств в сохранении здоровья и долголетия населения**

**Антонова А.С.**

**БУЗОО «Наркологический диспансер», Омск**

**ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск**

---

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни (далее – ОПЖ) до 78 лет к 2030 году и до 81 года к 2036 году – одна из ключевых национальных целей развития Российской Федерации, закрепленных Указом Президента РФ от 07.05.2024 № 309. Данная цель реализуется через национальный проект «Продолжительная и активная жизнь», стартовавший 1 января 2025 года. Не менее значимым индикатором является ожидаемая продолжительность здоровой жизни (далее – ОПЗЖ), отражающая не только срок жизни, но и ее качество – период, прожитый в состоянии хорошего здоровья без инвалидности и хронических заболеваний. По данным Росстата, ОПЗЖ в России в 2024 году составила 61,7 года при ОПЖ 72,8 года, что означает разрыв более 11 лет, прожитых в состоянии ухудшения здоровья. Опережающий рост ОПЗЖ по отношению к ОПЖ определен как стратегическая задача, решение которой невозможно без снижения бремени модифицируемых факторов риска, среди которых употребление алкоголя, табака и наркотических средств занимает одно из ведущих мест.

Чрезмерное употребление алкоголя сокращает продолжительность жизни на 5,9 года у мужчин и 4,7 года у женщин, при этом ОПЗЖ снижается на 4,2 и 2,6 года соответственно. Более 70% связанной с алкоголем смертности приходится на трудоспособный возраст. По данным Росстата, только за 2024 год число умерших от причин, непосредственно связанных с алкоголем, составило более 47 тысяч человек. Минздрав России констатирует четкую корреляцию между объемами потребления алкоголя и уровнем смертности в регионах.

Цель исследования – оценить вклад профилактики наркологических расстройств в сохранение здоровья и увеличение продолжительности жизни населения на основе данных наркологической службы Омской области, а также определить приоритетные направления межведомственной профилактической работы.

Материалы и методы. Исследование выполнено в формате анализа статистических данных БУЗОО «Наркологический диспансер». Применен описательно-аналитический метод с элементами сравнительного анализа.

Результаты. Наркологическая ситуация на территории Омской области стабильная, с межгодовыми колебаниями. Распространенность психических и поведенческих расстройств в связи с употреблением психоактивных веществ (далее – ПАВ) в 2025 году составила 1583,9 случаев на 100 тысяч населения (общая заболеваемость), что на 2,7% ниже показателя 2024 года (2023 год – 1644,9; 2024 год – 1627,2). На 1 января 2026 года под наблюдением врачей-психиатров-наркологов состояло 26549 человек (на 01.01.2025 года – 27400 человек, в динамике снижение на 3,1%), в том числе 7286 женщин и 396 несовершеннолетних (на 01.01.2025 года – 7286 и 401 человек соответственно). Из общего числа потребители алкоголя составили 18600 человек или 70,1% (на 01.01.2025 года – 19246 человек или 70,2%), потребители наркотических средств – 7383 человека или 27,8% (на 01.01.2025 года – 7581 человек или 27,7%), потребители токсических веществ – 566 человек или 2,1% (на 01.01.2025 года – 573 человека или 2,1%).

Профилактика наркологических расстройств в Омской области осуществляется на трех уровнях (первичная, вторичная, третичная профилактика) в рамках межведомственного взаимодействия с УМВД, УФСИН, Министерством образования, Министерством по делам молодежи, физической культуры и спорта, Министерством труда и социального развития, Министерством культуры и другими ведомствами.

Обсуждение. Употребление ПАВ является одним из ведущих модифицируемых факторов, определяющих разрыв между ОПЖ и ОПЗЖ. Потенциал профилактики наркологических расстройств как инструмента увеличения продолжительности здоровой жизни представляется значительным.

Опыт Омской области демонстрирует многоуровневую модель межведомственной профилактики, в которой наркологическая служба

выступает координатором и методическим центром, обеспечивая взаимодействие с учреждениями образования, социальной защиты, внутренних дел, культуры и спорта. Высокие показатели охвата профилактическими мероприятиями (более 149 тысяч человек в 2025 году) свидетельствуют о результативности реализуемой модели. Расширение корпоративных программ здоровья, включающих скрининг на употребление алкоголя и других ПАВ, мотивационное консультирование и направление в наркологическую службу, представляется перспективным направлением, способным снизить риски для здоровья человека в трудоспособном возрасте.

Заключение. Профилактика наркологических расстройств является существенным резервом увеличения ожидаемой продолжительности жизни и, особенно, ожидаемой продолжительности здоровой жизни населения. Снижение потребления алкоголя и табака, раннее выявление лиц группы риска, межведомственное взаимодействие в проведении профилактических мероприятий – ключевые элементы стратегии достижения национальных целей в области демографии и общественного здоровья.

Дальнейшее развитие системы профилактики требует: интеграции скрининга на употребление ПАВ в рутинную практику первичного звена здравоохранения; расширения корпоративных программ профилактики в трудовых коллективах с включением мотивационного консультирования; усиления работы с семьями группы риска как фактора сохранения семейной системы и предотвращения социального сиротства; совершенствования системы мониторинга и оценки эффективности профилактических программ с использованием индикаторов ОПЗЖ; развития телемедицинских и цифровых технологий для повышения охвата профилактической помощью населения отдалённых территорий.

**Взаимосвязь СМЭР-протокола и редукции дисфункциональных убеждений в терапии тревожно-депрессивных состояний**

**Бакшина К.Е., Бублик С.В., Габисова В.А., Демина А.Д.,  
Кудрина И.С.**

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Новосибирск**

---

**Актуальность.** Внедрение структурированных протоколов в психотерапевтическую практику является одним из ключевых трендов современной доказательной медицины, однако данные об их эффективности в сравнении с классическими подходами остаются фрагментарными и требуют дальнейшего уточнения. Несмотря на растущее количество исследований в области когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), наблюдается дефицит работ, посвященных анализу специфических протоколов, ориентированных на глубинную проработку убеждений, а не только на купирование симптомов. СМЭР-протокол (Система Мониторинга Эффективности и Реконсолидации) представляет собой перспективный инструмент для работы с глубинными убеждениями. Актуальность его изучения продиктована необходимостью преодоления разрыва между краткосрочными интервенциями и долгосрочной стабильностью терапевтических изменений. Современная клиническая картина, характеризующаяся высокой коморбидностью расстройств и резистентностью к стандартным техникам у части пациентов, делает группу лиц с ригидными дисфункциональными убеждениями особенно уязвимой. Применение СМЭР-протокола может быть связано с решением таких специфических терапевтических задач, как работа с амбивалентностью, преодоление избегания и интеграция нового опыта на глубинном когнитивном уровне, что требует детального научного анализа и валидации в различных популяциях.

**Цель исследования.** Оценка эффективности применения СМЭР-протокола в структуре КПТ для коррекции дисфункциональных убеждений и повышения устойчивости терапевтических результатов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 36 респондентов в возрасте от 18 до 45 лет, из которых 20 составили экспериментальную

группу (прошедшие курс КПТ с применением СМЭР-протокола) и 16 – контрольную группу (прошедшие курс классической КПТ). В батарею психодиагностических методик включены: шкала дисфункциональных убеждений, шкала тревоги Бека, шкала депрессии Бека, опросник качества жизни. Статистическая обработка данных проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни, T-критерия Вилкоксона и коэффициента корреляции Спирмена.

**Результаты и их обсуждение.** По критерию Манна-Уитни выявлены значимые различия между группами ( $U = 248$ ,  $p < 0,05$ ): применение СМЭР-протокола привело к более существенному снижению дисфункциональных убеждений, чем классическая КПТ. Корреляционный анализ ( $r = -0,72$ ,  $p < 0,01$ ) показал, что редукция убеждений в экспериментальной группе сопровождалась снижением тревожности, что связано с направленностью протокола на реконсолидацию памяти. В экспериментальной группе также зафиксировано значимое улучшение по шкалам интерперсональной сензитивности и качества жизни во взаимосвязи со снижением депрессивной симптоматики. Полученные данные подтверждают, что СМЭР-протокол обеспечивает более устойчивые изменения за счет проработки глубинных когнитивных структур, а не только симптомов.

**Выводы.** Применение СМЭР-протокола в структуре КПТ обеспечивает более выраженную и устойчивую редукцию дисфункциональных убеждений и связанной с ними аффективной симптоматики по сравнению с классическим подходом за счет направленности на глубинную переработку когнитивных структур.

### **Клинический случай шизоформного психоза на фоне приема леветирацетама (клинико-динамическая характеристика)**

**Безруких Т.С., Павлова Е.Н.**

**ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»,  
Новокузнецк**

---

Цель настоящего исследования – изучение клинического случая развития психотического расстройства на фоне органического заболевания головного мозга.

**Материалы и методы:** обследована пациентка Е., обратившаяся в ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница» впервые 20.01.2023 в связи с изменением психического состояния. Использовались методы клинико-психопатологического, экспериментально-психологического обследования, динамическое наблюдение, телемедицинское консультирование с ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского».

**Пациентка Е., 18 лет.** Наследственность психопатологически неотягощена. Беременность у матери 1-я. Протекала на фоне гипоксии плода. Роды самостоятельные на сроке 34 недели, пациентка вторая из двойни, с обвитием пуповины вокруг шеи, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения наблюдалось апноэ. В первые сутки выставлен диагноз: «Респираторный дистресс-синдром, церебральная ишемия 2 степени, судорожный синдром, недоношенность 2 степени», находилась в реанимационном отделении. С раннего возраста развивалась с задержкой, наблюдалась неврологами по поводу детского церебрального паралича, правостороннего гемипареза, являлась ребенком-инвалидом. По ЭЭГ выявлялся очаг эпи-подобной активности справа центр-темя-висок. По результатам СКТ головного мозга в 2008 г. – «Киста малых размеров в базально-медиальных отделах левой теменной доли, вероятно, постишемическая, открытая внутренняя гидроцефалия, ретроцереbellарная арахноидальная киста, вероятно, аномалия развития». Приступы клонических судорог с потерей сознания наблюдались 1 раз в 2 месяца. Многократно находилась на стационарном лечении в детских неврологических отделениях, получала противосудорожную терапию. В школе обучалась по специализированной программе для слабовидящих, с облегченными условиями ввиду частичной атрофии диска зрительного нерва справа. На фоне подобранного лечения препаратами вальпроевой кислоты, отмечалась ремиссия эпи-приступов. Последний судорожный приступ был в 2016 году, в тот период получала препараты вальпроевой кислоты, в сочетании с фенитоином («Дифенин»). В дальнейшем, из-за отсутствия препарата «Дифенин» на фармакологическом рынке, назначался леветирацетам. На комбинации вальпроевой кислоты и леветирацетама приступов эпилепсии не отмечалось. После окончания 10 классов поступила в торгово-экономический техникум, обучалась по общей программе. С трудом адаптировалась в новых

условиях. В техникуме "поняла, что она не такая как другие дети, казалось, что ее обсуждают за ее спиной, просила маму, чтобы прекратить обучение, несмотря на хорошую успеваемость". Жаловалась на утомляемость, головные боли, слабость, снижение памяти, стала высказывать необычные жалобы по поводу своего состояния, высказывала, что у нее нет тела, пальцев, что у мамы нет волос, ресниц. Также сообщала, что у нее не работает телефон, компьютер, хотя все это находилось в рабочем состоянии. Стала раздеваться, просила мать посмотреть и подтвердить, что у нее нет тела, бедер. Застывала в вычурных позах. В связи с таким состоянием впервые поступила в стационар ГБУЗ «Новокузнецкой клинической психиатрической больницы» 20.01.2023 г. В отделении в течение 2-х недель оставалась плаксивой, осматривала себя в зеркало, ощупывала свое тело, продолжала утверждать, что у нее по-прежнему отсутствуют руки, ноги, глаза. Была не толерантна к инструментальным обследованиям, как не выполняла инструкций. Постепенно, на фоне лечения рисперидоном 1 мг. в сутки, психотическая симптоматика редуцировалась. После выписки в течение 3-х недель принимала рисперидон 1 мг на ночь, леветирацетам 250 мг утром/500мг вечером. Продолжила обучение в техникуме с 3-х разовым посещением занятий в неделю. Появилась уверенность в себе, начала общаться с однокурсниками, переписываться с ними в социальных сетях, справлялась с программой обучения, отмечалась упорядоченность в поведении. При посещении участкового врача-психиатра выглядела спокойной, психотических расстройств не выявляла. В последующем прекратила прием рисперидона, состояние изменилось. 07.05.2023 г. повторно поступила в стационар ГБУЗ НКПБ, так как стала дурашливой, выражалась ненормативной лексикой, говорила быстро, многоречиво, в стихотворной форме, подолгу не выходила из ванной, много лежала, стала мочиться в кровать, снизился аппетит, разбрасывала вещи, говорила «о демонах», была беспокойной, возбужденной, считала, что «вокруг бесы», которые ее «достали», с кем-то разговаривала, себя называла «тварью», «лисой». Заявляла, что «отец находится здесь в виде жабы величиной с медведя и разговаривает с ней». Мать называла мачехой, которая «хотела убить меня и рожденного мной сына в 13 лет». 19.07.2023 г. заочно проведена телемедицинская консультация с ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского»

Министерства здравоохранений РФ». Заключение консилиума специалистов следующее: «Принимая во внимание анамнестические сведения, а также неврологический статус больной в сочетании с результатами представленных исследований (ЭЭГ, МРТ, заключения психолога) диагноз органического заболевания головного мозга не вызывает сомнения с формированием психоорганического синдрома и эпилептиформных припадков. На этом фоне в подростковом возрасте развивается гебефреническая симптоматика, что указывает на развитие эндогенного процесса на органической почве. Диагноз: (МКБ-10 F20.1) «Гебефреническая шизофрения. Эпизодический тип течения. G 40.2 Локализованная фокальная/парциальная структурная эпилепсия в стадии терапевтической ремиссии припадков». Рекомендована отмена леветирацетама, включение в схему лечения оланзапина. Выписана из стационара 25.07.2023 г. по инициативе матери с целью дальнейшего лечения и обследования в ФГБУ Институте мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской Академии наук (ИМЧ РАН), где проходила лечение и обследование с 27.07.2023 г. по 11.09.2023 г. При поступлении в клинической картине отмечались выраженные галлюцинаторно-бредовая, гебефреническая симптоматика. Пациентка была консультирована эпилептологом, рекомендовано снижение леветирацетама с последующей отменой. В качестве антипсихотического препарата выбран оланзапин. В терапию добавлен бипериден для коррекции экстрапирамидной симптоматики. На фоне данной терапии состояние начало улучшаться, снизился уровень галлюцинаторных переживаний. Дозировка оланзапина увеличена до 20 мг в сутки, вальпроевой кислоты до 1500 мг в сут. В поведении скорректирована, стала более упорядочена. Консультирована эпилептологом 03.08.2023 г – Эпилепсия структурной этиологии с фокальным переходом на билатеральные тонико-клонические судорги, клинко-нейрофизиологическая ремиссия с 2017 г. После выписки, продолжала принимать лечение согласно рекомендациям. Жаловалась на вялость, постоянную дневную сонливость, быструю усталость. С сентября 2023 г. набрала в весе 30 кг. Дозу препаратов мама согласовывала по телефону с врачом г. Санкт-Петербурга. Принимала оланзапин 10 мг, бипериден 2 мг вечером, вальпроевую кислоту 1500 мг в сутки. На фоне лечения продуктивной психотической симптоматики не выявляла, но сохранялась вялость, адинамия, сонливость в дневное время, потливость

ладоней, тела. Полностью амнезировала весь период психоза, который перенесла в 2023 году. В конце февраля 2024 г. мама пациентки обратилась в ГБУЗ НКПБ с целью получения гарантийного письма для очередного обследования и лечения в ФГБУ Институте мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской Академии наук. На врачебной комиссии рекомендовано направить на обследование и коррекцию терапии в профильное учреждение. После проведения повторной телемедицинской консультации с ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, пациентка была приглашена на госпитализацию в МНИИП для верификации диагноза и подбора психофармакотерапии, ввиду неполной эффективности проводимой терапии, полиморфизма психопатологической симптоматики. С 15.05.2024 г. по 19.07.2024 г. находилась ФГБУ "НМИЦ ПН им. В.П. Сербского". 05.06.2024 г. проведен совместный осмотр руководителем клиники и старшим научным сотрудником, вынесено заключение – «Психотическая симптоматика, возникшая год назад на фоне терапии леветиретамом, носила острый шизоформный характер, купировалась на фоне комплексного лечения, включавшего также отмену леветиретама. Имеет место тяжелое перинатальное органическое поражение головного мозга с массивными неврологическими проявлениями, включая правосторонний гемипарез, дизартрию, нарушение зрения, симптоматическую эпилепсию. При выписке пациентке установлен окончательный диагноз: «Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью» (МКБ-10 F06.8). Продолжает принимать вальпроевую кислоту в прежней дозировке, оланзапин 5 мг в сутки. Психотических расстройств в настоящее время не выявляет, сохраняется незначительная астеническая симптоматика, возобновила обучение в техникуме в дистанционном формате.

Выводы. При лечении и диагностике психических расстройств у пациентов с коморбидной патологией, необходим комплексный подход к назначению терапии, тщательный анализ динамики и клинической картины заболеваний, с оценкой непреднамеренного действия лекарственных средств, обусловленных их фармакологическими свойствами.

**Предсказуемость, когерентность и тангенциальность коротких письменных текстов при шизофрении: пилотный NLP-анализ**

**Богданов Я.В.<sup>1</sup>, Богданов А.Я.<sup>2</sup>, Богданов В.Р.<sup>3</sup>, Водоватова К.Д.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет  
телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»,  
Санкт-Петербург**

**<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Кемерово**

---

**Актуальность.** Клинические понятия алогии, соскальзывания и разорванности описывают разные стороны речемыслительных нарушений, но зависят от контекста и профессиональной оценки. NLP позволяет количественно описывать отдельные свойства текста и дополнять психопатологический анализ. В вероятностной модели языка В.В. Налимова смысл зависит от контекста и распределения возможных интерпретаций [1]. С этой идеей перекликаются современные показатели: перплексия отражает непредсказуемость, а семантическое сходство и тематическое отклонение – связи между фрагментами и удержание темы [2, 3].

**Цель.** Оценить продуктивность, лексическое разнообразие, предсказуемость, локальную семантическую когерентность и тематическую организацию коротких русскоязычных текстов при шизофрении и определить связи этих показателей с PANSS.

**Материал и методы.** Проанализирован обезличенный корпус текстов, собранный в 2023-2024 гг. в проекте, где письменные ответы сочетались с рисунками: 113 пациентов с шизофренией и 126 условно здоровых участников. Каждый написал три мини-текста о животном, растении и предмете. Задания не предназначались для анализа развёрнутой речи, что учитывали при интерпретации. Продуктивность измеряли числом слов, лексическое разнообразие – MATTR-20 (средняя доля разных слов в отрезках по 20 слов). Контрольный словарь составляли из словоформ контрольной группы; при оценке контрольного текста его самого из словаря исключали. Рассчитывали долю отсутствовавших в нём словоформ. Предсказуемость оценивали символьными моделями 3- и 5-грамм и словесными биграммами контрольного корпуса: чем выше неожиданность и перплексия, тем менее

типичен текст. Локальную когерентность оценивали по средней смысловой близости соседних фрагментов, выраженной их косинусным сходством в LSA-пространстве, тематическое отклонение – по отличию ответа от усреднённого смыслового профиля контроля на ту же тему [4]. Композитная тангенциальность объединяла отклонение от темы и смысловые переходы; это вычислительный индекс, а не клиническая оценка соскальзывания. Анализ проводили локально, без внешних API и нейросетевых языковых моделей. Применяли критерий Уэлча, Hedges g, робастные регрессии с учётом возраста, пола и, кроме анализа продуктивности, длины текста, корреляции Спирмена и поправку FDR.

**Результаты.** Наиболее крупное и устойчивое различие касалось длины текста: пациенты писали в среднем на 31,27 слова меньше ( $g=-0,96$ ). Основные сравнения представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Основные NLP-показатели в группах**

| Показатель                   | Контроль | Пациенты | Исходное p | После поправок, q |
|------------------------------|----------|----------|------------|-------------------|
| Число слов                   | 73,69    | 42,42    | $p<0,001$  | $q<0,001$         |
| MATTR-20                     | 0,912    | 0,866    | $p=0,0003$ | $q=0,0021$        |
| Словоформы вне словаря       | 0,220    | 0,374    | $p<0,001$  | $q<0,001$         |
| 5-граммная перплексия        | 5,39     | 5,99     | $p=0,0063$ | $q=0,658$         |
| Биграммная перплексия        | 613,12   | 926,78   | $p=0,0018$ | $q=0,800$         |
| LSA-когерентность            | 0,107    | 0,109    | $p=0,921$  | $q=0,478$         |
| Тематическое отклонение      | 0,628    | 0,660    | $p=0,035$  | $q=0,0086^*$      |
| Композитная тангенциальность | -0,040   | -0,264   | $p=0,156$  | $q=0,080$         |

**Примечание.** Итоговое q учитывает возраст, пол, длину текста (кроме числа слов) и FDR; \* – обозначает изменение знака эффекта тематического

отклонения после учёта длины. На долю словоформ вне словаря влияют редкая лексика, словоизменение, орфография и состав контрольного корпуса.

После поправок сохранялись различия по MATTR-20 и доле словоформ вне словаря, но не по перплексии и композитной тангенциальности. У тематического отклонения учёт длины менял знак эффекта, что исключает однозначную интерпретацию. Число слов было обратно связано с PANSS P (частный  $\rho=-0,250$ ;  $q=0,049$ ), N ( $\rho=-0,315$ ;  $q=0,0046$ ), O ( $\rho=-0,254$ ;  $q=0,042$ ) и суммарным баллом ( $\rho=-0,305$ ;  $q=0,0068$ ); наиболее устойчивой была связь с PANSS N. Связь тематического отклонения с PANSS N была положительной исходно ( $\rho=0,286$ ;  $q=0,0063$ ), но после учёта возраста, пола и длины уменьшалась до  $\rho=0,115$  и становилась неустойчивой. Для n-граммной неожиданности, перплексии и LSA-когерентности устойчивых частичных связей с PANSS не получено.

**Обсуждение.** Речевая продуктивность оказалась надёжнее сложных метрик, что согласуется с кросс-языковыми данными [2]. Повышенная доля словоформ вне словаря отражает лексическую нетипичность относительно данного корпуса текстов и зависит также от словоизменения и орфографии. Более высокая перплексия в исходных сравнениях указывает на редкие для контрольной группы последовательности, но эффект ослабевал после учёта длины и требует повторной проверки. Среднее косинусное сходство соседних фрагментов (LSA-когерентность) не различалось; композитная тангенциальность также не дала устойчивого результата. Эти метрики отражают локальные смысловые переходы, но не охватывают референцию, логику и общий замысел [3]. Смена направления эффекта тематического отклонения после учёта длины показывает его нестабильность в коротких ответах.

Ограничения: краткость и тематическая регламентированность текстов, возрастное несоответствие групп и неполный учёт образования, когнитивного статуса, длительности заболевания и лечения. Для части участников не было пар соседних фрагментов для расчёта когерентности. N-граммы, LSA и словарь отражают небольшой контрольный корпус текстов. В дальнейшем необходимо использовать более длинные речевые пробы: автобиографический рассказ, самоописание, рассказ по картинке и, возможно, устное интервью с последующей расшифровкой. Это позволит сопоставить автоматические показатели текста с клинической оценкой

формальных расстройств мышления и показателями психопатологических шкал, а затем проверить полученные результаты на новой выборке.

**Выводы.** У пациентов устойчиво снижались объём текста и MATTR-20, а доля словоформ вне словаря контрольного корпуса возрастала. Наиболее воспроизводимой клинической связью было уменьшение числа слов при нарастании негативной симптоматики. Перплексия, тематическое отклонение и композитная тангенциальность не дали устойчивых, однозначно интерпретируемых различий; средняя LSA-когерентность не различалась. Для короткого корпуса число слов остаётся базовым показателем, а остальные метрики следует проверять на более длинных пробах. Автоматические текстовые показатели дополняют психопатологическую оценку, но не заменяют её.

#### Список литературы

1. Налимов В. В. Вероятностная модель языка: о соотношении естественных и искусственных языков. 2-е изд. М.: Наука, 1979. 303 с.
2. Stein D, Bobrovskiy D, Stede M, Montag C, Just SA. Cross-linguistic benchmarking of NLP metrics for psychosis research // NPJ Digit Med. 2026. 9 (1):594.
3. He R., Grodzki R., Altay N., Aston B., Alonso-Sánchez M.F., et al. Reduced linguistic coherence in psychosis defies semantic similarity accounts // Sci Rep. 2026. 16 (1):7799.
4. Deerwester S., et al. Indexing by latent semantic analysis // J. Am. Soc. Inf. Sci. 1990. Vol. 41 (6):391-407.

## **Частотный профиль букв в письменных текстах при шизофрении: пилотное NLP-исследование и связь с PANSS**

**Богданов Я.В.<sup>1</sup>, Богданов А.Я.<sup>2</sup>, Водоватова К.Д.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича», Санкт-Петербург**

---

**Актуальность.** При шизофрении меняются не только содержание высказываний, но и объём, структура и лексико-грамматическая организация речи. Автоматический анализ текста позволяет дополнить клиническое описание воспроизводимыми количественными показателями [1]. Частоты букв представляют самый простой, полностью интерпретируемый уровень такого анализа: они почти не зависят от качества морфологического анализатора и могут служить контрольной точкой для более сложных NLP-моделей. Вместе с тем частота отдельной буквы не имеет однозначной психопатологической интерпретации, поэтому её следует оценивать с учётом длины текста, демографических различий и множественных статистических проверок.

**Цель.** Сравнить объём буквенной продукции и относительные частоты букв в коротких письменных текстах пациентов с шизофренией и условно здоровых участников, оценить связи показателей с PANSS и проверить различающую способность простых моделей машинного обучения.

**Материал и методы.** Проанализированы обезличенные тексты 113 взрослых пациентов с установленным диагнозом шизофрении и 126 участников контрольной группы. Материал собирали в 2023-2024 гг. Каждый участник написал три мини-текста на темы «если бы я был животным», «если бы я был растением» и «если бы я был предметом». Выраженность симптоматики оценивали по PANSS [2]. После транскрибирования ответы объединяли на уровне участника, приводили к нижнему регистру и подсчитывали 33 буквы русского алфавита, включая «ё». Пробелы, цифры и знаки препинания в знаменатель не включали. Относительную частоту буквы определяли как её долю среди всех букв текста. Межгрупповые различия

оценивали t-критерием Уэлча и линейными моделями с робастными стандартными ошибками, учитывавшими возраст и пол. Риск случайных находок при 33 проверках снижали поправкой Benjamini-Hochberg (FDR) [3]. Связи с PANSS оценивали ранговой и частичной ранговой корреляцией. В разведочном анализе применяли L2-регуляризованную логистическую регрессию с вложенной повторной кросс-валидацией. Единицей анализа во всех случаях был участник.

**Результаты.** Пациенты создавали существенно меньший буквенный объём:  $215,7 \pm 141,0$  против  $380,1 \pm 189,3$  буквы; размер эффекта был крупным ( $g = -0,97$ ;  $p < 0,001$ ). После учёта возраста, пола и FDR устойчивые различия сохранились только для трёх букв из 33 (таблица 1).

**Таблица 1. Основные межгрупповые различия**

| Показатель             | Контроль          | Пациенты          | Скорр. эффект | p / q       |
|------------------------|-------------------|-------------------|---------------|-------------|
| Всего букв, M $\pm$ SD | 380,1 $\pm$ 189,3 | 215,7 $\pm$ 141,0 | $g = -0,97$   | $p < 0,001$ |
| Буква «с», %           | 5,08              | 4,34              | -1,15 п.п.    | $q < 0,001$ |
| Буква «и», %           | 6,73              | 5,65              | -1,14 п.п.    | $q < 0,001$ |
| Буква «я», %           | 2,57              | 3,15              | +0,71 п.п.    | $q = 0,015$ |

**Примечание.** Для букв показана разность «пациенты минус контроль» в модели с учётом возраста и пола; п.п. - процентные пункты; q - значение после FDR-коррекции.

Для ориентира результаты сопоставили со справочными частотами букв в Национальном корпусе русского языка: «с» 5,47%, «и» 7,35%, «я» 2,01% [4]. Эти значения в статистический анализ не включали. По сравнению с ними в обеих исследуемых группах доли «с» и «и» были ниже, а доля «я» выше; у пациентов отклонение было выражено сильнее. Это может отражать особенности словаря, грамматических форм и самого задания, сформулированного от первого лица. Буква «я» встречается не только как местоимение, поэтому полученный результат нельзя интерпретировать как показатель эгоцентризма или иного свойства личности.

Номинальные корреляции отдельных букв с PANSS после FDR не сохранялись. Иная картина получена для общего буквенного объёма: после учёта возраста и пола он был обратно связан с PANSS P (частный  $\rho = -0,253$ ;

$q=0,009$ ),  $N$  ( $p=-0,316$ ;  $q=0,002$ ),  $O$  ( $p=-0,240$ ;  $q=0,010$ ) и суммарным баллом ( $p=-0,303$ ;  $q=0,002$ ). Следовательно, тяжесть симптоматики лучше отражалась в количестве письменной продукции, чем в составе буквенного профиля.

Модель на 33 относительных частотах различала группы умеренно слабо: ROC-AUC  $0,65\pm 0,08$  и сбалансированная точность  $0,62\pm 0,07$ . Модель, использовавшая только общий буквенный объём, показала ROC-AUC  $0,77\pm 0,06$ . Это внутренняя оценка по кросс-валидации; на независимой выборке модель ещё не проверялась, поэтому рассматривать её как диагностический инструмент преждевременно.

**Обсуждение.** Символьный уровень действительно содержит групповой сигнал, но он ограничен. Устойчивыми оказались три буквы, тогда как большинство различий исчезло после корректного учёта ковариант и множественных сравнений. На буквенный объём могут влиять негативная симптоматика, когнитивное снижение, мотивация, образование, лечение и отношение к заданию, поэтому показатель неспецифичен. Буквенный анализ полезен как простой исходный уровень для сравнения: более сложный алгоритм оправдан лишь тогда, когда учёт морфологии, синтаксиса и семантики даёт дополнительную клинически значимую информацию по сравнению с одним объёмом текста [5]. Ограничениями работы являются возрастное несоответствие групп, краткость и жёсткая тематическая заданность текстов, а также отсутствие полного учёта образования, когнитивного статуса и терапии.

**Выводы.** Пациенты с шизофренией писали заметно меньше, и уменьшение буквенного объёма было связано с большей выраженностью всех компонентов PANSS. После статистических поправок у них были ниже частоты «с» и «и» и выше частота «я», однако специфические связи отдельных букв с PANSS не подтвердились. Частотный профиль букв не является самостоятельным диагностическим тестом. Его целесообразно использовать как воспроизводимый нулевой уровень многоуровневого анализа, включающего символьные n-граммы, лексику, синтаксис, когерентность и предсказуемость текста.

#### Список литературы

1. Смерчинская Э. М., Трегубенко И. А., Исаева Е. Р. Типы нарушений речемыслительной деятельности у пациентов с расстройствами

- шизофренического спектра // Клиническая и специальная психология. 2024. Т. 13, № 2. С. 147-158.
2. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 1987. 13 (2): 261-276.
  3. Benjamini Y., Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing // J. Royal Statistical Society. Series B. 1995. 57 (1): 289-300.
  4. Волынкин П. А., Гянджиев Э. Э. Частотные портреты и методы их формирования // Наука и образование: сохраняя прошлое, создаём будущее. Пенза, 2018. Ч. 1. С. 49-55.
  5. Corcoran C. M., Mittal V. A., Bearden C. E., et al. Language as a biomarker for psychosis: a natural language processing approach // Schizophrenia Research. 2020. 226: 158-166.

#### **Психическое здоровье и воспалительная активность пародонта у пациентов стоматологического профиля**

**Бражникова А.Н., Долгалёв А.А., Плугина М.И., Соколова И.Ю., Быков Ю.В.**

**ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь**

---

**Актуальность.** Психическое здоровье определяет не только субъективное благополучие человека, но и особенности его поведения, приверженность лечению, способность к адаптации и течение хронических соматических заболеваний. Тревожность, эмоциональное напряжение и избегающее поведение могут поддерживать патологический круг, в котором психоэмоциональная нагрузка усиливает нейроэндокринные и иммуновоспалительные сдвиги, а соматические симптомы, в свою очередь, становятся дополнительным источником тревоги. Особый интерес представляет изучение этих взаимосвязей при хронических воспалительных заболеваниях, поскольку показатели текущей воспалительной активности способны отражать не только локальный патологический процесс, но и общий уровень психофизиологического напряжения. Пародонтит в данном отношении может рассматриваться как доступная клиническая модель

хронического воспаления, сопряжённого с поведенческими и психоэмоциональными факторами.

**Цель исследования.** Оценить связь психоэмоциональной отягощённости с показателями текущей воспалительной активности и накопленного структурного повреждения тканей пародонта у пациентов, нуждавшихся в плановом стоматологическом лечении.

**Материалы и методы.** Проведено одноцентровое наблюдательное исследование поперечного дизайна с ретроспективным анализом обезличенной клинической базы. В исследование включены 92 пациента старше 18 лет. Основную группу составили 56 пациентов с клинко-соматической и лекарственной отягощённостью, группу сравнения – 36 пациентов без выраженной соматической отягощённости. Психоэмоциональное состояние оценивали с помощью психологического раздела авторского «Комплексного опросника стоматологического пациента». Раздел включал вопросы об общем эмоциональном состоянии в течение последних двух недель, отношении к предстоящему лечению, частоте напряжения и раздражительности, а также склонности откладывать обращение за помощью. Суммарный показатель варьировал от 0 до 16 баллов; увеличение суммы соответствовало большей выраженности тревожности, эмоционального напряжения, страха лечения и избегающего поведения. По итоговой оценке, выделяли низкую и умеренную/высокую тревожность. Состояние пародонта характеризовали по индексу кровоточивости десневой борозды, папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу, глубине пародонтального кармана, клинической потере прикрепления, рецессии десны, патологической подвижности зубов и другим клиническим показателям. Межгрупповые различия оценивали U-критерием Манна–Уитни и точным критерием Фишера. Связи между суммарным психологическим показателем и клиническими характеристиками определяли с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена с последовательной поправкой Холма на множественные сравнения.

**Результаты.** Суммарный психологический показатель у пациентов с клинко-соматической и лекарственной отягощённостью был статистически значимо выше, чем в группе сравнения: 3 [2; 6] против 1,5 [0; 4] балла соответственно ( $p=0,0001$ ). Умеренная/высокая тревожность выявлена у 22 из 56 пациентов основной группы и у 2 из 36 пациентов группы сравнения, что

составило 39,3 и 5,6% соответственно ( $p=0,0002$ ). Таким образом, наличие соматической отягощённости сопровождалось существенно большей распространённостью психоэмоционального неблагополучия. В общей выборке увеличение психологического показателя было связано с нарастанием признаков текущего воспаления. Установлены положительные корреляции с индексом кровоточивости десневой борозды (коэффициент Спирмена 0,341;  $p=0,00086$ ;  $p$  после поправки Холма=0,0078) и папиллярно-маргинально-альвеолярным индексом (коэффициент Спирмена 0,334;  $p=0,00130$ ;  $p$  после поправки Холма=0,0104). Вместе с тем статистически значимых связей со степенью поражения пародонта, глубиной пародонтальных карманов, клинической потерей прикрепления, рецессией десны и патологической подвижностью зубов после поправки на множественные сравнения не получено. Это различие имеет принципиальное значение: психоэмоциональная отягощённость была сопряжена преимущественно с текущей воспалительной активностью, тогда как накопленное структурное повреждение, формирующееся в течение длительного времени, не обнаруживало столь отчётливой связи с актуальным эмоциональным состоянием.

**Обсуждение.** Полученные результаты подтверждают необходимость рассматривать тревожность и эмоциональное напряжение не как изолированные субъективные переживания, а как клинически значимые компоненты общего соматического состояния. Их связь с кровоточивостью и распространённостью воспаления может реализовываться через несколько взаимодополняющих механизмов: активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, изменение вегетативной регуляции, нарушение противовоспалительных иммунных реакций, ухудшение сна и снижение качества повседневного ухода за здоровьем. Не исключена и обратная направленность ассоциации, при которой хронический дискомфорт, опасения за исход лечения и необходимость длительного медицинского наблюдения усиливают тревожность. Поперечный дизайн исследования не позволяет установить причинно-следственные отношения, однако выявленные закономерности подчёркивают единство психических, поведенческих и воспалительных процессов. Особого внимания заслуживает высокая частота умеренной/высокой тревожности у соматически отягощённых пациентов. В обычной лечебной практике такие состояния нередко остаются вне поля

зрения, поскольку пациент обращается по поводу телесной патологии, а эмоциональное неблагополучие воспринимается как второстепенное. Между тем именно оно может определять регулярность посещений, выполнение врачебных рекомендаций, переносимость вмешательств и устойчивость достигнутого результата.

**Заключение.** Психозомоциональная отягощённость у пациентов с соматической коморбидностью встречается значительно чаще и связана преимущественно с показателями текущей воспалительной активности, но не с выраженностью накопленного структурного повреждения тканей. Полученные данные обосновывают включение краткой оценки тревожности, эмоционального напряжения и избегающего поведения в междисциплинарное обследование пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Раннее выявление психозомоционального неблагополучия позволяет своевременно индивидуализировать общение, повысить приверженность лечению и определить показания к психологической либо психиатрической помощи. Поддержание психического здоровья следует рассматривать как одно из условий эффективного контроля хронического воспаления, сохранения функциональной активности и повышения качества жизни.

### **Антипсихотическая аугментация при шизофрении.**

#### **Цели, оценка эффективности**

**Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебренникова А.В., Зерникова А.А.**  
**ГБУЗ «Кузбасская Клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Антипсихотическая аугментация при шизофрении направлена на повышение эффективности основной антипсихотической терапии, особенно в случаях резистентности к лечению. Целью является достижение полной ремиссии или значительное снижение симптомов.

Аугментация и применение комбинированных стратегий предусматривает добавление неантипсихотических препаратов к нейролептикам разных поколений у резистентных или частично резистентных пациентов, тогда, как комбинированное лечение включает одновременное использование двух и более антипсихотиков.

Цели антипсихотической аугментации:

1. Достижение ремиссии, купирование продуктивной симптоматики,
2. Повышение эффективности при резистентности,
3. Улучшение качества жизни,
4. Предотвращение рецидивов. Стабилизация состояния и поддержание ремиссии в долгосрочной перспективе,
5. Коррекция тяжелых негативных симптомов,
6. Улучшение когнитивных функций,
7. Снижение выраженности аффективных нарушений,
8. Снижение побочных эффектов основного лечения.

Основные стратегии аугментации:

1. Комбинация двух антипсихотиков.
2. Добавление нормотимиков (стабилизаторов настроения).
3. Добавление антидепрессантов.
4. Добавление других классов препаратов: Бензодиазепины, Эстрогены, Препараты глутаматэргическим действием (мемантин)

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку клинической эффективности при лечении антипсихотиками в сочетании с нормотимическими препаратами и монотерапией нейролептиком у больных с шизофренией с преобладанием аффективно-бредовой, аффективно-параноидной симптоматикой.

**Задачи исследования:** оценить целесообразность, эффективность антипсихотической аугментации.

**Материалы и методы исследования:** Шкала PANSS, Шкала мании Янга, Шкала CGI.

**Критерии включения:** В исследование были включены пациенты мужского пола, находящиеся на стационарном лечении в 1-3 отделении (2023,2024 гг), в возрасте от 25 до 55 лет, с течением заболевания не менее 5 лет. Средний возраст больных составил 38,5 лет. По шкале PANSS уровень продуктивной симптоматики составлял не менее 60 баллов. В исследование были включены 40 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения, выставленный, в соответствии с критериями МКБ-10 аффективно-бредового или смешанного аффекта.

Пациенты были разделены на две группы: основную и контрольную. Основная группа получала: нейролептик + нормотимик; контрольная: монотерапию антипсихотиком.

#### **Оценка результатов исследования:**

У пациентов в основной группе наблюдается плавная редукция продуктивной симптоматики. Наибольшая положительная динамика, наблюдалась в основной группе по подшкале позитивных расстройств PANS (на 34% против 21%). Динамика негативной симптоматики по шкале PANS как в основной, так и в контрольной группе крайне незначительная и остается практически на одном уровне. Уменьшилась на 12% в основной группе, и на 8% в контрольной группе.

По шкале общих психопатологических расстройств в основной группе уменьшилась на 31%, на 18% в контрольной группе. Общая редукция балльной оценки по шкале PANSS в основной группе составила 25%, что соответствует положительной эффективности при применении аугментации.

По шкале мании Янга пациенты также имели умеренную или выраженную степень мании. В начале обследования средний балл в основной группе составлял 24,9 б, в контрольной группе 25,4 б, что соответствует маниакальному состоянию, на конец исследования 13,4 б основной группы и 19,8 контрольной группы. Таким образом, в обеих группах достигнута степень гипомании, но в основной группе уменьшение симптомов больше, чем в контрольной.

Согласно шкале CGI уменьшение тяжести состояния больных основной группы отмечалось на 14 день (незначительное улучшение – 3 б) терапии и продолжалось в течение 6 недель. В контрольной группе уменьшение выраженности расстройств было отмечено позднее – к 28 дню терапии (незначительное улучшение – 3 б). В целом к моменту окончания исследования уменьшение тяжести состояния больных основной группы превосходило показатель контрольной группы, но приближалось к улучшению состояния. К концу исследования в основной группе наблюдалось «существенное улучшение» -2 б, в контрольной «незначительное улучшение» -3 б.

#### **Выводы:**

В ходе проведенного исследования было установлено, что аугментация антипсихотиков стабилизаторами настроения в сравнении с монотерапией с

маниакальным аффектом позволяет повысить и ускорить эффективность лечения с маниакальным аффектом. Проведение аугментации показывает плавное наступление терапевтического эффекта и сохраняет его на более высоком уровне в ходе дальнейшей терапии.

#### Список литературы

1. Антипсихотическая аугментация и монотерапия при шизофрении: систематический обзор, мета-анализ и анализ методом метарегрессии / Galling B., Roldán A., Hagi K.; пер. Пикирения Л.Ю. Пикирения В.И. // *World Psychiatry*. 2017. Т. 16, № 1. С. 77-89.
2. Асадуллин А.Р., Бомов П.О., Богод Ю.А. Применение антипсихотиков третьего поколения в сочетании с клозапином при терапии резистентной шизофрении // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2025. Т. 59, № 2. С. 114-121.
3. Аугментация антипсихотической терапии при шизофрении D-, L-гопантеновой кислотой / В.Э. Медведев, В.И. Фролова, Е.В. Гушанская, А.Ю. Тер-исраелян // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015. Т.115, № 8. С. 28-34.
4. Дороженко И.Ю. Струкова А.В. Атипичные антипсихотики при терапии депрессий в рамках аффективных расстройств и шизофрении (на модели арипипразола) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024. Т. 124, № 4. С. 36-42.
5. Иванов С.В. Мелатонинергический антидепрессант агомелатин: аугментация антипсихотиков в терапии постшизофренических депрессий // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024. Т. 124, № 8. С. 5-12.
6. Иванов С.В., Горюнов А.В. Фармакотерапия шизофрении: клинические и некоторые возрастные аспекты // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2024. Т. 124, № 7. С. 41-50.

## **Диагностика, методы преодоления терапевтической резистентности у больных с шизофренией**

**Буланова Я.В., Орлов М.В., Зерникова А.А., Музальков С.С.**

**ГБУЗ «Кузбасская Клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Терапевтическая резистентность при шизофрении – отсутствие ответа на два (и более) курса антипсихотической терапии, продолжительностью 4–6 недель без должного ответа, при сохранении стойкой психотической симптоматики, оказывающей влияние на поведение и функционирование пациента и/или сохранение суицидальных тенденций, насильственных действий или злоупотребления психоактивными веществами.

Ультра-резистентная шизофрения – отсутствие ответа на адекватную терапию клозапином.

Классификация психофармакорезистентности:

1. **первичная (истинная) резистентность**, связанная с прогнозируемо плохой курабельностью состояния или неблагоприятным течением заболевания, отсутствие эффекта, связанного с другими биологическими, генетически детерминированными факторами.
2. **вторичная резистентность**, связана с развитием так называемого феномена адаптации к психофармакотерапии.
3. **псевдорезистентность (ложная резистентность)**, связанная с неадекватностью терапии или недостаточной интенсивностью проводимой терапии.
4. **отрицательная резистентность, или интолерантность**, к терапии. Речь идет о повышенной чувствительности к развитию побочных эффектов (экстрапирамидных, соматических, нейроинтоксикационных), выраженность которых превышает основное психотропное действие препарата.

Выбор средств и методов преодоления терапевтической резистентности осуществляется дифференцированно и последовательно. Первыми шагами на этом пути являются оптимизация и интенсификация психофармакотерапии, основанная на анализе причин терапевтической резистентности. Далее – это адекватная комбинированная терапия, продуманная в плане усиления нейрохимического механизма действия препарата, использование препаратов с иным метаболизмом и иным механизмом действия.

В качестве самостоятельных видов борьбы с резистентностью выделяются нелекарственные методы (транскраниальная магнитная стимуляция, депривация сна, фототерапия, иглорефлексотерапия, биологическая обратная связь и др.) и направленные на детоксикацию, поддержание гомеостаза методы, повышающие общую специфическую иммунологическую реактивность организма, как фармакологические (иммуномодуляторы, антиоксиданты, нейрометаболические стимуляторы и др.), так и нелекарственные (гемосорбция, плазмаферез, ультрафиолетовое лазерное облучение крови, магнитотерапия, гипербарическая оксигенация и др.).

**Цель исследования** – оценить целесообразность и эффективность различных стратегий преодоления психофармакорезистентности на примере сравнительного анализа трех терапевтических подходов.

**Задачи исследования:** провести анализ методов лечения для преодоления резистентности у пациентов, используя медикаментозную, комбинированную терапии.

**Материалы и методы исследования:** для проведения исследования применялись психометрические шкалы: PANSS и CGI.

**Критерии включения:**

1. Резистентность к проводимой ранее нейролептической терапии.
2. По шкале PANSS уровень продуктивной симптоматики составлял не менее 90 баллов.
3. Шкала общего клинического впечатления (CGI) не менее 6 баллов.
4. Отсутствие противопоказаний к ЭСТ и клозапину.

Основным критерием эффективности являлась редукция по шкале PANSS более 20% от исходного уровня.

Все пациенты находились на стационарном лечении в 1-3 отделении за период 2024 г. В исследование были включены 45 пациентов мужского пола в возрасте от 25 до 55 лет, страдающие шизофренией, параноидной формой, с длительностью заболевания не менее 5 лет, имеющие психофармакорезистентность. Все больные находились на этапе купирующей терапии. Пациенты были разделены на три группы: две основные и контрольную. Основная группа получала: 1. Клозапин + второй антипсихотик второго поколения (АВП); 2. Клозапин + ЭСТ; контрольная: монотерапия клозапином.

**Результаты исследования:** *наиболее стремительное купирование продуктивной симптоматики наблюдается в группе с применением ЭСТ, что составило 66% от исходного состояния. Хороший результат отмечался в группе со вторым АП в 49%. В контрольной группе также происходила редукция продуктивной симптоматики, но, на конец исследования, она осталась выше, чем в основных группах.*

Редукция негативной симптоматики, как в основной, так и в контрольной группах крайне незначительная и остается практически на одном уровне. Уменьшилась на 17% в основной группе, особенно с аугментацией АВТ, и на 7% в контрольной группе.

По общим психопатологическим симптомам в основных группах уменьшение на 46% и 32%, и на 18% в контрольной группе.

Общая редукция балльной оценки по шкале PANSS в основных группах была более значительна, чем в контрольной группе, составила 38 и 36%, что соответствует положительной эффективности при применении аугментации (как с ЭСТ, так и с АВТ). Монотерапия клозапином также была эффективна, но показала меньший результат в 20% от исходного наблюдения.

Согласно шкале CGI уменьшение тяжести состояния больных основной группы отмечалось на 14 день (3 б – незначительное улучшение) терапии и продолжалось в течение 6 недель. В контрольной группе уменьшение выраженности расстройств было отмечено позднее – к 28 дню терапии (3 б – незначительное улучшение). В целом к моменту окончания исследования уменьшение тяжести состояния больных основной группы превосходило показатель контрольной группы. К концу исследования в основной группе наблюдалось «существенное улучшение», в контрольной «незначительное улучшение».

#### **Заключение и выводы:**

1. **Монотерапия клозапином считается «золотым стандартом» при лечении резистентной психозов.** В данном исследовании подтвердила статус "терапии первой линии" при резистентности, показав клинически значимое снижение общего балла PANSS на 20%.
2. Добавление второго антипсихотика (аугментация) привело к более выраженному терапевтическому ответу – редукция симптоматики PANSS составила около 38%.

3. Добавление второго антипсихотика позволило "закрыть" рецепторные мишени, на которые монотерапия клозапином воздействовала слабо.
4. Комбинация лечения ЭСТ в сочетании с азалептином – наиболее мощная стратегия преодоления истинной резистентности.

Таким образом, комбинированная терапия позволяет добиться более выраженного эффекта в более короткие сроки.

#### Список литературы

1. Становая В.В., Гусейнова З.Т., Иванов М.В., Бигдай Е.В. Феномен терапевтической резистентности при лечении шизофрении: возможности современной диагностики и методов противорезистентных воздействий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2023. Т. 57. С. 120-130.
2. Применение фармакогенетических биомаркеров для профилактики терапевтической резистентности при шизофрении. Методические рекомендации. Утверждено к печати решением Ученого Совета НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Протокол № 5 от 24.09.2020
3. Оленева Е.В., Цукарзи Э.Э. Мосолов С.Н. Комбинированное применение ЭСТ и атипичных антипсихотиков у больных шизофренией, резистентных к терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. № 4. С. 28-32.
4. Данилов Д.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении и биологические методы её преодоления // Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. № 10. С. 81-86.
5. Мосолов С.Н. Резистентность к психофармакотерапии и методы ее преодоления / С.Н. Мосолов // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 4. С. 132-136.

**Оценка безопасности применения клозапина при лечении больных шизофренией с психофармакорезистентностью**  
**Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебренникова А.В., Зерникова А.А.**  
**ГБУЗ «Кузбасская Клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

---

В основе большинства современных стандартов лечения шизофрении лежит представление о равной эффективности всех антипсихотических препаратов и их различии только в спектре побочных эффектов.

**Цель исследования:** оценить безопасность применения клозапина при лечении больных шизофренией с психофармакорезистентностью.

**Задачи:** провести анализ побочных действий при применении клозапина в монотерапии и в комбинации с типичными нейролептиками; выявить осложнения при лечении клозапином.

**Методы:** клиническое наблюдение, лабораторные и инструментальные методы, психометрические шкалы SAS Симпсона-Ангуса для оценки ЭПР.

**Критерии включения:** В исследование были включены пациенты мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет, страдающие шизофренией резистентной к терапии, с течением заболевания не менее 5 лет. Средний возраст больных составил 37,5 лет.

**Критерии исключения:** тяжелая соматическая и неврологическая патология, не требующая постоянной терапии. Отсутствие или нерезко выраженные явления ЭПР.

В исследование было включено 54 пациента с подтвержденным диагнозом «Шизофрения» (F20) по МКБ-10. Все пациенты находились на стационарном лечении в 1-3 отделении в период с 2022 по 2023 г. Все больные находились на этапе купирующей и долечивающей терапий.

Больные были разделены на 2 группы. В первой группе больные на различных этапах терапии принимали монотерапию клозапином (30 человек) в дозировке от 150 до 500 мг/сут, во второй группе получали комбинированную терапию типичными нейролептиками в сочетании с клозапином (галоперидол, клопиксол, хлорпромазин) (24 человек). Длительность наблюдения составила от 1 до 20 недель. Проводилось динамическое исследование клинического анализа крови в соответствии с общепринятыми стандартами для лечения клозапином. Кроме того, на всех

этапах терапии осуществлялось тщательное динамическое клиническое обследование (физикальный осмотр, ЭКГ, ЭЭГ, контроль АД, исследование биохимического анализа крови, в том числе показателей, отражающих функцию печени).

В данном исследовании мы приводим сравнение монотерапии с комбинированной терапией оценивая неврологические, соматические, токсикоаллергические ПЭ.

### **Результаты исследования:**

При исследовании использовали шкалу Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных расстройств.

**Таблица 1. Шкала SAS Симпсона-Ангуса для оценки  
экстрапирамидных расстройств**

Оценка исследования по SAS (клозапин)

| №           | 1 нед | 2 нед | 4 нед | 6 нед | 8 нед | 16 нед | 20 нед |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Средний бал | 0,5   | 1,4   | 1,9   | 1,9   | 1,1   | 1,0    | 1,0    |

Оценка исследования по SAS (ТН+клозапин)

| №           | 1 нед | 2 нед | 4 нед | 6 нед | 8 нед | 16 нед | 20 нед |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Средний бал | 1,3   | 2,4   | 2,5   | 2,5   | 2,3   | 2,0    | 1,8    |

По данному исследованию следует отметить, что выраженных экстрапирамидных расстройств в виде непроизвольных движений выявлено не было, оценка складывалась из показателей гиперселевации и акатизии. Появление гиперселевации – с первой недели лечения с постепенным регрессом без применения корректоров психофармакотерапии. Со второй недели лечения появляются лишь минимальные непроизвольные движения, акатизия – в виде легкого двигательного беспокойства.

Во второй группе пациентов, принимавших уже на 1 неделе лечения, отмечались нежелательные побочные эффекты со средним баллом 1,3 за счет незначительной мышечной ригидности, со второй недели средний балл достигает 2,4 за счет гиперселевации и двигательного беспокойства, тремора. В динамике не наблюдалось значительного усиления побочных эффектов экстрапирамидных расстройств.

Таким образом, можно сделать вывод, что клозапин вызывает минимальные экстрапирамидные расстройства, и не оказывает значительного усиления экстрапирамидных расстройств в комбинированной терапии.

**Таблица 2. Неврологические побочные эффекты**

|                    | <b>1 группа (клозепин)</b>        | <b>2 группа<br/>(ТН+клозепин)</b> |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Судорожный синдром | 0                                 | 4 (16,6%)                         |
| ЭКГ                | Пароксизмальной<br>активности нет | Пароксизмальной<br>активности нет |
| Делирий            | 3 (10%)                           | 2 (8%)                            |
| Акатизия           | 8 (26%)                           | 10 (41%)                          |

У 4 (16,6%) пациентов второй группы отмечалось развитие генерализованного судорожного приступа. В 10% и 8% случаях в двух группах наблюдалось делириозное помрачение сознания.

При оценке неврологических побочных эффектов можно сделать вывод, что при комбинированной терапии с клозепином возникают генерализованные судорожные приступы. Когда при монотерапии таких побочных явлений не выявлено.

В первой и второй группах наиболее часто отмечалось развитие лекарственной седации 67% и 58%, которая, в ряде случаев (психомоторное возбуждение, тревога), рассматривалась как лечебный эффект, а не как нежелательное последствие терапии. Высокий процент наблюдался в показателях: запоры, гиперсолевация в среднем 50% в обеих группах. Во второй группе выше показатели – прибавка массы тела, сухость во рту, гипотония, тахикардия и изменения ЭКГ, развиваются аллергические реакции (по типу крапивницы, токсикодермии). Также выявлялись изменения на ЭКГ, в виде учащения ЧСС, больные субъективно отмечали появления тревоги, страха при появлении тахикардии.

При лабораторном обследовании в первой группе было зарегистрировано 10% случаев лейкопении и 3% случая тромбоцитопении, во второй группе 16% и 20%, которые не сопровождались какими-либо клиническими проявлениями.

В 5 случаях лейкопения и тромбоцитопения являлись транзиторными. В дальнейшем показатели крови нормализовались, несмотря на продолжение терапии азалептином. В одном случае лейкопения была стойкой, длительной, требовала отмены терапии. Изменений показателей, отражающих функцию печени в первой группе, не отмечалось, во второй группе – 25%.

**Таблица 3. Сомато-вегетативные и токсико-аллергические  
нежелательные побочные явления**

| Побочные эффекты         | Количество больных |          | %        |          |
|--------------------------|--------------------|----------|----------|----------|
|                          | 1 группа           | 2 группа | 1 группа | 2 группа |
| Седация/сонливость       | 20                 | 14       | 67%      | 58%      |
| Прибавка массы тела      | 6                  | 3        | 20%      | 12,5%    |
| Запоры                   | 15                 | 10       | 50%      | 41%      |
| Гиперсолевация           | 17                 | 14       | 56%      | 58%      |
| Сухость во рту           | 6                  | 10       | 20%      | 41%      |
| Гипотония                | 6                  | 7        | 20%      | 30%      |
| Лейкопения               | 3                  | 4        | 10%      | 16 %     |
| Тромбоцитопения          | 1                  | 5        | 3%       | 20%      |
| Агранулоцитоз            | 0                  | 0        | 0        | 0        |
| Изменения ЭКГ            | 4                  | 4        | 13%      | 16%      |
| Тахикардия               | 7                  | 10       | 23%      | 41%      |
| Аллергические реакции    | 3                  | 9        | 10%      | 37,5%    |
| Гепатотоксический эффект | 0                  | 6        | 0        | 25%      |

Таким образом, в проведенном исследовании риск наиболее часто встречающихся побочных эффектов соответствовал их распространенности, описанной в литературе. Следует отметить, что в период лечения клозапином в обеих группах не отмечалось таких серьезных побочных явлений в виде пневмоний, агранулоцитоза, атонии кишечника.

Корректоры психофармакотерапии требовались для купирования акатизии и выраженной гиперсолевации.

При оценке сомато-вегетативных и токсико-аллергических нежелательных явлений можно говорить в первую очередь об умеренно-выраженном седативном действии, холиноблокирующем действии, которые при снижении доз, назначении корректоров довольно быстро купируются.

**Таблица 4. Частота развития побочных эффектов применения  
клозапина на разных этапах терапии**

| Побочные эффекты                       | 1 нед | 2 нед | 4 нед | 6 нед | 8 нед | 16 нед | 20 нед |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|
| Седация/сонливость                     | 7     | 16    | 10    | 8     | 3     | 3      | 3      |
| Прибавка массы тела                    | 0     | 0     | 0     | 0     | 3     | 5      | 6      |
| Запоры                                 | 0     | 12    | 10    | 7     | 6     | 4      | 3      |
| Гиперсолевация                         | 6     | 17    | 15    | 10    | 10    | 7      | 6      |
| Сухость во рту                         | 0     | 3     | 6     | 5     | 3     | 2      | 0      |
| Акатизия, дистония                     | 0     | 4     | 8     | 5     | 6     | 4      | 0      |
| Гипотония                              | 2     | 6     | 3     | 2     | 0     | 0      | 0      |
| Судорожные припадки                    | 0     | 0     | 0     | 0     | 0     | 2      | 2      |
| Делирий                                | 2     | 1     | 0     | 0     | 0     | 0      | 0      |
| Лейкопения                             | 0     | 0     | 0     | 0     | 1     | 2      | 0      |
| Тромбоцитопения                        | 0     | 0     | 0     | 0     | 1     | 0      | 0      |
| Изменения ЭКГ<br>(уплотнение зубца Т), | 0     | 0     | 1     | 1     | 2     | 2      | 0      |
| Тахикардия                             | 7     | 7     | 5     | 5     | 3     | 3      | 0      |
| Аллергические реакции                  | 0     | 0     | 0     | 2     | 1     | 1      | 0      |

Из данной таблицы можно сделать вывод, что в первые 2 недели лечения наблюдались такие явления как седация/сонливость, гиперсолевация, развивался делирий, отмечалась тахикардия, гипотония, запоры.

С 4-6 недель наблюдения у пациентов сохранялись явления гиперсолевации и запоров, несмотря на то, что явления седации уменьшились вдвое, отмечалось усиление холиноблокирующего эффекта в виде сухости во рту, изменения в лабораторных показателях крови (лейкопения, тромбоцитопения). В период с 8 по 20 недели уменьшается седативный и холинолитический эффект, появляются изменения в лабораторных показателях крови, на данном этапе лечения отмечаются судорожные припадки, метаболический синдром в виде увеличения массы тела.

#### **Выводы:**

Применение клозапина можно рассматривать как более безопасную терапию при лечении больных с психофармакорезистентностью в

монотерапии, чем в комбинированной терапии с трициклическими нейролептиками. Динамическое наблюдение с мониторингом клинического анализа крови показало, что в обследованных группах больных за весь период наблюдения не отмечалось ни одного случая развития агранулоцитоза.

Серьезных нежелательных эффектов выявлено не было при данном исследовании. При этом в комбинированной терапии высок риск развития неврологических расстройств в виде судорожных приступов, сердечно-сосудистые нарушения протекают с гипотонией и тахикардией, без коллаптоидных состояний, также высок риск гепатотоксического действия. При условии рационального подбора психофармакотерапии и тщательном динамическом наблюдении выявляемые нежелательные реакции не представляют опасности. Дополнительные усилия в применении методов формирования и поддержания терапевтического эффекта (сотрудничества врача и больного) значительно снижают вероятность нарушения пациентами режима терапии.

Таким образом, оценка показателя «польза/риск» при терапии клозапином в сочетании с большей безопасностью позволяет рекомендовать его применение в качестве средства первого ряда при лечении шизофрении с психофармакорезистентностью в монотерапии с учетом клинической картины.

#### Список литературы

1. Авруцкий Г.Я. Актуальные вопросы психофармакологии. (Материалы Всероссийской конференции в г. Кемерово в IX-1969 года). Кемерово, 1970.
2. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств». М., Вузовская книга, 2000.
3. Городец Л.Н. Нейроэндокринные побочные эффекты антипсихотических препаратов: итоги и перспективы // Психофармакология и биологическая наркология. 2008. Т. 8, Вып. 1-2.
4. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Сулимов Г.Ю., Ерёмин А.В. Сравнительная эффективность и переносимость нового поколения антипсихотических средств // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 5.
5. Данилов Д.С. Влияние побочных эффектов и осложнений, вызываемых атипичными нейролептиками на эффективность терапии у больных

шизофрений // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Вып. 3 (1). С.48-55.

**Приверженность к психофармакотерапии пациентов  
с биполярным аффективным расстройством**

**Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья  
Томского НИМЦ, Томск**

---

Пациенты с биполярным аффективным расстройством (БАР) имеют низкий уровень приверженности к лечению (Тювина Н.А. и др., 2021; Barbuti M. et al., 2021; Lazary J. et al., 2021; Ghosh P. et al., 2022; Youn H. et al. 2022). Перекрестное исследование данных MassHealth Medicaid за 2015-2017 годы (n=5197) выявило неудовлетворительную приверженность к лечению у половины (47,7%) пациентов БАР (Li N.C. et al., 2022). Результаты кросс-секционного исследования лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами (n=152), показали, что большинство пациентов (76,9%) и лиц, осуществляющих уход (83,6%), отрицательно относились к психотропным препаратам (Ghosh P. et al., 2022). Недостаточная приверженность к лечению у пациентов с БАР ведет к росту риска суицидального поведения, формирования быстроциклических и континуальных форм течения аффективного расстройства. Низкая приверженность к лечению сопряжена не только с серьезными медицинскими проблемами, но и со значительными экономическими затратами (Kraiss J.T. et al., 2020; Doane M. J. et al., 2021).

**Цель исследования:** Определить уровень приверженности к лечению пациентов с биполярным аффективным расстройством.

**Материал и методы исследования:** На базе отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ было обследовано 64 пациента с диагнозом БАР по МКБ-10 (45 женщин и 19 мужчин). Возраст женщин: медиана – 47,0, интерквартильный размах [25,0; 57,0] лет, мужчин – 36,0 [32,0; 45,0].

**Критерии включения:** диагноз БАР по критериям МКБ-10, повторное обращение за психиатрической помощью, возраст пациентов от 18 до 65 лет,

согласие пациента на участие в исследовании и выполнение всех предписаний. Критерии исключения: беременность, деменция, шизофрения.

**Результаты исследования:** Все обследованные пациенты (n=64) до поступления в НИИ психического здоровья обращались за психиатрической помощью и им была рекомендована лекарственная терапия. При этом в 40,6% случаев (n=26) БАР не было распознано и соответственно не было назначено адекватное медикаментозное лечение. Диагноз БАР был выставлен в 59,4% случаев (n=38). При этом, 2-м пациентам, несмотря на диагноз БАР, был рекомендован курсовой прием антидепрессанта. То есть, в группе обследованных пациентов до включения в исследование лишь 36 (56,3%) было назначено адекватное медикаментозное лечение: в качестве поддерживающей терапии были рекомендованы препараты из группы нормотимиков, в 25,0% случаев в комбинации с атипичными нейролептиками. Из 36 человек точно следовали рекомендациям врача 7 пациентов, что составило 19,4%.

**Таблица 1. Основные причины нарушения режима приема  
лекарственной терапии или отказа от нее у пациентов с БАР**

| Причина некомплаентности                               | Абс. | %    |
|--------------------------------------------------------|------|------|
| Наличие побочных эффектов                              | 5    | 17,3 |
| Запой                                                  | 2    | 6,9  |
| Отсутствие эффекта                                     | 5    | 17,3 |
| Отсутствие лекарств («закончились и не стал покупать») | 2    | 6,9  |
| Страх формирования зависимости от лекарств             | 3    | 10,3 |
| На фоне гипомании                                      | 2    | 6,9  |
| Хорошее самочувствие                                   | 7    | 24,1 |
| Забывчивость                                           | 2    | 6,9  |
| Финансовая недоступность лекарств                      | 1    | 3,4  |
| Всего                                                  | 29   | 100  |

В таблице 1 представлены основные причины нарушения режима приема поддерживающей медикаментозной терапии или отказа от нее.

**Выводы:** У пациентов с БАР выявляется низкий уровень приверженности к лекарственной терапии, что диктует необходимость введения в практику эффективных стратегий по повышению приверженности к лечению у данной категории пациентов.

Выполнено в рамках ПНИ «Персонализированная диагностика и терапия больных полиморбидными расстройствами шизофренического и аффективного спектра», регистрационный номер 123041900006-4.

**Клинические варианты декомпенсаций пограничного  
личностного расстройства у пациентов общепсихиатрического  
отделения**

**Васильева К.С., Верещагина А.О., Иванчикова А.Б., Макарова О.В.  
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Цель исследования: выделение клинических вариантов декомпенсации у пациентов с пограничным личностным расстройством.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведено исследование историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в смешанном общепсихиатрическом отделении с диагнозом: Расстройство личности эмоционально-неустойчивое. Пограничный тип. В исследовании применялись клинико-динамический и клинико-катамнестический методы исследования. Критерии включения: пациенты с установленным диагнозом: «Расстройство личности эмоционально-неустойчивое. Пограничный тип». F60.31 – в соответствии с критериями МКБ-10.

Критерии невключения: наличие в анамнезе психотических приступов, соответствующих критериям шизофрении F20.0.

В исследование вошло 17 пациентов, проходивших стационарное лечение в 14-19 отделении в связи с декомпенсацией пограничного расстройства личности в 2022-2023 годах.

Задачи исследования:

1. Изучение клинических вариантов декомпенсации у пациентов с пограничным личностным расстройством.
2. Исследование механизмов НССП у пациентов с ПРЛ.
3. Установление связи между механизмами НССП и вариантом декомпенсации ПРЛ.

Результаты исследования:

У всех пациентов, госпитализированных в отделение, накануне госпитализации отмечалось аутоагрессивное поведение с несуицидальными самоповреждениями или суицидальными попытками.

Из них НССП – 15 (88,23%).

Совершили суицидальным попытки – 2 (11,76%).

НССП (15 человек) по степени тяжести относились к легкой 66,66% (у 10 человек) и средней 33,34% (у 5 человек) степеням.

Основаниями для такого разделения являлись опасность аутоагрессивных действий для жизни, выраженность, степень, обратимость их структурных и функциональных изменений, последствия для здоровья.

Легкие самоповреждения не наносили заметного вреда здоровью, не нарушали социального функционирования. К легким самоповреждениям отнесены неглубокие самопорезы, повреждения кожи в виде точечных ссадин, обкусывание ногтей, расковыривание заусенцев и других неровностей на коже, удары кулаком о твердые предметы, кусание губ и щек, щипки, удары по голове руками.

К самоповреждениям средней степени тяжести отнесены действия, приведшие к умеренному анатомо-физиологическому ущербу, не представляющие явной угрозы для жизни, не очень глубокие ожоги, относительно опасные порезы, глубокие экскорации с гипертрофированными краями и кровянистыми корками, препятствие заживлению ран.

Несуицидальных самоповреждений тяжелой степени зарегистрировано не было (опасные для жизни).

Среди пациентов отделения по вариантам декомпенсации было выделено 2 группы пациентов:

1-я группа. Личностный вариант декомпенсации.

Составила 9 человек (52,94%). Из них женщин – 7 (77,77%), мужчин – 2 (22,22%).

У всех пациентов из этой группы ухудшение состояния наступило на фоне нестабильной семейной обстановки, конфликтов, разрыва отношений. Характеризовалось неустойчивостью аффекта, выраженным внутренним эмоциональным напряжением в виде тревоги и раздражительности; конфликтностью, отрицанием общепринятых норм и авторитетов, протестными поступками. Нарушения поведения сопровождались

антисоциальными тенденциями, расторможением влечений и чрезмерным употреблением алкоголя и других ПАВ, беспорядочными половыми связями.

Это поведение было направлено на снятие внутреннего напряжения, получение эмоциональной разрядки, сопровождалось нанесением несуицидальных самоповреждений по импульсивному и аддиктивному механизмам, совершением демонстративно-шантажных суицидальных попыток. В этой группе особенностью аутоагрессивного поведения было нанесение татуировок и пирсинга. У 3 пациентов психотические симптомы в виде делириозных и галлюцинаторных расстройств на фоне отмены алкоголя.

Некоторые пациенты из этой группы тоже предъявляли жалобы на «депрессию», но анализ структуры состояния указывал на неустойчивость настроения с доминированием аффектов злости и раздражения, часто усиливающихся при попытках более детального расспроса о переживаниях, при отсутствии признаков нарушения витальности в виде физических сенсаций, колебаний суточного ритма, изменений веса, ранних пробуждений и т.д., что является ключевым моментом в дифференциальной диагностике, помимо наблюдавшихся, не характерных для депрессии, нарушений сна и выраженной изменчивости симптомов. Мы полагаем, что эти симптомы относятся к самому ПРЛ.

2 пациента из этой подгруппы накануне госпитализации совершили суицидальные попытки (импульсивные – 2 женщины).

2-я группа. Аффективный вариант декомпенсации.

Депрессивный вариант декомпенсации отмечался у 8 пациентов (47,05%). В этой группе было 3 мужчин 37,50%, 5 женщин – 62,50%. Преобладали депрессивные состояния умеренной глубины (по шкале депрессии HDRS 18-24), с тоскливым или тоскливо-дисфорическим оттенком аффекта и отчетливыми соматическими эквивалентами депрессии. Депрессивные расстройства возникали после семейных конфликтов, расставаний, ссор. Поведение носило характер бегства от депрессии с булимическими проявлениями, употреблением легких наркотических средств. Пациенты высказывали сверхценные идеи малоценности, самообвинения, уверенности, что у них ничего и никогда не получится, обнаруживали дереализационные и деперсонализационные расстройства. Описывали чувство внутренней пустоты «невозможным и непереносимым», до потери всех чувств на высоте

этого состояния для выхода из него совершали НССП, что приносило облегчение: почувствовав физическую боль переключались на нее.

Механизм НССП деперсонализационный. Основная цель – идентификация чувств, «почувствовать хоть что-нибудь».

У одного пациента из этой группы были ипохондрические расстройства в виде беспокойности своим здоровьем, сверхценными идеями болезни позвоночника, сенесталгиями и сенестопатиями в виде жжения и боли, ползания мурашек по ходу позвоночника.

У 3 (37,50%) женщин из этой подгруппы имелись дисморфофобические сверхценные идеи, которые сопровождались деперсонализационными расстройствами в виде недовольства своей внешностью, лишним весом, недостатками фигуры.

Выводы:

1. Выделено 2 группы декомпенсаций ПРЛ: аффективная и личностная. Пациентов с невротическим вариантом декомпенсации не встречалось.

2. В структуре аутоагрессивного поведения у пациентов с ПРЛ преобладают НССП, преимущественно легкой степени тяжести.

3. В группе личностной декомпенсации механизмы НССП были импульсивными и аддиктивными, а в группе с депрессивным вариантом декомпенсации – деперсонализационный механизм НССП.

### **Коморбидность алкогольной зависимости и невротических расстройств: особенности формирования и клинических проявлений**

**Боевоядин И.В.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья  
Томского НИМЦ, Томск**

---

Для изучения особенностей формирования и протекания алкогольной зависимости в люцидных и коморбидных с невротическими расстройствами формах, а также особенностей невротических расстройств без коморбидности и с наличием коморбидных аддиктивных состояний, были изучены микросоциальные, психологические и клинические характеристики пациентов с последующим сравнительным межгрупповым анализом.

Всего было обследовано 105 пациентов (80 мужчин и 25 женщин) с алкогольной зависимостью и 61 пациент (17 мужчин и 44 женщины) с невротическими расстройствами, проходящих лечение в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Исследование проводилось в соответствии с Картой стандартизованного описания больного, разработанной в НИИ психического здоровья, с включением тестового инструментария для оценки социально-психологической адаптации и качества жизни, а также тревожно-депрессивной симптоматики. Клинические проявления как невротических расстройств, так и постабстинентного состояния при алкогольной зависимости, оценивались с помощью включенной в карту квантифицированной шкалы оценки симптомов.

Нозологическая структура невротических расстройств, коморбидной алкогольной зависимости была представлена реакциями на стресс и нарушениями адаптации (F43) в 89,4% случаях всей выявленной коморбидной невротической патологии, наиболее часто в виде смешанного расстройства эмоций и поведения, реже в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции и реакции с преобладанием нарушения других эмоций. Реже отмечались панические расстройства (F41.0) – в 5,3% случаев и невращения (F48.0) – также в 5,3% случаев.

Аддитивные состояния были выявлены у 18,0% пациентов с невротическими расстройствами, в виде употребления алкоголя с вредными последствиями, F10.1 (72,7% всей коморбидности), в единичных случаях выявлено употребление каннабиноидов с вредными последствиями, F12.1 (18,2%), и синдром зависимости от алкоголя, F10.2 (9,1%).

Пациенты с алкогольной зависимостью при наличии коморбидной невротической патологии отмечали неуравновешенные черты характера в детском возрасте (тормозимые в 36,8% случаев vs. 9,1% у пациентов без коморбидности; возбудимые в 21,1% случаев vs. 0,0%,  $\chi^2=7,1$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0288$ ). При сопоставимом уровне посещения детского дошкольного учреждения пациенты с коморбидным диагнозом реже отмечают положительное отношение к нему (26,3% vs. 72,7%) и чаще – отрицательное (31,6% vs. 0,0%) либо нейтральное (26,3% vs. 9,1%),  $\chi^2=9,5$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0088$ . У данных пациентов в анамнезе повышена частота встречаемости фактов отчисления из учебного заведения (52,6% vs. 9,1%,  $\chi^2=6,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0413$ ) и

перенесенных в подростковом возрасте хронических психотравмирующих ситуаций (47,4% vs. 9,1%,  $\chi^2=4,6$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0321$ ). Во всех наблюдаемых случаях при наличии коморбидности у пациентов имелись актуальные хронические психотравмы (без наличия коморбидности – в 63,7% случаев), при этом уровень оценки травм как высоко субъективно значимых достигал 78,9% (vs. 45,5%,  $\chi^2=8,1$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0173$ ). Группа пациентов с наличием высшего образования отличалась большей распространенностью двойного диагноза – 55,3% при 24,1% в группе пациентов со средним образованием ( $\chi^2=8,2$ ;  $df=1$ ;  $p=0,00426$ ).

Психологические особенности пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с невротическими расстройствами проявились в снижении социально-психологической адаптации (СПА), прежде всего в сфере «семья» (при уровне статистической значимости  $p=0,0252$ ). Характерологические особенности пациентов с наличием коморбидности проявились заострением черт по устойчивому, описанному ранее комплексу «эмоциональная лабильность-депрессивность» в сочетании с низким уровнем уравновешенности.

Сравнительный анализ клинических проявлений постабстинентного состояния выявил повышенную тяжесть симптомов при наличии коморбидности с наиболее достоверными различиями в отношении симптомов гипотимии (при  $p=0,002$ ), обсессивных проявлений (при  $p=0,0013$ ), а также проблем тягостного одиночества ( $p=0,0014$ ). Кроме того, статистически достоверные различия получены для показателя депрессии по шкале HADS (при  $p=0,0001$ ).

Пациенты с невротическими расстройствами, имеющие коморбидные аддиктивные состояния, чаще были мужского пола (63,6% случаев vs. 20,0% при отсутствии коморбидности,  $\chi^2=8,5$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0034$ ), с утраченным профессиональным статусом (54,5% vs. 8,0%,  $\chi^2=11,4$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0022$ ) и неудовлетворенностью выбранной профессией (54,5% vs. 12,0%,  $\chi^2=10,9$ ;  $df=2$ ;  $p=0,0101$ ), анамнестическими сведениями о низкой академической успеваемости (81,8% vs. 50,0%,  $\chi^2=4,0$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0451$ ) и нарушениями дисциплины в учебном заведении (63,6% vs. 20,0%,  $\chi^2=8,5$ ;  $df=1$ ;  $p=0,0034$ ). Вместе с тем, данная группа отличалась повышенным уровнем общительности со сверстниками (63,6% vs. 22,0%,  $\chi^2=10,7$ ;  $df=4$ ;  $p=0,0302$ ). Микросоциальным характеристикам пациентов с коморбидными

аддитивными состояниями соответствовали выявленные психологические особенности – снижение СПА в сфере «основная деятельность» (при  $p=0,0457$ ), заострение характерологических черт экстраверсии и снижение показателя выраженности черт застенчивости. Статистически достоверных различий в клинических проявлениях невротических расстройств с наличием и отсутствием аддитивной коморбидности выявлено не было. Обобщенные результаты исследования представлены в таблице 1.

Таким образом, при наличии «двойного диагноза» алкогольной зависимости и невротического расстройства можно говорить, с одной стороны, о «количественном утяжелении», о более выраженных факторах риска и большей тяжести симптомов. С другой стороны, речь идет о приобретении фасадным расстройством (послужившим причиной обращения) черт расстройства коморбидного, то есть о «качественной деформации» состояния, что необходимо учитывать при планировании терапевтической тактики.

с

**Таблица 1. Обобщенные показатели результатов**

| Группа показателей | Психологическая группа                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | Алкогольная зависимость: факторы коморбидности с невротическими расстройствами                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Невротические расстройства: факторы коморбидности с аддитивными состояниями                                                                                                                                                                                                   |
| Микросоциальные    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• высокий образовательный уровень</li> <li>• неуравновешенность характера в детстве</li> <li>• нарушенная адаптация в детском дошкольном учреждении</li> <li>• факты отчисления из вуза</li> <li>• хронические психотравмы в подростковом возрасте</li> <li>• высокая субъективная значимость актуальных психотравм</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• мужской пол</li> <li>• низкая успеваемость</li> <li>• нарушения дисциплины в учебном заведении</li> <li>• высокая общительность</li> <li>• неудовлетворенность специальностью</li> <li>• утрата профессионального статуса</li> </ul> |

|                 |                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                        |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Психологические | <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение СПА в сфере «семья»</li> <li>• эмоциональная лабильность, депрессивность, неуравновешенность</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• снижение СПА в сфере «основная деятельность»</li> <li>• экстраверсия, низкий уровень застенчивости</li> </ul> |
| Клинические     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• повышение выраженности гипотимической, обсессивной симптоматики, проблем тягостного одиночества, депрессивных проявлений</li> </ul> | -                                                                                                                                                      |

**Оценка криминального поведения лиц с умственной отсталостью в рамках уголовного судопроизводства, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу за 2021-2022 гг.**

**Волгогонов О.А., Лаврентьева И.М., Крымова О.В., Руденко Д.В.  
ГБУЗ «Кузбасская Клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

*Умственная отсталость (УО)* – состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Умственная отсталость характеризуется рядом общих клинических признаков. Ведущий признак – общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. Общественно-опасные действия связаны с неспособностью субъекта оценить те или иные обстоятельства и ситуацию в целом, предвидеть прямые и косвенные последствия своих действий, а также прогнозировать развитие событий.

**Актуальность исследования:** судебно-психиатрическая экспертиза позволяет определить меры реабилитации и поддержки, которые могут быть необходимы для социальной адаптации и предотвращения повторных преступлений таких пациентов.

**Цель исследования:** оценить глубину умственной отсталости и степень ее влияния на возможность лиц осознавать фактический характер и

общественную опасность своих действий и руководить ими в уголовном процессе.

**Задачи исследования:**

1. Провести дифференциальную диагностику по степени выраженности умственной отсталости лиц, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу за период с 2021-2022 гг. в уголовном судопроизводстве.

2. Комплексно оценить интеллектуальные функции, критические и прогностические способности, а также эмоционально-волевую сферу у лиц с умственной отсталостью.

3. Выделить наиболее распространенные правонарушения у лиц с различной степенью выраженности умственной отсталости.

4. Провести сравнительный анализ между группами подэкспертных лиц с различной степенью выраженности умственной отсталости по характеру совершаемых правонарушений.

5. Дать общие черты, характеристики и некоторые закономерности противоправных действий у лиц с различной степенью выраженности умственной отсталости.

**Объект исследования:** 45 экспертных заключений в уголовном судопроизводстве.

**Основные методы исследования:** психобиографический и ретроспективный анализ, методы клинико-психопатологического исследования, патопсихологическая диагностика, методы статистического наблюдения.

Среди общего числа проведенных стационарных экспертиз экспертная оценка была следующая: у 13 был установлен диагноз – легкая УО, из которых не в полной мере могли осознавать факт, характер и общественную опасность – 6 человек. У 23 подэкспертных лиц была установлена УО умеренная, у оставшихся 9 диагноз был УО тяжелая.

**Из группы подэкспертных лиц с легкой УО:**

Наследственность отягощена – 5.

Экзогенные факторы: 4 – ЧМТ, 5 – алкоголь.

Восемь и менее классов коррекционной школы окончили – 9.

Получили среднее профессиональное образование имели 10 испытуемых.

Общеобразовательная школа (9 классов) – 4.

Социальный статус: 5 – росли в полной семье, 2 – воспитывал один родитель, 6 воспитывались в школах-интернатах.

Из них ранее диагноз УО был установлен у 9 человек.

На СПЭ – 4.

Имели группу инвалидности – 2 человека.

Впервые привлечены к уголовной ответственности – 8, повторно – 5.

По тяжести инкриминируемых деяний – преступления против собственности, преступления против здоровья населения и общественной нравственности, преступления против порядка управления – 7, преступления против личности, против жизни и здоровья – 6. Более половины обследуемых окончили вспомогательную школу, 10 окончили профессионально-технические училища. На период совершения противоправных действий большинство лиц с умственной отсталостью работали по специальности, полученной в ПТУ, либо занимались низкоквалифицированным трудом, а более трети испытуемых лиц были без определенного рода занятий. Большинство подэкспертных имели семьи. Анализ условий микросоциального окружения показал, что 2 из них воспитывались в неполной семье, 6 в детских домах-интернатах. У меньшей части подэкспертных (5 человек) родители страдали умственной отсталостью и хроническим алкоголизмом. Тяжелые инфекции, черепно-мозговые травмы в раннем детстве перенесли 4, 3 страдали алкоголизмом, 2 – наркоманией. Диагноз умственной отсталости у 9 подэкспертных был установлен до совершения преступления, преимущественно в школьном возрасте и при прохождении военно-психиатрической экспертизы, тогда как при проведении судебно-психиатрической экспертизы лишь 4. До совершения правонарушения у психиатра наблюдались более половины, 7 человек, из них в период, предшествующий совершению преступления, проходили лечение в психиатрическом стационаре – 5 человек. Среди лиц регулярно посещали врача-психиатра и принимали назначенное лечение – 3. В общей сложности большинство испытуемых основной группы – 87,7% - не имели группы инвалидности по психическому заболеванию, тогда как только 2 из имели группу инвалидности (вторую, третью). Впервые совершали преступления – 9 человек; более чем в трети случаев исследуемые повторно совершали правонарушения.

Из группы подэкспертных лиц с умеренной УО – 23 человека.

Наследственность отягощена у 20.

Экзогенные факторы – 5 ЧМТ, алкоголь – 15.

Восемь и менее классов коррекционной школы окончили – 19.

Не имели образования – 4.

Получили среднее профессиональное образование – 3.

Социальный статус: росли в полной семье – 0, один родитель – 3, воспитывались в школах-интернатах – 20.

Из них ранее диагноз УО был установлен у 20 человек.

На СПЭ – 3.

Имели группу инвалидности – 20 человек.

Впервые привлечены к уголовной ответственности – 5, повторно – 18.

По тяжести инкриминируемых деяний – преступления против собственности, преступления против здоровья населения и общественной нравственности, преступления против порядка управления – 11, преступления против личности, против жизни и здоровья – 12. Более половины с трудом окончили вспомогательную школу, а 4 не имели даже начального образования, 3 окончили профессионально-технические училище. На период совершения противоправных действий большинство лиц с умственной отсталостью первой подгруппы не работали, были без определенного рода занятий. Большинство подэкспертных не имели собственной семьи. Анализ условий микросоциального окружения лиц показал, что подавляющее большинство не воспитывались семье, либо проживали в домах-интернатах. У значительной части подэкспертных родители страдали умственной отсталостью и хроническим алкоголизмом. Тяжелые инфекции и черепно-мозговые травмы в раннем детстве перенесли 5 человек. Диагноз умственной отсталости умеренной большинству подэкспертных был установлен задолго до совершения ООД, преимущественно детском возрасте, при проведении судебно-психиатрической экспертизы – только 3. До совершения правонарушения у психиатра наблюдались более половины умственно отсталых лиц основной группы, из них в период, предшествующий совершению ООД, 16 проходили лечение в психиатрическом стационаре. Среди лиц, обследуемых регулярно посещали врача-психиатра и принимали назначенное лечение – 7.

В общей сложности большинство испытуемых имели группы инвалидности по психическому заболеванию, 3 не имели группу инвалидности.

Из группы подэкспертных лиц с тяжелой УО – 9 человек.

Наследственность отягощена – 8.

Экзогенные факторы – 6 ЧМТ, алкоголь – 3.

Восемь и менее классов коррекционной школы окончили – 6.

Не имели образования – 3.

Социальный статус: воспитывались в школах-интернатах – 9.

Из них ранее диагноз УО был установлен у 8.

На СПЭ – 1.

Имели группу инвалидности – 9 человек.

Впервые привлечены к уголовной ответственности – 7, повторно – 2.

По тяжести инкриминируемых деяний – преступления против собственности, преступления против здоровья населения и общественной нравственности, преступления против порядка управления – 3, преступления против личности, против жизни и здоровья, половой неприкосновенности – 5. Более половины с трудом окончили школу, либо обучались во вспомогательной школе, а 3 не имели даже начального образования. На период совершения противоправных действий все не работали, были без определенного рода занятий. Все подэкспертные не имели собственной семьи. Анализ условий микросоциального окружения лиц показал, что все не воспитывались в семье, либо проживали в домах-интернатах. У значительной части подэкспертных родители страдали умственной отсталостью и хроническим алкоголизмом. Тяжелые инфекции и черепно-мозговые травмы в раннем детстве перенесли 5 человек. Диагноз отсталости умеренной большинству подэкспертных был установлен задолго до совершения ООД, преимущественно в детском возрасте, при проведении судебно-психиатрической экспертизы – только 1. До совершения правонарушения у психиатра наблюдались все, из них в период, предшествующий совершению ООД, 6 проходили лечение в психиатрическом стационаре. Среди лиц, обследуемых регулярно посещали врача-психиатра и принимали назначенное лечение 5. В общей сложности 1 не имел группу инвалидности.

**Выводы:**

В результате нашего исследования мы приходим к выводам и выделяем ряд характерных особенностей, а также закономерностей криминального поведения у лиц с различной степенью выраженности умственной отсталости. Так, на основании статистического наблюдения нами устанавливается, что лица с «лёгкой степенью умственной отсталости» преимущественно совершают преступления против собственности, мелкое воровство и кражи, а также различные варианты нарушения общественного порядка и социального поведения. В ходе экспертного обследования и беседы с подэкспертными прослеживается в первую очередь мотивация, направленная на удовлетворение своих потребностей, при игнорировании социальных норм и правил, а также без морально-нравственной оценки своих действий. Стоит также отметить, что преступные действия таких лиц во много определялись ситуационными факторами и жизненными обстоятельствами, чаще всего финансовыми трудностями.

Лица с умеренной или тяжелой степенью умственной отсталости по нашему статистическому наблюдению совершают преимущественно преступления против личности, причиняют физический ущерб здоровью человека, либо совершают убийства. В ходе обследования данной группы лиц и анализа их криминального поведения выделяется в первую очередь аффектогенная мотивация при совершении действий в сочетании с ситуационно-обусловленными факторами. Такие лица в ходе конфликтных ситуаций, либо будучи находящимися в неблагоприятных для себя условиях, при изначально низком уровне адаптивных навыков и возможностей саморегуляции совершают импульсивные неконтролируемые поступки при отсутствии прогноза последствий. Чаще всего такие импульсивные (аффектогенные) действия являются примитивной реакцией на какой-либо внешний раздражитель. Важно также отдельно выделить группу лиц с глубокой умственно отсталостью, их привлекают к уголовной ответственности реже всего, так как какое-либо противоправное поведение требует хотя бы минимальной его организации, лица с глубокой умственной отсталостью тотально несостоятельны в этом, их преступные действия могут быть в подавляющем большинстве случаев лишь также импульсивной неосознанной реакцией на неблагоприятное внешнее воздействие окружающей среды, либо других людей.

Список литературы

1. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств. Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. М., 1999. С. 154-161.
2. Инструкция по организации исполнения наказаний и мер уголовно-правового характера без изоляции от общества, утверждена Приказом Минюста РФ от 20 мая 2009.
3. Сазонова Н.И. Личностные особенности преступников с психическими аномалиями, многократно судимых за насильственные преступления // Вестник Московского университета МВД России. 2009. № 2. С. 144-148.
4. Маринчева Г.С., Вроно М.Ш. Умственная отсталость // Руководство по психиатрии; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 2. С. 612-677.
5. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. Умственная отсталость при наследственных болезнях. М.: Медицина, 1988. 256 с.

**Симулятивное поведение подозреваемых и обвиняемых лиц  
на стационарной судебно-психиатрической экспертизе**

**Волгогонов О.А., Сидорюк Л.В., Гацковская Ю.С.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Цель исследования – практический анализ возможностей клинического подхода к процессу распознавания симулятивного поведения по оценке состояния лиц при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

Задачи исследования:

- Выявление типовых алгоритмов правильного определения врачом судебно-психиатрическим экспертом различных форм симуляции психического расстройства в условиях стационарной СПЭ.

- Взаимодействие врача-психиатра (судебно-психиатрического эксперта) и пациента в ситуациях чистой симуляции и симуляции на патологической почве.

В стационарном отделении судебно-психиатрической экспертизы для лиц, содержащихся под стражей, за период 2023 года была проведена 161 судебно-психиатрическая экспертиза. Симулятивное поведение выявлено в 12 случаях, что составляет 7,4% от общего количества испытуемых.

Средний возраст лиц, склонных к симуляции, составил 33,5 лет.

Ранее имели опыт пребывания в психиатрической больнице (пенитенциарных психиатрических учреждениях) шесть подэкспертных, что составляет 50% от числа симулировавших. Так, один из них ранее проходили стационарное лечение в психиатрической больнице в связи с перенесенными алкогольными психозами. Один подэкспертный находился на принудительном лечении до выхода из временного психического состояния (реактивной депрессии). Один из испытуемых в период отбывания уголовного наказания был трудоустроен помощником санитара в психиатрическом отделении больницы ФСИН. Трое подэкспертных проходили в прошлом стационарное обследование и лечение в подростковом возрасте в связи с поведенческими нарушениями.

Следует отметить, что чаще к симуляции прибегают лица, которые привлекаются к уголовной ответственности за тяжкие и особо тяжкие преступления, что грозит длительным лишением свободы и негативным отношением со стороны других заключённых.

При дифференциации подэкспертных по характеру инкриминируемых деяний установлено, что за незаконный оборот наркотических средств в особо крупном размере был привлечен к ответственности 1 человек, за преступления против личности – 9 человек, за преступления против половой неприкосновенности 1 человек и за преступления против собственности также 1.

**По результатам исследований были установлены следующие судебно-психиатрические диагнозы:** Эмоционально-неустойчивое расстройство личности у 3 испытуемых; Смешанное расстройство личности у 2 испытуемых; Органическое расстройство личности – 4 испытуемым; Органическое непсихотическое психическое расстройство – 2 испытуемым; Умственная отсталость легкой степени 1 испытуемому.

**Экспертная оценка психического состояния испытуемых в период совершения инкриминируемых им деяний:**

Могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, либо руководить ими – 10 человек. Не могли в полной мере оценить фактический характер и общественную опасность своих действий, либо руководить ими («ограниченная вменяемость», ст. 22 УК РФ) – 2 человека.

По нашим наблюдениям, наиболее часто (6 подэкспертных из 12, т.е. 50% от общего количества) симулируются состояния с вялым монотонным поведением, подавленностью, невыразительной мимикой. Часто на этом фоне симулируются «бредовые» идеи отношения и самообвинения, галлюцинаторные переживания. Такие лица при беседе с медицинским персоналом стереотипно предъявляли жалобы на слуховые и зрительные обманы самого примитивного содержания, на тревогу и страх за будущее. При целенаправленном расспросе давали путанные и противоречивые ответы, иногда не могли скрыть улыбку на лице. Эмоциональные реакции были адекватны темам беседы. Вне активного наблюдения они охотно общались с другими подэкспертными, проявляли интерес к чтению художественной литературы, просмотру телевизионных передач. Так же, в первые дни госпитализации в экспертный стационар они намеренно изображали нарушения ночного сна, просыпаясь на короткое время и сообщая медицинскому персоналу о кошмарных сновидениях, прерывистом сне, либо «невозможности уснуть», что не подтверждалось круглосуточным видеонаблюдением. При психологическом обследовании каких-либо специфических расстройств мышления не выявлялось.

Элементы аггравации (сознательного и умышленного преувеличения симптомов имеющегося заболевания) наблюдались у 4 испытуемых с расстройством личности. Они предъявляли настойчивые жалобы на крайне неустойчивое настроение, раздражительность и вспыльчивость, «неконтролируемую агрессию», требуя от персонала «обязательно доложить об этом врачу, записать в журнал». Для указанной категории подэкспертных лиц была характерна демонстрация суицидальных тенденций, вплоть до притворных суицидальных попыток с преобладанием «самоотравления» и «самоповешения» в условиях пребывания следственного изолятора, о чем имелись записи в сопроводительных документах, направляемых в экспертное учреждение. Перед прибытием на судебно-психиатрическую экспертизу наносили себе порезы на предплечьях, натирали кожу передней поверхности шеи с целью изображения « strangуляционной борозды ».

Кроме того, одно из первых мест занимали ссылки на «провалы и нарушения памяти», распространяющиеся как на прошлое, так и на период времени, относящийся к инкриминируемому деянию. Такой вид симулятивного поведения был характерен для испытуемых, страдающих

органическим поражением головного мозга, с коморбидной зависимостью от психоактивных веществ. В отделении такие лица выполняли требования установленного распорядка, адекватно общались как с другими подэкспертными, так и с медицинским персоналом и сотрудниками ФСИН. При проведении экспертной комиссии открыто заявляли, что, по их мнению, не могут нести уголовную ответственность именно из-за вышеуказанных жалоб. Пытались демонстрировать аффективные колебания настроения, заявляли о готовящемся суициде, что не подтверждалось объективным клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим исследованием. Данная группа подэкспертных лиц признавалась способными к вменению уголовной вины без ограничений, с указаниями на защитно-установочное поведение, в принудительных мерах медицинского характера они не нуждались.

Элементы метасимуляции (сознательного использования жалоб и переживаний перенесенного ранее психического расстройства) наблюдались у одного подэкспертного, привлеченного к уголовной ответственности по факту совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетнего лица. По этому делу в 2021 году он проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, тогда обнаруживал временное психическое расстройство в форме депрессивного эпизода средней степени (МКБ-10, F32.1): реактивное состояние, развившееся в условиях судебно-следственной ситуации. Постановлением суда к нему была применена принудительная мера медицинского характера в виде принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, до выхода из временного психического расстройства, с последующим решением экспертных вопросов. По достижению купирования временного психического расстройства он был помещен судом на стационарную комплексную психолого-сексолого-психиатрическую экспертизу в ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница». В экспертном отделении его поведение было упорядоченным, нарушений не допускал. В течение дня фон настроения был ровным, пребыванием в психиатрическом стационаре не тяготился. Вне активного наблюдения общался с другими подэкспертными, адекватно реагировал на шутку, играл в настольные игры, просматривал телевизионные передачи, охотно посещал прогулки. Вместе с

тем, заметив медицинский персонал, немедленно принимал печальное выражение лица, тяжело вздыхал, уходил в сторону, присев на стул, сжимал голову ладонями. В ходе бесед с врачами-экспертами он сохранял закрытую позу, скрестив руки на груди, опустив взгляд, отвечал негромким мало модулированным голосом. Предъявлял жалобы на подавленное настроение, стойкую головную боль, пониженный аппетит, страх и тревогу за будущее. Выявлял заинтересованность в экспертном решении, активно заявлял о своей «невменяемости», ссылаясь на уже проведенное принудительное лечение, которое будто бы «не помогло». Тщательное ежедневное медицинское наблюдение за данным пациентом, анализ предъявляемых им «жалоб» в сочетании с особенностями вербального и невербального поведения, результаты экспериментально-психологического обследования позволили экспертной комиссии выявить и доказать наличие у него защитно-установочного поведения в виде сознательного использования отдельных симптомов, перенесенного в прошлом временного психического расстройства. Было рекомендовано считать его способным к вменению уголовной вины, без ограничений по психическому состоянию. Расстройства сексуального предпочтения в форме педофилии не имеется.

**Выводы:** Все без исключения руководства по судебной психиатрии указывают, что при подозрении на симуляцию психического расстройства испытуемое лицо следует помещать на стационарную экспертизу. Это связано с необходимостью длительного квалифицированного круглосуточного наблюдения, проверки достоверности предъявляемых жалоб, выявления симулятивных или диссимулятивных тенденций, индивидуально-личностных особенностей испытуемого, его способности к притворству, игре.

Большинство симулянтов, какую бы систему они не выбрали, сознательно или полусознательно руководствуются в своем поведении несколькими психологически понятными установками:

1. Они стремятся к наибольшему реабилитирующему эффекту, и с этой целью «косметически» подправляют свой анамнез, умалчивают компрометирующие факты, избегают в чем-либо винить себя, отрицают, преуменьшают или оправдывают правонарушение.

2. Они заинтересованы в наибольшей «информативности» для эксперта своей «симптоматики» и поэтому проявляют активность при ее

предъявлении. Такие пациенты вынуждены обращать внимание эксперта на свое поведение и высказывания, подчеркивать, повторять и даже навязывать предъявляемые ими «болезненные симптомы», опасаясь, что нужные им заявления будут упущены врачами.

3. Симулянты стараются добиться наибольшей убедительности в проявлениях «болезни». Отсюда смена жалоб, заимствование у истинно больных и нагромождение «симптоматики», отстаивание перед экспертами своих заявлений, намеренное игнорирование их нелепости или попытки логического объяснения.

Постоянное психоэмоциональное напряжение в условиях круглосуточного наблюдения и фиксации малейших изменений психического состояния и поведения, утрированная картина изображаемых «болезненных симптомов», истощают нервную систему испытуемого, зачастую ведут к срыву контрольно-регуляторных механизмов и отказу от притворства с признанием симуляции. Таким образом, при исследовании лиц, подозреваемых в установочном (симулятивном) поведении, первое и необходимое условие – это продолжительное и тщательное наблюдение в наиболее благоприятной для этого обстановке, специализированном экспертном стационаре.

При упорной симуляции следует расширять диагностический арсенал врача судебно-психиатрического эксперта консультациями специалистов: врача-невролога, медицинского психолога, при необходимости психиатра-нарколога (в случае метасимуляции алкогольных психозов), сексолога (диссимуляция педофилии). Квалифицированное наблюдение и грамотное описание поведения таких лиц делают практически невозможным успешное завершение начатой симуляции.

## **Психотические и аффективные расстройства на фоне перенесенного инфаркта миокарда**

**Высоцкий С. В., Ермакова Л.Н., Панкова Е. П., Селедцов А.М., Шамова И.П.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

---

### **Введение.**

Психические расстройства, наблюдающиеся при инфаркте миокарда, очень разнообразны. В остром периоде на фоне болевого приступа может возникать страх смерти, достигающий особой выраженности при нарастающих болях. Характерны: тревога, тоска, беспокойство, чувство безнадежности, страха за жизнь. Поведение больных при этом состоянии разнообразно. Одни могут быть внешне неподвижны, молчаливы, лежат в одной и той же позе, опасаются сделать малейшее движение. Другие больные, напротив, возбуждены, двигательно беспокойны, растеряны. Иногда такое возбуждение, сопровождающееся чувством безнадежности, отчаяния, близкой смерти, может приобрести импульсивный характер, напоминающий меланхолический раптус. Резкое двигательное возбуждение, сопровождающееся элементами спутанности сознания, определяется как эректильный шок. Двигательное возбуждение может протекать на фоне начальных этапов оглушения, постепенно приобретая характер субкоматозного возбуждения. Резко подавленное настроение, безотчетный страх, тревога, чувство нарастающей катастрофы могут встречаться в остром периоде инфаркта миокарда и при отсутствии болевого синдрома, но это может быть предвестником его. При безболевого формы инфаркта миокарда часто внезапно возникает состояние тревоги, тоски; депрессивное состояние при этом может напоминать витальную депрессию, что особенно характерно для лиц пожилого возраста. Тревожная депрессия, возникающая во время болевого приступа инфаркта миокарда, опасна возможностью суицидальных действий. При ухудшении состояния тоскливо-тревожная симптоматика может смениться эйфорией, что также весьма опасно в силу неадекватного поведения больного. В остром периоде инфаркта миокарда возможно возникновение состояний помраченного сознания в виде оглушения разной

степени выраженности, начиная от обнубилиции и кончая сопором и комой. Могут быть делириозные изменения сознания, а также сумеречные расстройства сознания, что особенно характерно для пожилых людей, у которых инфаркт миокарда развивается на фоне имеющихся гипертонической болезни и церебрального атеросклероза. Расстройства сознания, отмечаемые при инфаркте миокарда, обычно непродолжительны (несколько минут, часов, реже несколько суток). Характерна для инфаркта миокарда астеническая симптоматика. В остром периоде превалирует соматогенная астения. По выздоровлении после инфаркта и выписке часто у пациентов с течением времени начинает преобладать симптоматика, связанная уже с влиянием психогенного фактора: реакция личности на инфаркт миокарда как на тяжелую перенесенную психотравмирующую ситуацию с угрозой жизни. В таком случае психогенные невротические реакции тесно переплетаются с воздействием собственно соматогенного фактора, благодаря чему непсихотические синдромы носят смешанный характер, то приближаясь к чисто невротическим, то к неврозоподобным, либо астено-депрессивным, депрессивно-ипохондрическим с их полиморфизмом, нестойкостью, рудиментарностью. Невротические и депрессивные состояния и реакции после перенесенного инфаркта миокарда при нормальных показателях гемодинамики во многом зависят от преморбидных особенностей пациентов и проявляются в виде кардиофобических, депрессивных, тревожно-депрессивных, ипохондрических, депрессивно-ипохондрических и реже – истерических и анозогнозических. При кардиофобических реакциях у больных превалирует страх перед повторным инфарктом и возможной смертью от него. Они чрезмерно осторожны, сопротивляются любым попыткам расширения режима физической активности, пытаются сократить до минимума любые физические действия. На высоте страха у таких больных возникают потливость, сердцебиение, чувство нехватки воздуха, дрожь во всем теле. Тревножно-депрессивные реакции выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко – в двигательном беспокойстве. Депрессивно-ипохондрические реакции характеризуются постоянной фиксацией на своем состоянии, значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут лежать выраженные сенестопатии. Сравнительно нечасто встречающиеся анозогнозические

реакции весьма опасны пренебрежением больного к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций. В отдаленном периоде инфаркта миокарда возможны патологические развития личности, преимущественно фобического и ипохондрического типа.

Цель исследования. Оценить психопатологические явления после перенесенного инфаркта миокарда.

Материалы и методы. В исследование были включены 58 больных на базе 11-12 соматопсихиатрического отделения за 2023 год.

Результаты и их обсуждения.

14 больных – с депрессивно-ипохондрическими реакциями (постоянная фиксация на своем состоянии со значительной переоценкой его тяжести, обилием многочисленных соматических жалоб, в основе которых могут лежать выраженные сенестопатии); 12 больных – с анозогнозическими реакциями (пренебрежением к своему состоянию, нарушением режима, игнорированием медицинских рекомендаций); 24 больных – с тревожно-депрессивными реакциями (выражаются в чувстве безнадежности, пессимизме, тревоге, нередко – в двигательном беспокойстве); 8 больных – с патологическим развитием личности фобического типа.

Психические проявления при каждой из данной соматической патологии:

1. Инфаркт миокарда (ИМ), постинфарктный период (свыше 1 месяца) – ипохондрия, тревожная депрессия, боязнь за свое здоровье, панические атаки.

2. Постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – отмечается бред ипохондрического характера (конгруэнтный бред), депрессия.

3. По возрастам пациенты, перенесшие инфаркт миокарда: 65-75 лет – 20 пациентов, 75-85 лет – 28 пациентов, 85 и старше – 10 пациентов.

4. Инфаркт миокарда перенесли 58 больных (100 %).

Закключение. У пациентов возрастной группы 65-75 лет, 75-85 лет и старше преобладающей соматической патологией является симптомы после перенесенного инфаркта миокарда с присоединением вышеуказанных непсихотических расстройств, которые появлялись следующими симптомами: неврозоподобный – 10%, депрессивный – 21%, ипохондрический с конгруэнтным бредом – 21%, обсессивно-фобический – 19%, астено-депрессивный синдром – 29%.

Вывод. Коррекция психических расстройств у возрастных пациентов, перенесших инфаркт миокарда является значимым компонентом в лечении соматической патологии с учетом наблюдения и рекомендаций кардиолога.

**Комплексная оценка приверженности медикаментозной терапии при параноидной шизофрении (определение критериев и сравнительный анализ)**

**Гееб М.В., Шишкина А.Н.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Актуальность. Шизофрения представляет собой хроническое заболевание, приводящее к инвалидизации. Ключевым условием поддержания ремиссии и социальной адаптации является длительная медикаментозная терапия, эффективность которой напрямую зависит от приверженности (комплаенса) лечению. По данным литературы, частота несоблюдения терапии при шизофрении составляет в среднем 50%, варьируя от 4% до 72%. Низкий комплаенс обуславливает более тяжелое течение заболевания, частые рецидивы и госпитализации, что делает проблему изучения факторов, влияющих на приверженность лечению, крайне актуальной.

Цель исследования: определить критерии приверженности медикаментозной терапии и провести сравнительный анализ у пациентов с параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов (24 мужчины и 36 женщин) с верифицированным диагнозом параноидной шизофрении (F20.0 по МКБ-10), находящихся на стационарном лечении. Средний возраст составил 34,8 года (диапазон 22-62 года), средняя длительность заболевания – 16 лет. Критерии исключения: коморбидные психические расстройства, тяжелая соматическая патология.

Использовались: клиничко-катамнестический метод, ретроспективный анализ историй болезни, шкала оценки соблюдения режима терапии MARS (Medication Adherence Rating Scale), метод прогнозирования медикаментозного комплаенса (Лутова Н.Б. и соавт., 2007), краткая

психиатрическая оценочная шкала (BPRS), шкала оценки негативной симптоматики (SANS).

Результаты. Согласно шкале MARS, все пациенты были разделены на две группы: комплаентные (n=25; 41,6%) и некомплаентные (n=35; 58,3%).

При сравнительном анализе выявлено, что уровень комплаенса статистически значимо различался по полу: у мужчин средний балл составил 30,5, у женщин – 35.

Зависимости уровня комплаенса от типа базовой антипсихотической терапии (типичные vs. атипичные нейролептики) и сопутствующей психофармакотерапии выявлено не было.

Установлена связь комплаенса с качеством терапевтического альянса «врач-пациент»: при оценке альянса как «хорошего» уровень комплаенса составил 34 балла, «удовлетворительного» – 29, «неудовлетворительного» – 23.

Осознание заболевания также оказывало значимое влияние: пациенты с полным осознанием болезни имели наивысший комплаенс – 37 баллов, с избирательным отношением – 30,5, при отрицании заболевания – 25.

Анализ социально-демографических факторов показал, что наибольший уровень комплаенса наблюдался у пациентов со средним специальным образованием (36,5 баллов) и у высококвалифицированных рабочих (36 баллов). Наименьший комплаенс зафиксирован у пациентов без профессиональной деятельности (22 балла) и с высшим образованием (28-31 балл), что, вероятно, связано со склонностью последних к самостоятельной коррекции терапии.

Семейный статус и отношение родственников достоверно влияли на приверженность лечению: пациенты, состоящие в браке, демонстрировали более высокий комплаенс (35,5 баллов) по сравнению с холостыми/незамужними (30) и разведенными (28). При адекватном отношении семьи к заболеванию уровень комплаенса пациента составлял 35 баллов, тогда как при «открытом негодовании» или отрицании болезни родственниками – 27-28 баллов.

Частота госпитализаций коррелировала с комплаенсом: пациенты, поступающие планово один раз в год для профилактического лечения, имели наивысший показатель – 37,5 баллов, тогда как при частоте госпитализаций чаще одного раза в год – 29 баллов.

По преобладающей симптоматике наивысший комплаенс отмечен при сенесто-ипохондрических расстройствах (35 баллов), наименьший – при эксплозивной симптоматике (25 баллов).

**Таблица 1. Сравнительная характеристика групп комплаентных и некомплаентных пациентов**

| Показатель                          | Комплаентные<br>(n=25) | Некомплаентные<br>(n=35) |
|-------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Пол (м/ж), %                        | 32/68                  | 46/54                    |
| Возраст, лет                        | 32,4±9,1               | 36,8±11,2                |
| Осознание болезни, %                | 88                     | 23                       |
| Терапевтический альянс «хороший», % | 76                     | 17                       |
| Наличие семьи, %                    | 68                     | 31                       |
| Адекватное отношение семьи, %       | 84                     | 29                       |
| Образование среднее специальное, %  | 52                     | 14                       |
| Профессиональная занятость, %       | 80                     | 37                       |
| Частота госпитализаций 1 раз/год, % | 64                     | 20                       |

**Выводы:**

Клинические и социально-психологические факторы оказывают более значимое влияние на уровень комплаенса, нежели фармакологические.

Высокий уровень комплаенса значимо ассоциирован с: женским полом, осознанием заболевания, качеством терапевтического альянса, наличием брачных отношений, адекватным отношением семьи, средним специальным образованием, профессиональной занятостью (особенно в группе высококвалифицированных рабочих), плановой частотой госпитализаций один раз в год, преобладанием сенесто-ипохондрической симптоматики.

Низкий комплаенс чаще наблюдается у: пациентов мужского пола, старше 50 лет, с отрицанием болезни, возбудимым складом личности, отсутствием профессиональной деятельности и брачных отношений, высшим образованием (склонность к самостоятельной коррекции терапии), преобладанием эксплозивной симптоматики, наличием недобровольных госпитализаций, неадекватным отношением семьи.

Формирование устойчивого терапевтического альянса, психообразовательная работа с пациентом и его родственниками, учет социально-демографических и личностных особенностей являются

ключевыми компонентами в повышении приверженности лечению пациентов с параноидной шизофренией.

Заключение. Результаты исследования подчеркивают необходимость комплексного подхода к оценке и формированию комплаенса, включающего не только медикаментозную терапию, но и психосоциальные вмешательства, психообразование пациента и его семьи, развитие навыков терапевтического сотрудничества. Оба коммуникативных фактора – качественные взаимоотношения «врач-пациент» и предоставление полной вербальной информации пациенту и его окружению – должны быть постоянными компонентами терапии пациентов с шизофренией.

### **Специфика суицидального поведения в подростковом возрасте**

**Граф А.А., Лисовицкая Г.Б.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Суицидальное поведение у детей и подростков представляет собой серьёзную проблему, которая требует комплексного подхода и внимания как со стороны специалистов, так и со стороны общества. В последние годы наблюдается увеличение случаев суицидального поведения среди молодых людей, что подчеркивает необходимость более глубокого изучения этой проблемы. Суицидальные мысли и действия в подростковом возрасте могут быть связаны с различными факторами, включая стрессы, психические расстройства и социальные трудности. Цель данной статьи – рассмотреть специфику суицидального поведения подростков, переживших суицидальную попытку и находящихся на стационарном лечении в ККПБ.

Суицидальное поведение охватывает широкий спектр действий и мыслей, связанных с намерением причинить себе вред. Важными составляющими динамики развития суицидального поведения (СП) являются акты самоповреждения, низкая самооценка и депрессивные состояния. Также большое значение отводится условиям, в которых формируются суицидальные тенденции. Для подростков наиболее значимым фактором является семья, которая по тем или иным причинам не обеспечила доверительной и поддерживающей обстановки, предохраняющей от суицида. Интересно, что по мнению большинства исследователей, наиболее

суицидогенны те семьи, которые внешне благополучны, но внутри имеют скрытые конфликты.

Важно различать следующие категории (типология суицидов по А.Е. Личко и А.А. Александрову):

- Аффективный суицид. Импульсивное суицидальное поведение часто происходит в состоянии эмоционального всплеска, когда у человека отсутствует продуманное намерение причинить себе вред. Часто происходит на фоне относительного благополучия и действует по типу «короткого замыкания». Повод для подобного действия воспринимается подростком как «последняя капля» и зачастую является малозначимым. После аффективного разряда большинство подростков испытывают раскаяние и указывают, что на самом деле не желали покончить с собой.

- Демонстративное суицидальное поведение. Основной целью является получение выгоды, манипуляция, уход от самостоятельного разрешения проблемной ситуации; направлено на вызов жалости, сочувствия, сострадания. Отличается расчётливостью и проявлением шантажного поведения. Основными причинами подобного суицидального поведения являются сексуальные и любовные конфликты. Данный тип суицидального поведения наиболее часто присущ подросткам, имеющим психопатию, неврозы и другие психические девиации.

- Истинное суицидальное поведение. Поведение, развивающееся на фоне депрессии, нередко сопровождается самоповреждениями и утратой смысла существования. Стойкое желание уйти из жизни складывается в результате неразрешенной психотравмирующей ситуации, под влиянием неблагоприятного воздействия. Данный тип суицидального поведения отличается наибольшей летальностью.

Формы СП различны и зависят от физиологических, психологических, личностных и поведенческих особенностей данной группы. Важно учитывать, что суицидальные мысли и действия могут иметь разные причины и характеристики на разных этапах развития. Ранний подростковый возраст (12-14 лет) характеризуется преимущественно импульсивным суицидальным поведением, заранее не планируется и совершается при помощи первых попавшихся под руку средств. Наиболее частой причиной является стремление избежать конфликт и страх перед угрозой наказания. В средней возрастной (15-16 лет) и старшей (17-18 лет) группе преобладают

демонстративные самоповреждения и суицидальные попытки с целью отмщения и наказания обидчика. Мотивы могут быть связаны с давлением со стороны сверстников, проблемами в отношениях или нарушениями в семейной динамике. Имеют место частые попытки суицида в состоянии аффективного напряжения, в кульминационные моменты конфликта. Подростки в данном возрастном периоде характеризуются отсутствием способности совладания с психоэмоциональным напряжением, бессилием перед жизненными трудностями и переживаниями о своём месте в мире.

Наряду с другими факторами, формирование суицидального поведения в подростковом возрасте зависит от особенностей личности суицидента. Одной из характеристик данного возрастного периода является постепенный переход прямого восприятия оценок взрослых к развитию собственной самооценки, основанной на внутренних критериях. Поскольку на первых порах самооценка является неустойчивой и противоречивой, это может стать причиной множества импульсивных действий, включая суицидальное поведение.

Учитывая это, нами было проведено исследование, направленное на определение того, насколько особенности самооценки влияют на поведение подростков. В исследовании приняли участие 40 пациентов общепсихиатрического отделения для обслуживания детского населения ГБУЗ ККПБ в возрасте от 13-ти до 17-ти лет с незавершённым суицидом в анамнезе. Зафиксировано соотношение по половому признаку: 4 (10%) мальчиков и 36 (90%) девочек. Так же выяснилось, что среди исследуемых преобладал аффективный тип суицида 23 (57,5%) и демонстративный 16 (40%), только у одного пациента (2,5%) суицидальное поведение можно отнести к истинной суицидальной попытке. Большинство семей, в которых проживают подростки – неполные или деформированные 34 (85%). Практически все подростки предъявляли жалобы на недопонимание их проблем в семье, холодность и занятость родителей.

Анализ результатов исследования самооценки по методике Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан показал, что низкая самооценка характерна для 80% подростков, из которых 87,5% имеют высокий уровень притязаний. Низкая самооценка в сочетании с высоким уровнем притязаний указывает на сильное внутреннее напряжение и фрустрацию. Чувство несоответствия и невозможности достижения поставленных целей могут

усиливать негативное восприятие себя и мира. 20% подростков имеют неадекватно завышенную самооценку, что может рассматриваться как компенсаторный механизм. Подростки с данным показателем «закрыты» для нового опыта, нечувствительны к своим ошибкам, но чрезмерно требовательны к другим, конфликтны и нередко манипулятивны. Вследствие чего межличностные отношения нарушаются, и подросток начинает чувствовать «отверженность» обществом.

Анализ данных о способах самоубийства показывает, что 30 (75%) исследуемых прибегали к передозировке лекарственным препаратом; 9 (22,5%) наносили себе глубокие порезы; 1 (2,5%) путём прыжка с высоты.

Из чего можно сделать вывод, что суицидальное поведение среди подростков носит преимущественно аффективный и демонстративный характер, но тем не менее не исключает завершённого суицида с летальным исходом. Зачастую к суицидальному поведению приводят нерешённые конфликты внутри семьи, отсутствие поддержки и понимания со стороны родителей. Всё это приводит к низкой самооценке, что подтверждается психологическим исследованием, и высокому суицидальному риску при отсутствии адекватной и своевременной помощи.

В заключение стоит отметить, что суицидальное поведение у подростков является серьёзной проблемой, требующей всестороннего подхода к диагностике, профилактике и лечению. Понимание факторов риска, особенностей проявления и методов диагностики помогает более эффективно бороться с этой проблемой. Важными аспектами являются: раннее выявление и вмешательство, поддержка со стороны семьи, образовательных учреждений и специалистов, а также создание безопасной и поддерживающей среды для молодежи. На наш взгляд, необходимо дальнейшее обеспечение доступности и качества психологической помощи, развитие образовательных и социальных программ, а также активное сотрудничество всех участников процесса. Данные факторы являются ключевыми для борьбы с этим серьёзным явлением.

## **Риски применения искусственного интеллекта в медицине**

**Грачева Т.Ю.<sup>1</sup>, Волкогонов О.А.<sup>1</sup>, Федоренко Т.В.<sup>1</sup>, Агарков А.П.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ Кузбасская клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Томск**

---

Аннотация: Последние несколько лет искусственный интеллект (ИИ) в здравоохранении расширяет «горизонты» диагностического и лечебного процессов и помогает в принятии решений. ИИ имеет высокую эффективность в прогнозировании, проведении аналитического анализа и диагностике. В статье рассматриваются основные направления и области применения ИИ. Особое внимание уделяется его двойственной природе: с одной стороны – неограниченные возможности, благодаря глубокому обучению нейросетей и возможности обрабатывать большое количество данных, повышая точность диагностики и качество принятия решений. С другой стороны – серьезные риски при использовании. Поэтому важно оценить последствия и ответственно подойти к вопросу интеграции ИИ в здравоохранение.

Цель исследования: Комплексный анализ ключевых направлений внедрения технологий искусственного интеллекта (ИИ) в систему здравоохранения, оценка текущих достижений, идентификация основных этико-правовых и экономических барьеров.

Материалы и методы: Проведен описательный обзор современных научных публикаций в российской и зарубежной литературе, аналитических отчетов регуляторных органов (FDA, Росздравнадзор), а также затронуты основные положения Национальной стратегии развития искусственного интеллекта до 2030 года.

Главные выводы: ИИ демонстрирует высокую эффективность как инструмент поддержки принятия врачебных решений, превосходя человека в скорости обработки большого объема данных (Big Data) и выявлении скрытых паттернов. Однако внедрение сдерживается проблемой «черного ящика», несовершенством нормативной базы, риском усиления социального неравенства и отсутствием прозрачных экономических моделей.

Ключевой тезис: ИИ не заменяет врача, а выступает в роли «ассистента», «когнитивного помощника», усиливая его компетенции.

Современный этап развития общества характеризуется тотальной цифровой трансформацией, основным катализатором которой выступает искусственный интеллект. В рамках Национальной стратегии развития ИИ до 2030 года и федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении» перед здравоохранением поставлена задача по внедрению технологий, позволяющих автоматизировать анализ медицинских изображений, прогнозировать течение заболеваний и оптимизировать организационно-управленческие процессы. Несмотря на очевидные перспективы, в профессиональном сообществе сохраняется поляриность мнений. Сторонники ИИ акцентируют внимание на его способности к обработке гетерогенных массивов большого объема данных (Big Data), отсутствию синдрома эмоционального выгорания и усталости, которые возникают у медицинских работников при длительной работе на пределе физических и моральных возможностей. Противники указывают на фундаментальную невозможность алгоритмизации таких важных моментов, как эмпатия, сочувствие и клиническая интуиция. Снижение мотивации медицинских работников в профессиональном развитии, обучении и совершенствовании клинических навыков, вызванное делегированием части задач и функционала ИИ [8, с. 42].

В медицинском контексте под ИИ понимается комплекс программных средств, основанных на алгоритмах машинного и глубокого обучения, способных решать конкретные прикладные задачи: классификация изображений (компьютерное зрение), прогнозирование исходов, распределение пациентов по группам риска.

Основные области применения ИИ в здравоохранении условно можно разделить на три функциональных блока: лечебно-диагностический, научно-исследовательский и административно-организационный.

Лечебно-диагностический или диагностика и прогнозирование. В настоящее время это наиболее развивающаяся и зрелая область внедрения ИИ. Алгоритмы компьютерного зрения успешно конкурируют с врачами-рентгенологами для выявления и описания патологических процессов во всех тканях и органах [3, с. 12; 4, с. 450; 6, с. 18; 8, с. 36]. Предиктивная аналитика: разработаны модели, позволяющие с высокой чувствительностью

прогнозировать развитие септического состояния за 6-12 часов до манифестации клинических симптомов [17, с. 7]. ИИ используется для идентификации жизнеспособных эмбрионов при ЭКО [6, с. 17], прогнозирования рецидивов онкологических заболеваний и развития внутрибольничных инфекций [2, с. 247,251]. Персонализация терапии: глубокий молекулярный анализ позволяет подбирать оптимальные дозировки и схемы лекарственных препаратов для пациентов в онкологической практике.

Ускорение научных исследований и разработка лекарств. ИИ выступает инструментом семантического анализа: он способен обрабатывать миллионы научных статей и клинических записей для идентификации новых биомаркеров и потенциальных терапевтических мишеней. Это сокращает этап доклинических исследований с 5-7 лет до 1-2 лет (Insilico Medicine). Методы машинного обучения активно внедряются фармацевтическими компаниями для анализа больших объемов данных о химических соединениях, что позволяет учёным повышать эффективность и безопасность разрабатываемых препаратов [3, с. 23]. Примером служит исследование, проведённое группой учёных и представленное в статье журнала Nature в 2020 году (Stokes et al.). Используя глубокую нейронную сеть, исследователи обработали миллиард молекул и проверили сотни миллионов возможных комбинаций, выделив восемь уникальных соединений с потенциальной антибактериальной активностью, причём их структуры сильно отличались от существующих антибиотиков.

Оптимизация работы медицинских учреждений. Административный сектор перегружен рутинной документацией. Технологии речевой аналитики (speech-to-text) позволяют врачу генерировать структурированные протоколы осмотра в режиме реального времени, не отвлекаясь от беседы с пациентом. Кроме того, ИИ может эффективно прогнозировать загрузку приемного отделения, планировать график работы персонала и движение коечного фонда.

Одним из главных преимуществ ИИ является его устойчивость и стабильность. Человеку свойственно снижение внимания к концу смены, эмоциональное выгорание и «усталость от сострадания». Интеллектуальные системы лишены этих ограничений. Алгоритмы ИИ позволяют повысить точность ранней диагностики, выявляя патологии на субклиническом уровне.

Высвободить временные ресурсы врача для непосредственного взаимодействия с пациентом. Обеспечить комплексный анализ данных, установить и выявить связи, которые неочевидны для человека.

Ограничения и риски, возникающие при работе с ИИ.

Современное состояние правового регулирования (в частности, Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в его текущей редакции) не в полной мере регламентирует статус медицинского изделия с ИИ. Данный пробел порождает комплекс проблем. Кто несет ответственность за врачебную ошибку, если решение было принято на основании ошибочного вывода ИИ: разработчик программного обеспечения, медицинская организация или лечащий врач? Также остаются открытыми вопросы информированного добровольного согласия при использовании ИИ и риски утечки биометрических данных.

Проблема «черного ящика» [1, с. 91; 3, с. 14; 7, с. 51; 8, с. 45]. Большинство алгоритмов глубокого обучения (нейросети) работают по принципу не интерпретируемых моделей. Врач видит результат, но не знает, на основании каких именно признаков (пикселей, значений анализов, их комбинаций) система приняла это решение. Отсутствие «прозрачности» понимание логики принятия решений делает невозможным верификацию вывода и подрывает доверие клинициста. Если говорить о пациенте, то перед подписанием информированного согласия на использование любого вида лечения, он должен понимать риски и преимущества при его использовании [1, с. 92; 3, с. 35]. Как это сделать в случае с ИИ остается открытым с точки зрения этики, так как без понимания процесса принятия решения взвешенное решение принять трудно.

Предвзятость и цифровое неравенство. ИИ восприимчив к качеству «входных данных». Если обучающая выборка составлена из данных пациентов крупных федеральных центров, модель демонстрирует резкое падение точности при работе в сельских больницах или регионах с низким уровнем ресурсного обеспечения. Также существует риск усугубления неравенства в доступе к качественной медицине [3, с. 11; 7, с. 52]. Поэтому крайне важно, чтобы обучающие наборы учитывали этническое, гендерное, географическое и социально-экономическое разнообразие популяции.

Экономическая неопределенность. Внедрение ИИ увеличивает стоимость медицинской помощи на этапе закупки и интеграции (МИС) [11, с. 45]. В

настоящий момент отсутствует ясность относительно источников финансирования: будут ли технологии ИИ оплачиваться в рамках Программы государственных гарантий (ОМС), приведет ли это к удорожанию медицинской помощи. Экономическая оценка подобных технологий требует разработки отдельных методик расчета затрат и выгод.

Перспективы развития и будущие тенденции.

Дальнейшее развитие отрасли будет связано не столько с созданием новых алгоритмов, сколько с их интеграцией и адаптацией. Объединение данных различных типов (изображения, текст, аудио) в единые модели. Развитие методов объяснимого искусственного интеллекта, позволяющих врачу понимать ход рассуждений алгоритма. Создание виртуальных моделей пациента для тестирования схем лечения «in silico» до применения их в клинической практике. Роботизированная хирургия: переход от телеуправления к автономным действиям роботов под контролем ИИ в условиях стерильного поля.

Заключение: Искусственный интеллект не способен одномоментно разрешить все проблемы здравоохранения. Это лишь инструмент, который подобно микроскопу, расширяющий границы восприятия врача. Чувство страха замены специалиста уступает место концепции симбиоза: ИИ берет на себя рутинные вычисления и поиск типового решения задачи. Врач, в свою очередь, сохраняет за собой право принятия решения и его этическую оценку. Достижение этого взаимодействия требует продуманного комплексного подхода. Поэтому без решения вопросов регулирования, интерпретируемости и справедливого распределения ресурсов даже самые совершенные алгоритмы рискуют остаться лишь предметом академического интереса. Будущее медицины – за синтезом искусственного интеллекта и человеческого опыта, сострадания и клинического мышления.

#### Список литературы

1. Актуальное состояние системы здравоохранения в контексте внедрения искусственного интеллекта / Е.А. Берсенева, А.В. Матвиенко, М.С. Умнов, Г.И. Карунас // Вестник Росздравнадзора. 2025. № 5. С. 89-95.
2. Асеева И.А. Социальные роли искусственного интеллекта. Часть 2. Искусственные системы с интеллектом в научных исследованиях и медицинской практике // Известия Юго-Западного государственного

- университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. 2024. Т. 14, № 5. С. 240-255.
3. Бердугин В.А., Романова Т.Е. Медицинский искусственный интеллект. Реальность, перспективы, иллюзии и угрозы. Москва : ФГБУ ГнЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2025. 186 с.
  4. Бредихин Н.Д. Системы поддержки принятия решений в медицине: применение в диагностике и лечении в условиях телемедицины // Мировые научные достижения естественно-научных и социально-гуманитарных исследований: от теории к практике : Сборник научных статей III Международной научно-практической конференции, Москва, 28 февраля 2025 года. Москва: ООО "Симметрия", 2025. С. 448-452.
  5. Гусев А.В., Реброва О.Ю. Осведомленность и мнения руководителей в сфере здравоохранения России о медицинских технологиях искусственного интеллекта // Врачи и информационные технологии. 2023. № 1. – С. 28-39.
  6. Жариков О.Г., Литвин А.А., Жарикова А.В. Реалии и перспективы развития искусственного интеллекта в медицине // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. 2025. № 1(33). С. 15-21.
  7. Иванов И.В., Берсенева Е.А., Умнов М.С. Основы искусственного интеллекта в здравоохранении: глоссарий для медицинских работников // Вестник Росздравнадзора. 2024. № 6. С. 47-53.
  8. Искусственный интеллект в здравоохранении : учебное пособие / М.П. Потапов, А.В. Павлов, М.Ю. Котловский и др. Ярославль : ИПК «Индиго», 2024. 72 с
  9. Использование машинного обучения для прогнозирования онкологических заболеваний на основе данных электронных медицинских карт: автоматизированный подход к скринингу / А.Д. Ермак, Д.В. Гаврилов, Р.Э. Новицкий и др. // Вопросы онкологии. 2025. № 4. С. 914-926.
  10. Морозов Д.Ю., Омеляновский В.В., Федяева В.К. Искусственный интеллект в системе здравоохранения. Клинические рекомендации // Менеджер здравоохранения. 2025. № 9. С. 58-67.
  11. Морозов Д.Ю., Омеляновский В.В. Нужен ли искусственный интеллект системе здравоохранения? // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2024. № 4. С. 40-48.

12. Попова Е.С., Скибин Ю.В. Искусственный интеллект в медицине: от диагностики до персонализированного лечения // Мехатроника, автоматизация и управление на транспорте: Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции, Самара, 04 апреля 2025 г. Самара: Приволжский государственный университет путей сообщения, 2025. С. 157-159.
13. Тюмина О., Бугаков А., Самыкина О. Внедрение технологий искусственного интеллекта в работу контакт-центра медицинской организации // Менеджмент качества в медицине. 2025. № 2. С. 106-110.
14. Филина Ю.С., Колесникова И.М. Использование искусственного интеллекта в медицинских организациях // Госпитальная медицина: наука и практика. 2024. Т. 7, № 1. С. 66-74.
15. Шитова С.Н., Солодухина Д.П. Применение искусственного интеллекта для совершенствования оказания медицинской помощи // Здоровье населения и качество жизни : Материалы XII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 29 марта 2025 года. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2025. С. 445-452.
16. El Arab R.A., Al Moosa O.A., Albahrani Z., et al. Integrating Artificial Intelligence into Perinatal Care Pathways: A Scoping Review of Reviews of Applications, Outcomes, and Equity. Nurs Rep. 2025 Jul 31;15(8):281. (Интеграция искусственного интеллекта в перинатальную помощь: обзор обзоров применения, результатов и справедливости)
17. El Arab R.A., Almoosa Z., Alkhunaizi M., et al. Artificial intelligence in hospital infection prevention: an integrative review. Front Public Health. 2025 Apr 2;13:1547450. (Искусственный интеллект в профилактике внутрибольничных инфекций: комплексный обзор)

**Организация телемедицинских консультаций в  
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»  
в 2024-2025 гг.**

**Грачева Т.Ю., Федоренко Т.В., Смирнова О.С., Юрина В.Н.  
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

В современном мире всё большее значение придают информационным технологиям, которые могут оптимизировать работу врача, увеличить доступность и повысить качество оказываемой медицинской помощи пациенту. Развитие информационных технологий в здравоохранении является одной из приоритетных задач для государства. На сегодняшний день телемедицина – это активно развивающееся направление.

Структура психиатрической службы Кемеровской области-Кузбасса включает пять психиатрических больниц, два психоневрологических диспансера, три психоневрологических отделения в составе городских больниц, а также четырнадцать психиатрических кабинетов. ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» (далее ГБУЗ ККПБ) выполняет роль областного специализированного учреждения Кемеровской области-Кузбасса, оказывает консультативную помощь в сложных клинических случаях, госпитализирует труднокурабельных пациентов области.

В 2022г. в рамках создания единого цифрового контура начал функционировать региональный портал телемедицинских консультаций Кемеровской области-Кузбасса. В ГБУЗ ККПБ на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации №965н от 30.11.2017г., приказа Министерства здравоохранения Кузбасса №1356 от 13.09.2022г. созданы локальные нормативные акты, где определены сферы ответственности каждого участника процесса. Назначены ответственные лица за организацию и проведение телемедицинских консультаций (далее – ТМК) с ролью администратора, диспетчера, врачей-консультантов и ответственного консультанта, который распределяет заявки согласно специфике и срочности. Определены график, время, порядок проведения и

оформления результатов заключений. Это способствует оптимизации процесса на всех этапах.

ГБУЗ ККПБ проводит телемедицинские консультации как для медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия», так и для медицинских организаций общесоматической сети Кемеровской области-Кузбасса.

За 2024 г. было проведено – 132 ТМК с медицинскими организациями Кемеровской области-Кузбасса, в 2025 г. – 183 ТМК. За год число ТМК увеличилось в 1,4 раза, что продолжает нарастающий тренд и говорит о востребованности данного вида консультаций.

Из них, с установленным диагнозом психические расстройства и расстройства поведения, проконсультировано в 2024г. – 101 пациент (87 взрослых и 14 детей), в 2025г. – 145 пациентов (112 взрослых и 33 детей). Остальным пациентам диагноз психические расстройства и расстройства поведения не подтвердился. Информация представлена на диаграмме 1.

**Диаграмма 1. Число пациентов, с подтвержденным диагнозом психические расстройства и расстройства поведения, которым проведены ТМК в 2024-2025г.**



При анализе ТМК по цели назначения выявлено, что

- 32 (31%) консультаций в 2024г. и 25 (17%) в 2025г. проведены для определения тактики лечения и методов диагностики.
- 21 (21%) в 2024г. и 45 (31%) в 2025г. – разбор клинических случаев с рекомендациями по тактике ведения пациента.
- 19 (19%) в 2024г. и 24 (17%) в 2025г. – определение (подтверждение) диагноза.
- 29 (29%) в 2024г. и 51 (35%) в 2025г. – другое (согласование направления на госпитализацию, МСЭ). Информация представлена на диаграмме 2.

Диаграмма 2. Цель консультаций в 2024-2025гг.



Структура диагнозов пациентов, представлена в таблицах №1 и №2. Среди взрослых преобладает число пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами – 33,3% (29 пациентов) в 2024г. и 36,6% (41 пациент) в 2025г. и органические, включая симптоматические психические расстройства – 25,3% (22 пациента) в 2023г. и 25,0% (28 пациентов) в 2025г. В 2024г. среди детей наибольшее количество

с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами – 42,9% (6 пациентов), в 2025г. преобладают пациенты с диагнозом расстройства психологического развития – 51,5% (17 пациентов).

**Таблица 1. Структура диагноза у взрослых в 2024-2025гг.**

| Код по МКБ | Структура диагнозов у взрослых                                                                            | 2024 | %    | 2025 | %    |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| F00-F09    | Органические, включая симптоматические психические расстройства                                           | 22   | 25,3 | 28   | 25,0 |
| F10-F19    | Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ        | 10   | 11,5 | 3    | 2,7  |
| F20-F29    | Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства                                                        | 29   | 33,3 | 41   | 36,6 |
| F30-F39    | Расстройства настроения (аффективные расстройства)                                                        | 5    | 5,7  | 7    | 6,3  |
| F40-F48    | Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства                                        | 2    | 2,3  | 3    | 2,7  |
| F50-F59    | Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами                  | -    | -    | 2    | 1,8  |
| F60-F69    | Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте                                                       | 5    | 5,7  | 4    | 3,6  |
| F70-F79    | Умственная отсталость                                                                                     | 6    | 6,9  | 5    | 4,5  |
| F90-F98    | Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте | 1    | 1,1  | -    | -    |
|            | Иные рубрики МКБ-10                                                                                       | 7    | 8,0  | 19   | 17,0 |

По результатам ТМК были получены следующие рекомендации:

- назначена или скорректирована медикаментозная терапия: 41 пациенту (41%) в 2024г. и 77 пациентам (53%) в 2025г.
- рекомендовано дообследование: 19 пациентам (19%) в 2024г. и 20 пациентам (14%) в 2025г.
- направлено на МСЭ для оформления или усиления группы инвалидности: 14 пациентов (14%) в 2024г. и 16 пациентов (11%) в 2025г.

- рекомендовано динамическое наблюдение в психоневрологическом диспансере: 16 пациентов (16%) в 2024г. и 22 пациента (15%) в 2025г.
- рекомендована госпитализация в ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»: 11 пациентам (10%) в 2024г. и 10 пациентам (7%) в 2025г. (диаграмма 3).

**Таблица 2. Структура диагнозов у детей в 2024-2025гг.**

| Код по МКБ | структура диагнозов у детей                                                                               | 2024 | %    | 2025 | %    |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|
| F00-F09    | Органические, включая симптоматические психические расстройства                                           | 1    | 7,1  | 1    | 3,0  |
| F20-F29    | Шизофрения, психотипические и бредовые расстройства                                                       | 6    | 42,9 | 3    | 9,1  |
| F30-F39    | Расстройства настроения (аффективные расстройства)                                                        | -    | -    | 1    | 3,0  |
| F50-F59    | Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами                  | 1    | 7,1  | -    | -    |
| F70-F79    | Умственная отсталость                                                                                     | 2    | 14,3 | 5    | 15,2 |
| F80-F89    | Расстройства психологического развития                                                                    | 2    | 14,3 | 17   | 51,5 |
| F90-F98    | Эмоциональные расстройства, расстройства поведения, обычно начинающиеся в детском и подростковом возрасте | 2    | 14,3 | 6    | 18,2 |

Диаграмма 3.1. Рекомендации по результатам ТМК

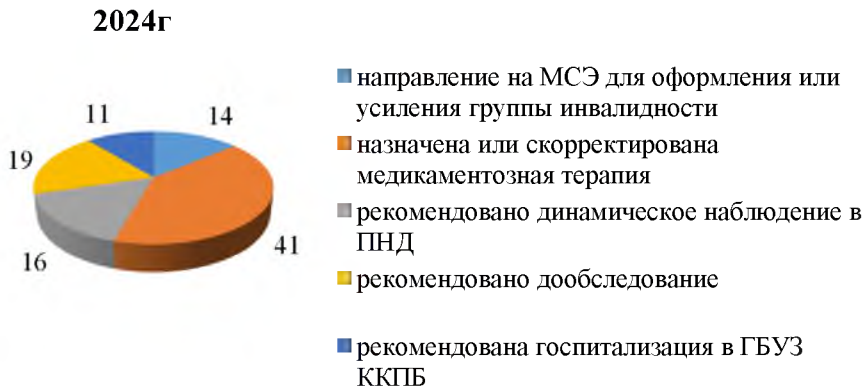
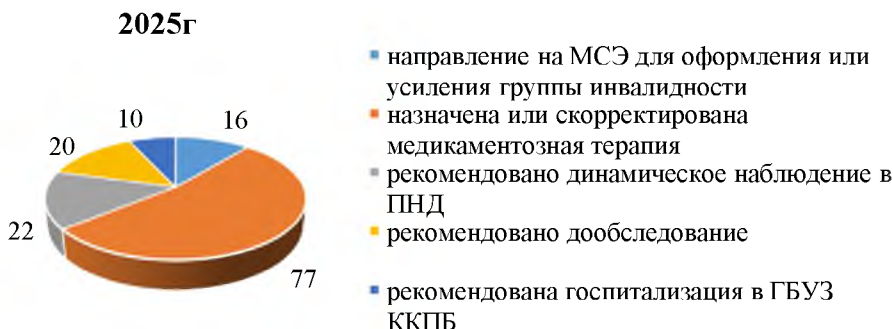


Диаграмма 3.2. Рекомендации по результатам ТМК



Благодаря применению телемедицинских технологий повышается доступность медицинской помощи. Для пациента это возможность получить консультацию высококвалифицированного специалиста, если они проживают далеко от областного центра и имеют ограниченные возможности. Для специалистов это повышение квалификации, получение недостающих знаний и опыта. В сложных клинических ситуациях – это возможность провести консилиум, когда несколько специалистов узкого профиля могут помочь пациенту и своим коллегам.

### Список литературы

1. Москвина С.С., Рахматуллин А.Р., Яхина Р.Р. Организационные аспекты реализации национального проекта «Здравоохранение» в регионах Российской Федерации. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение // Вестник ВШОУЗ. 2023. Т. 9, № 4. С. 29-38.
2. Берсенева Е., Умнов М., Умнов С. Цифровизация здравоохранения: технологии и актуальные проблемы // Менеджмент качества в медицине. 2023. № 4. С. 30-36.
3. Зигангареева Г.Г., Королева О.И., Хусаинова. Д.К. Региональная модель организации телемедицинских консультаций в офтальмологии: проблемы и перспективы // Менеджер здравоохранения. 2023. №12. С. 43-50.
4. Назарова Г. Искусственный интеллект в работе врача // Управление качеством в здравоохранении. 2024. № 4. С. 46-50.
5. Тяжелников А. А. Искусственный интеллект в амбулаторной службе // Московская медицина. 2024. С. 14-17.

### **Расстройства пищевого поведения у детей и подростков.**

#### **Факторы риска, типы нарушений и их этапы, терапия**

**Григорьева Ю.И., Кушнарeva О.М.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Расстройства пищевого поведения (РПП), являющиеся актуальной проблемой современной детской и подростковой психиатрии, представляют собой два основных взаимосвязанных патологических состояния – нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), а также широкий круг атипичных и особых форм, не отвечающих в той или иной степени критериям НА и НБ основных систем классификации психической патологии МКБ и DSM, но проявляющихся устойчивыми симптомокомплексами нарушений различных сторон приема пищи. Патологический характер пищевого поведения в этих случаях подтверждается обусловленными ими значимыми отклонениями психосоциального функционирования больных, ухудшением (нередко значительным) их соматического состояния, а также высоким уровнем сопутствующей им коморбидной психической патологии.

Как отмечает большинство исследователей, систематика расстройств пищевого поведения далека от совершенства. По международным данным РПП наиболее подвержены лица женского пола, пик заболеваемости приходится на подростковый возраст. Распространенность РПП составляет в РФ – 3,7%, в Северной и Южной Америке – 3,2%, в Азии – 3%, в Европе – 4%. Показатели смертности относятся к наиболее высоким. По данным ВОЗ, они составляют 15-20% в год, 0,2% вследствие суицида.

**Материалы и методы.** Нами обследованы 40 детей в возрасте от 12 до 17 лет, которым был установлен диагноз: Нервная анорексия (F50.0). Изученный контингент составил 40 детей, все из них были девочками. Основными методами обследования больных были анамнестический, клинико-динамический, экспериментально-психологический с использованием таких шкал и опросников как: шкала Бекка подростковый вариант, опросник Цунга, тестирование по Спилбергу-Ханину, Голландский опросник пищевого поведения, опросник образа собственного тела; соматический, антропометрический с расчетом ИМТ.

**Результаты и обсуждения.** Распространенность среди детей и подростков разных возрастных категорий по нашим исследованиям: старший школьный возраст (12-14 лет) – 13 человек; подростки (15-17 лет) – 27 человек.

В зависимости от формы НА были сформированы 2 группы. В I группу включены 28 пациенток с типичной формой НА. Индекс массы тела (ИМТ) девочек при первичном обращении в среднем составлял 15,6 (12,6; 17,5) кг/м<sup>2</sup>. Во II группу вошли 12 пациенток с атипичными проявлениями НА. ИМТ девочек при первичном обращении в среднем составлял 18,7 (17,9; 20,5) кг/м<sup>2</sup>. В данную группу были включены пациентки со значениями ИМТ выше 17,5 кг/м<sup>2</sup> и слабой выраженностью психопатологической симптоматики согласно критериям МКБ-10.

При использовании анамнестического метода, мы отметили, что во всех возрастных группах выявлялись аналогичные показатели отягощенного перинатального анамнеза для обеих групп, в процентном соотношении малоотличающиеся друг от друга (см табл.)

| Форма<br>анорексии | Течение беременности                                                   |                                |                | Патологическое течение родов |          |                                  |                |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|------------------------------|----------|----------------------------------|----------------|
|                    | сочетание хронической гипоксии плода с угрозой прерывания беременности | инфекции во время беременности | резус конфликт | кесарево сечение             | Асфиксия | продолжительный безводный период | родовые травмы |
| НА                 | 61%                                                                    | 38%                            | 5%             | 15%                          | 40%      | 14%                              | 2%             |
| Атипичная<br>НА    | 57%                                                                    | 41%                            | 2%             | 12%                          | 54%      | 17%                              | 1%             |

Следовательно, суммарная патология беременности и родов была выявлена у 48% матерей пациенток I группы и 50% II группы.

При изучении клинической картины в обеих группах исследуемых девочек мы обращали внимание на такие факторы риска, как: биопсихосоциальные факторы, которые запускали начало процесса аддиктивного поведения у наших обследуемых, а именно: семейная ситуация – 33%; школьный буллинг – 87%; кибербуллинг – 65%; стереотипы пищевого поведения, принятые в семье – 9%. Культурные факторы – 60%. Личностные факторы: бессознательная борьба между негативным восприятием собственного тела и внутренней индивидуальности человека – 53%; заниженная самооценка личности, легко внушаемые, с чувством вины, эмоционально неустойчивые – 98%. Генетические факторы – у пациенток с типичной НА отягощение психическими заболеваниями в роду отмечалось у 3-х пациенток – 10%.

Диагностическим критерием I группы был ИМТ от 12,5 и 14,5, на основании которого при первичном приеме пациенток, они были направлены на госпитализацию в соматическую сеть для интенсивной терапии – 3 человека (11%). В последующем эти девочки были госпитализированы в детское отделение ГБУЗ ККПБ. Пациентки с ИМТ от 15,0 до 16,5 были

госпитализированы в детское отделение ГБУЗ ККПБ – 11 человек (39%). Остальные девочки с ИМТ от 17 до 17,5 получали лечение в амбулаторных условиях – 14 человек (50%).

Девочки II группы с ИМТ от 17,9 до 20,5 лечились только в амбулаторных условиях. Нужно отметить тот факт, что при лечении в амбулаторных условиях девочки получали медицинскую помощь различных специалистов: гинеколог, эндокринолог, диетолог, гастроэнтеролог, а также занимались у психолога, что повышало эффективность терапии в целом, уменьшался риск рецидива заболевания и удлинялся период ремиссии. Одной из более эффективных моделей лечения является создание полипрофессиональных бригад.

У всех наблюдаемых девочек I группы снижение массы тела было за счет ограничения приема пищи. Все они принимали либо слабительные средства, либо диуретики. Индуцировали рвоту. Истязали себя физическими упражнениями. В зеркале девочки себя воспринимали с избыточным весом. У всех присутствовала аменорея. У девочек же II группы отсутствовала аменорея и выраженная потеря массы тела.

При экспериментально-психологическом исследовании девочек с НА были выявлены преморбидные особенности личности, характеризующиеся общительностью, активностью, целеустремленностью, стеничными чертами характера, отчетливым «перфекционизмом» и ответственностью во всем, что касалось реализации жизненных целей, были особенно подвержены влиянию микросоциальной группы. Здесь превалировал эпилептоидный радикал личности – 18 пациенток (64%). У меньшей части этой группы – 6 пациенток (22%) – выявлялись тревожно-мнительные черты характера, девочки были обязательными, исполнительными и ответственными, стремились к общению. 4 девочки (14%) – имели равномерно распределенные различные личностные радикалы (истерический, астенический).

При атипичной НА характерологическими особенностями пациенток в большинстве случаев – 8 пациенток (67%) – являлась замкнутость, повышенная сензитивность, склонность к рефлексии, повышенная ответственность, мнительность, обидчивость. У меньшей части – 3 девочек (25%) – отмечалось стремление к общению, повышенная чувствительность, тревожность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, отходчивость. Также имелись черты педантичности, брезгливости. И у 1 девочки (8%) –

наблюдались психастенические черты характера. Следует отметить, что личностные особенности всех девочек не превышали, как правило, уровень акцентуации и не мешали адаптации пациенток в социуме.

Таким образом, на основании вышеизложенного мы пришли к следующим выводам: по нашим данным РПП среди мальчиков не встречалось, а это подтверждает тот факт, что данному психическому расстройству подвержены больше девочки; чаще РПП встречаются у девочек подросткового возраста (15-17 лет); нами выявлена отчетливая связь между наличием отягощенного перинатального анамнеза и увеличением риска возникновения РПП; в настоящее время самую большую значимость в возникновении РПП имеют такие факторы риска, как: биопсихосоциальные факторы (школьный буллинг и кибербуллинг) и культуральные факторы. Оценивая эту связь, можно формировать меры профилактики и внедрять их в школьную среду. На основании результатов исследования можно сделать вывод, что типичная форма НА более благоприятна в плане диагностики, это обусловлено более ранней диагностикой. Важен комплексный подход в лечении детей с РПП совместно с такими специалистами, как: гинеколог, эндокринолог, диетолог, гастроэнтеролог, психотерапевт.

**Выявление гиперпролактинемии у амбулаторных пациентов, находящихся на поддерживающей терапии антипсихотиками**  
**Дербенева Н.А., Селезнева Н.В., Любченко М.В.**  
**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово.**

---

#### **Актуальность проблемы**

Повышение уровня пролактина – частый побочный эффект при использовании психотропных препаратов. Согласно литературным данным при краткосрочной терапии повышение уровня пролактина регистрируется у 80% пациентов (Laita P., Cafuentes A., Doll A., 2007), и у 30-70% – получающих длительное поддерживающее лечение (Bushe C., Shaw M., 2012). Помимо соматических проблем, связанных с гиперпролактинемией (повышение риска развития сахарного диабета 2 типа, остеопороза, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний), повышение уровня пролактина может способствовать терапевтической резистентности к психотропным препаратам,

может оказывать влияние на формирование депрессивной симптоматики у пациентов, страдающих шизофренией, что ведет к ухудшению терапевтического прогноза в целом (Мазо Г.Э., Никифорова Ю.С., Щедрина Л.В., 2015).

**Цели исследования:** выявление гиперпролактинемии у пациентов, находящихся на поддерживающей терапии антипсихотиками. Проведение анализа полученных результатов.

**Материалы и методы исследования:** в исследование были включены пациенты, страдающие хроническими психическими расстройствами и получающие поддерживающую терапию антипсихотиками. Методами исследования являлись клинические и клинико-лабораторные.

**Результаты и их обсуждения:** за июль-август 2024г в диспансерном отделении ГБУЗ ККПБ проводился забор крови на содержание пролактина у пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением и принимающих поддерживающее лечение антипсихотиками. Исследование проводилось лабораторией «Литех» ООО «Сиблабсервис». Норма содержания пролактина для мужчин от 53-360 мМЕ/л, у женщин 1 фаза цикла 95-700 мМЕ/л, 2 фаза 104-848 мМЕ/л, овуляторный пик 133,6-975,0 мМЕ/л и менопауза 40,3-537,0 мМЕ/л.

Всего было обследовано 102 человека.

Повышение уровня пролактина выявлено у 55% обследуемых (56 чел.). У остальных 45% (46 чел.) уровень пролактина не превышал нормативные показатели.

Был проведен анализ группы пациентов с повышенным уровнем пролактина (56 чел.).

Среди них у 82% (46 чел.) уровень пролактина не превышал 1000 мМЕ/л, выше 1000 мМЕ/л было выявлено у 18% (10 чел.).

По половой принадлежности: мужчин 52% (29 чел.) и женщин 27 человек, что составило 48%.

Все 56 человек страдают психическим расстройством в виде параноидной шизофрении. Терапию более года принимали 80% пациентов (45 чел.), менее года 20% (11 чел.). Антипсихотики первого поколения принимали 52% (29 чел.). В основном это были препараты пролонгированного действия (флуфеназин-депо, галоперидол-деканат). Атипичные антипсихотики принимало 48% пациентов (27 чел.).

Стоит отметить, что клинические проявления гиперпролактинемии были выявлены лишь у 18% (10 человек, 8 женщин и 2-е мужчин). У женщин ведущим жалобами была аменорея, повышение массы тела. Мужчины отмечали сексуальную дисфункцию. У всех 10 человек отмечалось повышение индекса массы тела (ИМТ).

**Выводы:** Проведенное исследование выявило повышение уровня пролактина у 55% пациентов, находящихся на поддерживающей терапии антипсихотиками. У женщин клинические проявления гиперпролактинемии встречались чаще, чем у мужчин. Повышение массы тела (как неспецифический симптом гиперпролактинемии) являлся ведущей жалобой большинства пациентов.

**Применение метафорических ассоциативных карт при ведении пациентов с невротическими расстройствами на базе**

**ГБУЗ ККПБ, обособленное структурное подразделение №1**

**Евдокимова Н.Н., Правилова Н.С., Ларионова А.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»**

**ОСП №1, Белово**

---

**Аннотация:** статья посвящена проблеме использования метафорических ассоциативных карт в лечении пациентов с невротическими расстройствами на базе Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» Обособленное структурное подразделение №1. Метафорические ассоциативные карты рассматриваются как современный инструмент, применяемый на всех этапах ведения пациентов.

Метафорические ассоциативные карты (МАК) как инструмент деятельности медицинского психолога начали активно использоваться в России в последнее десятилетие. Данная проективная методика применяется в различных областях психиатрии: консультировании, тренинговой и коррекционной работе.

Уникальность и универсальность таких карт обусловлена тем, что в основе техники лежат механизмы ассоциации и проекции, описанные еще в трудах З. Фрейда. В классическом психоанализе – процесс, посредством

которого собственные личностные качества, эмоции, переживания и т.д. индивида приписываются им другому человеку. Методики работы с МАК, можно разделить на активные, где пациенту возможно творить самому, и пассивные, где подразумевается взаимодействие с уже готовыми арт-объектами, в нашем случае это МАК.

Особенно хорошо работают МАК, при совместной работе врача-психиатра и медицинского психолога в ведении пациентов с диагнозом невротическое расстройство в амбулаторных условиях. Применение психотехники метафорических ассоциативных карт при совместной работе позволяет создать структурированную, самодостаточную и методологически обоснованную модель работы. Медикаментозное лечение назначается врачом-психиатром, психотерапия проводится медицинским психологом, в результате такого комбинированного подхода, редукция симптоматики происходит гораздо быстрее и эффективнее и как результат исключение повторного эпизода.

#### **Клинический пример 1:**

К врачу-психиатру обратилась молодая женщина 32 лет, которая потеряла третьего ребенка и не может пережить потерю. Жалобы: «все мысли в воспоминаниях», чувство вины, плаксивость, «ничего не радует». После сбора жалоб, анамнеза, осмотра и обследования выставлен диагноз из спектра расстройств адаптации. На данный момент принимает медикаментозную терапию (антидепрессант СИОЗС). Для проживания глубинных эмоций утраты врачом-психиатром было принято решение направить данную пациентку на консультирование к медицинскому психологу с использованием Метафорических ассоциативных карт.

Психотерапия проводилась в несколько этапов:

1 этап наблюдения/дистанцирования и 2 этапе инвентаризации – МАК как средство психодиагностики. Пациентка в открытую выбирала карты отвечая на вопросы медицинского психолога. Результат диагностики: глубоко подавленные чувства, снижение самооценки, потеря ориентира и цели в жизни.

На 3 этапе ситуативного поощрения и 4 этапе вербализации – как средство психотерапии была использована техника МАК – шкалирования.

Алгоритм работы:

Пациентка выбрала 6 карт, которые отзываются и описывают данную ситуацию. При помощи выбранных карт мы просим рассказать свою историю, интерпретируя каждую карту, затем просим оценить интенсивность переживаний по каждой карте по 10 балльной шкале:

1 карта – это описание ее чувств и надежд, связанных с ожиданием радости от рождения ребенка – 5 б;

2 карта – это чувства, которые у нее вызвала ситуация с преждевременными родами во время травмирующих событий – 10 б;

3 карта – это крушение всех надежд, и вынужденное проживание в палате со счастливыми роженицами – 10 б;

4 карта – это встреча с родственниками – 7 б;

5 карта – это обесценивание чувств пациентки близкими родственниками – 8 б;

6 карта – это состояние сейчас, когда потерял смысл и нет желания жить дальше – 9 б.

Переворачиваем карты, перемешиваем и снова открываем. Теперь предлагаем рассказать историю так, как рассказывают ее карты, расположенные в новом порядке. Просим оценить интенсивность карт при данной последовательности. Повторяем этот шаг еще один-два раза, каждый раз предлагая изложить свою историю так, как диктует ее новый порядок карт. С каждым новым рассказом, глубинные эмоции, постепенно начинают выходить в виде слез, проговаривания новых интерпретации случившегося, а также расширяется поле видения проблемы, ее разрешения, которые раньше были закрыты для понимания. Постепенно интенсивность эмоций падает, что отражается на шкалировании, это дает возможность почувствовать, что «все решается», сформированы новые, более адаптивные способы взаимодействия с окружающим миром. В завершение предлагаем достать карты из колоды и использовать их для сочинения нового конца своей истории, предлагаем найти новые экологичные пути выхода из ситуации.

**Вывод:** на данном примере видим, что техника проработки травмирующего события методом шкалирования интенсивности переживаний позволяет изменить восприятие ситуации, увидеть другие стороны в ситуации, и в своих переживаниях, а значит переосмыслить случившиеся и найти ресурсы жить дальше, жить по-другому. Врачом психиатром было отмечено, что психическое состояние улучшилось после

проведения психофармакотерапии (антидепрессант СИОЗС) и данного метода работы с МАК. Пациентка стала менее тревожной, чувство страха не отмечала, настроение выровнялось.

### **Клинический пример 2:**

Мужчина 48 лет, на прием к врачу-психиатру пришел из-за проблем с супругой, с которой разладились отношения. После сбора жалоб, анамнеза, патологии со стороны врача-психиатра не было выявлено, поэтому перенаправлен на консультацию к медицинскому психологу для работы над жизненными проблемами пациента.

На 1 и 2 этапе психотерапии использованы МАК. В результате проведения был выявлен сильнейший внутренний конфликт «хочу и надо» эмоциональная опустошенность и потеря собственного «Я», в результате травмирующей ситуации. На 3 и 4 этапе так же была выбрана техника МАК – шкалирования.

Предлагаем выбрать 6-7 карт:

1 карта – это состояние шока, когда он узнал, что жена общается с малознакомым мужчиной по телефону долгое время как с другом – 9 б;

2 карта – это мысли и сомнения в правдивости слов жены, упреки и постоянные придирки к ней – 10 б;

3 карта – это переоценка своей жизни, сомнения в себе – 10 б;

4 карта – это снижение самооценки, упадок физических и моральных сил – 8 б;

5 карта – вопрос что делать? «И жену люблю и верить ей больше не могу» – 10 б;

6 карта – внутреннее состояние опустошения – 10 б.

Перемешиваем карты и предлагаем рассказать историю так, как рассказывают ее карты, расположенные в новом порядке. Просим оценить интенсивность карт при данной последовательности. При проговаривании каждой части истории вдруг начинают открываться моменты, которые до этого были не доступны, эмоциональный накал падает.

В результате работы было принято решение продолжить работу над «внутренним Я», принять свои негативные, отрицательные эмоции, без включения внутреннего конфликта. Врачом-психиатром даны рекомендации по дальнейшему наблюдению.

**Выводы:**

Применение МАК практически не имеет ограничений, такие проблемы как: страхи, фобии, травмы любого характера, детские переживания, сложности самооценки, проблемы самоидентификации, отношений, формирование альтернативных моделей поведения решаются мягко в пациентоцентрированном подходе, а также способствуют созданию доверительной атмосферы в процессе совместной работы специалистов при комбинированном подходе к лечению пациентов в амбулаторных условиях.

**Гендерные и возрастные особенности проявления и течения расстройства адаптации**

**Ерёменко Я.Ю., Обеснюк О.А., Логачева Н.А.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

**Актуальность.** Расстройства адаптации являются одной из наиболее распространенных категорий психических заболеваний, существенно влияющих на качество жизни и функционирование индивидов. В научных работах делается акцент на гендерной и возрастной специфике психической адаптации. Женщин отличают высокие показатели тревоги и депрессии, эмоциональная неустойчивость и сенситивность. Мужчины же способны планировать действия в соответствии с целями и подавлять неприемлемые желания, мысли и чувства в ситуациях стресса.

Расстройства адаптации у молодых людей сопровождаются эмоциональной лабильностью, трудностями с концентрацией внимания. Их стрессоры связаны с сепарацией от родителей, с учебой и карьерой, личными отношениями, финансовой нестабильностью. Расстройство адаптации у людей среднего возраста проявляется через снижение работоспособности, подавленное настроение, повышенную тревожность, через раздражительность, соматические проявления. Стрессовые события связаны с карьерными кризисами, семейными проблемами, финансовыми трудностями, проблемами со здоровьем, кризисами середины жизни. Расстройства адаптации у пожилых людей сопровождаются наличием физических жалоб на необъяснимые боли, проблемы с пищеварением, постоянную усталость, слабость, упадок сил, нарушения сна. Часто

возникают когнитивные нарушения, социальная изоляция, апатия, потеря интереса к жизни, раздражительность, ворчливость.

**Цель исследования:** изучить гендерные и возрастные особенности проявления и течения расстройства адаптации у пациентов, проходивших лечение в условиях 5-6 отделения ГБУЗ ККПБ.

**Материал исследования.** В период с 01.01.2024 по 31.12.2025 гг. в отделении было обследовано и пролечено 1840 человек, из них с невротическими расстройствами 1008 пациентов. Среди этой группы 686 человек (68,1%) имели диагноз расстройства адаптации, соответствующий критериям МКБ-10 рубрикам: F43.0, F43.20, F43.21, F43.22, F43.23. Возраст пациентов, вошедших в группу исследования – от 18 до 74 лет.

Распределение пациентов по нозологическим формам:

| Диагнозы                                                              | Всего |       |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|-------|
|                                                                       | абс   | %     |
| F43.0 Острая реакция на стресс                                        | 4     | 0,58  |
| F43.20 Кратковременная депрессивная реакция                           | 29    | 4,23  |
| F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция                          | 141   | 20,55 |
| F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция                     | 268   | 39,07 |
| F43.23 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций | 244   | 35,57 |

Распределение пациентов по полу: женщины: 629 (91,7%), мужчины: 57 (8,3%). Видим, что преобладают лица женского пола, что характерно для когорты пограничного отделения. Как правило, расстройства адаптации у женщин нашего отделения были связаны с конфликтной обстановкой в семье, переживаниями за здоровье близких и проявлялись в виде неустойчивого фона настроения, тревоги, раздражительности, вспыльчивости, эмоциональной лабильности, плаксивости, диссомнических нарушений. У мужчин расстройства адаптации были связаны с конфликтными ситуациями и повышенной психоэмоциональной нагрузкой на рабочем месте, с увольнением и проявлялись подавленностью, сниженным фоном настроения, тревогой, замкнутостью, проблемами со сном.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: 1-я подгруппа – от 18 до 44-х лет (373 человека – 54,4%); 2-я подгруппа – от 45 до 59-ти лет (237 человек – 34,5%); 3-я подгруппа – от 60 до 74 лет (76

человек – 11,1%). Мы видим, что среди наших пациентов преобладают лица молодого и среднего возраста – 610 человек, а лица пожилого возраста составили 76 человек. Таким образом, проблемы психического здоровья максимальными оказались у личностей молодых, социально-активных.

Основными стрессорами для пациентов молодого возраста являлись сепарация от родителей, поступление в ВУЗ, трудоустройство, создание семьи, финансовая нестабильность. В клинической картине преобладали: неустойчивое настроение, импульсивность, раздражительность, тревога, проблемы со сном, рассеянность. Отличительными особенностями являлись импульсивность, обесценивание или отрицание наличия реальной проблемы в психическом состоянии. В лечении использовались психотерапевтические методы, мягкие противотревожные препараты и антидепрессанты, корректоры сна.

Основными стрессорами для пациентов среднего возраста являлись потеря работы, низкая оценка труда, выгорание, семейные проблемы, финансовые трудности, проблемы со здоровьем. В клинической картине преобладали жалобы на снижение работоспособности, подавленное настроение, повышенную тревожность, раздражительность, соматоформные и астенические проявления, проблемы со сном. В лечении использовались психотерапевтические методы, антидепрессанты, противотревожные препараты, амбулаторное наблюдение после выписки из стационара.

Основными стрессорами для наших пациентов пожилого возраста являлись смерть супруга, друзей, домашних животных, проблемы со здоровьем, выход на пенсию, финансовые трудности, ощущение одиночества и ненужности. В клинической картине преобладали соматоформные и астенические проявления, проблемы со сном, когнитивные нарушения, поведенческие изменения (социальная изоляция, потеря интереса к жизни), сниженный фон настроения, постоянное чувство тревоги. Отличительными особенностями являлись высокий уровень коморбидности, полипрагмазия, сниженная нейропластичность. В лечении использовались низкие дозы антидепрессантов или мягких противотревожных средств с учетом возможных побочных эффектов и взаимодействий с другими лекарственными препаратами, лечение сопутствующей соматической патологии.

**Выводы.** Исследование показало, что расстройства адаптации значительно влияют на качество жизни и функциональные возможности пациентов. Полученные данные подтверждают важность учёта гендерных и возрастных особенностей в развитии и течении данного расстройства. При выборе медикаментозных и психотерапевтических методов лечения стоит учитывать, что женщины отличаются высоким уровнем тревоги и депрессии, эмоциональной неустойчивостью и чувствительностью. Мужчины, в свою очередь, демонстрируют высокую степень рациональности и планирования действий.

Среди возрастных особенностей в развитии расстройств адаптации следует учитывать, что молодой возраст характеризуется интенсивностью и многообразием стрессовых событий, связанных с учебой, работой, созданием семьи и финансовой нестабильностью. Лечение включает преимущественно психотерапию и мягкие лекарственные препараты. Средний возраст отмечен высокими нагрузками в профессиональной и личной сферах, что вызывает депрессию, тревогу и раздражение. Пациенты нуждаются в длительной терапии антидепрессантами и регулярном наблюдении. Течение расстройств адаптации в пожилом возрасте характеризуется физиологическими изменениями, ведущими к снижению адаптивных способностей. Особенности симптоматики требуют индивидуального подхода к лечению с учётом сопутствующей патологии и лекарственных взаимодействий.

**Применение клинических рекомендаций в практике  
медицинского психолога отделения психосоциальной  
реабилитации**

**Иванченко Е.В.**

**ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница»,  
Прокопьевск**

---

В 2018 г. в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21.11.2011) были внесены изменения и дополнения, которые фактически поднимают статус клинических рекомендаций на принципиально новый уровень в организации медицинской помощи населению.

Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Регламентирует эти изменения Федеральный закон от 25.12.2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций».

В пункте 23 статьи 2 нового Федерального закона дано определение: «Клинические рекомендации – документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, а также иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи».

Таким образом, клинические рекомендации должны стать эффективным инструментом, позволяющим внедрить научно доказанные подходы по всем аспектам ведения пациента с определенным заболеванием не только для лечащего врача, но и для других специалистов, участвующих в реабилитации и диагностике, в том числе и для медицинских психологов.

Согласно статье 37 Федерального закона №323 клинические рекомендации имеют особенности принятия и правовой статус.

- Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям.
- Рекомендации утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.
- Пересматриваются не реже одного раза в 3 года.

- Клинические рекомендации размещаются на официальном сайте уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сети «Интернет» – официальный сайт Министерства здравоохранения РФ «Рубрикатор клинических рекомендаций».

Рассмотрим, как применяются клинические рекомендации в работе медицинского психолога отделения психосоциальной реабилитации. Одно из направлений деятельности медицинского психолога в отделении в соответствии с приказом МЗ РФ №668-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» является осуществление психосоциальной реабилитации лиц с проблемами социального функционирования и адаптации в социальной среде вследствие развития и прогрессирования у них психических расстройств.

Остановимся подробнее на реабилитации больных шизофренией. Согласно рубрикатору клинических рекомендаций, она состоит из психосоциальных воздействий и реабилитации и направлена на формирование или восстановление недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков, знаний, умений взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъяном социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакологией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга стратегии. Психосоциальная работа может осуществляться на любом этапе оказания медицинской помощи.

Перед началом вмешательства рекомендуется определить характер и степень социальной дезадаптации, нуждаемость в той или иной конкретной форме психосоциального воздействия, сформулировать цель каждого вмешательства с определением временного периода. Рекомендуются групповые формы работы.

В зависимости от показаний рекомендуется проводить следующие виды психосоциальных лечебно-реабилитационных воздействий:

- Психообразование
- Тренинг социальных навыков
- Семейная терапия

- Программы поддерживаемого трудоустройства
- Когнитивно-поведенческая терапия

Подробнее хочу остановиться на тренинге социальных навыков, которые проводятся в нашем отделении. Группы формируются открытые – до 10 человек. Состав группы согласовывается с лечащим врачом. Противопоказания – этапы острого психоза с дезорганизацией поведения, выраженный когнитивный дефект. Тренинг проводится медицинским психологом с участием специалиста по социальной работе.

Цель тренинга – улучшение качества жизни пациентов посредством восстановления или приобретения социально-бытовых навыков и умений, необходимых для независимого проживания, а также улучшения способности правильной переработки информации с умением давать на неё социально адекватную реакцию в соответствующих ситуациях. Структура тренинга – беседы и освоение практических навыков, проведение поведенческих тренировок с позитивным подкреплением. Занятия продолжительностью 45 минут проводятся два раза в неделю.

Рубризатор клинических рекомендаций приводит данные, что в результате проведённого мета-анализа, включавшего 23 контролируемых клинических исследования с участием 1521 человека, сделан вывод об эффективности тренинга относительно улучшения социального функционирования больных. Уровень достоверности доказательств этого тренинга I, уровень убедительности рекомендации – В. Проводимый нами тренинг по развитию социальных навыков полностью соответствует клиническим рекомендациям и является эффективной формой реабилитации. Таким образом, можно говорить о том, что деятельность медицинского психолога регламентирована законодательством РФ и клиническими рекомендациями, которые помогают использовать наиболее эффективные и доказанные формы психосоциального воздействия для реабилитации больных.

## **К вопросу о формировании аффективных особенностях у детей, имеющих РАС**

**Ирмухамедов Т.Б.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, Ташкент**

---

**Актуальность.** Исследования последних лет демонстрируют чрезвычайный интерес в изучении закономерностей психического развития. Что является, безусловно, важным аспектом для всеобъемлющего подхода в изучении расстройства аутистического спектра. Исследования, которые последовательно развиваются в данном направлении, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме связаны с первичной недостаточностью аффективной сферы [4,5,8]. Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания [1,3,9]. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до манифестных проявлений синдрома во всей его полноте [2,10,11]. При расстройствах аутистического спектра трудности аффективного развития в раннем возрасте предшествуют и обуславливают первичные нарушения в формировании психических функций [4,6,7].

**Цель исследования** – изучить клинико-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

**Материал и методы исследования.** В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-патопсихологический, психометрический методы исследования. Для оценки признаков РАС был использован адаптированный опросник для родителей детей с РАС. В ходе работы было обследовано 57 детей, имеющих РАС в возрасте от 7 до 14 лет. Критериями включения в исследование являлось: наличие аутистических расстройств, стационарное, амбулаторное наблюдение на момент обследования, верифицированный диагноз.

Дети с РАС обучались в массовой школе, либо в специализированных учебных заведениях, иногда обучение проводилось в индивидуальной форме. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 57 практически здоровых детей. Эту группу составили учащиеся массовой школы в возрасте от 7 до 14 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе.

**Результаты исследования.** Так, результаты проведенного исследования показали следующее: задержка спонтанной речи наблюдается у 46,2 % детей в возрасте 6-9 лет. До 14 лет искажения речевого развития сохраняются у 12,5% детей, постепенно снижаясь до 8,7% в возрастной группе до 11 лет, подростки старше 11 лет имеют подобные нарушения в 34,3% случаев, различия показателей, достоверность которых оставила ( $p < 0,001$ ). В зависимости от пола зарегистрированы следующие показатели: у девочек 6-9 лет речевая задержка встречается в 68,4%, а у мальчиков этого возраста в 73,6%, от 7 до 10 лет сохраняется почти одинаково, что составляло у 41,5% мальчиков и 39,2% девочек. Среди подростков до 12 лет речь формируется у 25,5% девочек и 36,4% мальчиков. Также необходимо отметить, что у девочек и мальчиков в возрасте до 12 лет выраженность нарушений почти равная, а после 12 лет наиболее стойкое недоразвитие речи сохраняется гораздо выше у мальчиков. Нарушение или отсутствие ролевых и имитационных игр у детей до 10 лет встречается в 25,7% случаев, игровая деятельность у ребенка с расстройством аутистического спектра формируется трудно, что отражают вышеописанные данные. В старшей возрастной группе нарушение речи составило среди таких 65,4% больных детей. Речь со стереотипиями, а также автономная речь в свою очередь может значительно быть барьером в адаптационном периоде у детей в детских школьных учреждениях, или же в других детских коллективах. В возрастной группе детей до 12 лет такие же нарушения составили такие показатели: в 33,6% случаев, а в возрастной группе до 14 лет повторяющаяся речь наблюдалась почти в 62,4% случаев. Так, у детей до 14 лет наблюдается в 42,2% случаев, а у детей и подростков старше 12 лет – в 52,7%. Спонтанная речь отмечается почти у 38,7% девочек до 12 лет и выявляется в этом же

возрасте у 43,4% мальчиков. К 14 годам уже 41,3% девочек имеют тенденции придерживаться определенного порядка, а у мальчиков эта тенденция составляет до 43,2%. После 12 лет сохраняются специфические паттерны в поведении более, чем 51,2% мальчиков. Стереотипные изменения в поведении составили выраженные показатели у 34,2% детей в возрастных группах до 12 лет, а вот уже в возрасте 14 лет их выраженность составила почти 47,4%.

**Выводы.** Таким образом, можно сделать заключение о том, что вследствие аффективных расстройств возникают трудности адаптации детей с аутистическими расстройствами, проявляющиеся нарушением эмоционального контакта, ограниченностью способов взаимодействия с близкими. Трудности произвольной организации внимания и соответственно формирования совместно разделенных действий, отсутствием исследовательской активности, что проявляется, прежде всего, в особой легкости возникновения дискомфорта, порождающего стойкие амбивалентные переживания и страхи.

#### Список литературы

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. 2006. № 2. С. 82-92.
2. Баенская Е.Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма // Дефектология. 2008. № 4. С. 11-19.
3. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Хрестоматия по возрастной психологии. Ч.1. / Ред.-сост. О.А. Карабанова, А.И. Подольский, Г.В. Бурменская. М.: Российское психологическое общество, 1999. 360 с.
4. Lovaas O.I. Teaching Developmentally Disabled Children. The ME Book. Baltimore: University Park Press.
5. Ирмухамедов Т. Б. Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами // Российский педиатрический журн. 2019. № 5. С. 284-285.
6. Abdullaeva, Vasila K. Premorbid features of patients with paranoid schizophrenia with concomitant cerebral hemodynamic disorders // Eur J Molecular & Clinical Medicine. 2020: 2320-2327.

7. Ирмухамедов Т. Б. Особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими нарушениями // Новый день в медицине. – 2019. – №. 2. – С. 160-163.
8. Irmuhamedov, Temur B., et al. Clinical and psychopatological characteristics of vascular diseases of brain in patients with paranoid schizophrenia // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021: 13080-13085.
9. Irmuhamedov, T. B., Abdullaeva V. K. Paranoid schizophrenia and predictors of for-mation of the pathological hobbies // Neurodynamics. Journal of clinical psychiatry and psychiatry. 2018. 02 (58): 81-85.

**Медико-социальная экспертиза при деменции за 2023-2025 гг. при освидетельствовании лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения ФКУ «ГБ МСЭ по Орловской области» Минтруда РФ**

**Капишникова О.В., Луканина Е.С.**

**КЭРД ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Орловской области» Минтруда РФ, Орёл**

---

Поддержание психического здоровья и благополучия населения стало важной задачей в мире и одной из целей в области устойчивого развития. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), из 870 млн человек, проживающих в Европейском регионе, около 100 млн человек испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн человек страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя; свыше 7 млн человек – болезнью Альцгеймера и другими видами деменции; около 4 млн человек – шизофренией; 4 млн человек – биполярными аффективными расстройствами и 4 млн человек – паническими расстройствами.

В настоящее время насчитывается более 35,6 миллионов человек с деменцией, это количество грозит удвоением к 2030 году. Глобальное распространение деменции, высокий уровень инвалидизации вследствие заболевания, разрушительное влияние для лиц, осуществляющих уход, социальная дезадаптация пациентов, дорогостоящее лечение представляет собой существенную проблему для общественного здравоохранения.

Право на здоровье является основной миссией Всемирной организации здравоохранения и лежит в основе усилий по обеспечению всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Основой этого является сильная система здравоохранения, основанная на первичной помощи, которая обеспечивает научно-обоснованные, ориентированные на человека услуги, уважающие человеческие ценности и предпочтения.

На лиц с психическими расстройствами приходится непропорционально более высокая доля инвалидности и смертности.

В структуре первично признанных инвалидами среди лиц с различными формами деменции первое ранговое место занимает сосудистая деменция с тенденцией к росту показателя с 58,8% в 2023 году до 70,7% в 2025 году. Второе ранговое место в 2023 году занимает деменция при болезни Альцгеймера с уменьшением доли инвалидов вследствие данной патологии с 20,6% в 2023 году до 8,5% в 2025 году. Остается стабильно высокой доля впервые признанных инвалидами, страдающих деменцией в связи со смешанными заболеваниями и занимает второе ранговое место в 2024 и 2025 годах (18,3% и 13,4% соответственно). Стабильно невысока доля впервые признанных инвалидами вследствие сенильной деменции. Из лиц, группа инвалидности которым была определена бессрочно, период наблюдения и лечения у психиатра составил от 1 года до 5 лет. Среди лиц, группа инвалидности которым была определена со сроком, во всех случаях период наблюдения психиатром составил 6 месяцев и менее.

Для диагностики сосудистой деменции приоритетным является исследование когнитивных способностей, прежде всего, на способности пациента выражать свои мысли с помощью речи, то есть на способности вербальной коммуникации. Поэтому проведение полноценного психодиагностического интервью с пациентом может быть затруднено или резко ограничено в связи с его отказом от контакта или неспособностью участвовать в вербальном обмене не только вследствие деменции, но и иных причин, таких как глухота, дисфазия, транзиторные изменения сознания, дисфорические состояния. Все это затрудняет диагностику, может привести к неверной оценке степени действительного снижения когнитивных функций и повлечь наступление неблагоприятных для пациента социальных последствий. Поэтому с целью улучшения качества диагностики при обследовании пациента пожилого возраста целесообразно выяснить

когнитивные способности не только в беседе и путем вербального тестирования, но и в практических действиях в реальных ситуациях.

Для психометрической объективизации дементного синдрома применяются шкалы для квантификации когнитивных расстройств при деменции: Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов, батарея лобной дисфункции, а также шкалы для оценки клинической степени выраженности деменции (GDS), шкала тяжести деменции (CDR). Популярным инструментом для отграничения сосудистой деменции от деменции альцгеймеровского типа является ишемическая шкала Хачинского, которая входит в оригинальном варианте или модифицированной форме в набор шкал при исследовании деменции позднего возраста.

Для экспериментально-психологического исследования нарушений памяти и работоспособности с диагностической целью используются общеизвестные таблицы Шульте, Крепелина, корректурная проба, тест Векслера для исследования памяти.

Другой проблемой дифференциальной диагностики являлось отграничение интеллектуально-мнестического дефицита у больных сосудистой деменцией от когнитивного дефицита пожилых лиц с депрессивными расстройствами, который в англоязычной и немецкой литературе принято определять как «псевдодеменцию». Депрессивное торможение психических функций, сочетающееся с расстройством памяти и снижением продуктивности лиц пожилого возраста, создает определенное феноменологическое сходство с состоянием деменции.

Согласно предоставленной меддокументации, ряд пациентов ранее непродолжительно наблюдались у невролога по поводу болезни Альцгеймера и в дальнейшем направлены на МСЭ врачом-психиатром с диагнозом F.00-F.02. Лечение нейропротекторами и сосудистыми препаратами замедлило процесс ухудшения состояния, на момент освидетельствования состояние психических процессов не достигло полного распада. Установлено 90% нарушения психических функций при ОЖД третьей степени не более трех в сочетаниях: способность к общению+способность в трудовой деятельности, способность к контролю за поведением+способность к трудовой деятельности, способность к самообслуживанию+способность к общению+способность к трудовой деятельности.

Резкое ухудшение психического состояния вследствие вирусного заболевания, наличие, в том числе, бредовой симптоматики и лечение антипсихотическими препаратами в условиях психиатрического стационара усложнили клиническую картину, при этом не исключая возможность улучшения состояния на фоне коррекции лечения. Установлено 90% нарушения психических функций при ОЖД третьей степени в сочетаниях: способность к общению+способность к трудовой деятельности, способность к контролю за поведением+способность к трудовой деятельности+способность к самообслуживанию.

Лица, страдающие последствиями перенесенного ишемического инсульта менее года назад, на момент освидетельствования находились в стационарных учреждениях, не исключалась возможность улучшения состояния на фоне коррекции лечения. Установлено 90% нарушения психических функций при ОЖД третьей степени в сочетаниях: способность к общению+способность в трудовой деятельности, способность к контролю за поведением+способность к трудовой деятельности+способность к самообслуживанию.

Выводы.

1. В 2024 и 2025 годах среди лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения деменция явилась основной инвалидирующей патологией.
2. Среди впервые признанных инвалидами с различными формами деменции первое ранговое место занимает сосудистая деменция, в 100% случаев устанавливалась первая группа инвалидности.
3. При установлении срока инвалидности учитывался срок наблюдения у психиатра, эффективность проводимого лечения, компенсаторные возможности.
4. Трудности дифференциальной диагностики отграничение интеллектуально-мнестического дефицита при сосудистой деменции от когнитивного дефицита пожилых лиц с депрессивными расстройствами.

**Взаимосвязь социальных факторов и качества ремиссии  
пациентов шизофренического спектра**

**Киселев Д.И., Логачева А.А., Бубнова О.А.**

**ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»,  
Тамбов**

---

**Актуальность.** Пациенты, страдающие шизофренией, составляют около 40% от общего числа стационарируемых психически больных и 70% от всех лиц, госпитализированных с психозами (Гурович И.Я. и др., 2013). Проблема качества ремиссии, профилактики рецидивов, их раннего купирования является одной из наиболее актуальных проблем в процессе лечения и реабилитации больных шизофренией.

**Цель исследования:** изучить влияние социальных факторов на качество ремиссии пациентов с шизофренией.

**Материал и методы исследования:** проанализированы клинические и социальные особенности пациентов с диагнозом шизофренического спектра, находящихся на лечении во 2 отделении ОГБУЗ «ТПКБ».

**Результаты и обсуждение.** В исследовании приняли участие 26 человек с диагнозом «шизофрения», находящихся на лечении в психиатрическом отделении. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 7 пациентов, имеющих изменения в ремиссии в течение последних 5 лет. Вторую группу составили 19 пациентов без существенных изменений течения ремиссии. В обеих группах возраст пациентов варьировался от 30 до 58 лет, длительность заболевания составила более 10 лет. Большинство имели 2 группу инвалидности. При поступлении у всех пациентов отмечалось обострение хронического психического расстройства, что выражалось суммарным баллом по шкале PANSS в первой группе – 231, во второй группе – 265. Преимущественными проявлениями в клинической картине во всех случаях были психопродуктивная симптоматика (бред, галлюцинации) и эмоционально-волевые нарушения, характеризующиеся изменениями поведения. Изучение социальной сферы показало, у всех пациентов первой группы произошли изменения в социальном окружении в виде замены опекуна или смены места жительства с переходом под надзор другого родственника. В 3-х случаях это способствовало устойчивости ремиссии и повышению показателей социального функционирования. У 4-х

пациентов отсутствие необходимого контроля со стороны родственников способствовало повышению количества госпитализаций. В одном из случаев – это стало основой для совершения тяжкого правонарушения. У пациентов второй группы в социальной сфере существенных изменений не выявлено. В отделении пациенты обеих групп получали комплексную терапию: фармакологическое лечение осуществлялось согласно клиническим рекомендациям преимущественно препаратами группы нейролептики, в том числе, в ряде случаев, пролонгированного действия. Проводились психообразовательные занятия, психокоррекционная работа, реабилитационные мероприятия, симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний. В результате проводимого лечения отмечалась редукция симптоматики по шкале PANSS. Причем наибольшая редукция наблюдалась у 42,8% пациентов первой группы и 31,6% второй группы. Общими факторами в этих случаях были достаточный уровень комплаентности и благоприятные семейные отношения.

**Выводы** Данное исследование показывает прямую зависимость качества ремиссии пациентов с заболеваниями шизофренического спектра от уровня комплаентности и социального окружения. Поддержка со стороны близких, отсутствие стигматизации и благоприятные условия жизни способствуют формированию критики к болезни и более высокому реабилитационному потенциалу.

### **Гимнастика для мозга в абилитации ребенка с перинатальной патологией центральной нервной системы**

**Коновалова А.В.<sup>1</sup>, Колтунова А.А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк**

**<sup>2</sup> Новокузнецкий институт (филиал ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»), Новокузнецк**

---

Актуальность работы обусловлена большой распространенностью нарушений речевого развития среди детского населения страны. Во многих случаях недоразвитие речи не является первичным дефектом, а выступает в качестве вторичного по отношению к сенсорным нарушениям, задержке

интеллектуального развития, проблемам в моторной и эмоциональной сферах. Часто первичные нарушения речевого развития сопутствуют другим первичным нарушениям: зрения, слуха, интеллектуального, эмоционального развития, связанным с перинатальной патологией центральной нервной системы (ЦНС).

Речь относится к высшим психическим функциям. С её появлением связано формирование второй сигнальной системы и новый виток развития мозга. Речь современного человека – инструмент познания мира, способ организации психических процессов. Поэтому для развития мышления ребенку необходимо формировать речь.

В первый год жизни ребенка в ЦНС продолжают процессы созревания и дифференциации нейронов, миелинизации нервных путей. Это возраст особенно важен для стимуляции созревания мозга, стимуляции базиса речи у детей. Особую актуальность приобретает эта работа для детей с перинатальной патологией ЦНС.

Сегодня логопедическую работу, как правило, начинают в возрасте четырех-пяти лет, в то время как сензитивный период речевого развития приходится на ранний возраст. Но начать проводить гимнастику для мозга можно гораздо раньше. Доказано ее стимулирующее действие на развитие высших отделов ЦНС.

**Цель:** оценить эффективность использования гимнастики для мозга в авторской редакции для стимуляции психомоторного и предречевого развития детей первого года жизни.

**Материал и методы.** Наблюдали 8 детей в возрасте от недели до 3-х лет с последствиями перенесенной гипоксически-ишемической энцефалопатии, минимальной мозговой дисфункцией. Детей разделили на 2 группы. С детьми первой группы (4 человека) занимались обычной гимнастикой для соответствующего возраста. С детьми второй группы (4 человека) в занятия дополнительно вводили гимнастику для мозга, которую модифицировали для детей первого года жизни.

Занятия начинали с момента обращения: у двоих детей – со второй недели жизни, у двоих – с шестой. Объем физических нагрузок согласовывали с участковым педиатром.

Занятия с детьми проводил значимый взрослый (во всех наших наблюдениях им оказалась мама), которого обучали и давали памятку с

подробным описанием упражнений и методики проведения занятий. Гимнастику для мозга делали 3 раза в неделю во время утренних процедур. После полугода в процессе выполнения упражнений проговаривали «потешки», считалки чтобы усилить положительный эмоциональный отклик на занятие у ребенка.

При построении комплексов физических упражнений учитывали, что филогенетически древние системы более устойчивы к повреждающим воздействиям и созревают раньше, чем более молодые. Поэтому активировали анализаторы в порядке их эволюционного возникновения. Сначала выполняли наиболее простые односторонние движения, затем – перекрестные движения без пересечения средней линии, третьим этапом – движения с пересечением средней линии. Когда эти упражнения давались детям легко, включали в работу зрительный и слуховой анализаторы, добавляя яркие или звучащие предметы.

На начальных этапах количество повторений каждого упражнения ограничивалось возможностями ребенка. Не допускали утомления, утраты интереса к занятию, отказа от выполнения упражнений. Если ребенок быстро истощался, терял интерес к занятиям, начинали с одного-двух упражнений и 2-3-х повторов с постепенным увеличением продолжительности занятия по мере возрастания тренированности ребенка. Очередность формирования звуков определялась таковой в онтогенезе.

До освоения ребенком самостоятельного удержания позы сидя занятия проводили в положении лежа, удерживая ребенка за кисти. Затем занимались в положении сидя, ребенку в руки давали кольца, держась за которые, мама помогала ребенку выполнять движения, направляла и исправляла их. Ближе к году упражнения фонетической ритмики выполняли под «потешки» с акцентом на соответствующие звуки.

**Результаты.** Через три месяца после начала занятий дети экспериментальной группы начали активно повторять предлагаемые звуки в ходе выполнения заданий. Они активно реагировали на звуки [a], [o] при помощи двигательных реакций и вокализации с попытками повторить их без сопутствующей кинестетической стимуляции. В дальнейшем данная тенденция распространилась на все остальные звуки, формируемые в ходе занятий в соответствие с онтогенетическим признаком.

Активное реагирование и концентрация внимания на речевых звуках способствовали развитию произвольности поведения и формированию навыков совершать действия не только по подражанию, но и по словесной инструкции, что наблюдалось ближе к возрасту 9 месяцев у всех детей экспериментальной группы.

В возрасте трех лет проведена оценка фонетического восприятия и дифференциации близких по звучанию звуков и слов. Дети экспериментальной группы справлялись с заданиями на уровне здоровых детей и показывали значительно лучшие результаты по сравнению с детьми из контрольной группы. Последние демонстрировали худшую концентрацию внимания, плохое понимание обращенной речи, затруднения в дифференциации близких по звучанию слогов и слов.

**Обсуждение.** Членораздельная речь – одна из самых молодых функций, не отшлифованных эволюцией. Она очень уязвима. В то же время, в понимании и производстве речи участвует практически вся кора больших полушарий. Даже небольшая перинатальная патология ЦНС ставит под угрозу правильное и своевременное формирование речи.

Стимуляция созревания мозга наиболее эффективна на первом году жизни, когда ЦНС наиболее пластична. Дети первого года жизни с патологией ЦНС не отличаются крепким здоровьем, быстро истощаются, поэтому адекватны короткие занятия, вызывающие у ребенка положительные эмоции. Работу необходимо проводить постоянно. Самый оптимальный вариант занятий – дома с мамой, прошедшей специальное обучение.

Как показал наш небольшой опыт, регулярное выполнение простых физических упражнений, стимулирующих развитие ЦНС на положительном эмоциональном фоне в привычной для ребенка обстановке, способствует психомоторному и предречевому развитию.

**Заключение.** Таким образом, занятия гимнастикой для мозга в домашних условиях в течение первого года жизни благотворно сказываются на психомоторном и предречевом развитии ребенка.

## **Гипотимия при синдроме зависимости от алкоголя**

**Кратовский А.Ю., Стрелковский М.Д.**

**ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Кемерово**

---

### **Аннотация**

Гипотимические состояния являются распространенным компонентом психопатологической картины алкогольной зависимости. Снижение настроения у пациентов данной категории может быть связано с алкогольной интоксикацией и абстинентным синдромом, постабстинентными расстройствами либо отражать наличие самостоятельного аффективного заболевания. Разграничение указанных состояний имеет принципиальное значение для определения дальнейшей лечебной тактики и прогноза ремиссии. [3]

### **Введение**

Алкогольная зависимость характеризуется не только патологическим влечением к алкоголю, нарушением контроля его употребления и формированием синдрома отмены, но и широким спектром эмоциональных и поведенческих нарушений. Одним из наиболее частых проявлений является снижение настроения, которое может иметь различную степень выраженности – от кратковременной гипотимии и астенизации до клинически очерченного депрессивного эпизода. [1]

Особую диагностическую проблему представляет наличие депрессивноподобной симптоматики в период алкогольного абстинентного синдрома. Вместе с тем у части пациентов аффективные нарушения сохраняются после стабилизации состояния. Российские исследования демонстрируют клиническую неоднородность сочетания алкогольной зависимости и аффективных расстройств, а наличие коморбидной аффективной патологии может сопровождаться более сложным течением заболевания и меньшей выраженностью терапевтической динамики. [2]

**Цель исследования** – определить частоту сохранения гипотимической симптоматики после купирования алкогольного абстинентного синдрома у

пациентов с алкогольной зависимостью и оценить клиническое значение данного феномена.

### **Материалы и методы**

Исследование проведено на базе наркологического отделения № 3 ГБУЗ ККНД в 2024 году.

В исследование включены 87 пациентов с алкогольной зависимостью, находившихся на стационарном лечении. Всем пациентам проводилось клиничко-психопатологическое обследование с оценкой эмоционального состояния, характера и выраженности аффективных нарушений.

Первичная оценка осуществлялась при поступлении пациента в стационар. Повторная оценка проводилась после купирования основных проявлений алкогольного абстинентного синдрома. Такой подход позволял оценить динамику аффективной симптоматики и дифференцировать преходящие проявления, непосредственно связанные с абстиненцией, от более устойчивой гипотимии.

### **Результаты**

В обследованной выборке из 87 пациентов на этапе поступления широко была представлена депрессивноподобная симптоматика. У 23 из 87 пациентов после купирования абстинентного синдрома сохранялась гипотимическая симптоматика, что составило 26,4% обследованной выборки.

### **Интерпретация данных**

Таким образом, приблизительно у двух третей пациентов выраженность первоначальных эмоциональных нарушений после стабилизации состояния уменьшалась, либо они переставали определять клиническую картину. Сохраняющаяся гипотимия при этом представляла особый клинический интерес, поскольку ее наличие после купирования абстинентного синдрома уже не может объясняться исключительно острыми проявлениями синдрома отмены.

Полученные данные свидетельствуют о выраженной клинической неоднородности депрессивноподобных состояний при алкогольной зависимости. Наличие гипотимии в первые дни лечения не является достаточным основанием для диагностики самостоятельного депрессивного расстройства. Вместе с тем сохранение симптоматики после купирования абстиненции требует дальнейшего обследования.

Особое значение имеет тот факт, что аффективная симптоматика может быть связана с мотивацией употребления алкоголя. У пациентов с коморбидной патологией алкоголь может использоваться не только для получения удовольствия, но и как средство субъективной коррекции эмоционального состояния.

С практической точки зрения это позволяет рассматривать сохраняющуюся гипотимию как потенциально значимый фактор риска нестабильности ремиссии.

### **Заключение**

Полученные результаты подтверждают неоднородность депрессивноподобных состояний при алкогольной зависимости. Значительная часть эмоциональных нарушений, выявляемых при поступлении, регрессирует по мере купирования абстинентного синдрома, тогда как у трети обследованных сохраняется гипотимия, требующая дальнейшей клинической оценки.

Перспективным направлением дальнейших исследований является изучение связи сохраняющейся гипотимии с длительностью ремиссии, патологическим влечением к алкоголю и частотой рецидивов при последующем катамнестическом наблюдении.

### **Список литературы**

1. Рощина О.В., Розин А.И., Счастный Е.Д., Бохан Н.А. Клиническая характеристика и эффективность антидепрессивной терапии аффективных расстройств при коморбидности с алкогольной зависимостью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 4. С. 32–43.
2. Бохан Н.А., Мандель Б.Р. Коморбидность алкогольной зависимости и аффективных расстройств: клинко-патогенетические и терапевтические аспекты // Психическое здоровье. 2018. Т. 16, № 7. С. 10–17.
3. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Клиническая наркология. М.: МИА, 2011. 496 с.

**Особенности социального функционирования лиц молодого  
возраста с тревожно-депрессивными расстройствами**

**Кривошапова Т.Н., Логачева А.А.**

**ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»,  
Тамбов**

---

**Аннотация.** В России отмечается рост заболеваемости непсихотическими расстройствами. Изучение проблем социального функционирования лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) показало влияние на развитие заболевания сочетания неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов. Психокоррекционная работа будет способствовать повышению уровня социальной адаптации молодых лиц с ТДР.

**Введение.** Распространенность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и их тяжелые последствия делают особенно актуальной задачу разработки эффективных методов терапии [1]. Молодые люди с ТДР проживают свои продуктивные годы с плохим здоровьем и низким качеством жизни. Из-за высокой тревожности и низкой коммуникации снижается показатель социального функционирования. Это приводит к проблемам в учебе/работе, межличностных отношениях, развитию вредных привычек и зависимостей [2]. Для улучшения результатов лечения необходим глубокий анализ сложившейся ситуации. Целью нашего исследования стало изучение влияния неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов на развитие ТДР у лиц молодого возраста. Полученные данные необходимы для проведения психокоррекционной работы с пациентом.

**Актуальность.** В России отмечается значительный рост показателей заболеваемости расстройствами непсихотического характера. По данным Росстата, с 2020 по 2024 год заболеваемость депрессиями, стрессовыми и тревожными расстройствами выросла на 21,5% [3].

**Цель:** выявить проблемы социального функционирования у лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами.

**Материал и методы исследования:** проанализированы социально-клинические особенности пациентов 18-35 лет, проходивших лечение в дневном стационаре ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

**Результаты и обсуждение.** В исследовании приняли участие 42 человека, из них 14 мужчин и 28 женщин. У 52% исследуемых первичное обращение к врачу-психиатру зафиксировано менее года назад, однако сами пациенты считали начало заболевания значительно раньше, в среднем от 3-х лет. Отрицательное отношение в семье пациента к факту наличия заболевания и стигматизация приводили к более позднему обращению за квалифицированной помощью, что усугубляло имеющиеся психосоциальные проблемы. Большинство исследуемых не имели долгосрочных личных отношений. В браке/гражданском браке состояло 30,9%, в разводе – 4,8%. Настораживает факт, что только 9,5% имели детей. При этом 71,4% выразили стойкое отрицательное отношение к возможности наличия в будущем собственных детей. Имели постоянный заработок 12 пациентов, но спецификой и условиями работы были удовлетворены всего 5 человек. Остальных работа не устраивала по целому ряду показателей, однако никаких изменений они не планировали. Обучались в высших или средних специальных учреждениях 19 человек, но большинство из них отмечали неудовлетворенность выбранной специализацией в учебном заведении, поскольку выбор за них сделали родители. Остальные 26,2% перебивались случайными заработками или вели иждивенческий образ жизни. Все исследуемые имели внутриличностные конфликты, связанные с потребностью в посторонней помощи, необходимостью подчинения, страхом неудач, отсутствием жизненных целей и установок, низкой направленностью на преодоление трудностей. Сложные взаимоотношения в семье и социуме в сочетании с психологическими особенностями личности способствовали развитию тревожности. Низкие навыки социальной коммуникации приводили к восприятию себя недооцененными, не способными нравиться окружающим, что стимулировало развитие депрессивных проявлений.

**Выводы.** Сочетание неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов способствовало развитию тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста. Данная группа пациентов нуждается в психокоррекционной работе. Психологическая поддержка повышает возможности социальной адаптации пациентов с ТДР. Психосоциальная работа должна проводиться не только с самим пациентом, но и с его семьей на основе биопсихосоциального подхода. Улучшение эмоционального климата в семье благоприятно влияет на течение

заболевания, повышение социальной компетентности и социального функционирования.

#### Список литературы

1. Джамантаева М.Ш., Сулейменова А.А., Бойко В.С., Маркаев А.В. и др. Некоторые клинико-психопатологические особенности смешанных тревожно-депрессивных расстройств. Современные подходы к терапии // Психиатрия и неврология. 2017. № 3. С. 117-129.
2. Краснова В. В., Холмогорова А. Б. Социальная тревожность и её связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011; № 3. С. 49–58.
3. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение в России. 2025. М., 2025. 149 с.

### **Генетическая архитектура фибромиалгии: плейотропия с психиатрическими расстройствами (биоинформатический подход)**

**Крылов А.В., Павлова Н.И., Бочуров А.А.**

**ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем», Якутск**

---

**Актуальность.** Фибромиалгия (ФМ) – хронический синдром, характеризующийся распространённой мышечно-скелетной болью, усталостью, нарушениями сна и когнитивными нарушениями; распространённость оценивается в 2-8% населения, около 80% пациентов – женщины. Диагностика ФМ основывается на субъективных критериях при отсутствии специфических лабораторных биомаркеров, что обуславливает затяжной диагностический поиск и дискуссии о нозологической самостоятельности синдрома. Для ФМ характерна высокая психиатрическая коморбидность: депрессивные расстройства выявляются у трети пациентов (пожизненная распространённость большого депрессивного расстройства достигает 65%) (Munipalli B. et al., 2023; Loge-Hagen J.S. et al., 2019), тревожные расстройства – примерно у 61% больных (Rahangdale A. et al., 2005). Семейные и близнецовые исследования указывают на генетическую

предрасположенность к ФМ, однако попытки выявить отдельные «гены фибромиалгии» с крупным эффектом не увенчались успехом; данные согласуются с полигенной моделью заболевания (Dосамро E. et al., 2014), пересекающейся с путями регуляции боли, стресс-реактивности и нейротрансмиссии.

**Целью настоящей работы** стало изучение генетической архитектуры фибромиалгии методами биоинформатического анализа с акцентом на плейотропные механизмы, связывающие её с психиатрическими и неврологическими расстройствами.

**Материалы и методы.** На основе базы данных STRING (v12.0), с использованием предустановленного набора «fibromyalgia» и данных систематических обзоров по генетике ФМ, сформирован список генов-кандидатов; в итоговую панель включены гены, имеющие хотя бы одно взаимодействие с показателем combined score  $\geq 0,40$  (26 генов). Выполнены: аннотация молекулярных функций генов (UniProt), визуализация сети межгенных взаимодействий (RStudio, пакет circlize), анализ обогащения заболеваний (STRING Disease Enrichment), функциональное обогащение по путям KEGG (ShinyGO v0.80) и анализ ассоциаций «ген-лекарственное средство» (DGIdb v4.2). Статистически значимыми считались ассоциации при уровне FDR<0,05.

**Результаты.** Наибольшие значения combined score получены для генов серотонинергической (*SLC6A4*, *HTR2A*, *HTR3A/HTR3B*, *HTR1A*, *TPH1*) и дофаминергической (*COMT*, *DRD2*, *DRD3*, *DRD4*, *SLC6A3*, *MAOA*, *MAOB*) систем, а также генов стресс-реакции (*NPY*, *OXT*). Центральное положение в сети взаимодействий (наибольшая степень узла) заняли гены *SLC6A4*, *COMT*, *TPH1* и *DRD3* (рис. 1).



(суматриптан – *HTR1D*, золмитриптан – *HTR1B*) и атипичные антипсихотики (оланзапин – *HTR2C*, рисперидон и арипипразол – *DRD2*).

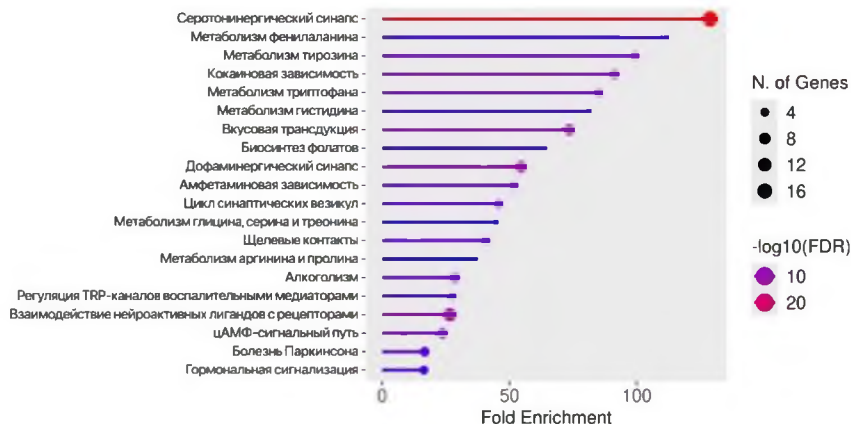


**Рисунок 2** – Результаты обогащения панели из 26 генов-кандидатов по путям KEGG.

**Обсуждение.** Ведущая роль генов *SLC6A4* и *COMT* в сети взаимодействий указывает на центральное значение моноаминергической дисрегуляции в патогенезе ФМ: полиморфизм 5-HTTLPR гена *SLC6A4* ассоциирован с повышенной болевой чувствительностью и тревожно-депрессивной симптоматикой, а вариант Val158Met гена *COMT* – с болевым порогом и риском развития ФМ (Gerra M.C. et al., 2024). Полученные данные подтверждают представление о ФМ как о центрально-опосредованном состоянии, в основе которого лежит дисфункция нейротрансмиттерных и стресс-реактивных систем, приводящая к центральной сенситизации ноцицептивных путей (García-Domínguez M. A., 2025). Выраженное генетическое перекрытие с депрессией, тревожными и аддиктивными расстройствами, а также независимое фармакологическое подтверждение через ассоциации с центрально-действующими препаратами (антидепрессанты, антимигренозные средства, атипичные антипсихотики) обосновывают междисциплинарный, в том числе психиатрический, подход к диагностике и терапии ФМ (Jurado-Priego L.N. et al., 2024; Giorgi V. et al., 2024).

**Заключение.** Биоинформатический анализ показал, что генетическая архитектура фибромиалгии характеризуется плотной сетью взаимодействий

генов серотонинергической, дофаминергической систем и стресс-реакции, центральными узлами которой являются *SLC6A4* и *COMT*. Выявленное перекрытие с психиатрическими и неврологическими расстройствами служит молекулярным подтверждением высокой коморбидности ФМ и очерчивает круг перспективных мишеней (в первую очередь *SLC6A4*, *COMT*, *HTR2A*, *DRD2*) для дальнейших клинических и фармакогенетических исследований.

### **Шизотипическое расстройство, экспертная судебно-психиатрическая оценка**

**Крымова О.В., Семибратова Д.В., Лаврентьева И.М.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

**Актуальность исследования:** шизотипическое расстройство часто схоже по симптоматике с другими психическими заболеваниями, такими как шизофрения, шизоаффективное расстройство и расстройства личности. Определение точных диагностических критериев и методов дифференциальной диагностики является важной задачей для обеспечения правильного лечения и прогнозирования. Оценка вменяемости и дееспособности лиц с шизотипическим расстройством является сложной задачей, требующей глубокого понимания клинической картины заболевания. Определение четких критериев экспертной оценки позволит повысить объективность и обоснованность заключений судебно-психиатрической экспертизы. Несмотря на клиническую значимость заболевания, количество исследований, посвященных шизотипическому расстройству, особенно в аспектах судебно-психиатрической оценки, относительно невелико.

#### **Цель исследования:**

1. Выявить патопсихологические и психопатологические нарушения психической деятельности у подэкспертных, что позволит сделать предварительный вывод о нарушении способности понимать характер и значение своих действий в период совершения противоправного деяния, о способности понимать суть уголовного судопроизводства и своего процессуального положения, а также самостоятельно совершать действия, направленные на реализацию процессуальных прав и обязанностей.

2. Осуществить категориальную оценку клинической картины и провести синдромальную диагностику психического заболевания.

3. Определить общественную опасность (риск общественной опасности). На основе этого выбрать адекватные меры медицинского характера для их профилактики.

**Материалы и методы исследования:** для экспертной оценки шизотипического расстройства используют клинико-психопатологический метод, данные патопсихологического обследования, клинико-динамический, клинико-социальный методы. Также вспомогательным методом является экспериментально-психологическое исследование. Его проводят специалисты-психологи с помощью специальных тестов и методик, которые позволяют выявить состояние отдельных сторон психической деятельности и их нарушений, а также охарактеризовать особенности личности подэкспертного. Выступило 8 экспертных заключений в уголовном судопроизводстве по лицам, которые по решению следственных органов, суда были направлены в экспертный стационар для решения экспертных вопросов за последние три года. Из 8 обследуемых лиц 7 человек было мужского пола и одна женского пола.

**Таблица 1. Общая характеристика выборки испытуемых**

|                             |                             |                              |                              |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Возрастная категория</b> | Молодой возраст – 5 человек | Средний возраст – 2 человека | Пожилкой возраст – 1 человек |
| <b>Образование</b>          | Высшее – 3 человека         | Среднее – 5 человек          |                              |
| <b>Пол</b>                  | Мужской – 7 человек         | Женский – 1 человек          |                              |
| <b>Наследственность</b>     | Отягощённая – 1 человек     | Не отягощённая – 7           |                              |

**Таблица 2. Синдромы шизотипического расстройства в соответствии с методическими рекомендациями ФГБУ «НМИЦПН им. В. П. Сербского»**

|                 |             |               |                   |
|-----------------|-------------|---------------|-------------------|
| Неврозоподобные | Аффективные | Паранойальные | Психопатоподобные |
| 1 человек       | 0 человек   | 4 человека    | 3 человека        |

Из 8 подэкспертных лиц при производстве СПЭ преобладающее число было лица с паранойяльным синдромом, что выражалось расстройствами параноидного регистра в виде стойких и не поддающихся коррекции паталогических идей отношения и преследования, сочетающиеся с аутохтонными аффективными колебаниями от благодушия до раздражительности и агрессии, снижением продуктивности в работе, со склонностью к бесплодному рассуждательству, монотонностью и эмоциональной дефицитностью. Из 8 подэкспертных лиц 3 лица с клиническим проявлением ШТР психопатоподобного синдрома, что сопровождалось отгороженностью, черствостью, немотивированными колебаниями настроения, с ослаблением социальных связей в том числе и семейных, а также, с аморфностью и стереотипностью мышления и выраженными признаками асоциальности, эксцентричности, пренебрежением этических норм. Из 8 подэкспертных лиц при производстве СПЭ у одного в рамках ШТР отмечался неврозоподобный синдром, что выражалось в преобладании обсессивно-фобической симптоматикой с формированием ритуалов близких к автоматизмам, вычурностью, нарастанием замкнутости.

**Таблица 3. Виды правонарушений в соответствии с уголовным кодексом РФ**

| Преступления против личности | Имущественные преступления | Преступления против общественной безопасности | Преступления против порядка управления |
|------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| 2                            | 1                          | 2                                             | 3                                      |

**Таблица 4. Повторность привлечения к уголовной ответственности**

| Привлечены впервые | Привлекаются повторно |
|--------------------|-----------------------|
| 7                  | 1                     |

**Выявленные признаки ШТР при производстве СПЭ в соответствии с МКБ-10:**

1. Неадекватный или сдержанный аффект, больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными – 8 подэкспертных.

2. Поведение или внешний вид – чудаковатые, эксцентричные или странные – 5 подэкспертных.
3. Плохой контакт с другими, с тенденцией к социальной отгороженности – 8 подэкспертных.
4. Странные убеждения или магическое мышление, влияющие на поведение и несовместимые с субкультуральными нормами – 8 подэкспертных.
5. Подозрительность или параноидные идеи – 4 подэкспертных.
6. Навязчивые размышления без внутреннего сопротивления, часто с дисморфофобическим, сексуальным или агрессивным содержанием – 4 подэкспертных.
7. Необычные феномены восприятия, включая соматосенсорные (телесные) или другие иллюзии, деперсонализация или дереализация – 1 подэкспертный.
8. Аморфное, обстоятельное, метафорическое, гипердетализированное или стереотипное мышление, проявляющееся странной, вычурной речью или другим образом, без выраженной разорванности – 8 подэкспертных.
9. Эпизодические транзиторные квази-психотические эпизоды с иллюзиями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредоподобными идеями, возникающие, как правило, без внешней провокации – 1 подэкспертный.

Из 8 экспертных заключений семерым были рекомендованы принудительные меры медицинского характера: из них специализированный тип – 3, общий тип – 5 человек, 1 – амбулаторное принудительное лечение в рамках 22 УК РФ.

**Результаты исследования:** в исследовании анализируются критерии применения статей 21 и 22 УК РФ к лицам с шизотипическим расстройством, совершившим общественно опасные деяния. Основанием для ст.21 (невменяемость) служат выраженные аутохтонные аффективные колебания, снижение эмпатии, волевые нарушения (импульсивность, гипобулия, снижение контроля и инициативы), а также расстройства мышления (непродуктивность, резонерство, утрата прогностических функций и контроля над мыслями). Для ст. 22 (ограниченная вменяемость) основанием признаются нерезко выраженные, мягкие расстройства с незначительной дефицитарностью, отдельным ассоциативным своеобразием, вычурностью интересов при сохранной социальной адаптации (лишь незначительно снижена). У большинства подэкспертных диагностирован

паранойальный синдром, а также общие черты: неадекватный аффект, социальная отгороженность, странные убеждения, аморфное и стереотипное мышление. У большинства лиц течение расстройства относительно благоприятное, интеллект сохранен, стойких асоциальных тенденций нет, поэтому им рекомендованы принудительные меры общего типа (они не нарушают режим, не агрессивны, хорошо поддаются терапии). Меньшей части с выраженным психопатоподобным синдромом (агрессия, импульсивность, враждебность) назначены меры специализированного типа как более опасным. Только для одного пациента, с мягким течением и нерезкими нарушениями, дана рекомендация по ст. 22.

#### Список литературы

1. Тальникова Е.С. Шизотипическое расстройство: учебное пособие / ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского" Министерства здравоохранения Российской Федерации. М.: НМИЦ ПН им. В. П. Сербского, 2017. 72 с.
2. Ткаченко А.А., Бадмаева В.Д., Вандыш-Бубко В.В. Руководство по судебной психиатрии в 2 т. Том 1. Практическое пособие. Изд. 4, пер. и доп. М., 2023. 523 с.
3. Зверева Н.В., Горюнов А.В., Зверева М.В. Клинико-психологическая оценка вариативности шизотипического расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. 2022. № 7. С.88-93.

### **Анализ суицидального поведения несовершеннолетних на территории омской области**

**Кузьмина К.Н., Крахмалева О.Е.**

**БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н. Солодников», Омск**

---

Суицидальное поведение населения – один из показателей психического здоровья и социального благополучия общества в целом. Анализ суицидальной активности населения Омской области, в том числе несовершеннолетних, свидетельствует о высокой чувствительности общества к изменениям в общественной жизни, проводимым мерам профилактики. Суицидальное поведение в несовершеннолетней среде представляет собой

сложный феномен, обусловленный сочетанием возрастных нейробиологических особенностей, психологических кризисов и средовых факторов. Ключевым биологическим аспектом является функциональная незрелость лобных долей головного мозга, отвечающих за контроль импульсов, прогнозирование долгосрочных последствий и регуляцию эмоциональных реакций. В сочетании с подростковым максимализмом это приводит к снижению способности критически оценивать риски. Дополнительно на поведение влияет ореол романтики смерти, часто транслируемый в медиапространстве, и когнитивное непонимание необратимости суицидального акта: подросток может воспринимать суицид как временный уход из реальности или способ повлиять на окружающих, не осознавая окончательности биологического финала.

В младшем школьном возрасте суицидальные попытки чаще носят демонстративно-шантажный характер, будучи способом привлечения внимания значимых взрослых. В среднем подростковом возрасте доминирует импульсивность: акты совершаются на пике аффекта под влиянием конфликтов со сверстниками или ощущения отверженности. В старшем подростковом возрасте суицидальные действия становятся более спланированными и интеллектуализированными, часто выступая реакцией на крах жизненных планов или экзистенциальную неудовлетворенность.

Особое внимание в современной практике уделяется росту несуицидальных самоповреждающих поступков (селфхарм). Хотя подобные действия часто направлены на регуляцию эмоционального напряжения и не имеют первичной цели лишения жизни, они являются серьезным предиктором суицидального риска. Селфхарм снижает порог чувствительности к боли и привыкание к саморазрушительному поведению, что создает «мостик» к более опасным суицидальным попыткам. Корреляция между самоповреждением и суицидальностью требует от специалистов повышенной настороженности.

Этиология суицидального поведения базируется на пересечении психологических и клинических факторов. Психологические причины включают дефицит навыков совладания, травматизацию в семье, низкую фрустрационную толерантность и кибербуллинг. Клинические причины включают депрессивные, аффективные и пограничные расстройства. Взаимодействие данных факторов создает критическую уязвимость:

психологическая дезадаптация подростка на фоне нейробиологической незрелости может превратить даже ситуативный стресс в повод для реализации суицидального или самоповреждающего намерения.

На территории Омской области за 7 месяцев 2026 года зарегистрировано 11 завершенных суицидов среди несовершеннолетних, за этот же период 2025 года – 4 случая. Количество завершенных суицидов в возрасте 10-14 лет включительно – 5 случаев (45,5%), 15 лет – 3 случая (27,3%), 17 лет – 3 случая (27,3%). Анализ завершенных суицидов по способу совершения: падение с высоты – 5 фактов (45,5%), повешение – 5 фактов (45,5%), медикаменты – 1 факт (9,1%). Распределение завершенных суицидов по полу произошло следующим образом: девочки – 7 случаев (63,6%), мальчики – 4 случая (36,4%). Соотношение город-область составило 7:4. Получал лечебно-консультативную помощь врача-психиатра БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» – 1 несовершеннолетний. Данный случай рассмотрен комиссией по расследованию случаев суицидальных действий среди пациентов БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников», у несовершеннолетнего выявлены нарушения поведения на фоне тяжелой неврологической патологии, а также жестокое обращение со стороны сверстников, нескладывающиеся отношения и частые конфликты в семье, несоблюдение со стороны матери рекомендаций врача по лечению. Информации о причинах других завершенных суицидов нет.

В возрастной группе до 18 лет количество суицидальных попыток за 7 месяцев 2026 года составило 56 случаев, в 2025 году – 36 случаев. Наибольшее количество суицидальных попыток совершено в возрасте 10-14 лет – 24 факта (42,9%), 15 лет – 13 фактов (23,2%), 16 лет – 9 фактов (16,1%), 17 лет – 10 фактов (17,9%). Среди способов совершаемых суицидальных попыток: отравление медикаментами – 35 случаев (62,5%), повреждение вен предплечья – 13 (23,2%), падение с высоты – 4 случая (7,1%), ножевые ранения – 2 случая (3,6%), отравление химическими веществами и повешение – по 1 случаю (по 1,8%). Распределение суицидальных попыток среди несовершеннолетних по полу произошло следующим образом: девочки – 44 случая (78,6%), мальчики – 12 случаев (21,4%). Соотношение город-область составило 39:17. Из всех случаев суицидальных попыток несовершеннолетних 3 находится в диспансерной группе наблюдения, проживают в городе, 3 получали лечебно-консультативную помощь, из них в

городе – 1, в области – 2. Случаи суицидальных попыток несовершеннолетних, проживающих на территории города, также были рассмотрены комиссией по расследованию случаев суицидальных действий среди пациентов БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова», были выявлены грубые нарушения поведения, нанесение самоповреждений, агрессия в адрес окружающих, по решению родителей наблюдение и лечение осуществляется в частной клинике; в другом случае – отказ несовершеннолетней от приема лекарств после выписки из стационара или употребление лекарств с целью опьянения, а также употребление ПАВ (мефедрон, ЛСД).

За 7 месяцев 2026 года специалистами Телефона доверия БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» была оказана экстренная психологическая помощь 39 несовершеннолетним, а также 93 взрослым, обратившимся по поводу психологического состояния несовершеннолетних (родители, законные представители, бабушки, учителя, психологи школ, ВУЗов, СУЗов).

Амбулаторная медицинская помощь несовершеннолетним оказывается специалистами диспансерного отделения психиатрической больницы для детского населения БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» врачами-психиатрами детскими, психотерапевтами и медицинскими психологами. Работает кабинет медико-психологической помощи для детей и подростков, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, а также со склонностью к суицидальному поведению. Кабинет предназначен для первичной анонимной консультации несовершеннолетних с согласия и в сопровождении законного представителя. При выявлении психического расстройства дети и подростки направляются к участковому психиатру. Из 56 случаев суицидальных попыток несовершеннолетних обратились за помощью в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» 30 несовершеннолетних (впервые в жизни после суицидальной попытки), из них 10 – госпитализировано в стационарное отделение детское №10, 14 – госпитализировано в стационарное отделение подростковое №12, взято под диспансерное наблюдение врача-психиатра БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» - 14. Данные пациенты получили психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Стационарное отделение детское (от 7 до 14 лет включительно) и стационарное отделение подростковое (от 15 до 17 лет включительно) проводят курсы лечения несовершеннолетних, совершивших суицидальную попытку, по направлению врача-психиатра диспансерного отделения БУЗОО

«КПБ им. Н.Н. Солодников» или психиатров БУЗОО, расположенных в муниципальных районах Омской области, а также доставленных бригадой скорой помощи.

За 2026 год в стационарные психиатрические отделения для детей и подростков был госпитализирован **61 несовершеннолетний**. По нозологической структуре на первом месте преобладают органические расстройства, сопровождающиеся недоразвитием интеллекта, затем – смешанные нарушения поведения и эмоций, депрессивные расстройства.

Выявлены следующие основные причины суицидального или аутоагрессивного поведения: межличностные конфликты в семье или со сверстниками; отсутствие эмоционального контакта с родителями; школьная дезадаптация или ситуация буллинга; длительный период разлуки с родственниками, пребывание в закрытом учреждении (реабилитационном центре); нарушение приверженности терапии; утрата значимого лица, психотравма, уход отца на СВО; наличие в структуре психического расстройства депрессивного синдрома, перфекционизм; наличие в структуре психического заболевания обманов восприятия; органическое поражение ЦНС в анамнезе; злоупотребление ПАВ; расстройства пищевого поведения.

Таким образом, за 7 месяцев 2026 года на территории Омской области отмечается рост завершенных суицидов и суицидальных попыток среди несовершеннолетних. Несмотря на наличие психиатрического диагноза, ключевыми факторами риска суицидального поведения и основными триггерами суицидальных попыток остаются межличностные конфликты в семье и со сверстниками, а также нарушение школьной адаптации. Почти каждый третий госпитализированный несовершеннолетний представляет собой случай с угрозой жизни, что требует особых подходов к наблюдению и лечению. Большая часть пациентов с суицидальным поведением самостоятельно прекращали или нерегулярно принимали препараты, что провоцировало рецидивы и повторные госпитализации. Частные консультации психологов без психиатрического наблюдения в некоторых случаях не давали эффекта, адекватное лечение не было вовремя назначено, а контроль за приемом лечения со стороны родителей часто недостаточный.

**Психокоррекционная работа с пациентами, у которых  
выявлены эндогенные психические расстройства  
Кулебакина С.Ф.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»  
ОСП №2, Ленинск-Кузнецкий**

---

Психокоррекционная работа способствует формированию у пациентов устойчивого положительного отношения к системе социореабилитационных мероприятий и повышению уровня психологической готовности к активному участию в психокоррекционной работе. Она направлена на преодоление имеющихся нарушений в социальной адаптации пациентов. В процессе индивидуальных занятий совместно с психологом «объективируются» основные проблемы сложившейся жизненной ситуации, осуществляется начальный этап оценки адекватности своих основных психовозрастных представлений и ожиданий, конструктивность системы самооценок, «Я концепции», «Я образа». Активизируется и формируется стремление повысить свою личностную самооценку, общую социальную направленность на коммуникативное взаимодействие в социуме.

Целью психокоррекционной работы является стимулирование целенаправленной активности больного, а также осуществление поиска и выделение факторов, создающих наиболее благоприятные условия для его более эффективного обучения взаимодействию с людьми и социальной адаптации в обществе с коррекцией когнитивного дефицита. Также помочь пациентам справиться с эмоциональными и поведенческими аспектами заболевания, не заменяя медикаментозное лечение, но дополняя его.

Основной задачей психокоррекционной работы является:

1. Стимулирование целенаправленной активности больного, а также осуществление поиска и выделение факторов, создающих наиболее благоприятные условия для его более эффективного взаимодействия в социуме.
2. Использовать приемы, методы для коррекции когнитивного дефицита и выработки у пациентов уверенности в себе, умения принимать решения, справляться с трудностями. Отработка умения выявлять ошибочные суждения, которые могут привести к неуверенности.

Основные виды психокоррекционных мероприятий для пациентов с эндогенными расстройствами:

А) Работа над осознанием и принятием своего состояния (формирование внутренней картины болезни). Пациентам помогают понять природу симптомов, осознать их влияние на поведение и эмоциональное состояние, принять свои ограничения.

Б) Развитие стратегий преодоления симптомов расстройства. Пациенты учатся узнавать предвестники обострения своего состояния, развивать навыки саморегуляции, управления стрессом и адаптации к изменяющимся обстоятельствам.

В) Работа с родственниками. Поддержка семьи и обучение ее навыкам взаимодействия с пациентом могут улучшить прогноз заболевания. Психолог помогает членам семьи понять природу заболевания, развивать навыки эмпатии, улучшать коммуникацию и устанавливать здоровые границы в отношениях с пациентом.

Г) Экстренная кризисная поддержка в случаях возрастания психической напряженности, а также при проявлении суицидальных мыслей и тенденций. С этой целью осуществляется интенсивная эмоциональная поддержка, используются приемы, позволяющие оперативно блокировать и дезактуализировать суицидальные мысли.

Используемые методы диагностики: патопсихологические методики (память «10 слов», ассоциативное мышление методика «Пиктограмм», исследование операциональной стороны мышления «Исключение лишнего»; «Классификация предметов»; понимание переносного смысла пословиц, сюжетные картинки. Личностные опросники MMPI; Акцент 2-90; тест на тревогу и депрессию HADS, самоопросник CED-S; тест на ОКР шкала Йеля-Брауна. Шкала астенического состояния (ШАС).

Методы психокоррекционных мероприятий с эндогенными расстройствами:

1) Психотерапевтические методы. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), интерперсональная терапия, психодинамическая терапия.

2) Арт-терапия. Помогает пациенту расслабиться, успокоиться во время выполнения заданий. Способствует устранить и ослабить симптомы, связанные с психическим заболеванием и реакцией на него, оптимизировать психическое состояние и социальное функционирование.

3) Мультимодальную телесно-ориентированную психотерапию. Позволяет определить наиболее уязвимые или опорные зоны адаптации больного к жизни с помощью индивидуальных или групповых занятий, а также искать терапевтические пути воздействия на дезадаптивные сферы жизни личности.

Методы исследования. В течении 5 лет было обследовано 237 пациентов, из них 70% пациентов с диагнозом «Параноидная шизофрения» средняя длительность заболевания 23 года; 10% Шизоаффективное расстройство выявлено первично средний возраст 30-40 лет; 20% эндогенные депрессии средний возраст от 35-55 лет. У пациентов выявлен достаточный образовательный уровень, у основной части пациентов среднее и среднее специальное образование, 14% пациентов с высшим образованием.

Результаты и обсуждения. У большинства пациентов (90%) было выявлено нарушение социального взаимодействия в коллективе и трудовые навыки, высокий уровень соматизации с жалобами соматического характера (нарушение сна, апатию, повышение АД, учащенное сердцебиение, снижение аппетита) в основном у всех отмечается высокий уровень тревоги, пациенты испытывают страх за свою жизнь, предъявляют жалобы на панические атаки. У 60% пациентов, которые болеют более 20 лет с диагнозом Параноидная шизофрения, выявлены когнитивные нарушения (внимания, восприятия, искажения и снижение уровня обобщений, снижение исполнительной функции, нарушены коммуникативные взаимодействия, социального функционирования). У пациентов с эндогенной депрессией завышены шкалы циклотимии, дистимии, застревания. У основной части пациентов выявлены интервертированные черты. Можно сделать вывод, что люди с высоким уровнем интроверсии подвержены тревожно-депрессивным реакциям. В эмоционально-личностной сфере: дисгармоничность, эгоцентрическая сосредоточенность на своих огорчениях и обидах, снижение продуктивности, инициативы, подавленность, мрачная окраска ситуации и перспективы. Тенденция к избеганию ответственности. Непоследовательность чувств, неустойчивость, перепады настроения, ригидность установок. Снижение активности, чувство апатии, пессимизма, неудовлетворенность существующей ситуацией и собственными возможностями, мрачная окраска перспектив на будущее.

Подходы, используемые в психокоррекции зависят от типа и сложности расстройства:

1) При шизофрении – коммуникативные тренинги, групповые занятия с другими пациентами (простая форма), индивидуальная терапия (вылотекущая форма), поддерживающая терапия, групповые занятия и тренинги (параноидная шизофрения).

2) При шизоаффективном расстройстве – стратегия проведения психокоррекционных занятий зависит от фазы, в которой пребывает пациент: если у него прослеживается мания, психокоррекционные мероприятия будут кратковременные в виде беседы, на выходе из мании можно использовать рациональную терапию и подбирать занятия индивидуально в зависимости от состояния пациента.

3) При эндогенной депрессии, индивидуальные сеансы, беседы, арт-терапия, КПТ. При выполнении заданий анализируем, обсуждаем, что получилось, к чему пришли, делаем вывод на полученный результат.

**Вывод.** Эффективность психокоррекционных мероприятий способствует реадaptации пациентов с эндогенными расстройствами за счет гармонизации отношения к болезни, повышения адекватности копинга на фоне уменьшения признаков психической дезадаптации. Постоянные занятия повышают активность, улучшают коммуникативные навыки, социабельности.

### **Анализ особенностей протекания фобических расстройств у детей на диспансерном этапе оказания помощи**

**Кушнарева О.М., Григорьева Ю.И.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Многие отечественные и зарубежные ученые (Башина В.М., 1989, Калинина М.А. 1993, Ковалев В.В. 1995, Castello Ш, 1998) отмечают относительную частоту встречаемости фобий у детей и подростков. Актуальность проблемы фобий связана с их существенным негативным влиянием на качество жизни и социальную адаптацию больных. Ряд авторов указывают на элементарность содержания страхов у детей и на усложнение их структуры и содержания с увеличением возраста начала от дошкольного к пубертатному. Некоторые особенности проявлений и динамики фобических

расстройств у детей и подростков описаны при неврозах, шизофрении, ревматизме, ангинах. Есть данные об учащении фобических расстройств детского возраста в последние десятилетия. Существуют научные исследования последних лет таких авторов, как Савостьянова О.Л, Васильева Е.В, Шмилович А.А., где авторы занимались анализом закономерностей формирования тревожно-фобических расстройств в детском возрасте, пытались разработать их типологическую дифференциацию, определяли закономерности взаимодействия, динамики и обратного развития тревожных расстройств в детском и подростковом возрасте. Вместе с тем Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра рубрикам, специально отведенным для тревожно-фобических расстройств у детей и подростков, свойственна недостаточная определенность. Во многом неясными остаются закономерности становления фобий в указанном возрастном диапазоне, их дальнейшее течение и взаимоотношения с другими психопатологическими проявлениями. В связи с этим основными задачами настоящего исследования были:

1. Выявление типичных условий возникновения фобических расстройств у детей и подростков.
2. Рассмотрение клинических особенностей фобий в зависимости от возраста начала.
3. Определение нозологической принадлежности фобических расстройств у детей и подростков.

Разработка этих вопросов необходима для совершенствования прогноза и терапии этих расстройств.

**Материалы и методы.** Динамически в амбулаторных условиях наблюдались 33 больных: 21 (63,6%) мальчик и 12 (36,4%) девочек в возрасте от 4 до 17 лет, у которых фобии занимали ведущее положение в клинической картине психических расстройств. При отборе больных и оценке их состояния использовались диагностические критерии МКБ-10.

Основными методами обследования больных были клинико-психопатологический и катamnестический. Применялись экспериментально-психологические методики: патохарактерологический опросник А.Е. Личко, скрининг диагностика психического напряжения и невротических тенденций у детей и подростков, «страхи в домике» А.И. Захарова и страхи подростков

И.П. Шкуратова, шкала тревоги Спилберга, а также другие методики, направленные на исследования психических процессов.

При выяснении условий манифестации выявлено, что у 25,1% больных фобические расстройства возникли в дошкольном возрасте (4-6 лет). Еще в 30,2% наблюдений манифестация фобий пришлась на младший школьный возраст (7-11 лет). В 44,7% случаев фобии манифестировали в подростковом возрасте (12-17 лет). Давность возникновения фобических нарушений к началу наблюдения варьировала от 6 мес до 8 лет. Наибольшую долю (40,8%) составили больные с давностью начала фобий от 1 года до 3-х лет.

В 22,4% наблюдений родители и другие кровные родственники обследованных страдали фобическими расстройствами. Что не позволяло исключить определенной роли наследственных факторов в развитии фобий у детей и подростков.

Подавляющее большинство больных (80,2%) обладали преморбидными психастеническими чертами личности (преимущественно тревожно-мнительными). У 43,4% обследованных психастенические качества были представлены в «чистом виде», у 28,9% – сочетались с возбудимыми или истероидными, а у 7,9% – с шизоидными. Преморбидные шизоидные свойства в «чистом виде» имели 17,1% больных. И лишь 2,7% обследованных были оценены как гармоничные личности. Таким образом, выявлены связь фобий у детей и подростков с психастеническими чертами личности и их определенная конституционально-личностная предуготованность.

У большинства пациентов (76,3%) установлены признаки резидуальной церебрально-органической недостаточности, преимущественно связанные с патологией беременности и родов. У 21,1% больных в анамнезе отмечены явления невропатии. Хронические соматические заболевания выявлены у 9,2% обследованных. Патологические изменения биологической «почвы», сопровождавшиеся вегетативными дисфункциями, очевидно, способствовали развитию фобических расстройств.

В качестве неблагоприятной социально-психологической «почвы» в 40,8% наблюдений выступали длительные травмирующие ситуации: конфликты между родителями, отрыв от семьи, алкоголизация одного из родителей, постоянные школьные неудачи и конфликты с педагогами. В 35,5% случаев обнаружены отклонения в системе воспитания больного:

симбиотические отношения с матерью; гиперопека с чрезмерной тревогой родителей за здоровье ребенка, часто сочетавшаяся с элементами воспитания по типу «кумир семьи» или скрытой гиперпротекции; элементы запугивания в воспитании.

В 29,4% случаев фобии манифестировали после острой инфекции. У 21,1% больных началу фобических расстройств предшествовали остро возникшие психогении разной тяжести: болезнь или смерть близких родственников, временная разлука с матерью, ситуации угрозы, ломка привычного жизненного стереотипа, прочитанные или услышанные сообщения о каких-либо заболеваниях, несчастьях.

Различные сочетания неблагоприятных факторов биологического и социально-средового характера ко времени манифестации фобий установлены у 70,1% больных. Наиболее типичными условиями манифестации фобических расстройств у детей и подростков (57,9% наблюдений) были комбинации психастенических черт с резидуально-органической церебральной недостаточностью, невропатией и/или неблагоприятной социально-психологической «почвой» в сочетании с острыми ситуационными или биологическими вредностями, непосредственно предшествовавшими возникновению патологических страхов. Только у 10,5% больных не удалось установить ни биологических, ни психотравмирующих воздействий, предшествовавших началу фобических расстройств.

### **Результаты и обсуждения.**

В ходе исследования выявлены: панические расстройства (12,1% всех наблюдений), специфические фобии (18,2%), ипохондрические фобии (24,3%), социальные фобии (27,3%), агорафобия (18,2%).

Несмотря на то, что у подростков **панические расстройства** всегда сочетались с агорафобией, у детей более младшего возраста панические состояния были обнаружены в самостоятельном виде, поэтому для дошкольников и младших школьников было решено выделить их, как отдельный клинический вариант.

У дошкольников панические атаки впервые чаще всего возникали в связи с ситуацией угрозы, а в дальнейшем повторялись спонтанно. Приступы страха продолжались от нескольких минут до часа. Преобладали неопределенные опасения за свое здоровье. Они сочетались с

соматовегетативными расстройствами (повышенной потливостью, тахикардией, дрожью, ощущением нехватки воздуха), а также парестезиями, сенестопатиями. Критическое отношение к фобическим переживаниям отсутствовало. Сопутствовавшие фобиям субдепрессивные нарушения носили стертый, неопределенный характер, превалировали раздражительность, плаксивость, нарушения сна, грусть, медлительность. В ходе приступа страха больные метались, плакали, искали помощи у близких.

У младших школьников в структуре панических приступов главное место занимал сверхценный страх смерти, более структурированный, чем у дошкольников. Он сочетался с более отчетливым депрессивным аффектом. Соматовегетативные расстройства, возникавшие на высоте приступа, были более полиморфными. Отмечались патологические телесные сенсации (чаще алгического характера) в области сердца, живота. Возникало двигательное беспокойство. Больные требовали вызвать врача. У некоторых страхи распространялись на близких. Для младших школьников характерным было частичное критическое отношение к страхам в межприступном периоде.

**Специфические фобии**, как и панические атаки, во всех случаях развивались в дошкольном или младшем школьном возрасте.

Для дошкольников наиболее типичными были инфантильные страхи темноты, одиночества, шумно работающих бытовых электроприборов (страхи шумных бытовых устройств обнаружены только у дошкольников). Фобии сочетались с жалобами на подавленность, скуку, нарушения сна. На высоте страхов возникали выраженные соматовегетативные расстройства и элементарные патологические телесные ощущения. Критика к фобическим переживаниям отсутствовала. Больные пытались избежать пугающих ситуаций.

Специфические страхи с началом в младшем школьном возрасте были более разнообразными: больные боялись темноты, одиночества, ветра, животных, лечения у зубного врача. Фобии сопровождались более выраженными переживаниями угнетенности, скуки. Соматовегетативные расстройства отличались большим полиморфизмом. Отмечалась частичная критика к фобиям. Страхи сопровождались прямыми защитными действиями в виде уклонения от фобических ситуаций.

**Ипохондрические фобии** возникали во всех возрастных группах.

У дошкольников ипохондрические страхи были элементарными, малодифференцированными, со скудным интеллектуальным содержанием. Преобладали страхи смерти, загрязнения, заражения, не связанные с определенными болезнями. Чувство неотвязности и критика к фобическим переживаниям отсутствовали, т.е. фобии носили сверхценный характер. На высоте фобий появлялись элементарные патологические телесные ощущения.

Фобические проявления тесно переплетались с депрессивными, образуя депрессивно-фобический синдром.

У младших школьников преобладали страхи за собственные здоровье и жизнь, реже – страхи за здоровье близких, в основном лишённые нозологической окраски, как и у дошкольников. Но у некоторых уже в этом возрасте развивался страх заражения "микробами" или страх конкретного заболевания (рак, СПИД, столбняк). Доли навязчивых и сверхценных страхов ипохондрического содержания были примерно одинаковыми. У младших школьников нередко выявлялись множественные сенестоалгии и сенестопатии. Страхи сопровождалась не только прямыми защитными действиями, но иногда и ритуалами. Расстройства настроения выступали в виде более выраженной, чем у дошкольников, тревожной депрессии.

У подростков содержание ипохондрических страхов было еще более разнообразным и дифференцированным. Нередко выявлялся неопределенный страх заражения. Но более характерными были страхи заболеть или умереть от какого-либо конкретного заболевания. Наиболее типичными были кардиофобия, выделявшаяся разработанностью фабулы, сифило-, СПИДО- и канцерофобия.

Спектр патологических телесных ощущений был наиболее широким: парестезии, сенестоалгии, сенестопатии. У большинства подростков фобиям были свойственны чувство неотвязности, сознание их болезненности и попытки избавиться от них.

Страхи сопровождалась как прямыми защитными действиями, так и ритуалами. Типичными были назойливые вопросы к родителям по поводу своего здоровья, стремление к частым обследованиям у врачей. В пубертатном возрасте формировались очерченные депрессивно-фобические состояния с ипохондрическим содержанием страхов.

**Социальные фобии** начинались в младшем школьном или подростковом возрасте. У младших школьников они проявлялись прежде всего "школьными фобиями" – страхом устных ответов перед классом, несмотря на подготовленность материала. На высоте страха развивались отчетливые соматовегетативные расстройства. В этой возрастной группе отмечалось частичное критическое отношение к социофобическим переживаниям. Характерным было избегание ситуаций, связанных с ответами у доски.

У подростков, помимо страха выступлений перед аудиторией, развивались страхи оказаться непринятыми окружением, проявить несостоятельность при общении со сверстниками, страх общения с незнакомыми или малознакомыми людьми. Страхи были преимущественно навязчивого характера, сопровождалась попытками борьбы с ними. На высоте страха возникали выраженные соматовегетативные расстройства и патологические телесные сенсации. Типичным было стремление избежать любых ситуаций, связанных с общением с незнакомыми или малознакомыми людьми, выступлений перед классом. У некоторых больных вынужденное изменение привычного окружения в связи со сменой места учебы или места жительства сопровождалось существенным усилением страха и кратковременными "реакциями отказа" от посещения школы или ответов у доски. Социальные фобии сочетались с субдепрессивным аффектом, жалобами на трудности сосредоточения, снижением активности.

**Агорафобия** во всех наблюдениях началась в подростковом возрасте. Она проявлялась страхом поездок в общественном транспорте, нахождения в замкнутом пространстве, душном помещении, страхом выхода на улицу. Основу агорафобии составляли приуроченные к определенным ситуациям ипохондрические страхи. Разработанность их фабулы была различной: от витального страха смерти без осознания ее возможной причины до конкретных страхов: кардиофобии, страха смерти от удушья. Картина агорафобии помимо ипохондрических страхов нередко включала социофобические переживания: страх рвоты в общественном месте, страх потери самоконтроля, страх быть "непонятым" окружающими в случае возникновения приступа страха. У ряда больных агорафобия сочеталась с паническими атаками. Больные с навязчивой агорафобией понимали необоснованность страхов и предпринимали попытки их преодоления. Лишь при непосредственном столкновении с пугающей ситуацией критика к

фобиям утрачивалась, и они временно приобретали сверхценный характер. У больных со сверхценной агорафобией критическое отношение к страхам отсутствовало и вне соприкосновения с пугающими обстоятельствами.

Страхи сочетались с полиморфными соматовегетативными расстройствами и тягостными ощущениями в различных областях тела, чаще сенестоалгического или сенестопатического характера. Агорафобия сопровождалась частичным или полным избеганием пугающих ситуаций, вплоть до полной привязанности к дому. Ряд больных прибегали к использованию сопровождающего при выходе из дома или в поездках. У некоторых встречались малоуспешные попытки активной "борьбы" со страхами в виде самопереубеждения, самоотвлечения, самовнушения. Агорафобия нередко приводила к выраженной социальной дезадаптации: больные отказывались от посещения школы, поездок в транспорте, выхода на улицу.

Таким образом, выявленные клинические варианты фобических нарушений у детей и подростков соответствовали таковым у взрослых, но имели ряд существенных возрастных особенностей. Страхи у дошкольников отличались монотематичностью, инфантильностью, скудным интеллектуальным содержанием. С увеличением возраста больных и особенно возраста начала фобий нарастали сложность, полиморфизм и степень завершенности фобических расстройств. Клинически более очерченный фобический симптомокомплекс формировался, начиная с младшего школьного возраста и приобретал наиболее завершенный вид при манифестации в пубертатном периоде.

В ходе исследования установлены психопатологические радикалы, имевшие значительную степень коморбидности с фобическим синдромом на протяжении всей болезни или в определенные ее периоды. К ним относились: субдепрессивный радикал (68,4% всех больных); обсессивно-компульсивный радикал – навязчивые и компульсивные действия (в том числе и ритуалы), навязчивые сомнения (38,2%); истероконверсионный (28,9%); расстройства личности тревожно-мнительного, ананкастного или истерического круга (34,2%).

Динамика фобий у детей и подростков была различной. Обнаружены следующие варианты их динамики: приступообразная, в том числе рецидивирующая (43,4% наблюдений), с тенденцией к прогрессированию

(18,5%) и без тенденции к прогрессированию (26,7%); затяжная (54,8% наблюдений) с тенденцией к прогрессированию (31,2%) и без тенденции к прогрессированию (23,6%).

Существенных различий динамики фобий в разных возрастных группах определить не удалось.

Прогрессирование фобий выражалось в следующем:

1. генерализация фобий – перерастание монофобии в поли-, а в дальнейшем в некоторых случаях, – в панфобию;
2. нарастание степени избегания пугающих ситуаций;
3. удлинение, утяжеление и усложнение фобических, депрессивно-фобических приступов и укорочение ремиссий, сохранение фобий в межприступных периодах, переход рецидивирующего течения в затяжное;
4. усложнение мер защиты от фобий;
5. присоединение и усложнение коморбидной психопатологической симптоматики;
6. усиление тревожно-мнительных свойств личности;
7. углубление школьной и семейной дезадаптации.

В соответствии с традиционной классификацией психических расстройств у 48,7% больных фобии имели невротическую природу, а 51,3% пациентов страдали шизофренией.

Страхи у больных фобическим неврозом были, как правило, навязчивыми, эмоционально насыщенными, конкретными и связанными по содержанию со стрессовой ситуацией. Фобические расстройства сопровождались защитными действиями только прямого характера. Эти действия полностью соответствовали содержанию страхов. При неврозе страха центральное место занимали преимущественно беспредметные сверхценные страхи, которые отличались большей аффективной насыщенностью. Больные считали страхи обоснованными и активно не стремились к их преодолению. Кроме того, при неврозе страха защитные действия характеризовались меньшей "спаянностью" со страхами. Социальная дезадаптация при невротических фобических расстройствах была парциальной и коррелировала с ними по тяжести. Фобические расстройства у больных шизофренией развивались в рамках двух клинических форм заболевания: неврозоподобной и приступообразно-прогредиентной. У детей и подростков, страдающих шизофренией, в 33,3% случаев установлена наследственность, отягощенная

эндогенными психическими заболеваниями или шизоидной психопатией. Фобии при шизофрении достоверно реже, чем невротические страхи, возникли на фоне хронической травмирующей ситуации (22,4% наблюдений). В 10,5% случаев установлено спонтанное начало фобий, не отмеченное при неврозах. Почти у 2/3 больных обращало внимание клиническое сходство эндогенных фобий с невротическими. Обнаруживались связь с острой психогенией и психологическая понятность страхов. Диагноз шизофрении в таких случаях основывался на выявлении характерных для нее нарушений мышления, симптомов эмоционально-волевого дефекта и продуктивных расстройств (вычурные сенестопатии, деперсонализация и др.). Клинические особенности фобических расстройств, свидетельствовавшие об их процессуальной природе, были выявлены у 1/3 больных шизофренией. Для них были характерны остро возникавшие страхи с витальной окраской. Фабула страхов включала и переживания угрозы извне (возможность какого-либо вредоносного воздействия). У этой группы пациентов фобическая симптоматика была представлена в основном сверхценными страхами. Они чаще, чем невротические, были беспредметными, быстро генерализовывались, нередко "обрастали" идеаторными навязчивостями (близкими к психическим автоматизмам) и ритуалами. Фобические расстройства при шизофрении сопровождались большим количеством избегаемых ситуаций, более глубокой семейной и школьной дезадаптацией. При шизофрении преобладало затяжное, а не приступообразное течение фобических расстройств.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что у подавляющего большинства детей и подростков фобии развивались на измененной биологической и/или социально-психологической "почве", часто после дополнительных острых ситуационных или соматических вредностей. Выявленные клинические варианты фобий соответствовали таковым у взрослых, но имели ряд существенных возрастных особенностей. От дошкольного к пубертатному возрасту нарастали сложность, полиморфизм и степень завершенности фобического симптомокомплекса. Как затяжные, так и рецидивирующие фобии часто обнаруживали тенденцию к прогрессированию, приводя к значительной социальной дезадаптации. Фобическим расстройствам невротической и эндогенной природы присуще значительное феноменологическое сходство.

**Опыт работы полипрофессиональной бригады на базе дневного стационара ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»**

**Ларченко В.Л.**

**ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»,  
Новокузнецк**

---

**Актуальность:** пациенты с расстройствами настроения (F30-39), невротическими расстройствами (F40-49), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-69), помимо оказания медикаментозной помощи, нуждаются в психотерапии, психологическом консультировании, работе социального работника. Это требует внедрения и применения полипрофессиональных бригад.

**Цель исследования:** исследовать влияние доступности психотерапевтической помощи, психологического консультирования, социальной работы на показатели поступления пациентов на лечение в дневной стационар.

Психиатрический дневной стационар предназначен для оказания специализированной медицинской помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также для осуществления психосоциальной работы.

Дневной стационар подходит для пациентов, которые хотят получать медицинскую помощь в дневное время и иметь возможность ночевать у себя дома. Особенно это важно для пациентов, обращающихся впервые. Помимо медикаментозного лечения, пациенты также нуждаются в психотерапевтической помощи, в психологической поддержке, в помощи социального работника, поэтому 2023 г. на базе дневного стационара началась активная работа полипрофессиональной бригады. В ее состав входят следующие специалисты: психиатр, психотерапевт, клинический психолог, социальный работник.

| Раздел<br>МКБ-10                                                               | 2021                                         |                                        | 2022                                         |                                        | 2023                                         |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|
|                                                                                | Количество<br>во<br>поступивших<br>пациентов | % от<br>общего<br>числа<br>поступивших | Количество<br>во<br>поступивших<br>пациентов | % от<br>общего<br>числа<br>поступивших | Количество<br>во<br>поступивших<br>пациентов | % от<br>общего<br>числа<br>поступивших |
| Расстройства настроения<br>(аффективные расстройства)<br>(F30-39)              | 20                                           | 3,7%                                   | 28                                           | 4,07%                                  | 32                                           | 5,81%                                  |
| Невротические, связанные со стрессом<br>соматоформные расстройства<br>(F40-49) | 45                                           | 8,5%                                   | 75                                           | 10,9%                                  | 87                                           | 15,8%                                  |
| Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте<br>(F60-69)                | 1                                            | 0,18%                                  | 1                                            | 0,14%                                  | 11                                           | 2 %                                    |

Данное исследование демонстрирует влияние оказания помощи полипрофессиональной бригадой на количество поступающих пациентов. Для оценки были отобраны показатели поступления в дневной стационар пациентов с расстройствами настроения (F30-39), невротическими расстройствами (F40-49), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-69). С отобранной категорией пациентов проводилась психотерапевтическая работа и психологическое консультирование.

**Результаты:** на основании приведенных данных видно, что в 2023 г., по сравнению с 2022 г., увеличилось количество поступлений с расстройствами настроения (F30-39), невротическими расстройствами (F40-49), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-69).

**Вывод:** полученные данные могут указывать на желание пациентов получать психотерапевтическую помощь и психологическое консультирование в условиях дневного стационара, а также на стремление врачей-психиатров обеспечить пациентов комплексным лечением, о чем свидетельствует рост числа направлений в дневном стационаре. Развитие полипрофессиональных бригад на базе амбулаторной службы, дневного стационара может способствовать снижению расходов, связанных с содержанием пациентов в стационаре, а также повышению качества оказания медицинской помощи. Кроме того, это помогает повышению лояльности пациентов и комплаентности, поскольку стационарное лечение в большей мере связано с негативными предубеждениями, установками, мифами и подвержено стигматизации со стороны общества.

**Практика лечения расстройств сна у детей и подростков в условиях общепсихиатрического отделения для обслуживания детского населения**

**Лисовицкая Г.Б., Войтина И.В., Шилова Е.Ю., Граф А.А.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Сон – это жизненно необходимое, периодически наступающее особое состояние организма, занимающее ежедневно у человека около 1/3 времени, характеризующееся отсутствием произвольной активности, почти полным отключением от сенсорных воздействий внешнего мира, сновидениями, а также специфическими электрофизиологическими и гуморальными проявлениями.

Полноценный ночной сон имеет большое функциональное значение для детского организма. Дефицит глубоких стадий у детей с расстройствами дыхания во сне приводит к замедлению у них темпов роста и прибавки массы тела. Такие нарушения сна, как инсомнии, оказались тесно связанными с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, агрессивностью, поведенческими и эмоциональными нарушениями, отставанием в развитии когнитивных функций у детей. Нарушения сна у детей являются актуальной проблемой современной педиатрии и неврологии, поскольку отмечаются

часто – у 84% детей в возрасте до 2,5 лет, у 25% – в возрасте 3-5 лет и у 13,6% в возрасте 6 лет.

Выбор терапевтической стратегии определяется типом нарушения сна и индивидуальными особенностями пациента. Среди современных подходов выделяют два основных направления:

#### А. Немедикаментозное лечение

Немедикаментозные меры направлены на улучшение гигиены сна и нормализацию поведенческих факторов, способствующих развитию нарушений сна. Такие мероприятия включают:

- Формирование правильного режима сна и отдыха;
- Ограничение использования электронных устройств перед отходом ко сну;
- Проведение психологической коррекции посредством когнитивно-поведенческой терапии.

«Гигиена сна» включает такие мероприятия, как соблюдение режима сна и бодрствования, пробуждение и укладывание ребенка в одно и то же время, ограничение перед сном умственной и физической активности, а также приема стимулирующих напитков (особенно кофеин содержащих, поскольку кофеин уменьшает выработку мелатонина – гормона сна), обеспечение комфортных условий сна (минимальный уровень освещенности, прохладную температуру воздуха, т. к. понижение температуры окружающей среды и тела инициирует наступление сна), ограничение в обильном приеме пищи и жидкости перед сном.

#### Б. Медикаментозное лечение

Наиболее часто применяемые группы препаратов:

- Мелатонины;
- Коротко действующие анксиолитики и гипнотики;
- Антидепрессанты (при сопутствующей депрессии).

При фармакотерапии нарушений сна у детей широко используются синтезированный из аминокислот растительного происхождения аналог мелатонина, седативные свойства различных трав (валериана, пустырник, Melissa, хмель, ромашка, пион) в разнообразных сочетаниях. У подростков с возраста 15 лет, с целью коррекции выраженных расстройств сна, может применяться препарат Донормил (доксиламин). Одним из наиболее эффективных и безопасных средств, применяемых у детей с целью

коррекции синдрома вегетативной дисфункции, в т.ч. нарушений сна, является Пантогам. Положительным действием в комплексном лечении нарушений сна у детей обладают средства с комплексным анксиолитическим и ноотропным эффектом – Фенибут и его аналоги. В качестве перспективного направления лечения нарушений сна можно рассматривать прием магний содержащих препаратов с целью восполнения дефицита магния.

По нашим данным с жалобами на нарушение сна в общепсихиатрическом детском отделении в основном наблюдаются подростки, как правило, это девочки от 14 до 17 лет. Так в период за 6 месяцев 2025 года в отделении было пролечено 68 девочек-подростков, которые жаловались на нарушение сна, а именно на бессонницу (инсомнию). Эта жалоба была среди прочих, таких как: сниженное настроение, апатия, эмоциональная лабильность, тревога, самповреждающее поведение, суицидальные мысли и намерения. В отношении сна, пациенты отмечали трудности при засыпании, поверхностный ночной сон, отсутствие чувства удовлетворенности сном, трудности при последующем пробуждении, вялость и разбитость в течение следующего дня. Эти нарушения сна сохранялись на протяжении от 3х месяцев до полугода. В 64 случаях пациентам был вставлен диагноз: Смешанное расстройство поведения и эмоций F 92.8; в 4 случаях выставлялся диагноз: Депрессивный эпизод средней степени тяжести F 32.1. Таким образом отделение, как правило, имеет дело с вторичной хронической инсомнией, которая развивается на фоне основного заболевания. По МКБ-10 к основному заболеванию данные нарушения сна можно шифровать под рубрикой: F51.0 Бессонница неорганической этиологии.

Учитывая, что нарушения сна носили вторичный характер, пациентам в первую очередь проводилось лечение основного заболевания, назначались различные комбинации противотревожных препаратов, антидепрессантов и, при необходимости, нейролептиков. Кроме назначаемой психофармакотерапии важно отметить и соблюдение гигиены сна в стационарном отделении. Зачастую похожая психофармакотерапия проводилась и амбулаторно, но без должного эффекта. В первую очередь это связано с тем, что пациенты продолжали находиться в психотравмирующих условиях и не соблюдали принципы гигиены сна. В стационарном отделении существуют лечебно-охранительный режим, который во многом

способствует нормализации сна, а именно: ограниченное использование гаджетов, фиксированное время отбоя и подъема, тишина и приглушенный свет при отходе пациентов ко сну, соблюдение принципов лечебного питания (рациональный подход к приёмам пищи и отсутствие возбуждающих напитков в меню), дневной отдых, создание благоприятной психоэмоциональной атмосферы. Так же психологом проводилась психокоррекционная работа.

В результате комплексного подхода на этапе стационарного лечения у всех пациентов нормализовался ночной сон и улучшилось его качество. Для подтверждения этих выводов мы использовали сбор жалоб и анамнеза, объективные сведения персонала и шкалу оценки субъективных характеристик сна Шпигеля, которая нам показалась простой и более удобной для заполнения подростками. Так по результатам заполнения шкалы Шпигеля при поступлении пациенты набирали от 12 до 16 баллов, что соответствует нарушению сна. После проводимой терапии в течение 2х недель (это минимальный срок для оценки эффективности назначенного антидепрессанта), помимо снижения уровня тревоги и депрессии, также и отмечалось повышение баллов при заполнении шкалы оценки субъективных характеристик сна Шпигеля до 22-24 баллов, что соответствует норме.

Выводы:

Сон – это жизненно необходимое, периодически наступающее особое состояние организма.

Нарушения сна разнообразны и приводят к биологическим сбоям в организме (особенно у детей), к нарушениям социального функционирования человека.

Неорганические нарушения сна зачастую вторичны и требуют в первую очередь лечения основного заболевания.

Помимо фармакотерапии большую и важную роль играет соблюдение гигиены сна, что в современном мире делать сложнее, особенно подросткам.

**Актуальные вопросы диагностики и коррекции раннего детского аутизма на стационарном этапе оказания психиатрической помощи**

**Лисовицкая Г.Б., Шилова Е.Ю., Войтина И.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

---

В последние годы проблемы социализации и интеграции детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) стали объектом пристального внимания со стороны государства и общества. Несомненно, специфика данного заболевания требует особых подходов в организации помощи детям с РАС, основанных на межведомственном взаимодействии, принципах комплексности, непрерывности и преемственности.

Расстройства аутистического спектра – это общие расстройства психического развития, чаще манифестирующие в возрасте до 3-5 лет, и, прежде всего, характеризующиеся качественным нарушением потребности в социальном взаимодействии во всех сферах коммуникаций (эмоциональной, речевой, поведенческой), с замкнутой внутренней жизнью, с отсутствием потребности в общении, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций, расстройством качества, целенаправленности, разнообразия деятельности и поведения, а также расстройством адаптации ребёнка в собственной семье, усиливающимся в обществе.

Аутизм часто сочетается с другими нарушениями. Значительная часть людей с РАС (от 25 до 50%) имеют сопутствующую умственную отсталость, часто у них имеются расстройства моторики и координации, проблемы с желудочно-кишечным трактом, нарушения сна. В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации РАС введены в рубрику F84 «Общие расстройства психологического развития».

По этиологии расстройство аутистического спектра рассматривается научным сообществом, как мультифакториальное заболевание. Это означает, что конкретных причин и путей развития РАС не было обнаружено до сих пор. Однако, успехи в последних генетических исследованиях аутизма отмечают значительную роль генетики в развитии данного заболевания.

Также, за последнее время накопилось множество фактов, свидетельствующих о том, что РАС – не только психическое расстройство. У некоторых детей помимо аутизма выявляют хромосомные и генетические синдромы, аномалии головного мозга, симптомы соединительно-тканной дисплазии, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, болезни обмена. Аутизм, являющийся одним из симптомов другого заболевания, называют «синдромальным».

Большинство пациентов с РАС (около 87%) в связи с выраженной социальной дезадаптацией имеют статус «ребенок-инвалид», при этом 39,3% составляют дети со снижением интеллекта.

Мы проанализировали карты стационарного больного пациентов, которые проходили стационарное обследование в общепсихиатрическом отделении для обслуживания детского населения ГБУЗ ККПБ за 2022 и 2023 год и которым был выставлен один из диагнозов в рубрике F84. Забегая вперёд скажу, что практически во всех случаях выставлялся диагноз F84.11 – это атипичный аутизм с недоразвитием интеллекта той или иной степени. Выяснилось, что в 2022 году было госпитализировано 26 пациентов, а в 2023 году 32 пациента, т.е. всего 58 детей.

В стационарное отделение дети госпитализируются с целью установления диагноза и оформления инвалидности. Таких детей было 54 (93%), соответственно им и оформлялась первичная инвалидность. У 4-х, это 7%, стоял вопрос о подборе терапии в связи с агрессивным поведением и оформлением домашнего обучения. По возрасту это были дети дошкольного возраста в 52 случаях (89,6%) и 6 (10,4%) – дети младшего школьного возраста. По гендерному признаку: 45 (77,6%) пациентов – мальчики и 13 (22,4%) пациентов – девочки, что соответствует клиническим данным. По МКБ-10 только 1 (1,8%) пациенту выставлен диагноз F 84.0, т.е. аутизм без слабоумия, а 57 выставлен диагноз атипичного аутизма со слабоумием различной степени:

| Диагноз по МКБ – 10 | Количество пациентов |
|---------------------|----------------------|
| F 84.11, F 70.89    | 18 ( 31%)            |
| F 84.11, F 71.89    | 26 ( 44,8%)          |
| F 84.11, F 79.89    | 13 ( 22, 4%)         |

F84.11, F79.89 выставлялся, тогда, когда в силу возраста и выраженных аутистических особенностей не представлялось возможным достоверно определить уровень интеллектуального недоразвития.

Диагностика РАС в отделении проводится путём тщательного сбора анамнеза, клинического наблюдения, и применением методов клинического психологического обследования.

Подводя итоги, хочется сказать, что интерес к этой теме, безусловно, высок, инициатива вышла на государственный уровень. Непосредственного лечения данной группы заболеваний на данный момент не существует, медикаментозное лечение направлено на решение различных неспецифических проблем, таких как нарушения сна и питания, приступы агрессии и аутоагрессии и др. К методам с доказанной эффективностью и безопасностью относится постоянная абилитация на основе поведенческих, психологических и образовательных подходов. Эти вмешательства эффективны для большинства детей с аутизмом, и ассоциированы с лучшими результатами. Использование интенсивных комплексных программ, начатых в раннем возрасте, в некоторых редких случаях может также приводить к оптимальному исходу, то есть нормализации развития и снятию диагноза. Задача по внедрению этих программ стоит перед межведомственным взаимодействием между медицинскими организациями, образованием и органами социальной защиты.

**Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ):  
подходы к лечению в условиях детского дневного стационара  
Лисовицкая Г.Б., Войтина И.В., Шилова Е.Ю., Граф А.А.  
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

В медицинской литературе описание СДВГ встречается на протяжении довольно длительного периода времени. Первых детей, чье поведение отличалось импульсивностью и гиперактивностью, описал немецкий психиатр Heinrich Hoffmann (1809-1894). В настоящее время синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одним из наиболее распространенных нарушений нейropsychического развития, встречающихся в детской популяции. По МКБ-10 разработаны диагностические критерии и

вынесены в отдельный раздел F90: Гиперкинетическое расстройство и дефицит внимания (или синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)).

Согласно данным глобальных мета-анализов (G. Polanczyk, 2023), распространенность СДВГ среди детей и подростков в мире составляет 5-7%. В структуре обращаемости к детским психиатрам и неврологам данная патология занимает одно из первых мест. Актуальность проблемы обусловлена не только высокой частотой встречаемости, но и серьезными долгосрочными последствиями:

- Академическая неуспешность: до 30% детей с СДВГ имеют специфические трудности обучения.
- Риск коморбидности: в 60-80% случаев СДВГ сочетается с оппозиционным вызывающим расстройством, тревожными расстройствами, расстройствами аутистического спектра (РАС) или тикозными расстройствами.
- Прогноз: без своевременной коррекции высок риск социальной дезадаптации, формирования асоциального поведения и сохранения симптомов во взрослом возрасте (у 40-60% пациентов).

В 2025г. в детском дневном стационаре ГБУЗ ККПБ было обследовано 16 пациентов в возрасте от 3 до 13 лет с диагнозом: Гиперкинетическое расстройство поведения. По МКБ-10: F90.1.

По результатам нашего исследования было выявлено, что СДВГ встречается чаще у мальчиков – 11 пациентов (68,75%), чем у девочек – 5 пациентов (31,25%).

В зависимости от срока родов и течения беременности, наши пациенты разделены на следующие группы, которые по нашим данным, приводят к патологии, являются:

- Недоношенность: 12,5%
- Переношенность: 6,25%
- Сочетание ХГП с УПБ: 62,25%
- ВСД во время беременности: 18,75% и преэклампсия в 6,25%
- ВУИ (носительство вируса краснухи матерью): 6,25%
- R75: 6,25%
- Контакт с МБТ: 6,25%

Особенностью клинической картины этой группы является то, что дети с раннего возраста заметно отставали в психическом и речевом развитии. Фразовая речь формировалась примерно к 3 годам. Эти дети с раннего возраста были чрезмерно подвижны, двигательнo беспокойны, неусидчивы, легко отвлекались и испытывали трудности при запоминании информации в детском саду. Как правило интерес к любым занятиям был кратковременный.

При психологическом исследовании у большинства детей были выявлены неравномерность развития интеллекта, неустойчивость внимания и эмоционально-волевые нарушения. При психологическом исследовании, во всех наблюдаемых нами случаях на первый план выступали: нарушение контролирующих и регулирующих функций, нарушение объема и концентрации внимания, повышенная двигательная активность, незрелость мотивационно-волевой сферы, выраженные нарушения самоконтроля, неравномерность умственных достижений при потенциально сохранных интеллектуальных возможностях.

В связи с выраженностью клинических проявлений гипердинамического синдрома, у обследуемых пациентов отмечалась социальная дезадаптация. Так, для детей дошкольного возраста решаются вопросы о переводе в специализированные детские дошкольные учреждения и группы, иногда даже о выводе из детского дошкольного учреждения зачастую, в связи с выраженностью поведенческих нарушений, такие дети требуют индивидуального подхода и ухода за ними. В ряде случаев, такие дети направляются в детский дневной стационар с целью решения социальных вопросов. Поэтому нами была так же исследована эффективность медикаментозной терапии в лечении СДВГ в условиях детского дневного стационара. По нашим данным тиоридазин принимали 37,5% (6 пациентов), хлорпромазин принимали 18,75% (3 пациента), хлорпротиксен 12,5% (2 пациент), атомоксетин 18мг/сут. принимали 12,5% (2 пациента) исследуемых. Атомоксетин уже получали до обращения в детский дневной стационар, несмотря на сохраняющие жалобы на поведение ребенка, – отказались от коррекции терапии. Не получали ПФТ 18,75% (3 пациента) исследуемых, из-за отказа законного представителя от подбора лечения, обосновав свой отказ тем, что их ребенок корректирует поведение на фоне бесед и замечаний.

На фоне получаемого лечения поведение пациентов становилось более упорядоченно, снизилось количество конфликтов, чаще реагировали на замечания персонала, улучшилось качество сна. Законные представители так же отмечали положительный эффект от подобранной терапии. Таким образом, нейрорептики, подобранные в условиях детского дневного стационара, были не менее эффективны, чем атомоксетин, назначенный в амбулаторных условиях. Нельзя не отметить высокую стоимость атомоксетина, атомоксетин 18мг №7 – минимальная стоимость равна 1370 руб. Сумма на месячный курс этого препарат будет равна примерно 5480 руб. А учитывая, что не все пациенты детского дневного стационара имеют высокие финансовые возможности, выбор в пользу нейрорептиков в условиях стационара становится не только клинически обоснованным, но и экономически оправданным, позволяя обеспечить доступность терапии для более широкого круга пациентов без снижения ее эффективности. Данный аспект приобретает особую значимость при работе с социально незащищенными слоями населения, где финансовая доступность лечения является критическим фактором комплаенса. Следует также подчеркнуть, что при сопоставимой клинической эффективности нейрорептическая терапия в условиях детского дневного стационара демонстрирует более выгодное соотношение «стоимость – эффективность», что важно учитывать при выборе тактики лечения в условиях ограниченных бюджетных ресурсов родителей.

На основании нашего исследования этой группы детей, проходящих лечение и обследования в условиях детского дневного стационара, можно сделать следующие выводы:

- Чаще синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) встречается в дошкольном и младшем школьном возрасте (31,25% и 62,5%).
- СДВГ встречается чаще у мальчиков, чем у девочек.
- В 100% случаев, по нашим данным, в этиологии СДВГ решающую роль играют резидуально-органическое поражение ЦНС.
- СДВГ имеет высокую коморбидность с другими заболеваниями, на первое место выходит задержка психоречевого развития (75%) и только в 18,75% выставлен СДВГ как самостоятельное заболевание (без осложняющих факторов).

Таким образом, нейролептики, подобранные в условиях детского дневного стационара, были не менее эффективны, чем атомоксетин, подобранный в амбулаторных условиях. Следует также подчеркнуть, что при сопоставимой клинической эффективности нейролептическая терапия в условиях детского дневного стационара демонстрирует более выгодное соотношение «стоимость – эффективность», что важно учитывать при выборе тактики лечения в условиях ограниченных бюджетных ресурсов родителей.

**Клинико-психопатологические корреляты синдрома  
хронической тазовой боли у девочек-подростков города Омска**  
**Лубеницкая А.Н.<sup>1, 2</sup>, Иванова Т.И.<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup> БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н. Солодников», Омск**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Омск**

**<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Тюмень**

---

Проблема хронической боли в педиатрической практике за последние десятилетия трансформировалась из узкоспециализированной медицинской задачи в глобальную междисциплинарную проблему на стыке педиатрии, психиатрии и клинической психологии.

Исследования показывают, что среди пациентов подросткового возраста распространены рецидивирующие боли абдоминальной области (4-53%), головные боли (8-83%), дорсалгии (14-24%), скелетно-мышечные боли (4-40%), а также алгии иных локализаций (5-88%), причем частота встречаемости выше среди женского пола. Около 15% взрослых пациенток страдают тем или иным видом хронической тазовой боли, в то время как заболеваемость девочек-подростков достоверно неизвестна. Согласно данным исследований, посвящённых распространённости дисменореи среди подростков, этот показатель колеблется от 30 до 90%. У девушек с тяжёлой дисменореей выявлено снижение качества жизни, а также повышенный риск развития депрессии и тревожных расстройств, сопутствующих

соматоформных нарушений по сравнению с контрольной группой, что подчёркивает необходимость комплексной оценки состояния и лечения данной категории пациенток.

**Цель:** комплексное изучение клинико-психопатологических и психодиагностических коррелятов хронической тазовой боли (СХТБ) у девочек-подростков города Омска.

**Материал и методы:** обследовано 134 девочки в возрасте от 13 до 17 лет. В исследование включено 99 пациенток с расстройством аффективной сферы (МКБ-10: F32, F33, F41, F45, F48). По признаку наличия СХТБ обследуемые разделены на две группы: основная (пациентки с хронической болью,  $n=47$ ) и контрольная (пациентки без хронической боли,  $n=52$ ). Средний возраст в основной группе составил  $15,5 \pm 1,4$  года, в контрольной –  $15,3 \pm 1,2$  года ( $p=0,227$ ). Для оценки психологического статуса использован комплекс валидизированных методик: оригинальный опросник для выявления травмирующих факторов, Опросник стратегий преодоления стресса (SACS), Шкала психологического стресса (PSM-25), Тест на самооценку стрессоустойчивости, Анкета оценки качества жизни (MOS SF-36), Шкала тревоги Бека и Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ/ММПИ). Статистическая обработка данных выполнена с помощью программы StatTech v. 4.14.2; различия считались значимыми при  $p<0,05$ .

**Результаты.** Распределение психических расстройств выявило специфические паттерны: в основной группе чаще встречались смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2, 36,2%), депрессивный эпизод легкой степени (F32.0, 25,5%) и генерализованное тревожное расстройство (F41.1, 8,5%). В контрольной группе доминировали депрессивные эпизоды умеренной (F32.1, 46,2%) и тяжелой степени (F32.2, 11,5%). По данным СМИЛ у девушек с хронической тазовой болью значимо чаще повышена шкала 3 (эмоциональная лабильность/демонстративность) (25,5% против 3,8%,  $p=0,001$ ), что интерпретируется как склонность к более яркому эмоциональному предъявлению симптомов и соматизации напряжения, а не как симуляция. По шкале 9 (оптимизм, активность, гипомания) различия также были выраженными ( $p<0,001$ ): снижение наблюдалось у 38,5% пациенток без хронической боли и только у 4,3% пациенток с СХТБ, тогда как повышение шкалы 9 выявлялось исключительно в основной группе

(12,8%). Этот результат согласуется с большей выраженностью астенически-депрессивного профиля в контрольной группе; при СХТБ относительная сохранность шкалы 9 может быть связана с активизацией, поиском помощи и большей поведенческой вовлеченностью. По шкале 7 (тревожность, психастения) повышение встречалось у 31,9% пациенток с хронической болью и у 42,3% пациенток без СХТБ ( $p=0,014$ ). При этом корреляция между наличием СХТБ и уровнем тревожности по шкале Бека отсутствовала ( $p=0,982$ ): распределение уровней тревожности было сопоставимым в обеих группах (значительная – 23,4% и 19,2%). Пациентки с СХТБ значимо чаще использовали просоциальные стратегии совладания (36,2% против 7,7%,  $p=0,0013$ ), а также чаще проявляли активные (17,0% против 0%) и более конструктивные копинг-паттерны (высокая конструктивность 44,7% против 19,2%,  $p<0,05$ ), что может быть связано с мобилизацией ресурсов при длительном заболевании и более активным взаимодействием с медицинской и социальной средой. По результатам Теста на самооценку стрессоустойчивости личности пациентки без СХТБ обнаруживали уровень «ниже среднего» в три раза чаще, чем девушки из основной группы (40,4% против 12,8%). В группе пациенток с СХТБ чаще выявлялись «высокий» и «выше среднего» уровни стрессоустойчивости (12,8% и 36,2% соответственно,  $p=0,0024$ ). Возможные причины включают мобилизацию адаптационных ресурсов при длительном заболевании, более активное взаимодействие с медицинской системой и наличие сформированных способов поиска поддержки. Качество жизни у пациенток с СХТБ было значимо снижено по ключевым шкалам: влияние боли (BP) – 43,8 против 90,1 ( $p<0,001$ ); физическое ролевое функционирование (RP) – 51,1 против 67,8 ( $p=0,004$ ); общее состояние здоровья (GH) – 45,0 против 53,1 ( $p=0,014$ ). При этом жизненная активность (VT) и эмоциональное ролевое функционирование (RE) были выше в группе СХТБ ( $p=0,006$  и  $p=0,038$  соответственно), что согласуется с меньшей долей тяжелой депрессии и большей активностью в поиске помощи.

**Выводы.** Хроническая тазовая боль у девочек подросткового возраста представляет собой актуальную медицинскую проблему на стыке дисциплин: боль тесно переплетена с тревожно-депрессивной симптоматикой, снижением качества жизни, что требует обязательного скрининга ментального здоровья в рутинной практике гинекологов и педиатров.

Полученные данные обосновывают необходимость интегрированного ведения (гинеколог + психиатр/психолог), раннего выявления тревожно-депрессивных расстройств и целенаправленной работы с копинг-стратегиями и качеством жизни. Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение долгосрочных исходов коморбидной патологии, разработку персонализированных схем лечения и выявление биомаркеров, предсказывающих риск развития хронической боли и тревожно-депрессивной симптоматики в пубертатном периоде.

### **Гендерные особенности эндогенных депрессий по материалам смешанного общепсихиатрического отделения**

**Макарова О.В., Иванчикова А.Б.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

---

**Цель исследования:** изучить гендерные особенности клинической картины, течения, терапии пациентов с эндогенными депрессиями в условиях смешанного общепсихиатрического отделения.

#### **Материалы и методы исследования.**

Методом сплошной выборки обследовано 53 пациента с депрессивными расстройствами, находившихся на лечении в 14-19 отделении с 2022 по 2025гг. Вся выборка была разделена на две группы: 31 женщина (%), 22 мужчины (%).

**Критерии включения:** наличие эндогенной депрессии, отсутствие симптомов шизофрении, возраст от 18 до 60 лет.

В исследовании использовались: клинико-катамнестический и клинико-психопатологический методы. Применены следующие методики: шкала депрессии Гамильтона, Монтгомери Асберга.

#### **Результаты исследования**

Распределение по возрасту: женщины – 31,3, мужчины – 38,6.

Возраст начала заболевания: женщины – 17,4, мужчины – 23.

**Коморбидные расстройства:** женщины – булимия 3, артериальная гипертензия – 5, заболевания ЖКТ (гастродуоденит, хронический колит, хронический холецистит) – 9, мужчины – алкогольная зависимость – 8, заболевания ЖКТ (гастродуоденит, хронический колит) – 5.

**Продолжительность депрессивных эпизодов:** Женщины – 57 дней / Мужчины – 42 дня.

**Продолжительность ремиссий:** у женщин ремиссии составляют от 5 месяцев до 1,5 лет, у мужчин этот показатель несколько выше: от 11 мес. до 2 лет.

**Таблица 1. Нозологическая принадлежность**

| Диагностические категории                         | Женщины (n=31) /<br>средний возраст начала<br>заболевания | Мужчины (n=22) /<br>средний возраст<br>начала заболевания |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Рекуррентное депрессивное<br/>расстройство</b> | <b>17,4г</b>                                              | <b>23г</b>                                                |
| Текущий эпизод легкой степени<br>тяжести          | -                                                         | -                                                         |
| Текущий эпизод умеренной степени<br>тяжести       | F33.1 – 15 (48,3%)                                        | F33.1 – 13 (59,0%)                                        |
| Текущий эпизод тяжелой степени<br>тяжести         | F33.2 – 7 (22,6%)                                         | F33.2 – 3 (13,6%)                                         |
| <b>Биполярное аффективное<br/>расстройство</b>    |                                                           |                                                           |
| Текущий эпизод легкой или<br>умеренной депрессии  | F31.3 – 4 (12,9%)                                         | F31.3 – 2 (9,1%)                                          |
| Текущий эпизод тяжелой депрессии                  | F31.4 – 5 (16,1%)                                         | F31.4 – 4 (18,1%)                                         |

**Таблица 2. Социально-демографические особенности пациентов (n=53)**

|                                          | Женщины (n=31) | Мужчины (n=22) |
|------------------------------------------|----------------|----------------|
| Средний возраст                          | 27,3           | 34,6           |
| <b>Уровень образования</b>               |                |                |
| Среднее                                  | 5              | 1              |
| среднее специальное                      | 9              | 9              |
| неоконченное высшее                      | 12             | 6              |
| Высшее                                   | 5              | 5              |
| <b>Социальные характеристики больных</b> |                |                |
| <i>Семейное положение</i>                |                |                |
| в браке                                  | 9              | 6              |
| не замужем (не женат)                    | 22             | 16             |
| <i>Занятость</i>                         |                |                |
| Учащиеся                                 | 11             | 8              |
| Работающие                               | 9              | 10             |

Сравнение основных клинико-психопатологических характеристик больных по шкале Гамильтона показало, что отмечаются существенные различия по некоторым показателям: пониженное настроение, чувство вины, ажитация, тревога, характерные суточные колебания аффекта и суицидальные мысли более выражены у женщин. У мужчин отмечаются более выраженные расстройства сексуальной сферы, ипохондричность, желудочно-кишечные соматические симптомы, заторможенность, нарушение работоспособности. Что касается суицидального поведения, то тяжелые суицидальные попытки отмечались в обеих подгруппах, причем, мужчины меньше жаловались, скрывали симптоматику от окружающих и попытки их суицида были неожиданны, тогда как мысли о самоубийстве чаще обнаруживались в группе женщин. По другим пунктам существенной разницы мы не выявили.

При сравнении данных по Шкале Монтгомери Асберга выявилось, что у мужчин внутреннее напряжение, апатия, снижение аппетита, утрата способности чувствовать выражены значительно сильнее, чем у женщин.

#### **Особенности терапии:**

ТЦА: женщины – более быстрый терапевтический ответ, в том числе, на минимальные дозировки; частота побочных эффектов значительно ниже по сравнению с мужчинами.

По переносимости: при использовании ТЦА у мужчин значительно чаще затруднение мочеиспускания, сексуальные дисфункции.

СИОЗС, СИОЗСН. у женщин при терапии этими препаратами на начальных этапах лечения в 15% отмечалась тошнота, у одной пациентки из-за выраженности этого симптома, пришлось отменить венлафаксин.

Нежелательные явления при применении СИОЗС у мужчин – диспепсия, сексуальные дисфункции.

В отличие от литературных данных, мы не выявили значительного эффекта при применении агомелатина.

При лечении депрессии в структуре БАР существенных гендерных различий в эффективности и переносимости отмечено не было.

#### **Выводы:**

1. И для женщин, и для мужчин характерны основные клинические проявления эндогенной депрессии.

2. Выявлены достаточно значимые различия в клинической картине эндогенных депрессий в зависимости от гендерной принадлежности, в целом, соответствующие имеющимся литературным данным.

3. Возраст начала заболевания в женской подгруппе более ранний.

4. У мужчин чаще наблюдались тоска, снижение мотивации, двигательная заторможенность, соматические симптомы (тахикардия, запоры), сопутствующие заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. У мужчин выше коморбидность со злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами.

5. У женщин в структуре депрессии чаще отмечались тревога, двигательное возбуждение, суицидальная активность (суицидальные мысли, намерения или попытки), суточные колебания настроения, идеи самообвинения, избегание контактов с окружающими, слабость, усталость, нарушение засыпания и отсутствие чувства сна, изменение аппетита, колебания веса.

6. У женщин отмечалась лучшая эффективность антидепрессивной терапии, в частности при лечении ТЦА, возможность использования более низких дозировок.

7. У мужчин значительно чаще отмечались побочные эффекты применения ТЦА, что снижало возможность их использования.

8. Течение заболевания у мужчин более тяжелое, госпитализации более длительные, и выраженность социальной дезадаптации значительно выше, чем у женщин.

9. Тяжесть заболевания в мужской подгруппе достаточно часто усугубляется наличием коморбидной зависимости.

10. Особенности клинической картины у женщин являются более выраженные, как по интенсивности, так и по длительности, аффективные расстройства, зачастую с трудом поддающиеся медикаментозной коррекции. У мужчин к особенностям мы отнесли малую их доступность и значительную антисоциальность.

## **Интернет-зависимость у детей младшего школьного возраста**

**Миллер Ю.С.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»  
ОСП №2, Ленинск-Кузнецкий**

---

В настоящее время интернет является неотъемлемой частью жизни большинства людей во всем мире. Мы используем его для работы, общения, получения информации и развлечений. Однако чрезмерное использование интернета может привести к зависимости, которая может негативно сказаться на здоровье и качестве жизни человека.

**Интернет-аддикция (или интернет-зависимость)** – это навязчивое стремление к использованию интернета, которое мешает повседневной жизни и нормальному социальному взаимодействию. Впервые подобное определение было введено в обращение американским психиатром Айвенем Голдбергом в 1995 году [2]. За рубежом это явление начало изучаться в конце прошлого тысячелетия, клиническим психологом Кимберли Янг была выпущена книга об интернет-зависимости, был основан Центр по борьбе с Интернет-зависимостью на базе медицинского центра Брэдфорда. Среди российских ученых выходили различные публикации, посвященные данной проблематике, начиная с 2000 года.

Как правило, интернет-зависимость рассматривается исследователями как многокомпонентная проблема, имеющая множество форм проявления: к интернет-зависимости будут относиться и игровая зависимость от онлайн-игр, и пристрастие к виртуальному общению, чрезмерное использование социальных сетей, и навязчивый веб-серфинг (поиск информации в сети).

Интернет-зависимость не имеет кода в МКБ-10 и МКБ-11 и не выделяется в отдельную нозологическую единицу, несмотря на актуальность проблемы и рост ее распространенности. [1] Интернет-зависимость широко распространена среди детей, подростков и лиц юношеского возраста и с каждым годом их число возрастает. Несмотря на отсутствие сформированных клинических критериев состояния, для интернет-зависимости характерны признаки, свойственные любым другим аддикциям: сильное, непреодолимое желание выполнять определенные действия (играть, вести переписку, смотреть видео, обновлять фотографии) в Интернете; невозможность контролировать свое поведение во время выполнения этих

действий; состояние отмены, сопровождающиеся выраженным физическим и психическим дискомфортом; повышение толерантности (в данном случае, в форме роста проводимого в Интернете времени); поглощенность действиями, совершаемыми в Интернете, в ущерб другой активности, как физической, так и интеллектуальной; продолжение такого поведения вопреки очевидным негативным его последствиям.

Оценить распространенность проблемы сложно, данные разнятся: исследователи в Европе и Америке сообщают о 1,5-13% зависимых от интернета среди молодежи лиц, среди московских подростков – 4,3%, в целом интернет-зависимость выявлена среди 7,2% российских подростков. [2]

Было проведено исследование, в ходе которого были обследованы 30 детей различного возраста, обучающихся по программе VII типа. Выборка состояла из детей от 8 до 10 лет, (8 лет – 7 человек, или 23,3% от исследуемых; 9 лет – 9 человек, или 30%, 10 лет – 14 человек, или 46,67%) большая часть исследуемых детей (27 человек (90%) – мальчики), выборка состоит из детей, у которых, со слов родителей, уже имеются проблемы с чрезмерным использованием интернета. У всех испытуемых имелся домашний неограниченный доступ в интернет, большая часть исследуемых использовала в качестве источника интернета смартфон, у всех исследуемых стаж использования интернета превышал 1 год. Исследование проводилось при участии родителей и после получения добровольного информированного согласия родителей в исследовании. Родители детей в разговоре с психиатром предъявляли жалобы на чрезмерную увлеченность детей гаджетами, снижение успеваемости в школе из-за зависимости от интернета, снижение их вовлеченности в помощь с домашними делами, уменьшение доли общения с другими детьми, в школе и вне школы, предпочтение виртуального общения реальному, раздражительность, негативные реакции при попытке родителей уменьшить проводимое детьми время в интернете.

Тестирование проводилось с помощью шкалы «Шкала интернет-зависимости Чена» (Шкала CIAS в адаптации Малыгина В.Л., Феклисова К.А.), которая используется наиболее часто при проведении исследований интернет-зависимости среди российских исследователей. [2] Шкала состоит из 26 вопросов, относящихся к использованию интернета. Каждый из 26 пунктов оценивается от 1 до 4: 1 – совсем не подходит, 2 –

слабо подходит, 3 – частично подходит, 4 – полностью подходит. Интерпретация по общему баллу: 27-42 – минимальный риск; 43-64 – склонность к формированию зависимости (группа риска); 65 и выше – выраженное устойчивое интернет-зависимое поведение.

В ходе исследования все обследуемые разделились на три группы следующим образом:

|                                             |                                              |                   |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------|
| Минимальный риск развития интернет-аддикции | В группе риска по развитию интернет-аддикции | Интернет-аддикция |
| <b>4</b>                                    | <b>23</b>                                    | <b>3</b>          |

Профилактические мероприятия по отношению к интернет-аддикции включают в себя первичные и вторичные меры профилактики. К первичным мерам можно отнести разумное ограничение проведенного в Интернете (гаджетах) времени и содержания контента, информирование детей и родителей о разумном использовании Интернета и рисках возникновения интернет-зависимости, установление доверительных отношений между детьми и родителями, вовлечение в альтернативные занятия, способные заместить собой интернет (хобби, творчество, занятия спортом и т.д). В качестве вторичной профилактики рассматривается коррекция интернет-зависимости путем занятий с психологом и когнитивно-поведенческая терапия.

#### **Выводы:**

- вероятнее всего, лица мужского пола более подвержены развитию интернет-аддикции;
- большая доля обследуемых находится в группе риска по возникновению интернет-аддикции;
- проблема интернет-зависимости является актуальной по отношению даже к группе детей младшего школьного возраста.

Со всеми родителями и детьми по итогу исследований была проведена беседа о актуальности проблемы интернет-зависимости, были даны советы по профилактике интернет-зависимости.

#### **Список литературы**

1. Пекониди А.В. Цифровая зависимость у детей и подростков. Современные стратегии диагностики и лечения. РМЖ. Медицинское обозрение. 2021. № 5(5). С. 322-329.

2. Пережогин Л.О., Федонкина А.А. Интернет-зависимость: предпосылки формирования, клиническая картина, лечение и профилактика: Методические рекомендации. М.: ФГБУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2024. 33 с.

## **Эффективность и безопасность сочетанного применения электросудорожной терапии и психофармакотерапии**

**Москвина Я.В., Гордеев В.А., Ербягин К.Е., Иванец И.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

**Актуальность проблемы:** С начала 1990-х гг. в литературе наблюдается определенный интерес к новому варианту использования электросудорожной терапии (далее – ЭСТ) в сочетании с нейролептиками [2]. Предполагается, что при этом происходит взаимное потенцирование терапевтического эффекта, о чем косвенно свидетельствуют некоторые общие механизмы действия, выявляемые в нейрофизиологических исследованиях. В литературе имеются указания к сочетанному применению клозапина и ЭСТ, однако данные получены на малых группах больных, в отдельных клинических наблюдениях и носят противоречивый характер [4].

**Цель исследования:** клиническая оценка эффективности и безопасности сочетанного применения ЭСТ и психофармакотерапии, в сравнении с клиническими исследованиями в научной литературе.

**Материалы:** В исследование включены пациенты (за период 2018-2023г.), находящиеся на лечении в ГБУЗ ККПБ, принимающие атипичные нейролептики, давность заболевания от 5 до 15 лет, возрастные ограничения от 30-50 лет, с психофармакорезистентностью.

**Критерии исключения:** пациенты, страдающие психическим заболеванием менее 5 лет, первичные психотические эпизоды.

**Контрольная группа:** Контрольную группу составили пациенты, получавшие сочетанную терапию: ЭСТ и психофармакологическую терапию.

Минимальная сумма баллов по шкале PANSS (Шкала оценки позитивных и негативных синдромов) к началу исследования составляла не менее 60, что соответствовало наличию актуальной психотической симптоматики в рамках обострения или дебюта психоза.

**Методы:** Катамнестический, клинический метод, сравнительный анализ.

Для объективизации клинических данных применены следующие шкалы: PANSS; Шкала общего клинического впечатления – CGI-S; Шкала глобальной оценки динамики психического состояния CGI-I. Обследование больных с использованием психометрических шкал проводилось еженедельно в дни, свободные от сеансов ЭСТ. Первое обследование осуществлено до начала курса ЭСТ, второе – на 7-й, третье – на 14-й и четвертое (заключительное) – на 21-й день наблюдения.

**Результаты и обсуждения:** Исследуемая группа составила 41 случай. Стоит учесть то, что в период пандемии Covid-19 с декабря 2020 года по июнь 2022 года ЭСТ не проводилось. Соотношение количества исследуемых пациентов в сравнении с контрольной группой 1:3.

По полу соотношение больных распределилось следующим образом: 24 мужчины, что составляет 59% и 17 женщин, что составляет 41%. Что в процентном соотношении незначительно отличается от контрольной группы.

У 7% исследуемых (3 человека) имеется инвалидность первой группы, у 51% (21 человек) – 2 группа инвалидности, у 22% (9 человек) исследуемых 3 группа инвалидности и 8 пациентов не имеют группы инвалидности.

ЭСТ проведена по современной модифицированной методике, решение о назначении принимала клиничко-экспертная комиссия.

Для премедикации использовано 0,5-0,1% атропина сульфата с 1,0-1,0%-ным раствором димедрола внутримышечно или внутривенно.

Анестезиологическое пособие проведено раствором пропофола в дозе 150-200 мг внутривенно струйно на фоне миорелаксации раствором суксаметония бромид в дозе 160-190 мг. Для проведения ЭСТ использован аппарат ЭСТЕР. В среднем частота импульсов составляла 27-77 Гц; длительность импульсов – 1,0-1,5 мс при амплитуде 550 мА. При подборе минимальной судорожной дозы использован принцип независимой настройки каждого параметра стимуляции. Состоявшимся считался приступ с длительностью моторных проявлений не менее 20 секунд.

Более интересным, считаем, соотношение по психическому статусу при направлении на ЭСТ. 30% больных с депрессивно-параноидной симптоматикой, практически треть 37% – с галлюцинаторно-параноидной, по 1 человеку с кататоническим возбуждением и фебрильной шизофренией, по 5 со стойкой галлюцинаторной симптоматикой и кататонно-параноидным

статусом. В 49% случаев контрольной группы это пациенты с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, 35% случаев с депрессивно-параноидной симптоматикой, 14% с галлюцинаторной и 16% кататонно-параноидной симптоматикой. Таким образом, в исследуемой группе имелись пациенты с urgentными показаниями для ЭСТ, по другим психическим статусам имеются незначительные отличия от контрольной группы.

Направление на ЭСТ в нашей больнице соответствует тем требованиям и показаниям, которые рекомендуются для ЭСТ.

Средняя длительность пребывания в стационаре больных, которым проводилась ЭСТ составила 122 дня. С длительностью 1-2 месяца – 17% случаев, 3-4 месяца – 44% случаев, от 5-6 месяцев – 10% случаев, и более 6 месяцев – 29% случаев, что в процентном соотношении незначительно отличается от контрольной группы.

Средняя длительность курса ЭСТ составила 27 дней, в контрольной группе 30. В среднем проведено 8 сеансов ЭСТ, что меньше, чем в контрольной группе – 14.

Рекомендованное количество сеансов ЭСТ для преодоления психофармакорезистентности 25 сеансов. (Нельсон А.И.).

Улучшение состояния в исследуемой группе после 5 сеансов отмечалось у 80% пациентов, у 20% после 6-10 сеансов. В контрольной группе 73% и 27% соответственно.

В 37% случаев стабилизация состояния произошла после 7 сеансов, у 63% до 10 сеансов. В контрольной группе 42% и 58% соответственно, что в процентном соотношении лишь незначительно отличается от контрольной группы из литературных источников.

Говоря о побочных эффектах, необходимо отметить, что большинство из них были связаны с терапией антипсихотиками. 35 пациентов, что соответствует 85% исследуемых, предъявляли жалобы на преходящие нарушения памяти, длительность подобной симптоматики не превышала нескольких дней и, как правило, не требовала специальной коррекции. Но для быстрой коррекции когнитивных расстройств применялась ноотропная терапия в лечебных дозировках. Клинически отчетливых когнитивных нарушений также не выявлялось. Следует оговориться, что специальных исследований когнитивных функций нами не проводилось.

Психические побочные эффекты, в основном, проявлялись в виде сонливости, напряжения, увеличения сна и астении. Данные состояния наблюдались у 2 пациентов.

Вегетативные побочные эффекты в виде сухости во рту, ортостатическая гипотензия, тошнота, головная боль проявлялись у 3 пациентов.

Сочетанные психические и вегетативные побочные эффекты наблюдались лишь у 1 пациента с отягощенной соматической патологией. Что в процентном соотношении соотносится с контрольной группой из литературных источников. У большей части исследованных пациентов побочные эффекты не выходили за пределы легкой степени тяжести и купировались без медикаментозного лечения.

Выписка из стационара после проведения курса ЭСТ в 56% случаев проходила в течение 1 месяца после окончания ЭСТ, 27% через 2 месяца, остальным 17% проводилось лечение более 4 месяцев. В контрольной группе в 46% случаев выписка проходила в течение 1 месяца после окончания ЭСТ, 21% через 2 месяца, остальным 13% проводилось лечение более 4 месяцев, что в процентном соотношении лишь незначительно отличается от контрольной группы из литературных источников.

**Выводы:** Применение психофармакологических средств в сочетании с ЭСТ, приводит к более выраженной редукции психопатологической симптоматики (продуктивной, негативной, общей психопатологической) в 93% случаев (38 исследуемых), в 7% случаев выявлено отсутствие эффективности проведенных мероприятий, что не имеет существенных отличий с литературными данными (3% случаев отсутствие эффекта), возможно, это связано с применением высокотехнологических аппаратов ЭСТ (Thymatronsystem IV).

Комплексная оценка результатов противорезистентной терапии, основанная на использовании клинических данных позволяет рекомендовать ЭСТ в качестве эффективного и безопасного метода терапии резистентной шизофрении.

Применение сочетанной электросудорожной и психофармакологической терапии у пациентов с резистентной шизофренией имеет преимущества над терапией исключительно психотропными лекарственными средствами различных фармакологических групп (стратегии аугментации) в виду более

высокой эффективности, в связи, с чем может быть рекомендована в качестве стратегии выбора при неэффективности последних.

Использование сочетанной электросудорожной и психофармакологической терапии у пациентов с резистентной шизофренией имеет преимущества в безопасности над использованием исключительно психофармакологических средств и может быть рекомендовано как в случаях плохой переносимости лекарственных препаратов, или их комбинаций в средних и максимальных терапевтических дозировках, так и в случае необходимости редукции уже имеющихся нежелательных реакций, возникших вследствие фармакотерапии.

По наблюдениям А.И. Нельсона и других исследователей (сравнение групп резистентных больных шизофренией), введение ЭСТ в комплекс терапии позволяет сократить срок стационарного лечения в среднем на 30%.

Экономическая выгодность амбулаторной поддерживающей ЭСТ в сравнении с поддерживающей психофармакотерапией подтверждена и в Канаде [K. Rabheru, E. Persad, 1997]. Не случайно в Квебеке, одной из провинций этой страны, с 1988 по 2001г. число курсов ЭСТ, проведенных амбулаторно, возросло с 18 до 28% от всех курсов ЭСТ [R. Banken, 2002]. Экономические преимущества амбулаторной ЭСТ делают этот вид лечения довольно распространенным и в других странах: из всех курсов ЭСТ амбулаторно проводилась в Ирландии в 9% случаев (1982), в Великобритании в 16% (1980), в США за 1987-1992 гг. доля амбулаторных курсов возросла с 7% до 16% [R. Banken, 2002].

#### Список литературы

1. Данилов Д.С. Терапевтическая резистентность при шизофрении и биологические методы ее преодоления // Журнал неврологии и психиатрии 2008. № 10. С. 81–86.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М., 1988.
3. Kane JM. Factors which can make patient difficult to treat Br. J. Psychiatry Suppl. 1996 31:10–4.
4. Kane JM. Management issues in schizophrenia– Martin Dunitz Ltd: London, 2000.
5. Малин Д.И. Сравнительная эффективность плазмафереза и электросудорожной терапии в лечении резистентных к

- психофармакотерапии состояний у больных эндогенными психозами // Социальная и клиническая психиатрия. 1993. № 3(1). С. 97–101.
6. Малин Д.И. Эффективность применения плазмафереза в преодолении резистентности к психофармакотерапии больных эндогенными психозами / Материалы XII съезда психиатров России. М., 1995. С. 530–31.
7. Недува А.А. Соотношение лекарственных и нефармакогенных методов лечения на разных этапах формирования терапевтической резистентности у больных шизофренией // Материалы XII съезда психиатров России. М., 1995. С. 536–37.

### **Особенности клиники алкогольной зависимости у женщин с поздним началом заболевания**

**Ненастьева А.Ю.<sup>1, 2</sup>, Байкова М.А.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», Москва**

**<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва**

---

Ввиду структурной неоднородности группы пациентов позднего возраста вопрос о необходимости использования для них разных терапевтических и реабилитационных подходов, остается открытым до настоящего времени.

Целью исследования является выделение актуальных клинических профилей пожилых пациенток, страдающих алкогольной зависимостью (далее – АЗ), на основании имеющихся у них особенностей психического, соматоневрологического и социального статуса для персонификации лечебно-реабилитационной программы для каждой выделенной группы.

Методика исследования заключается в анализе особенностей структуры и динамики синдрома патологического влечения к алкоголю, фактического состояния аффективной, когнитивной (память, внимание, мышление) и интеллектуальной сфер пациенток, а также оценке эффективности применяемой психофармакотерапии на этапе становления ремиссии. Для решения поставленных задач использовались клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

Материалы исследования. В исследование было включено 100 женщин: в основную группу вошло 50 женщин, формирование ААС у которых происходило в возрасте старше 60 лет; в контрольную – 50 женщин, у которых ААС возник в возрасте до 60 лет включительно. Критерием не включения было наличие эндогенного психического заболевания.

Результаты исследования. Пациентки не различались по возрасту –  $66,7 \pm 3,9$  лет в основной и  $64,2 \pm 4,2$  года в контрольной группе ( $p=0,164$ ), но закономерно обнаруживали достоверное межгрупповое различие в давности заболевания –  $4,3 \pm 2,1$  года, против  $15,8 \pm 6,2$  лет ( $p \leq 0,001$ ), что было обусловлено целью настоящего исследования. В обеих группах зависимых был выявлен достаточно высокий процент эмоциональных расстройств: психометрическая оценка выраженности аффективных нарушений показала наличие депрессивных расстройств преимущественно умеренной тяжести в обеих группах. На 7-е сутки отказа от алкоголя суммарный балл по MADRS в основной группе составил  $25,5 \pm 7,6$ , в контрольной –  $23,7 \pm 7,3$  (межгрупповое сравнение  $p > 0,05$ ). На фоне проводимого лечения выраженность аффективных расстройств в группах снизилась и к 21 дню пребывания в стационаре стала соответствовать в основном депрессии легкой тяжести: суммарный балл по MADRS в основной группе составил  $20,4 \pm 6,7$ , в контрольной –  $18,9 \pm 5,8$  (межгрупповое сравнение  $p > 0,05$ ). Достоверной редукции в ответ на терапию в обеих группах подверглись такие симптомы как объективная гипотимия, тревога, снижение аппетита, в основной группе значительно сократилась выраженность бессонницы, в контрольной – проявления субъективной гипотимии. Такие проявления как: трудности концентрации, нарушения деятельности, ангедония, пессимистические и суицидальные мысли на фоне терапии также показали улучшение как в основной, так и в контрольной группе, но не достигли статистической значимости. Столь быстрый позитивный ответ на психофармакотерапию с высокой степенью вероятности позволяет говорить о преобладании вторичных аффективных нарушений в изучаемой выборке, развившихся на фоне основного заболевания и являющихся составной частью его стержневых синдромов.

Психометрическая оценка выраженности когнитивных нарушений показала наличие преимущественно предементных расстройств в обеих группах как на 7-е, так и на 21-е сутки отказа от алкоголя: суммарный балл

по MMSE в основной группе составил  $24,6 \pm 2,7$  и  $26,8 \pm 2,5$ , соответственно ( $p > 0,05$ ), в контрольной –  $23,5 \pm 2,6$  и  $26,2 \pm 3,1$ , соответственно ( $p > 0,05$ ); межгрупповых различий по шкале MMSE также обнаружено не было. Полученные нами результаты согласуются с имеющимися литературными сведениями о том, что чрезмерное употребление алкоголя способствует развитию слабоумия у пожилых зависимых.

В обеих группах удалось выделить наличие трех динамических вариантов синдрома ПВА, отличавшегося по своей интенсивности: стабильное, усиливающееся и затухающее.

«Стабильно интенсивное» ПВА характеризовалось преобладанием тревоги в ААС, идеаторными и аффективными расстройствами в постабстинентном состоянии, очень медленной терапевтической дезактуализацией. Обострение ПВА в основном протекало в генерализованной форме, часто приобретая черты пароксизмальности. «Усиливающееся» ПВА было представлено преобладанием эмоциональной лабильности на фоне гипотимии в ААС, выраженными идеаторными, аффективными и поведенческими расстройствами в постабстинентном состоянии, медленной дезактуализацией в процессе лечения. Обострение данного типа ПВА проявлялось выраженными идеаторными поведенческими компонентами. «Затухающее» ПВА отличалось преобладанием астенической симптоматики в ААС, неглубокими астено-депрессивными и вегетативными расстройствами в постабстинентном состоянии, более быстрой дезактуализацией в процессе лечения. Обострение ПВА происходило за счет появления аффективных нарушений; идеаторный компонент ПВА был редуцирован, поведенческий компонент отсутствовал. Внутригрупповое сравнение показало, что в основной группе преобладали пациентки с затухающим вариантом ПВА (у 50%), в контрольной группе – стабильно интенсивным (у 44%).

В процессе лечения в основной группе применялись более высокие дозы антидепрессантов, тогда как в контрольной использовались более высокие дозы нормотимиков и антипсихотиков. Однако межгрупповое сравнение курсовых доз используемых препаратов не выявил статистически достоверных различий.

На основании комплексной оценки особенностей течения наркологической патологии, доминирующих психопатологических

синдромов, имеющих последствия злоупотребления и характера ответа на проводимую ПФТ удалось выделить три клинических профиля заболевания у пожилых пациенток с АЗ: аффективный, когнитивный и смешанный.

Аффективный профиль отличался наличием умеренно-тяжелой гипотимии (по шкале MADRS средний балл составляет  $>30$ ), с преобладанием симптомов ангедонии, тревоги и пессимистических мыслей. Для этого профиля также характерно сравнительно быстрое формирование, часто после острой индивидуальной психотравмирующей ситуации, и безремиссионное течение наркологического заболевания, нарастающая социальная дезадаптация, умеренно выраженные соматоневрологические последствия заболевания, доминирование эмоциональных нарушений над интеллектуально-мнестическими.

Когнитивный профиль был представлен преобладанием когнитивного снижения (легкой или средней степени) с обеднением содержания и вязкостью мышления, раздражительностью, эксплозивностью, стереотипной непродуктивной активностью, а аффективные нарушения не превышали умеренной степени тяжести (по шкале MSDRS средний балл  $\leq 20$ ). Данный профиль отличается относительно медленными сроками формирования наркологической патологии, наличием ремиссий, тяжелыми соматоневрологическими последствиями заболевания, прогрессивно нарастающей социальной дезадаптацией вследствие нарушения интеллектуально-мнестических функций.

Смешанный профиль был представлен практически равнозначными и, как правило, умеренно выраженными аффективными и когнитивными нарушениями. Этот профиль отличается средними сроками формирования болезни, часто на фоне хронической психотравмирующей ситуации, тенденцией к непрерывному течению, более выраженными соматоневрологическими и психическими последствиями заболевания, умеренно прогрессирующим социальным снижением.

Дальнейшее изучение выделенных клинических профилей позволит персонализировано подойти к разработке профилактических, леченых и реабилитационных программ для каждой категории пожилых пациентов с наркологическими расстройствами.

## **Психокоррекционная программа, направленная на трансформацию убеждений, формирующих общественно опасные действия**

**Обатнина Е.С., Коробова О.С., Руденко Д.В.**

**ГБУЗ Кузбасская клиническая психиатрическая больница, Кемерово**

---

Предупреждение общественно опасных действий (ООД) психически больных является важнейшей задачей судебной психиатрии. Ее профилактическая направленность делает актуальным изучение факторов, способствующих совершению психически больными общественно опасных действий.

Целью исследования явилось выявление эффективности психокоррекционной программы, направленной на коррекцию коммуникативных навыков, мотивационно-потребностной сферы, эмоционально-волевой сферы, морально-нравственных установок у пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа.

**Материалы и методы:** В исследуемую группу были включены 46 пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа, имеющих психические заболевания в форме шизофрении. На этапе отбора в группу психокоррекции проводится комплексная экспериментально-психологическое исследование и индивидуально установочная встреча с каждым больным с целью решения вопроса о его включенности в группу. Заполнение предварительных тестов, знакомство и объяснение необходимости заполнения листа наблюдений, а также активно применяется в ходе работы, в рамках лекции А.Б. Шмуклера были представлены ряд шкал для оценки качества работы по социальной адаптации, которые мы активно применяем в настоящее время для диагностики результатов проводимых программ психокоррекции, это шкалы: личностного и социального функционирования – Personal and Social Performance, PSP (Morosini P.L. et al., 2000) используется для оценки социального функционирования у пациентов.

**Таблица 1. Данные по шкале личностного и социального функционирования – Personal and Social Performance, PSP  
(Morosini P.L. et al., 2000)**

|                                                    | Отсутствует | Слабое | Заметное | Значительное | Сильное | Очень сильное |
|----------------------------------------------------|-------------|--------|----------|--------------|---------|---------------|
| Социально полезная деятельность                    | 10/8        | 15/17  | 12/13    | 6/5          | 3/3     | 0/6           |
| Отношения с близкими и прочие социальные отношения | 8/16        | 14/14  | 13/6     | 7/4          | 4/4     | 0/0           |
| Самообслуживание                                   | 5/4         | 10/12  | 18/19    | 8/7          | 5/4     | 0/0           |
| Беспокоящее и агрессивное поведение                | 12/10       | 16/18  | 10/11    | 5/4          | 3/3     | 0/0           |

1. Социально полезная деятельность: Первое тестирование: 10 пациентов демонстрировали полное отсутствие социально полезной деятельности, что указывает на выраженную социальную дезадаптацию. Второе тестирование (спустя 3 месяца): Количество пациентов с отсутствием активности снизилось до 8, а количество пациентов со слабым и заметным уровнем активности увеличилось. Это может свидетельствовать о положительном влиянии терапевтических вмешательств, таких как когнитивно-поведенческая терапия или социальная реабилитация, которые способствуют постепенному вовлечению пациентов в социально значимую деятельность.

2. Отношения с близкими и прочие социальные отношения. Первое тестирование: 8 пациентов не имели социальных связей, что характерно для выраженной социальной изоляции, часто наблюдаемой при шизофрении. Второе тестирование: Количество пациентов с отсутствием отношений уменьшилось до 6, а количество пациентов со слабыми и заметными социальными связями увеличилось. Это может быть связано с улучшением коммуникативных навыков и снижением негативной симптоматики (например, апатии или эмоциональной уплощенности) благодаря фармакотерапии и психосоциальной поддержке.

3. Самообслуживание. Первое тестирование: 5 пациентов не справлялись с самообслуживанием, что указывает на тяжелые нарушения в повседневной жизни. Второе тестирование: Количество пациентов с отсутствием самообслуживания снизилось до 4, а количество пациентов с заметным

уровнем самообслуживания увеличилось до 19. Это может быть результатом успешной реабилитации, направленной на восстановление базовых навыков самостоятельной жизни, что является важным аспектом улучшения качества жизни пациентов.

4. Беспокоящее и агрессивное поведение. Первое тестирование: 12 пациентов демонстрировали выраженное агрессивное поведение, что может быть связано с позитивной симптоматикой (например, бред или галлюцинации) или недостаточным контролем импульсов. Второе тестирование. Количество пациентов с выраженным агрессивным поведением снизилось до 10, а количество пациентов со слабым уровнем агрессии увеличилось до 18. Это может быть связано с улучшением контроля над симптомами благодаря антипсихотической терапии и психообразовательным программам, направленным на управление агрессией. Улучшения, наблюдаемые после второго тестирования, могут быть связаны с комплексным воздействием фармакотерапии, психосоциальных вмешательств и реабилитационных программ. Снижение выраженности негативных и позитивных симптомов, способствуют повышению уровня социального функционирования и качества жизни пациентов.

**Выводы:** при проведении психокоррекционной работы с пациентами необходимо учитывать ряд факторов, которые являются специфичными для реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения. К ним можно отнести влияние криминальной субкультуры, наличие продуктивной симптоматики на этапах принудительного лечения, требующей интенсивной психофармакотерапии, слишком редкие посещения родственников и т.д. Важным моментом является сочетание психологического и психообразовательного компонентов, обучение навыкам законопослушного поведения. Все коррекционные мероприятия в этом плане призваны сформировать навыки уверенного социального поведения, эмоционального регулирования, а также обучить использовать пациентов социально приемлемые способы решения задач. Эффективность групповой психосоциальной работы состоит в предотвращении изоляции и аутизации, налаживании коммуникаций. Посредством оптимизации общения, решения текущих жизненных проблем, приобретения навыков адекватного выражения чувств, тренировки адекватных форм межличностного общения и социального поведения восстанавливаются нарушенные вследствие болезни

социальные контакты, что, в конечном итоге, способствует профилактике обострений и госпитализаций, социальной реабилитации с последующей интеграцией больных в общество.

#### Список литературы

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: ИД Медпрактика-М, 2004.
2. Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 50-60.
3. Авидон И., Гончукова О. Тренинг взаимодействия в конфликте: Материалы для подготовки и проведения. СПб.: Речь, 2008.
4. Addington D., Addington J., Maticka-tyndale E. Assessing Depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale // British Journal of Psychiatry. 1993. 163 (22).
5. Солдаткин В. А. Клиническая психометрика: учебное пособие. М.: Кнорус, 2022.

#### **Оценка роли преобладающих личностных проявлений в формировании расстройств невротического уровня**

**Обеснюк О.А., Еременко Я.Ю., Платонов Д.Г., Обеснюк В.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Расстройства невротического уровня являются одной из наиболее распространенных категорий психических заболеваний, которые существенно влияют на качество жизни и функционирование индивидов. В последние десятилетия исследователи проявляют все больший интерес к пониманию факторов, способствующих развитию и поддержанию невротических расстройств, чтобы разработать эффективные методы диагностики, профилактики и лечения.

Распространенность невротических нарушений, а также подверженность клинической картины, психологического содержания невротических конфликтов и психотравмирующих ситуаций влиянию социально-экономических условий, социальных и культуральных стереотипов и стандартов стимулирует изучение психологических аспектов невротических

расстройств в конкретных общественно-исторических условиях (Карвасарский Б.Д., 1980; Исурина Г.Л., 1990; Попов Ю.В., Вид В.Д, 1997; Обидин И.Ю. 2007; Абабков В. А., Васильева А. В., и др. 2008; Николаев Е.Л., Суслова Е.С. ,2011; Платонов Д.Г., 2012; Карпюк В.А, Станько Э.П. и др., 2013; Караваева Т.А., 2011, 2016 и др.).

Среди различных факторов, влияющих на возникновение и проявление невротических расстройств, особое внимание уделяется личностным особенностям и их роли в этом процессе. Психологическая теория предполагает, что индивидуальные различия в личности могут оказывать значительное влияние на уязвимость к невротическим расстройствам.

**Целью** нашего исследования явилось изучение роли преобладающих личностных проявлений в формировании невротических расстройств у пациентов, поступивших на лечение в 5-6 отделение в 2022 г.

**Критериями отбора** больных явилось наличие у них невротического состояния, соответствующего критериям разделов F40-F48, F60 (сюда были отнесены пациенты с состоянием декомпенсации/психопатической реакцией и с развитием личности).

**Материал исследования.** Нами было проанализировано 349 историй болезней пациентов, пролеченных в течение 2022 года в отделении для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

**Методы исследования:** клиничко-психопатологический, психологический (у 179 пациентов было проведено психологическое исследование).

У больных с ведущими аффективными нарушениям (тревожным и депрессивными синдромами по МКБ-10: F43.21, 43.22, 41.2), которых в нашем исследовании было 147 человек (42,1%). Отмечалось снижение настроения, не достигающее до степени тоскливого аффекта. Они жаловались на ощущение грусти, скуку. Сниженное настроение обычно сочеталось с выраженной эмоциональной лабильностью, беспричинной слезливостью, непостоянной тревогой, нарушением аппетита, повышенной утомляемостью, диссомническими нарушениями. Чаще они жаловались на затрудненное засыпание. В это время их внимание было сосредоточено либо на событиях дня, либо на «соматических ощущениях». Также наблюдались пробуждения среди ночи или в ранние утренние часы. Эти пробуждения обычно сопровождалось сердцебиением и чувством внутреннего беспокойства.

Частым симптомом была слезливость. Сдержанные, уравновешенные ранее люди, стремящиеся скрывать свои эмоциональные реакции, очень страдали от того, что не могли сдерживать слезы «слезы льются сами по себе». В 90% случаев больные отмечали ухудшение самочувствия в утренние часы.

Всеми больными осознавалась связь с психотравмой. Больные, как правило, критично оценивали свое состояние и активно сотрудничали с врачом. Стоит отметить, что в данной группе пациентов встречались как возбудимые, так и тормозимые черты характера. При анализе историй болезни, было выявлено, что депрессивные (тревожно-депрессивные) расстройства чаще возникают у лиц, преморбидные особенности которых проявляются в прямолинейности, ригидности, гиперсоциальности, бескомпромиссности, с формальным пониманием чувства долга. Таких пациентов было 34 человека. Наряду с этими чертами характера им обычно свойственна аффективная насыщенность переживаний со стремлением тормозить внешние проявления эмоциональных реакций. Эти лица отличались некоторой долей «скрытности» и всегда стремились к подавлению внешних чувств.

В структуре личности до начала заболевания можно было отметить отдельные истерические черты (90 пациентов), однако, эти черты не определяли поведения указанных лиц в обществе. Это были личности с импрессивным типом реагирования, для которого характерно избыточная впечатлительность, ранимость, мечтательность, легкая подверженность переоценке жизненных трудностей. При развитии тревожно-депрессивных расстройств у больных с истерическими чертами, наблюдалось заострение характерологических черт.

В этой же группе были пациенты с отдельными шизоидными чертами, которые характеризовались некоторой отстраненностью в коллективе, замкнутостью, не имели семьи, но не тяготились этим фактом. Эту черту мы выявили у 8 человек. У 7 пациентов ведущими оказались гипертимные черты характера.

У остальных 8 пациентов не удалось однозначно оценить ведущий личностный радикал, т.к. преморбидный фон был недостаточно оценен врачами и в данных случаях не было проведено психологическое исследование.

Следующая группа пациентов – это пациенты с тревожно-фобическими и паническим расстройствами. Их в нашем исследовании оказалось 64 человека (18,3%). Объединили эти две группы расстройств, т.к. они имеют один и тот же патогенетический механизм развития.

При ведущем обсессивно-фобическом синдроме состояние характеризовалось навязчивыми переживаниями страха с четкой фабулой, обостряющимися в определенной обстановке. У многих фобии появлялись даже при представлении ситуации, в которой они возникали раньше. Критическое отношение к страху было сохранено, больные старались бороться с его проявлением. Однако часто на высоте развития страха критика снижалась, что приводило к нарушению контроля своего поведения. Наряду с обсессивно-фобическими проявлениями у наших больных наблюдалась повышенная раздражительность, колебания (в виде его снижения) настроения, в ряде случаев развивалось ограничительная двигательная активность.

У пациентов данной группы на протяжении жизни преобладали тормозимые типологические особенности. Для них характерны повышенная утомляемость, истощаемость, пассивность, отсутствие инициативы, чувство собственного несовершенства, повышенная впечатлительность и ранимость, робость, застенчивость, малодушие. Некоторым пациентам этой группы была свойственная нерешительность, неуверенность в своих поступках, склонность к перепроверке сделанного. При экстремальных ситуациях наблюдалось усиление истощаемости, тревожной мнительности, снижение самооценки. Пациентов с психастеническими чертами в нашем исследовании было выявлено 32 человека.

У ряда пациентов можно было отметить наличие эпилептоидных черт характера, которые проявлялись в ригидности установок и аффектов, бескомпромиссности суждений и убеждений, обостренной гиперсоциальности, подозрительности (4 пациента).

У 8 пациентов на основании изучения их психологического исследования выявлены гипертимные черты характера, которые присутствовали у них до начала заболевания, но не являлись ведущими и определяющими их жизненный стереотип.

У остальных 20 пациентов преобладающими чертами были истерические.

При наличии ведущего ипохондрического синдрома в группе пациентов с ипохондрическим и соматоформным расстройствами 115 человек (39,5%) состояние определяется фобически-ипохондрическим синдромом. Часто повышенное внимание к неприятным ощущениям, сопровождающим собственные фобии, приводило у больных к их ипохондрической переработке. Мысли о возможно существующем соматическом неблагополучии приобретали навязчивый характер. Как правило, в результате повышенного внимания к своим ощущениям, неприятные и болезненные для пациента симптомы приводили к формированию нозофобии, ипохондрической по своему содержанию. Развитие невротических расстройств у больных этой группы начиналось с заострения преморбидных характерологических черт.

У пациентов с истерическими чертами характера усиливались впечатлительность, сенситивность. Появлялся выраженный астенический компонент. В ряде случаев появлялись тревожная мнительность, желание оградить себя от малейших физических и особенно психических нагрузок. Такие пациенты требовали к себе повышенного внимания, делая акцент на «особо тяжелом, и возможно, невыявленном у них заболевании». Для них характерна повышено-подчеркнутая обидчивость, слезливость, сосредоточенность на своих внутренних ощущениях. Таких пациентов в нашем исследовании оказалось 55.

У 43 пациентов также были выявлены психастенические черты характера, а преморбидные особенности 17 больных характеризовались эпилептоидными чертами с вязкостью в кругу аффективно значимых переживаний. Как выяснилось при тщательном сборе анамнеза и психологическом исследовании, в прошлом это были инициативные и деятельные лица, умевшие реально смотреть на вещи, самостоятельные в принятии решений, настойчивые в достижении поставленной цели. У этой группы состояние формируется по механизму сверщенных или доминирующих идей наличия у больных каких-либо соматических заболеваний.

И самая малочисленная группа в нашем исследовании – истерическое расстройство личности – 23 человека (6,6%), из которых 17 пациентов с развитиями личности (F60.43) и 5 пациентов с декомпенсациями личности

(F60.42). Сразу стоит отметить, что большая часть (17 человек) были с импрессивным типом реагирования и лишь 6 человек с экспрессивным.

Аффективные нарушения были представлены эмоциональной лабильностью пациенток, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным реакциям со слезами, часто преходящими в рыдания. Пациенты всегда подчеркивали необыкновенный, неповторимый характер симптомов. Преморбидный фон этих пациентов характеризовался повышенной внушаемостью, эгоцентризмом, незрелостью суждений и эмоций, эмоциональной неустойчивостью, стремлением казаться лучше, чем есть «не быть, а казаться», хвастливость, лживость, стремление манипулировать окружающими. У 3 пациенток присутствовали отдельные эпилептоидные черты в характере.

Выводы. Проведенное исследование показало, что преобладающие личностные проявления у человека оказывают роль на формирование того или иного невротического состояния. Так, формирование тревожных и депрессивных расстройств чаще происходит у лиц, в преморбиде которых присутствуют эпилептоидные и истерические черты. А тревожно-фобическое и ипохондрическое расстройство чаще было диагностировано у людей с преобладающими психастеническими чертами. Стоит справедливо отметить, что во всех выделенных группах присутствуют пациенты с истерическими чертами.

Было выявлено, что при любом из изученных нами невротических расстройств, встречается «мозаичное» переплетение характерологических черт, что подтверждает данные других исследований.

Тщательное выявление характерологических особенностей пациента, помогает назначить своевременное адекватное лечение с применением психо- и фармакотерапии и спрогнозировать дальнейшее течение заболевания, что в дальнейшем предотвратит возможную декомпенсацию состояния.

**Клинический и нейрофизиологический аспекты астенических состояний в клинике непсихотических психических расстройств**

**Обеснюк В.В., Обеснюк О.А.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Астенические состояния относятся к одному из наиболее распространенных синдромов в клинике нервных, психических и соматических заболеваний. Они являются начальной стадией многих тяжелых органических заболеваний головного мозга, наблюдаются на протяжении всего течения, демонстрируя все психопатологические проявления, или характеризуют начало некоторых психических болезней.

Распространенность астении в общей популяции, по данным различных исследователей, колеблется от 7 до 45% (Лебедев М. А., Палатов С. Ю., 2015; А.Н. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Авдеева И.В., 2020).

Астенический синдром (астения) – состояние повышенной утомляемости, раздражительности и неустойчивого настроения, сочетающееся с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

Целью нашего исследования явилось изучение электрофизиологических признаков астенических проявлений у пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к врачу-психотерапевту в 2020г.

**Критериями отбора** больных явилось наличие у них невротического/неврозоподобного состояния, соответствующего критериям разделов F40–F48, F60 (сюда были отнесены пациенты с состоянием декомпенсации/психопатической реакцией и с развитием личности) и F06.3, F06.4, F06.6.

**Материал исследования.** Нами было проанализировано 111 амбулаторных медицинских карт пациентов, которым в обязательном порядке было проведено ЭЭГ-исследование.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический и нейрофизиологический.

Согласно нашей статистике, в 97% случаев (108 человек) общего числа случаев мы увидели те или иные клинические признаки астенических

проявлений. Однако это не значит, что астения является во всех случаях симптомом, беспокоящим больше всего больного. У большинства наших пациентов (78 человек) астения выступала на первый план в клинической картине. Больные жаловались на повышенную утомляемость и истощаемость, слезливость, раздражительность, различные нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный сон). Тогда как остальные (33 человека) утверждали, что этот симптом беспокоит их в меньшей степени и говорили об этом лишь тогда, когда врач делал на этом акцент.

Любое невротическое расстройство, начиная от невротической реакции и до сформированного в законченном виде невроза, это та или иная форма стойкой психологической защиты, когда невротические расстройства вытесняют осознание реальных проблем. Согласно этому механизму, последним аргументом в пользу необходимости дальнейшего лечения, являются жалобы на астению, которая в подавляющих случаях является результатом эмоционального напряжения. Чем продолжительнее и многообразнее эмоциональное напряжение, тем глубже и астения. Напротив, чем гротескнее и ярче клиника, тем астения более поверхностная.

Такую закономерность мы увидели и сравнили при истерическом (26 случаев) и ипохондрическом (18 случаев) неврозах. При первом, особенно на начальных этапах, в большей степени звучит висцеро-вегетативные нарушения с тревожным налетом. Они эмоционально лабильны, в их выраженности четко прослеживается ситуационная зависимость. При ипохондрическом расстройстве, наряду с множеством алгических, висцеро-вегетативных расстройств, астения сопутствует на всем протяжении, часто не имея объективного подтверждения.

Истерический невроз возникает у лиц с нечетко сформированной личностной структурой, которые в силу «рыхлости», несформированности радикала своей личности, не могут выстроить необходимую линию своей жизни, или в определенной ситуации не могут найти правильного решения. Ипохондрические же проявления это, как правило, форма психологической защиты – клиническое расстройство, преследующее своей целью оправдать свою несостоятельность в жизни, своей позиции. Самой надежной защитой при таком невротическом расстройстве является астения, которая носит отчетливый физический оттенок.

Наибольший интерес представляет «сосудистая» патология и в первую очередь атеросклероз сосудов головного мозга (21 пациент). Начало заболевания часто начинается в том жизненном периоде, когда в силу каких-то причин обостряются все имевшие место жизненные проблемы, для решения которых уже нет прежнего потенциала энергии и гибкости для их решения. Первые признаки атеросклероза носят астенический характер с определенными акцентами, которые позволяют квалифицировать этот симптомокомплекс как церебрастенический. Этот синдром от начала и до выраженности клинического состояния прodelьывает определенную динамику. Вначале это своеобразная астенизация, которая возникает и нарастает на фоне головных болей типа «тяжести» в голове, ухудшения ночного сна с трудностями засыпания, головокружения и «пошатывания», снижение чувства самообладания, которое проявляется в несвойственном ранее слабодушии. Все это носит волнообразный характер, особенно на начальном этапе. При дальнейшем течении астенизация углубляется, прогрессирует и становится фоном, на котором появляются самые разные позитивные расстройства как «пограничного», так и психотического уровня, а сама астения все более переходит в ранг негативного расстройства.

Сосудисто-органическая патология сама по себе уже предрасполагает к формированию астении в силу начинающихся работать патофизиологических механизмов.

Объективное неврологическое исследование чаще всего не показывает каких-либо отклонений. И только электрофизиологическое исследование объясняет тот физический оттенок астении в клинической картине заболевания и «органический» оттенок в психоэмоциональном, а иногда и интеллектуальном состоянии преморбида этих пациентов.

На формировании индивидуального паттерна ЭЭГ, определяющие его принадлежность к конкретному типу, сказываются различные факторы и, прежде всего, органические поражения мозга и психические заболевания.

При электрофизиологическом обследовании у больных с невротическими расстройствами выявляются патологические нарушения в диэнцефальных структурах мозга и соответствуют проявлению клиники диэнцефальных симптомов: нарушение сна, повышение вегетативной возбудимости, нарушение обменных процессов. Анализ результатов обследования больных показал, что на ЭЭГ выявляется различный уровень дисфункции стволовых

структур, сопровождающийся усилением восходящих неспецифических активирующих влияний ретикулярной формации, что проявляется на ЭЭГ десинхронизацией.

У пациентов с неврозоподобными проявлениями с указанием на наличие «органической» почвы картина ЭЭГ указывает на наличие микроструктурных органических и регуляторных нарушений за счет выраженной дисфункции в деятельности регулирующих неспецифических систем мозга. Данные нарушения у обследованных пациентов оцениваются как умеренные, значительные или грубые.

**Выводы.** Астения является как бы основой, базой, на фоне которой формируются другие и более ощутимые психические расстройства.

Астения является не только и не всегда продуктом патофизиологических механизмов высшей нервной деятельности, но и следствием психоэмоциональных конфликтов личности.

Проведенный анализ картины астенических расстройств, позволит правильно подойти к выбору адекватного лечения пациентов, в клинической картине которых присутствуют данные симптомы.

### **Оценка роли преобладающих личностных проявлений в формировании расстройств невротического уровня**

**Обеснюк О.А., Еременко Я.Ю., Логачева Н.А., Обеснюк В.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

---

Расстройства невротического уровня являются одной из наиболее распространенных категорий психических заболеваний, которые существенно влияют на качество жизни и функционирование индивидов. В последние десятилетия исследователи проявляют все больший интерес к пониманию факторов, способствующих развитию и поддержанию невротических расстройств, чтобы разработать эффективные методы диагностики, профилактики и лечения.

Распространенность невротических нарушений, а также подверженность клинической картины, психологического содержания невротических конфликтов и психотравмирующих ситуаций влиянию социально-экономических условий, социальных и культуральных стереотипов и

стандартов стимулирует изучение психологических аспектов невротических расстройств в конкретных общественно-исторических условиях (Карвасарский Б.Д., 1980; Исурина Г.Л., 1990; Попов Ю.В., Вид В.Д, 1997; Обидин И.Ю. 2007; Абабков В. А., Васильева А. В., и др. 2008; Николаев Е.Л., Суслова Е.С. ,2011; Платонов Д.Г., 2012; Карпюк В.А, Станько Э.П. и др., 2013; Караваева Т.А., 2011, 2016 и др.).

Среди различных факторов, влияющих на возникновение и проявление невротических расстройств, особое внимание уделяется личностным особенностям и их роли в этом процессе. Психологическая теория предполагает, что индивидуальные различия в личности могут оказывать значительное влияние на уязвимость к невротическим расстройствам.

**Целью** нашего исследования явилось изучение роли преобладающих личностных проявлений в формировании невротических расстройств у пациентов, поступивших на лечение в 5-6 отделение в 2024 г.

**Критериями отбора** больных явилось наличие у них невротического состояния, соответствующего критериям разделов F40-F48, F60 (сюда были отнесены пациенты с состоянием декомпенсации/психопатической реакцией и с развитием личности).

**Материал исследования.** Нами было проанализировано 349 историй болезней пациентов, пролеченных в течение 2024 года в отделении для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, психологический (у 179 пациентов было проведено психологическое исследование).

У больных с ведущими аффективными нарушениям (тревожным и депрессивными синдромами по МКБ-10: F43.21, 43.22, 41.2), которых в нашем исследовании было 147 человек (42,1%). Отмечалось снижение настроения, не достигающее до степени тоскливого аффекта. Они жаловались на ощущение грусти, скуку. Сниженное настроение обычно сочеталось с выраженной эмоциональной лабильностью, беспричинной слезливостью, непостоянной тревогой, нарушением аппетита, повышенной утомляемостью, диссомническими нарушениями. Чаще они жаловались на затрудненное засыпание. В это время их внимание было сосредоточено либо на событиях дня, либо на «соматических ощущениях». Также наблюдались пробуждения среди ночи или в ранние утренние часы. Эти пробуждения обычно

сопровождались сердцебиением и чувством внутреннего беспокойства. Частым симптомом была слезливость. Сдержанные, уравновешенные ранее люди, стремящиеся скрывать свои эмоциональные реакции, очень страдали от того, что не могли сдерживать слезы «слезы льются сами по себе». В 90% случаев больные отмечали ухудшение самочувствия в утренние часы.

Всеми больными осознавалась связь с психотравмой. Больные, как правило, критично оценивали свое состояние и активно сотрудничали с врачом. Стоит отметить, что в данной группе пациентов встречались как возбудимые, так и тормозимые черты характера. При анализе историй болезни, было выявлено, что депрессивные (тревожно-депрессивные) расстройства чаще возникают у лиц, преморбидные особенности которых проявляются в прямолинейности, ригидности, гиперсоциальности, бескомпромиссности, с формальным пониманием чувства долга. Таких пациентов было 34 человека. Наряду с этими чертами характера им обычно свойственна аффективная насыщенность переживаний со стремлением тормозить внешние проявления эмоциональных реакций. Эти лица отличались некоторой долей «скрытности» и всегда стремились к подавлению внешних чувств.

В структуре личности до начала заболевания можно было отметить отдельные истерические черты (90 пациентов), однако, эти черты не определяли поведения указанных лиц в обществе. Это были личности с импрессивным типом реагирования, для которого характерно избыточная впечатлительность, ранимость, мечтательность, легкая подверженность переоценке жизненных трудностей. При развитии тревожно-депрессивных расстройств у больных с истерическими чертами, наблюдалось заострение характерологических черт.

В этой же группе были пациенты с отдельными шизоидными чертами, которые характеризовались некоторой отстраненностью в коллективе, замкнутостью, не имели семьи, но не тяготились этим фактом. Эту черту мы выявили у 8 человек. У 7 пациентов ведущими оказались гипертимные черты характера.

У остальных 8 пациентов не удалось однозначно оценить ведущий личностный радикал, т.к. преморбидный фон был недостаточно оценен врачами и в данных случаях не было проведено психологическое исследование.

Следующая группа пациентов – это пациенты с тревожно-фобическими и паническим расстройствами. Их в нашем исследовании оказалось 64 человека (18,3%). Объединили эти две группы расстройств, т.к. имеют один и тот же патогенетический механизм развития.

При ведущем обсессивно-фобическом синдроме состояние характеризовалось навязчивыми переживаниями страха с четкой фабулой, обостряющимися в определенной обстановке. У многих фобии появлялись даже при представлении ситуации, в которой они возникали раньше. Критическое отношение к страху было сохранено, больные старались бороться с его проявлением. Однако часто на высоте развития страха критика снижалась, что приводило к нарушению контроля своего поведения. Наряду с обсессивно-фобическими проявлениями у наших больных наблюдалась повышенная раздражительность, колебания (в виде его снижения) настроения, в ряде случаев развивалось ограничительная двигательная активность.

У пациентов данной группы на протяжении жизни преобладали тормозимые типологические особенности. Для них характерны повышенная утомляемость, истощаемость, пассивность, отсутствие инициативы, чувство собственного несовершенства, повышенная впечатлительность и ранимость, робость, застенчивость, малодушие. Некоторым пациентам этой группы была свойственная нерешительность, неуверенность в своих поступках, склонность к перепроверке сделанного. При экстремальных ситуациях наблюдалось усиление истощаемости, тревожной мнительности, снижение самооценки. Пациентов с психастеническими чертами в нашем исследовании было выявлено 32 человека.

У ряда пациентов можно было отметить наличие эпилептоидных черт характера, которые проявлялись в ригидности установок и аффектов, бескомпромиссности суждений и убеждений, обостренной гиперсоциальности, подозрительности (4 пациента).

У 8 пациентов на основании изучения их психологического исследования выявлены гипертимные черты характера, которые присутствовали у них до начала заболевания, но не являлись ведущими и определяющими их жизненный стереотип.

У остальных 20 пациентов преобладающими чертами были истерические.

При наличии ведущего ипохондрического синдрома в группе пациентов с ипохондрическим и соматоформным расстройствами 115 человек (39,5%) состояние определяется фобически-ипохондрическим синдромом. Часто повышенное внимание к неприятным ощущениям, сопровождающим собственные фобии, приводило у больных к их ипохондрической переработке. Мысли о возможно существующем соматическом неблагополучии приобретали навязчивый характер. Как правило, в результате повышенного внимания к своим ощущениям, неприятные и болезненные для пациента симптомы приводили к формированию нозофобии, ипохондрической по своему содержанию. Развитие невротических расстройств у больных этой группы начиналось с заострения преморбидных характерологических черт.

У пациентов с истерическими чертами характера усиливались впечатлительность, сенситивность. Появлялся выраженный астенический компонент. В ряде случаев появлялись тревожная мнительность, желание оградить себя от малейших физических и особенно психических нагрузок. Такие пациенты требовали к себе повышенного внимания, делая акцент на «особо тяжелом, и возможно, невыявленном у них заболевании». Для них характерна повышено-подчеркнутая обидчивость, слезливость, сосредоточенность на своих внутренних ощущениях. Таких пациентов в нашем исследовании оказалось 55.

У 43 пациентов также были выявлены психастенические черты характера, а преморбидные особенности 17 больных характеризовались эпилептоидными чертами с вязкостью в кругу аффективно значимых переживаний. Как выяснилось при тщательном сборе анамнеза и психологическом исследовании, в прошлом это были инициативные и деятельные лица, умевшие реально смотреть на вещи, самостоятельные в принятии решений, настойчивые в достижении поставленной цели. У этой группы состояние формируется по механизму сверщенных или доминирующих идей наличия у больных каких-либо соматических заболеваний.

И самая малочисленная группа в нашем исследовании – истерическое расстройство личности – 23 человека (6,6%), из которых 17 пациентов с развитиями личности (F60.43) и 5 пациентов с декомпенсациями личности

(F60.42). Сразу стоит отметить, что большая часть (17 человек) были с импрессивным типом реагирования и лишь 6 человек с экспрессивным.

Аффективные нарушения были представлены эмоциональной лабильностью пациенток, быстрой сменой настроения, склонностью к бурным реакциям со слезами, часто преходящими в рыдания. Пациенты всегда подчеркивали необыкновенный, неповторимый характер симптомов. Преморбидный фон этих пациентов характеризовался повышенной внушаемостью, эгоцентризмом, незрелостью суждений и эмоций, эмоциональной неустойчивостью, стремлением казаться лучше, чем есть «не быть, а казаться», хвастливость, лживость, стремление манипулировать окружающими. У 3 пациенток присутствовали отдельные эпилептоидные черты в характере.

Выводы. Проведенное исследование показало, что преобладающие личностные проявления у человека оказывают роль на формирование того или иного невротического состояния. Так, формирование тревожных и депрессивных расстройств чаще происходит у лиц, в преморбиде которых присутствуют эпилептоидные и истерические черты. А тревожно-фобическое и ипохондрическое расстройство чаще было диагностировано у людей с преобладающими психастеническими чертами. Стоит справедливо отметить, что во всех выделенных группах присутствуют пациенты с истерическими чертами.

Было выявлено, что при любом из изученных нами невротических расстройств, встречается «мозаичное» переплетение характерологических черт, что подтверждает данные других исследований.

Тщательное выявление характерологических особенностей пациента, помогает назначить своевременное адекватное лечение с применением психо- и фармакотерапии и спрогнозировать дальнейшее течение заболевания, что в дальнейшем предотвратит возможную декомпенсацию состояния.

**Клинико-психопатологические особенности шизофрении с  
началом в детском возрасте за период 1991-2000 годов**

**Островский Д.И.<sup>1</sup>, Иванова Т.И.<sup>1</sup>, Крахмалева О.Е.<sup>2</sup>,  
Гранкина И.В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Тюмень**

**<sup>2</sup> БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н. Солодников», Омск**

---

**Актуальность:** Шизофрения с началом в детском возрасте относится к числу редких, прогностически наиболее неблагоприятных форм эндогенной психической патологии. Начало болезни в период онтогенеза определяет своеобразие клинической картины: рудиментарность бредовых расстройств, значительный объем зрительных обманов восприятия, преобладание синдромов с полиморфной, недостаточно очерченной структурой. Это затрудняет своевременное распознавание заболевания, особенно при наиболее ранней манифестации.

Затруднена и оценка прогноза. Ориентация на тяжесть состояния в детском возрасте оказывается недостаточной: клинически менее выраженные, но структурно незавершённые психозы способны приводить к формированию наиболее глубоких дефектных состояний. Число же исследований, опирающихся на репрезентативные выборки детских наблюдений с прослеженным исходом, остаётся ограниченным, что определяет актуальность настоящего исследования. Данный интервал выбран в связи с тем, что основное исследование включает в себя 30-летний период с 1991 по 2021 год и своей задачей ставит оценку клинического и фармакологического патоморфоза.

**Цель исследования:** сопоставить психопатологическую структуру детского эндогенного манифестного психоза с типом формирующегося дефекта по данным ретроспективного анализа историй болезни за период 1991–2000 гг.

**Материалы и методы:** в качестве источников для анализа использованы: архивные историй болезни (n=70). Используемый метод клинико-anamnestический, клинико-психопатологический. Учитывая период перехода

отечественной психиатрии с МКБ-9 на МКБ-10 диагнозы ретроспективно верифицировали по критериям МКБ-10.

**Результаты и их обсуждение:** среди 70 обследованных преобладали лица мужского пола: мальчики составили 52 наблюдения (74,3%), девочки – 18 (25,7%), соотношение м: ж = 2,9: 1. Средний возраст манифестации заболевания составил  $8,1 \pm 2,0$  года (от 5 до 12 лет). Манифестация в дошкольном возрасте отмечена у 16 больных (23%), в младшем школьном – у 42 (60%), в препубертатном и пубертатном периоде – у 12 (17%). Средний возраст на момент первой госпитализации составил  $10,5 \pm 1,9$  года; длительность периода от появления первых симптомов до начала стационарного лечения в среднем  $2,4 \pm 1,3$  года (от 2 мес. до 5 лет 7 мес.) и удлинялась, чем раньше манифестировало заболевание: 3,3 года при дошкольном начале, 2,3 года при младшем школьном и 1,6 года при пубертатном ( $r=-0,44$ ).

Галлюцинаторные расстройства выявлены у 44 больных (63%). Преобладали зрительные обманы восприятия – 28 наблюдений (40%); голоса других личностей отмечены у 14 больных (20%), императивные галлюцинации – у 8 (11%), комментирующие и «ложные узнавания» – по 6 (9%), слуховые нейтрального содержания – у 4 (6%); обонятельные, вкусовые, висцеральные, речедвигательные галлюцинации и «звучание мыслей» встречались по 2 (3%). У 24 больных наблюдалось сочетание нескольких видов галлюцинаций.

Бредовые расстройства установлены у 58 больных (83%). Наиболее часто отмечались нестойкие бредовые идеи – 16 наблюдений (23%), ипохондрическая фабула – 12 (17%), бред воздействия – 8 (11%), идеи особого значения и бредоподобное фантазирование – 6 (9%), бред отношения и величия – 4 (6%).

По тяжести психотической симптоматики преобладали состояния средней (32 больных, 45,7%) и лёгкой (24, 34,2%) степени; средне-тяжёлые и тяжёлые состояния отмечены по 6 наблюдений (9%), очень тяжёлые – 2 (3%).

В структуре ведущего психопродуктивного синдрома преобладал острый полиморфный синдром – 24 наблюдения (34%). Параноидный синдром установлен у 14 больных (20%), ипохондрический – у 8 (11%), паранояльный – у 6 (9%), психопатоподобный – у 6 (9%). Кататонический синдром отмечен у 3 больных, парафренный – у 3, гебоидный – у 3, аноректический – у 3.

Среди дефектных состояний наиболее часто формировался олигофреноподобный дефект – 19 наблюдений (27%); лёгкие изменения личности с преобладанием психической слабости отмечены у 13 больных (19%), изменения по типу «фершробен» - у 12 (17%), психопатоподобные изменения – у 8 (11%), аутизация с эмоциональным обеднением и астено-анергический дефект – по 6 (9%).

При сопоставлении психопатологической структуры психоза с типом исхода установлен ряд закономерностей. Острый полиморфный синдром обнаружил отчётливую связь с формированием олигофреноподобного дефекта: он отмечен у 14 из 24 таких больных (58%), при этом на долю данного синдрома пришлось 14 из 19 всех наблюдений олигофреноподобного дефекта (74%). Ипохондрический синдром в 4 наблюдениях из 8 завершился формированием астено-анергического дефекта. Существенно, что тяжесть манифестного психоза при остром полиморфном синдроме была ниже средней по выборке, тогда как формировавшийся исход оказался наиболее неблагоприятным.

Зрительные галлюцинации обнаружили избирательную связь как с синдромальной структурой психоза, так и с типом дефекта. Они отмечались при остром полиморфном (16 из 24 больных), параноидном (10 из 14), парафренном и аноректическом синдромах и полностью отсутствовали при ипохондрическом, психопатоподобном, гебоидном синдромах.

Бредовые расстройства отмечались у всех больных с изменениями по типу «фершробен» (12 из 12), психопатоподобными изменениями (8 из 8) и астено-анергическим дефектом (6 из 6), тогда как при наиболее мягких вариантах исхода они отсутствовали.

Длительность нелеченого периода при лёгких изменениях личности составила 1,4 года, при аутизации с эмоциональным обеднением – 3,6 года, при изменениях по типу «фершробен» - 3,3 года.

### **Выводы**

1. Шизофрения с началом в детском возрасте манифестировала преимущественно в младшем школьном возрасте (60% наблюдений) со значительным преобладанием лиц мужского пола (2,9 : 1).

2. Длительность периода от манифестации заболевания до начала стационарного лечения составила в среднем  $2,4 \pm 1,3$  года и была тем больше, чем раньше начиналось заболевание, что отражает трудности распознавания

ранних форм и определяет необходимость повышения настороженности в отношении дошкольной манифестации.

3. Клиническая картина характеризовалась преобладанием острого полиморфного синдрома (31%), рудиментарностью бредовых расстройств с преобладанием нестойких бредовых идей (23%) и высоким удельным весом зрительных галлюцинаций (40%), что отражает возрастное своеобразие психопатологической структуры психоза.

4. Острый полиморфный синдром сопряжён с формированием олигофреноподобного дефекта (64% наблюдений данного синдрома), несмотря на меньшую тяжесть манифестного состояния, что указывает на прогностическую значимость синдромальной структуры психоза, а не остроты его проявлений.

5. Зрительные галлюцинации выступают клиническим маркёром определённого типа исхода: они закономерно сопутствуют формированию изменений по типу «фершробен» и олигофреноподобного дефекта и не встречаются при астено-анергическом дефекте и аутизацией с эмоциональным обеднением.

### **Осуществление амбулаторного принудительного лечения в условиях крупной психиатрической больницы**

**Павлова Е.Н., Безруких Т.С., Шибанов А.Р.**

**ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»,  
Новокузнецк**

---

**Актуальность.** Профилактика общественно опасных действий (ООД) лиц, страдающих психическими расстройствами – одно из важнейших социально значимых задач психиатрической службы, решение которых осуществляется путем реализации комплекса специфических и неспецифических мероприятий. Одним из которых является исполнение амбулаторных принудительных мер медицинского характера в ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», которые описаны в данной работе. В 1997 году в уголовное законодательство введен новый для отечественной судебно-психиатрической практики вид ПММХ – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) (п. «а» ч. 1 ст. 99 УК РФ). Введение АПНЛ продиктовано сокращением числа

лиц, помещаемых на стационарное принудительное лечение, которое связано со значительными ограничениями для пациентов, изоляции от привычной среды проживания и нарушению социальных связей, для снижения повторности правонарушения после прекращения стационарного принудительного лечения, отчасти связанных с определенной дезадаптацией пациентов, длительно пребывающих в условиях стационара.

**Материал.** Как самостоятельный вид принудительных мер медицинского характера данная мера назначается лицам с тяжелыми психическими расстройствами, совершившим уголовно наказуемые деяния наряду и признанным невменяемыми (ст. 21 УК РФ), а совершившим преступления и заболевшим психическим расстройством, исключающим назначение или исполнение наказания (ст. 81 УК РФ). В этом качестве АПНЛ может использоваться как первичная принудительная медицинская мера и как заключительная мера после лечения в стационаре перед полным прекращением применения принудительных мер медицинского характера (ПММХ). АПНЛ занимает промежуточное положение между принудительным лечением в стационаре и оказанием психиатрической помощи в амбулаторных условиях, при этом реализуются меры принуждения без изоляции пациента от обычной среды проживания. Во всех этих случаях исполнение АПНЛ полностью возложено на психиатрические учреждения, оказывающие амбулаторную психиатрическую помощь. В данном случае это психиатрическое диспансерное отделение для обслуживания взрослого населения ГБУЗ НКПБ. Курация лиц, находящихся на АПНЛ, осуществляется врачом кабинета активного диспансерного наблюдения и проведения амбулаторного принудительного лечения, который предназначен как для проведения наблюдения за больными, склонными к совершению общественно-опасных действий, а также для исполнения назначенного судом принудительного лечения и наблюдения у врача-психиатра в амбулаторных условиях. Ведение данной категории пациентов осуществляется согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14.11.2022 г. N 668н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи п-и психических расстройствах и расстройствах поведения» и Приказу МЗ РФ от 30.06.2022 г. № 453н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто

обостряющимися болезненными проявлениями». Ключевым и системообразующим признаком института принудительных мер медицинского характера определена опасность лица для себя или окружающих. Виды опасности лица для себя или окружающих (наименьшая, небольшая, повышенная и особая) определены, исходя из учета психического состояния лица (вид психического расстройства, тип его течения и т.п.); его личностных качеств; характера и степени совершенного общественно опасного деяния; социальных факторов. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра назначается лицам, представляющим наименьшую опасность. Наименьшая опасность лица для себя или окружающих имеет место при совершении неагрессивных деяний; способности самостоятельно посещать врача-психиатра; отсутствии антисоциальных установок у лица.

В процессе проведения АПНЛ выделяют 3 этапа:

- адаптационно-диагностический,
- плановой дифференцированной курации пациента;
- завершающий.

На первом этапе, при знакомстве врача с лицом, к которому применено АПНЛ, в обязательном порядке разъясняется медицинское и правовое значение назначенной меры, подчеркивается ее принудительный характер с выполнением предписанного врачом режима и медикаментозной терапии, высказывается предостережение в отношении возможности изменения ПММХ на стационарное, в случае невыполнения этих требований. Для каждого пациента собирается информация о факторах риска рецидивов (влияния психотравмирующих факторах и других вредностях), выявляются социально-психологические факторы, которые могут способствовать или препятствовать адаптации пациента и успешности лечения в амбулаторных условиях, оценивается предшествующая терапия, даются рекомендации в отношении избегания контактов с лицами, с которыми были связаны болезненные переживания в период психозов, уточняются структура имеющихся психопатологических расстройств, определяются формы социальной помощи, в которой нуждается пациент (содействие в трудоустройстве, при снижении трудоспособности – решение вопроса целесообразности направления его на МСЭ, содействие в улучшении жилищных условий, разрешение семейных конфликтов и пр.).

Задачей второго этапа (плановой дифференциальной курации) является достижение стабильности психического состояния пациентов и максимально возможного уровня социальной адаптации путем осуществления индивидуальных, дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. При назначении АПНЛ как первичной меры, для назначения психофармакотерапии выделяется ведущий психопатологический синдром; при изменении принудительной меры медицинского характера, назначается та же поддерживающая терапия, на которой они были выписаны из стационара. Все необходимые диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия оказываются в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями. Частота контактов с психиатром на этом этапе изменяется в зависимости от психического состояния, регулярности приема поддерживающей терапии – в среднем от 1 раза в неделю, до 1 раза в месяц.

При обострениях психического состояния пациенты уклоняются от посещений участкового врача, в этих случаях возникает необходимость привлечения сотрудников полиции к их розыску и доставке в ГБУЗ НКПБ. Взаимодействие врача-психиатра и органов полиции осуществляется согласно ФЗ РФ №3 от 07.02.2011 г. «О полиции» (ст.12) и Приказа МЗ РФ и МВД России № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно – опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами». Нахождение на АПНЛ не исключает возможности пациентом совершения новых общественно опасных действий, а также ухудшения психического состояния, когда приходится решать вопрос об изменении принудительных мер медицинского характера. Частота освидетельствования пациента комиссией врачей психиатров при продлении АПНЛ не реже 1 раз в 6 месяцев, при изменении или прекращении ПММХ либо с такой же периодичностью, либо по мере изменения психического состояния.

3 этап – завершающий. На этом этапе проводится подготовка пациентов к отмене принудительной меры медицинского характера и переводу их на активное диспансерное наблюдение (АДН). Перед представлением пациента на врачебную комиссию для решения вопроса о прекращении АПНЛ с пациентами и их родственниками проводятся разъяснительные беседы психообразовательного характера о необходимости соблюдения режима диспансерного наблюдения после отмены АПНЛ.

При решении комиссией врачей-психиатров о прекращении ПММХ в виде АПНЛ учитывается критерий отсутствия признаков опасности для себя либо окружающих, т.е. сформировавшаяся стойкая терапевтическая ремиссия заболевания, устойчивое психическое состояние пациента, регулярное посещение им лечащего врача, обязательный прием предписанной терапии, отсутствие за период АПНЛ опасных поступков и других форм девиантного поведения, устойчивость социальной адаптации.

На каждом из данных этапов с пациентами, находящимися на АПНЛ, используется мультидисциплинарный подход, включающий работу полипрофессиональной бригады в составе врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, юриста, а также проводится оценка структурированного риска общественно опасного поведения.

**Заключение.** Резюмируя изложенное, следует подчеркнуть, что сложившаяся на сегодняшний день в нашей стране практика исполнения принудительных мер медицинского характера, являясь важным звеном системы профилактики общественной опасности лиц, страдающих психическими расстройствами, объединяет усилия различных подразделений психиатрической службы. Имея несомненное социальное значение, данная деятельность нуждается в постоянном совершенствовании ее нормативной правовой базы и организационно-методического обеспечения повышения эффективности.

## **Особенности ипохондрических проявлений при аффективной патологии невротического уровня**

**Платонов Д.Г.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

*Цель исследования.* Целью настоящего исследования явилось углубленное изучение аффективной патологии невротического уровня.

*Материал и методы.* В рамках означенной цели, нами была исследована группа из 813 пациентов специализированного отделения невротозов ГБУЗ ККПБ. Клиническая картина этой группы больных в полной мере определялась тревожной и депрессивной симптоматикой с уровнем,

достаточным для определения их как диагностических критериев. В то же время, широкая представленность и существенные особенности клинической картины заставили нас выделить в отдельную подгруппу 218 пациентов, клиническая картина которых, помимо собственно депрессивных и тревожных расстройств, дополнялась специфическими ипохондрическими проявлениями.

Типологический принцип, который мы использовали для наиболее эффективного изучения симптомов аффективной патологии при невротических состояниях заключается в разделении всех клинических проявлений на три группы: собственно, невротические симптомы, личностно обусловленные симптомы и физиологические симптомы.

***Результаты и их обсуждение.*** К группе невротических ипохондрических симптомов мы отнесли:

*Тревога за состояние своего здоровья*, которая проявлялась в том, что больные подозревали (предполагали, опасались, предчувствовали), что могут быть серьёзно больны каким-то соматическим заболеванием. Часто подобная тревога формируется на основании негативного опыта в этом отношении близкого родственника больного, с которым у больного сложились (осознанно или не осознанно) неоднозначные интерперсональные отношения. Тревожные переживания активно предъявляются всем окружающим, и, непосредственно после предъявления, ненадолго ослабевают.

Вышеописанная группа симптомов всегда сочетается с разнообразными *телесными сенсациями*, которые проявляются в виде парестезий, алгий, сенестопатий, которые больные всегда интерпретируют как подтверждающие обоснованность их беспокойства о своем здоровье. Как правило, эти телесные сенсации соответствуют имеющимся у больного сведениям о предполагаемом заболевании.

*Поведенческая бдительность*, которая характеризуется, с одной стороны, элементами избегающего поведения, зачастую ограничивающего больного нахождением в своей квартире (крайне желательно в сопровождении избранного родственника), а с другой стороны, предпрятием активных действий по поиску у себя «серьезного» заболевания.

*Подавленное настроение* больные связывают именно с состоянием своего здоровья и появляется оно, как правило, через некоторое, часто довольно

длительное (3-4 месяца) время после того, как появляется тревога за свое здоровье, а поведенческая активность в поиске причин болезненного состояния не приводит к удовлетворительному для больного результату. В эту же группу симптомов входит и пессимистическое отношение к будущему в отношении перспектив выздоровления. Особенностью является то, что, как и большинство прочих симптомов, снижение настроения активно демонстрируется и даже навязывается окружающим. Больные становятся обидчивыми, настороженно относятся к хорошему настроению других людей, имеют склонность «наказывать» их за проявленную «нечуткость».

К группе личностно обусловленных ипохондрических симптомов мы отнесли:

*Нарушение критики*, с которого мы начинаем описание этой группы симптомов, потому что для ипохондрических больных они были, во многом, определяющими и проявлялись в значительной ригидности своих убеждений, имеющих отношение к состоянию их здоровья.

*Изменение мышления*, которое проявлялось, например, в ипохондрической детализации. Жалобы значительной части пациентов могли быть тщательно разработаны, все обстоятельства заболевания сообщались с чрезвычайным обилием подробностей и склонностью к систематизации и попыткам концептуализировать собственные представления о имеющейся у них болезни.

*Проявления вытесненной агрессии* у ипохондрических больных могли выявляться в виде повышенной раздражительности. У больных постепенно растет мнимая убежденность в собственной медицинской осведомленности. Появляется иногда нескрываемое недоверие и раздражение по отношению к «ничего не знающим» врачам и обычным «неэффективным», по мнению больных, методам лечения.

*Конверсионные и диссоциативные проявления* в случае ипохондрических больных всегда имели отношение к восприятию больными своего тела и функционирования организма за счет «подмены» всей своей личности своим организмом и его, «очень вероятно болезненными» проявлениями. Конверсии же иногда могут быть довольно сложными и задействовать физиологические механизмы организма больных, иной раз внося изменения в результаты параклинических исследований.

*Алекситимия* в рамках изучения аффективных расстройств невротического уровня рассматривается нами в качестве личностно обусловленного симптома.

В связи с вышеизложенным, перечисление физиологических ипохондрических симптомов следует делать, учитывая их, в большом числе случаев, конверсионный, а значит, все-таки, и личностно обусловленный механизм. Кроме того, они во многом будут повторять таковые же симптомы аффективного круга:

*Расстройства сна:* больные с трудом засыпают, переполненные тревожными мыслями о состоянии своего здоровья, сон их при этом бывает поверхностным, они часто просыпаются, что бывает чаще, если у них есть «аудитория», которой можно продемонстрировать свои «ночные мучения». Нередко ипохондрические больные агавируют расстройства сна, преувеличивая реальные проблемы, особенно тогда, когда это нельзя проверить непредвзятому наблюдателю.

*Вегетативные симптомы,* которые могли быть весьма разнообразными, такими как *гипертермия*, когда больных в течение длительного срока (иногда до года или более) беспокоит субфебрильная температура (порядка 37,2°–37,5°С) с анизотермией 0,7-0,9°С. *Увеличение частоты сердечных сокращений*, не только во время пароксизмальных (главным образом, панических) состояний, а практически постоянно, иногда и до 110-120 уд. в мин. Эти проявления нередко сочетались с *анизотонией* (как правило, на 20-30 мм. рт. ст.). *Изменения других физиологических показателей*, могущих быть зафиксированных с помощью объективных параклинических исследований: повышение уровня сахара в крови, изменение некоторых показателей периферической крови, таких как увеличение СОЭ (до 30-45 мм/с), эозинофилия (4-8 в п.з.). Изменение этих показателей не имело никакого отношения к объективному состоянию здоровья больных и не отражали каких-либо патологических изменений функционирования организма.

*Расстройства аппетита* у ипохондрических больных, как правило, связаны с другими группами симптомов – аффективных или коэнестезиопатических – и почти никогда не выражаются в виде булимии.

**Выводы.** Таким образом, предлагаемые нами типологические принципы изучения аффективных расстройств невротического уровня, позволяют

рассматривать данные расстройства с учетом верификации личностной составляющей клинической картины, физиологических проявлений и, собственно, невротических симптомов, вычлняя их для более эффективного анализа и определения мишеней терапевтического воздействия.

## **Нарушения психического развития у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС**

**Плетнёва Т.Г., Казанцев М.В., Бережная А.В.**

**БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н. Солодников», Омск**

---

На современном этапе в общей структуре нервно-психических расстройств у детей ведущее место занимают непсихотические психические расстройства резидуально-органического генеза. Нарушения психического развития отражают церебрально-органические дизонтогенетические нарушения и являются причиной трудностей в обучении. Воздействие неблагоприятных социальных факторов повышает уровень невротизации и способствуют возникновению школьной дезадаптации у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС.

Данное исследование проводилось на базе психиатрического дневного стационара для обслуживания детского населения №32 БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодников в период с 01.01.2024г. по 31.12.2024г.

Цель исследования: определить клинко-динамические закономерности формирования нарушений психического развития у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС для разработки модели оказания медико-психолого-педагогической помощи в рамках деятельности полипрофессиональной бригады.

Материал и методы исследования: обследовано 66 детей (51 мальчиков, 15 девочек) в возрасте от 7 до 12 лет (средний возраст составил от 9,4±0,4 лет) с нарушениями психического развития на фоне резидуально-органического поражения ЦНС (F07, F06, F80–81). Применялись клинко-психопатологический, клинко-динамический, клинко-катаменстический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования. На каждого ребенка заполнялась карта оценки степени выраженности

школьной дезадаптации (Н.А. Мазеевой, О.П. Шаковой, 2005г.). Все дети были протестированы с помощью теста Векслера.

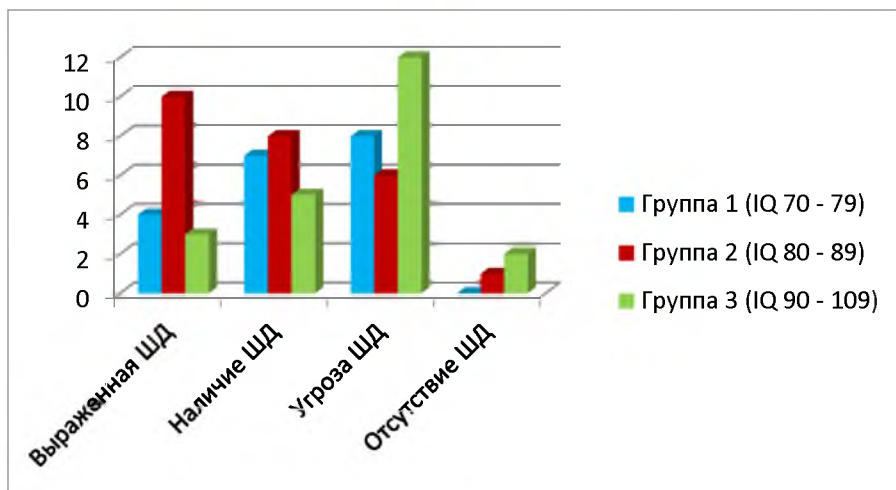
При анализе распределения пациентов по полу и возрасту выявлено, что в группе исследования мальчиков было в 3 раза больше по отношению к девочкам, при этом в возрасте 9-10 лет количество мальчиков резко увеличилось и составило 28 человек (55%), что связано с возрастанием школьных требований в 3 и 4 классе, с которыми дети исследуемой группы перестали справляться. В качестве изучения конституционально-генетического этиологического фактора была исследована психопатологически отягощенная наследственность, которая была отягощена в 53% случаев, из них – 18% по умственной отсталости и задержкам развития. При исследовании этиологических факторов социально-психологического характера стало известно, что 39% семей были неполными или с измененной структурой. Нарушения семейных взаимоотношений приводили к хронической психотравмирующей ситуации, которая являлась невротизирующей и отрицательно сказывалась на обучении ребенка. Среди ранних органических факторов преобладающим явилось перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, токсико-метаболическое поражение ЦНС было выявлено у 8 пациентов (12%), ВУИ – у 7 (10,6%), гемолитическая болезнь у 1 (0,7%). Задержка психомоторного развития в раннем возрасте определялась у 57 (86,4%) детей, у 42 (63%) пациентов отмечались проявления невропатии. При изучении образовательного маршрута стало известно, что 45 (68%) обследуемых посещали общеобразовательные дошкольные учреждения, 10 (15%) – логопедические группы, 2 (3%) – группы для детей с ЗПР, 1 (2%) – группы для детей с интеллектуальными нарушениями. Не посещали детский сад до школы – 8 (12%) пациентов. В младшем школьном возрасте по общеобразовательной программе обучались 36 (55%) пациентов, по АОПП для детей с ТНР – 14 чел. (21%), АОПП для детей с ЗПР – 10 (15%), АОПП для детей с интеллектуальными нарушениями – 5 (8%). 1 пациент находился на семейном обучении. Из первичных обращений к психиатрам 63,3% случаев приходились на дошкольный возраст.

При исследовании клинической картины количественный анализ показал, что дизонтогенетические формы в виде расстройства экспрессивной речи (F80.1), специфического расстройства чтения (F81.0), специфического

расстройства правописания (F81.1) составили 98,5% (n = 65) от всей группы исследования. У 33 (50%) пациентов выявлена дизартрия (R47.1). При исследовании энцефалопатических форм проявлений резидуально-органического поражения ЦНС осевым явился цереброастенический синдром – у 63 (95%) обследуемых. Неврозоподобный синдром – 28 (42,2%) случаев был представлен по большей части проявлениями энуреза, заикания, тиков. Гипердинамический синдром, относящийся к смешанным формам, выявлен у 15 детей (22,7%). Выраженность проявлений школьной дезадаптации показала, что преобладающей стала группа детей с угрозой ШД – 26 (39,4%). Группа детей с наличием ШД составила 20 (30,3%), с выраженными проявлениями ШД – 17 (25,8%) пациентов. У троих пациентов школьная дезадаптация отсутствовала. Качественная неоднородность исследуемой группы требовала внутренней дифференциации и необходимости полной и точной оценки структуры и уровня интеллектуальной деятельности ребенка. Дети были протестированы по т. Векслера. Были выделены группы: I группа – пограничная норма интеллекта (70–79 б), n = 19 (28,8%). II группа – низкая норма интеллекта (80–89 б), n = 25 (37,9%). III группа – средний уровень интеллекта (90–100 б), n = 22 (33,3 %). Сравнительный анализ проявлений ШД в зависимости от уровня интеллектуального развития показал, что выраженные проявления ШД максимально представлены в группе у детей с низкой нормой интеллекта (II группа). Дети, испытывающие трудности в обучении, но при обследовании у которых выявлен средний уровень интеллекта (III группа) в максимальном количестве представлены в группе по угрозе развития ШД.

В отделении разработана модель оказания помощи детям с нарушениями развития и резидуально-органической патологией специалистами полипрофессиональной бригады.

**Диаграмма 1. Сравнительный анализ проявлений школьной дезадаптации в зависимости от уровня интеллектуального развития.**



Выводы:

1. Проблема нарушений психического развития у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС занимает одну из ведущих позиций.
2. Расстройства психического развития (F80–81) у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС составили 98,5% (n=65) от всей группы исследования.
3. На возникновение нарушений психического развития у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС влияли как медико-биологические, так и психосоциальные факторы, которые приводили к формированию школьной дезадаптации.
4. Клиническая картина резидуально-органических поражений ЦНС полиморфна, проводилась тщательная диагностика для повышения эффективности полидисциплинарной помощи, использовался принцип многоосевой диагностики
5. Исследование показало, что группа детей с низкой нормой интеллекта требует особого внимания, так как является ведущей в группе выраженной школьной дезадаптации.

6. Для оказания помощи детям с выявленными нарушениями психического развития и резидуально-органическим поражением ЦНС была разработана модель оказания медико-психолого-педагогической помощи в рамках деятельности полипрофессиональной бригады.

**Психологическая коррекция агрессивности и враждебности у правонарушителей с психическими расстройствами в условиях принудительного лечения в стационаре специализированного типа**

**Руденко Д.В., Обатнина Е.С.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

**Актуальность.** Совершение общественно опасных действий (ООД) лицами с психическими расстройствами – проблема высокой социальной значимости. Агрессивное поведение таких лиц представляет угрозу для окружающих и обуславливает необходимость принудительного психиатрического лечения, в составе которого психологическая коррекция, реализуемая клиническим психологом в полипрофессиональной бригаде, является неотъемлемым компонентом реабилитации. Сложность психокоррекционной работы определяется сочетанием психической патологии и криминогенного поведения, что требует учёта как нозологических особенностей заболевания, так и личностных характеристик, детерминировавших преступное поведение. Эффективное снижение агрессивности и враждебности не только уменьшает вероятность рецидива, но и повышает качество жизни самих пациентов за счёт развития навыков самоконтроля и социальной адаптации.

**Цель исследования** – оценка эффективности психокоррекционных мероприятий, направленных на снижение уровня агрессивности и враждебности у правонарушителей с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

**Методы диагностики.** Для оценки динамики использован комплекс методик: шкала «Неоднозначные враждебные намерения» (AINH, Combs D.R. et al., 2007) – для исследования атрибутивного стиля враждебного

поведения; опросник Басса–Дарки – для выявления структуры и степени предрасположенности к агрессивному поведению; тест фрустрационной толерантности Розенцвейга – для анализа реакций на неудачу и способов преодоления фрустрирующих ситуаций; тест руки Вагнера – для оценки общего индекса агрессивности; шкала «Агрессивность» методики «ИТО» (Собчик). Сравнительный анализ проводился на двух этапах: до начала и после завершения психокоррекционной работы.

**Выборка.** Обследованы 20 пациентов мужского пола в возрасте от 29 до 44 лет (по классификации ВОЗ), признанных невменяемыми в отношении преступлений против личности, совершённых по негативно-личностному механизму. Все пациенты по решению суда направлены на принудительное психиатрическое лечение в стационар специализированного типа Кузбасской клинической психиатрической больницы (г. Кемерово). Обязательным условием включения в психокоррекционную программу являлось отсутствие интеллектуального дефекта и прохождение психофармакотерапии, обеспечившей редукцию или смягчение психопатологической симптоматики.

**Программа психокоррекционных мероприятий.** Работа проводилась в течение трёх месяцев и включала групповые занятия (1 раз в неделю, 60-90 минут) и индивидуальные занятия (3 раза в неделю, 40-60 минут на пациента). Программа охватывала следующие направления: психообразовательные тренинги, тренинги коммуникативных навыков, тренинги развития положительных эмоций, тренинги социальных навыков, тренинги с элементами арт-терапии.

**Таблица 1. Динамика ключевых показателей по опроснику Басса–Дарки и тесту Вагнера (сводные значения)**

| Показатель                                                      | До коррекции | После коррекции | Изменение |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|-----------|
| Физическая агрессия (Басс–Дарки)                                | 5,23         | 4,98            | –0,25     |
| Раздражительность (Басс–Дарки)                                  | 7,10         | 6,43            | –0,67     |
| Вербальная агрессия (Басс–Дарки)                                | 6,35         | 5,67            | –0,68     |
| Чувство вины (Басс–Дарки)                                       | 3,30         | 2,10            | –1,20     |
| Косвенная агрессия (Басс–Дарки)                                 | 5,15         | 5,05            | –0,10     |
| Негативизм (Басс–Дарки)                                         | 2,95         | 2,95            | 0,00      |
| Обида (Басс–Дарки)                                              | 3,58         | 3,56            | –0,02     |
| Подозрительность (Басс–Дарки)                                   | 5,88         | 5,87            | –0,01     |
| Средний индекс агрессивности (тест руки Вагнера, общий средний) | 0,93         | 0,64            | –0,29     |

**Таблица 2. Детализация динамики по методикам «ИТО» и АИИО  
(по группам испытуемых)**

| Методика / Показатель           | Группа<br>испытуем<br>ых | До<br>коррекци<br>и | После<br>коррекци<br>и | Измениени<br>е | Доля<br>группы |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|----------------|----------------|
| «ИТО», шкала<br>«Агрессивность» | 1-я                      | 12                  | 5                      | –7             | 60 %           |
| «ИТО», шкала<br>«Агрессивность» | 2-я                      | 10                  | 7                      | –3             | 30 %           |
| «ИТО», шкала<br>«Агрессивность» | 3-я                      | 9                   | 8                      | –1             | 10 %           |
| АИИО, индекс<br>враждебности    | 1-я                      | 64,6                | 36,9                   | –27,7          | 70 %           |
| АИИО, индекс<br>враждебности    | 2-я                      | 66,6                | 30,2                   | –36,4          | 20 %           |
| АИИО, индекс<br>враждебности    | 3-я                      | 64,3                | 62,9                   | –1,4           | 10 %           |
| АИИО, индекс обвинения          | 1-я                      | 61,7                | 42,2                   | –19,5          | 65 %           |
| АИИО, индекс обвинения          | 2-я                      | 62,9                | 39,2                   | –23,7          | 25 %           |
| АИИО, индекс обвинения          | 3-я                      | 60,7                | 59,7                   | –1,0           | 10 %           |
| АИИО, индекс злости             | 1-я                      | 56,4                | 47,9                   | –8,5           | 15 %           |
| АИИО, индекс злости             | 2-я                      | 55,9                | 54,8                   | –1,1           | 80 %           |

**Выводы.** Комплекс психокоррекционных мероприятий у большинства испытуемых (свыше 50% от выборки) привёл к статистически значимому снижению уровня агрессивности и враждебности, а также таких поведенческих проявлений, как физическая и вербальная агрессия, раздражительность и чувство вины. У части испытуемых показатели негативизма, подозрительности и обиды снизились незначительно или остались на прежнем уровне, что определяет необходимость дальнейшей психокоррекционной работы с выработкой конкретных мишеней воздействия. У большинства пациентов изменился враждебный атрибутивный стиль поведения: снизилась тенденция приписывать окружающим враждебные намерения, уменьшились чувства злости и обвинения в адрес других. В ситуациях фрустрации испытуемые стали чаще преуменьшать травмирующие аспекты ситуации и останавливать обращённые к окружающим агрессивные проявления. В целом

психореабилитационная работа способствовала снижению аффективной напряжённости, повышению уровня социального функционирования, развитию коммуникативных и социальных навыков, укреплению идентичности через развитие саморегуляции и повышению социальной адаптации пациентов.

### **Клинико-психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте**

**Рыжова М.И.**

**ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона», Курск**

---

Суицидальное поведение в подростковом возрасте представляет серьезную социальную и исследовательскую проблему. Подходы к исследованию не ограничиваются рамками одной медицинской науки, так как является проблемой с точки зрения психологии, социологии, философии, религии, педагогики, в связи с чем исследования суицидального поведения носят междисциплинарный характер [Любов Е.Б., Зотов П.Б., Кушнарев В.Н. История развития суицидологии в России // Суицидология. - 2017. - Том 8, №3 (28). - С. 22-39]. Современные теории рассматривают суицидальное поведение как комплекс разнообразных патогенетических факторов, которые включают в себя биологические, социально-средовые, индивидуально-личностные и психопатологические. Подростковый период является наиболее кризисным в силу влияния физиологических, психологических и поведенческих особенностей данного возрастного периода. Ряд отечественных исследователей (А.Г. Амбрумова, Е.М. Бруно, Н.Д. Кибрик и др.) отмечают принципиальное отличие суицида подростка от суицида взрослого человека. Повторное суицидальное поведение является наиболее значимым фактором, при этом после 17-18 лет суицидальные попытки чаще всего являются повторными, что позволяет говорить о формировании стереотипа кризисного реагирования и суицидального поведения в подростковом возрасте, что обуславливает выделение в классификации суицидов отдельно подростковый суицид или «пубертатный суицид».

В отечественной и зарубежной литературе принято использовать классификацию суицидального поведения в виде демонстративного

поведения, аффективного поведения и истинного суицидального поведения. Для подросткового периода существуют и другие классификации, в виду особенностей возрастного периода. Личко А.Е. также делит суицидальное поведение у подростков на демонстративное, аффективное и истинное. Шир Е. выделяет следующие типы суицидального поведения у подростков: преднамеренное, неодолимое, амбивалентное, импульсивное и демонстративное. [Амбрумова, А.Г., Тихоненко В.А., Бергельсон Л.Л. Социально – психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии, 1981. - № 4. – с.25].

Большое значение в суицидальном поведении детей и подростков играет семья. У подростков, в семьях которых имеет место насилие, значительно возрастает риск суицидов и суицидальных попыток. Высокой суицидогенной опасностью обладает патологическое воспитание в родительской семье. По данным Б.С. Положего и Е.А. Панченко [Положий Б.С., Панченко Е.А. Факторы динамики суицидального процесса // Психическое здоровье. - 2011. - №9. - с. 65-68], более 90 % детей и подростков с различными формами суицидального поведения получили патологическое воспитание в своих родительских семьях. Д.Н. Исаев изучил особенности суицидального поведения у умственно отсталых детей в возрасте от 10 до 15 лет и обнаружил, что причиной суицидального поведения является не интеллектуальный дефект, а расстройство личности, сформировавшееся на фоне резидуальных органических поражений головного мозга и из-за депривации и/или отвержения у детей не формируется чувство уверенности в себе и защищенности, что повышает риск суицидального поведения [Исаев Д.С. Психология суицидального поведения: методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология» // Самара, 2000. - 27 с.].

В классификации подросткового суицидального поведения необходимо учитывать не только роль семейных взаимоотношений и типа воспитания, но еще не мало важную роль занимает школа и общение со сверстниками, что является одним из важных этапов подросткового периода. В связи с неблагополучной эпидемиологической ситуацией, возникшая в связи с распространением коронавирусной инфекций COVID-19, а затем проведением специальной военной операции в приграничных зонах России, одна из важных сфер, участвующая в развитии подростков – общение со сверстниками и школа, выполняла ограниченные возможности в виде

дистанционного обучения, карантина, когда общение ограничивалось только онлайн, а также постоянное нахождение в семье, где мог обостриться внутрисемейный кризис (подросток имел возможность снять внутренне напряжение из-за конфликтов в семье в школе или в общении со сверстниками, значимыми окружающими людьми), что усугубило ситуацию с подростковыми суицидами. Основываясь на этих критериях, можно рассмотреть следующий тип классификации суицидального поведения в подростковом возрасте [Александрова Н.В., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Особенности суицидального поведения у детей и подростков: методические рекомендации // Омск, 2018. - 48 с.]:

1) Самоповреждения – асоциальные семьи, преобладание эпилептоидного типа акцентуации характера, пубертатный криз декомпенсирован, школьная адаптация нарушена, эмоциональное состояние во время самоповреждений – злорадия, обида, характерно объединение в асоциальные группировки.

2) Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом – преобладание истероидных или возбудимых типов акцентуаций, менее выраженная пубертатная декомпенсация, в группе сверстников – дискомфорт ввиду завышенных притязаний, в начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей нарушается, актом суицида подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику, характерна импульсивная реакция суицидального действия, которая нередко ведет к повторной попытке, заканчивающемуся летально.

3) Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией – семьи – дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий, характерна истероидная акцентуация, в пубертате – демонстративность, капризность, умелая манипуляция, с появлением трудностей школьной программы ввиду завышенной самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация, пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск более безболезненных способов, не приносящих ущерба, при разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

4) Суициды с мотивацией самоустранения – семьи – внешне благополучны, но нестабильны, конфликты носят скрытый характер, сензитивная акцентуация, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая

толерантность, пубертатный криз выливается в неврастению, в группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности, пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы, в ближайшем пресуициде – страх смерти, стыд, раскаянье, риск повтора невелик.

Можно сделать вывод, что суицидальное поведение в подростковом возрасте всегда являлось актуальной темой для обсуждения, но в условиях сегодняшней социальной, экономической, политической, медицинской неопределенности представляет серьезную социальную и исследовательскую проблему и требует дальнейшее изучение. Результаты исследования послужат в дальнейшем основой для разработок клинических рекомендаций, разработки профилактических мероприятий и внедрения их в практику детских врачей психиатров и медицинских психологов, в образовательные учреждения.

### **Гендерные особенности при проведении судебно-психиатрической экспертизы**

**Савинцев П.К., Сидорюк Л.В., Устьянцев Л.Г.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

Целью исследования является:

- Сформировать целостное представление о значении гендерного фактора в судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ);
- Продемонстрировать специфику клинической картины и динамики психических расстройств у мужчин и женщин, влияющих на оценку их уголовно-правовой дееспособности.

Задачи исследования:

- Проанализировать факторы, формирующие гендерные особенности психической патологии;
- Выявить гендерные различия в структуре и динамике преступного поведения;
- Охарактеризовать нозологическую специфику психических расстройств у подэкспертных разного пола;

- Проанализировать практику судебно-психиатрической экспертизы с учётом гендерного аспекта.

За период с 2023 года по 2025 год в отделении стационарной судебно-психиатрической экспертизы, для лиц, содержащихся под стражей, проведено 431 судебно-психиатрическое исследование. Из них женщин, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, было 31 (7,2%), мужчин – 400 (92,8%). Возраст женщин представлен следующим образом: несовершеннолетних – 0; младше 25 лет – 6 (19,4 %); 26-40 лет – 9 испытуемых (29%); 41-55 лет – 13 испытуемых (41,9 %); 56 лет и старше – 3 испытуемых (9,7 %). Средний возраст составил 41 год.

Среди лиц мужского пола судебно-психиатрическую экспертизу проводилось – 400 судебно-психиатрических экспертиз. Возраст мужчин представлен следующим образом: несовершеннолетние – 9 испытуемых (2,25%); 18-25 лет – 46 испытуемых (11,5%); 26-40 лет – 175 испытуемых (43,8%); 41-55 лет – 131 испытуемых (32,8%); 56 и старше – 39 испытуемых (9,8%). Средний возраст подэкспертных составил 39,7 лет.

Особенности социального статуса испытуемых: среди женщин на момент совершения преступления состояли в зарегистрированном браке, либо сожительствовали 22 человека (70,9%). В группе мужчин этот показатель составлял 172 (43%). Образовательный уровень в обеих группах был низок. Не имели специальности у женщин 6 человек (19,3%), у мужчин 61 человек (15,2%). Среднее и средне-специальное образование женщины 24 – 77,4%, мужчины – 324 (81%). Высшее образование имели 15 мужчин – 3,75%, 1 женщина – 3,23%.

Повторность совершения преступлений (рецидив): повторно привлечены к уголовной ответственности 8 женщин (25,8%), мужчин – 268 (67%).

Распределение женщин, проходивших СПЭ по характеру преступлений: по факту совершения преступления против личности – 20 испытуемых (64,5%). Имущественные преступления – 4 испытуемых (12,9%). Незаконный оборот наркотических средств – 4 испытуемых (12,9%). Преступления против общественной безопасности – 2 испытуемых (6,5%). Преступления против половой неприкосновенности 1 испытуемая (3,2 %).

Распределение мужчин, проходивших СПЭ по характеру преступлений: по факту совершения преступления против личности – 169 испытуемых (42,25%). Преступления против половой неприкосновенности – 142

испытуемых (35,5 %). Имущественные преступления – 60 испытуемых (15%). Незаконный оборот наркотических средств – 18 испытуемых (4,5%). Преступления против общественной безопасности – 11 испытуемых (2,75 %).

Нозология выявленных психических расстройств (женщины): психических расстройств и психических заболеваний не выявлено в 8 случаях (25,8%); расстройства личности – 5 случаев (16,1%); органические психические расстройства (Органическое расстройство личности, органические непсихотическое психическое расстройство) – 6 случаев (19,4%); зависимость от алкоголя и других ПАВ – 5 случаев (16,1%). Умственная отсталость (легкой степени) – 3 случая (9,7%); умеренной степени – 1 случай (3,2%). Шизофрения выявлена в 1 случае (3,2%). Временные психические расстройства (реактивное состояние, наступившее в период производства по уголовному делу) – 1 случай (3,2%). В связи со сложностью и неясностью клинической картины было рекомендовано проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы в НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского в 1 случае (3,2%).

По нозологии выявленных психических нарушений (мужчины): психических заболеваний и психических расстройств не обнаружено в 113 случаях (28,3%). Органические психические расстройства (Органическое расстройство личности, органические непсихотическое психическое расстройство) – 111 случаев (27,8%). Умственная отсталость легкой степени – 57 случаях (14,3%). Расстройства личности (в том числе расстройство сексуального предпочтения) – 64 случаях (16%). Расстройство шизофренического спектра выявлена в 20 случаях (5%). Временные психические расстройства (реактивное состояние, развившееся в МЛС) – 14 случаев (3,5%). Зависимость от алкоголя и других ПАВ – 12 случаев (3%). Состояния слабоумия (Умеренная умственная отсталость, деменция) – 4 случаях (1%). Рекомендовано проведение судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦ им. Сербского в 5 случаях (1,3%).

Количество женщин, совершивших преступления и страдающими психическими расстройствами оказался выше – 74% против 66% у мужчин.

Выводы:

Женщины составляют меньшую часть среди общего числа обвиняемых лиц, направленных на стационарную СПЭ в 22 отделение ГБУЗ ККПБ (7,2% женщин против 92,8% мужчин).

Криминальная активность у мужчин начинается раньше – в молодом возрасте и сохраняется вплоть до инволюционного. В то время как у женщин в нашей выборке, наиболее криминогенный возраст относится к зрелому (с 41 до 55 лет у женщин, 20-40 лет у мужчин).

Отличием в криминогенности является высокие показатели совершения мужчинами преступления против половой неприкосновенности, в то время как у женщин они фактически отсутствуют (1 случай).

Количество преступлений против жизни и здоровья в группе женщин оказался выше, чем у мужчин. Однако женщины чаще совершали агрессивные действия в отношении близкого окружения (супруги, сожители, дети), вследствие длительных конфликтных отношений, в то время как агрессия мужчин была ситуационной, и обычно в состоянии опьянения.

Рецидив совершения преступлений более характерен для лиц мужского пола (67% против 25,8%), что, по нашему мнению, указывает на формирование у мужчин-преступников наиболее стойкого криминального стереотипа поведения.

В структуре психических расстройств у женщин преобладали органические психические расстройства и зависимость от психоактивных веществ, в то время как у мужчин преобладали личностные аномалии в структуре органических психических расстройств, расстройств зрелой личности и психопатоподобного синдрома у умственно отсталых.

Наличие тяжелого психического расстройства в группе мужчин чаще сопровождалось совершением общественно-опасных деяний.

### **Одиночество и социальная исключенность в психиатрической практике: факторы риска, коморбидность и терапевтические стратегии**

**Селедцов А.М.**

**ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово**

---

Одиночество – субъективное ощущение нехватки социальных связей, а изоляция – объективное ограничение контактов. Оба состояния могут быть как причиной, так и следствием психических расстройств, усугубляемых

стигматизацией. Учитывая значимость проблемы для мирового сообщества, Всемирная организация здравоохранения создала группы экспертов для изучения этих проблем, включая Техническую консультативную группу по социальным связям.

Социокультурные детерминанты психического здоровья (СДПЗ) оказывают более значительное влияние на общее психоэмоциональное состояние человека, чем медицинские факторы риска. Данная закономерность особенно ярко проявляется среди лиц, страдающих психическими расстройствами, что подтверждается результатами многочисленных эмпирических исследований. К числу СДПЗ, имеющих особое значение для лиц с психическими нарушениями, относятся: жестокое обращение в детстве, травма, насилие, дискриминация вследствие стигмы, социальная изоляция, безработица и др. Установлено: социальная изоляция вызывает стресс, который может привести к депрессии, психозам и зависимости. Особенно уязвимы дети, так как травмы и недостаток внимания в раннем возрасте влияют на развитие мозга и повышают риск психических заболеваний.

Так исследование здоровья, охватившее 162 483 участника, проведенное в 2020 году в Дании, показало, что люди, испытывающие социальную изоляцию, чаще страдают от психических расстройств. Были изучены семь категорий таких расстройств: нарушения, связанные с употреблением психоактивных веществ, шизофрения, биполярное расстройство, большое депрессивное расстройство, невротические и тревожные состояния, расстройства личности, а также сочетание нескольких из этих нарушений.

Одиночество в целом демонстрировало наиболее сильные ассоциации (диапазон относительных рисков: 2,94-4,94) по сравнению с социальной изоляцией (1,47-4,80) и низкой социальной поддержкой (1,32-2,82) [1].

Социальная изоляция, являющаяся важным социальными и психологическим феноменом, всё чаще рассматривается как ключевой фактор, оказывающий негативное воздействие на психическое здоровье людей. В современной психиатрии и социальной психологии это состояние исследуется как потенциальная цель для интервенционных программ, задачей которых является повышение качества жизни и улучшение клинических результатов у людей с психическими расстройствами. На основании имеющихся данных можно констатировать, что от 11% до 18%

случаев депрессивных расстройств имеют корреляцию с состоянием одиночества. Более того, эпидемиологические исследования показывают, что одиночество ассоциируется с повышением риска развития деменции на 50%, суицидальных мыслей на 57%, а также с увеличением вероятности тревожных расстройств в 12 раз. В контексте психотических расстройств, 80% пациентов отмечают одиночество как значимый фактор, оказывающий существенное влияние на их психическое состояние [2].

Исследование с использованием метода выборки переживаний выявило значимую корреляцию между феноменами одиночества, социальной изоляции и паранойей, что позволяет констатировать их как независимые предикторы развития параноидальных состояний. Полученные данные подкрепляют гипотезу о том, что данные социальные и психологические факторы играют ключевую роль в этиологии паранойи, оказывая комплексное воздействие на когнитивные и эмоциональные процессы индивида. Люди с сочетанными психическими расстройствами и зависимостями испытывают большую социальную изоляцию, чем те, у кого есть только одно из этих расстройств [3]. Ситуация усугубляется стигмой, безработицей, отсутствием собственного жилья и др.

Вмешательства при социальной изоляции, одиночестве и травме включают когнитивно-поведенческую терапию, а также интервенции, способствующие развитию мудрости и сострадания. Важно признавать, что одиночество – это переживание с когнитивными, эмоциональными, психологическими и поведенческими компонентами. Такое одиночество, которое является дистрессовым и ассоциировано с симптомами психических расстройств, требует, как фармакологических, так и нефармакологических вмешательств. Одиночество, связанное с экзистенциальным неврозом, может требовать иных терапевтических методов.

Модель социального предписания, учитывающая потребности и предпочтения пациентов, рассматривается как перспективный подход для решения комплексных проблем, включая социальную изоляцию, дискриминацию, стигму и низкую мотивацию, которые влияют на плохое состояние здоровья этой популяции. Совместно разработанные и основанные на участии сообщества интервенции могут иметь решающее значение для преодоления неравенства в отношении здоровья и социального неравенства, с которым сталкиваются люди с тяжелыми психическими заболеваниями.

Использование видеоконференций для связи пожилых людей с другими людьми показало многообещающие результаты. В квазиэкспериментальном исследовании с участием 102 проживающих в домах престарелых с легкими или умеренными депрессивными симптомами участники были включены в программу видеоконференций, облегчающую еженедельные личные социальные взаимодействия через планшеты. В течение 6 месяцев участники сообщили о 25% снижении показателей одиночества и 30% снижении тяжести депрессивных симптомов, причем эти эффекты сохранялись при 1-летнем наблюдении [4].

Интегрированное, основанное на доказательствах лечение, которое одновременно решает проблемы психического заболевания и употребления психоактивных веществ, способствуя выздоровлению и общественным связям, необходимо для продвижения социальной инклюзии этих лиц. Интегрированные подходы снижают барьеры доступа к помощи, улучшают непрерывность лечения и создают пространство для восстановления целостного здоровья, включая стремление к значимым жизненным ролям и социальной инклюзии.

Стабильное жилье важно для снижения социальной изоляции и стимулирования общественной активности. Исследования показывают, что оно помогает достигать личных и профессиональных целей, что, в свою очередь, уменьшает изоляцию.

Клиницистам и психиатрам можно порекомендовать:

1. Проводить регулярную оценку социальных детерминант психического здоровья, включая социальную изоляцию и одиночество.
2. Включать эти факторы в планы лечения.
3. Интегрировать психотерапии, ориентированные на социальные детерминанты психического здоровья.
4. Использовать устойчивые межпрофессиональные совместные усилия для улучшения здоровья и качества жизни лиц с психическими расстройствами.

### **Заключение**

Одиночество и социальная изоляция – серьезные факторы риска психических расстройств, ухудшающие качество жизни и повышающие коморбидность. Субъективное одиночество сильнее влияет на исходы, чем объективная изоляция.

Терапия должна быть комплексной: включать психологические (когнитивно-поведенческая терапия), социальные (волонтерство) и технологические (видеоконференции, AI) методы. Интегрированные модели, учитывающие коморбидность и социальные детерминанты здоровья, наиболее эффективны.

#### Список литературы

1. Loneliness and Isolation in Psychiatric Perspective // Alpha Psychiatry. 2024.25 (6):748-749.
2. Addressing social determinants of health in individuals with mental disorders in clinical practice: review and recommendations // Translational Psychiatry. 2025. 15: 120.
3. The effects of social isolation stress and discrimination on mental health // Translational Psychiatry. 2022.12: 398.
4. A Prescription for Loneliness: Mitigating Social Isolation and Loneliness in Older Adults // Psychiatric Times. January 29, 2025.

### **Сравнительный анализ побочных эффектов по оценочным шкалам (AIMS, SAS, BURNS) при применении типичных и атипичных нейролептиков и их влияние на качество жизни больных шизофренией**

**Серебренникова А.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

---

Введение: Антипсихотические препараты являются основными средствами лечения шизофрении. До внедрения антипсихотиков второго поколения в 90-х годах XX века терапия закономерно сопровождалась экстрапирамидными расстройствами. С началом применения атипичных антипсихотиков связывали надежды на существенное снижение распространенности экстрапирамидных расстройств, поскольку считалось, что они не вызывают данных осложнений при применении в терапевтических дозах.

Все антипсихотики снижают передачу нервных импульсов в дофаминовых системах мозга. При этом снижение передачи в

мезолимбической области необходимо для антипсихотического действия, а в нигростриальной (экстрапирамидной) и тубероинфундибулярной системах приводит к нежелательным эффектам: экстрапирамидным побочным явлениям (паркинсонизм, акатизия, дистония, дискинезия) и гиперпролактинемии.

Атипичность антипсихотиков второго поколения объясняется не только блокадой D2-рецепторов, но и более выраженным антагонизмом к серотониновым 5-HT<sub>2A</sub>-рецепторам. Блокада серотонина в нигростриарной системе способствует высвобождению дофамина, компенсируя его дефицит.

Цель исследования: исследовать влияние нейролептиков разных групп на моторную систему в процессе терапии, проанализировать взаимосвязь экстрапирамидных осложнений терапии антипсихотиками с показателями качества жизни больных.

Задачи:

- Провести оценку выраженности побочных эффектов в двигательной сфере на фоне приёма атипичных и классических нейролептиков.
- Сравнить показатели в группах, принимавших типичные и атипичные нейролептики.
- Изучить показатели качества жизни больных.
- Изучить динамику показателей качества жизни при применении коррекции экстрапирамидных расстройств тригексифенидилом.

Материалы и методы. Использовались шкалы: Симпсона-Ангуса (SAS) для оценки экстрапирамидных расстройств, шкала Барнса (BARS) для оценки акатизии, шкала AIMS для оценки непроизвольных движений, опросник качества жизни SF-36.

Исследование проводилось на базе 2-4 отделений. Критерии включения: диагноз шизофрении, лечение нейролептиками, возможность вести беседу. Критерии исключения: агрессивное поведение, отсутствие лечения нейролептиками.

В исследовании приняли участие 20 женщин в возрасте 20-45 лет: 10 пациенток принимали атипичные нейролептики, 10 – типичные. Продолжительность исследования – 10 недель (70 дней). Больные получали среднетерапевтические дозы нейролептиков. Контрольные точки: Д0, Д7, Д14, Д28, Д42, Д70.

Результаты. Данные по шкале BARS показали, что средний балл акатизии в группе типичных нейролептиков увеличился практически вдвое к 7-му дню и продолжал расти до 14-го дня терапии (с 2,6 до 5,8 баллов), тогда как в группе атипичных нейролептиков показатели оставались стабильными (2,8-3,8 балла).

По шкале SAS в группе больных, принимавших типичные нейролептики, значительно вырос средний балл экстрапирамидных расстройств (с 7,6 до 14,2 баллов к 28 дню), тогда как в группе атипичных нейролептиков увеличение было менее выраженным (с 8,2 до 11,4 баллов).

**Таблица 1. Динамика показателей по шкале SAS (экстрапирамидные расстройства)**

| Дни визитов            | Д0  | Д7   | Д14  | Д28  | Д42  | Д70  |
|------------------------|-----|------|------|------|------|------|
| Атипичные нейролептики | 8,2 | 8,6  | 9,0  | 10,4 | 9,6  | 9,4  |
| Типичные нейролептики  | 7,6 | 10,3 | 12,8 | 14,2 | 13,6 | 12,8 |

**Таблица 2. Показатели качества жизни у больных**

| Показатели             | (ФФ) | (РФ) | (ИБ) | (ОЗ) | (ЖА) | (СФ) | (РЭ) | (ПЗ) |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Типичные нейролептики  | 48   | 32   | 51   | 29   | 32   | 36   | 46   | 35   |
| Атипичные нейролептики | 62   | 49   | 52   | 43   | 32   | 37   | 47   | 36   |

Примечание: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, ИБ – интенсивность боли, ОЗ – общее состояние здоровья, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, РЭ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье.

У больных, получавших антипсихотики первой генерации, наблюдалось более выраженное снижение показателей физического компонента качества жизни по сравнению с группой атипичных нейролептиков.

При коррекции экстрапирамидных расстройств тригексифенидилом на Д14 отмечалось значимое повышение показателей качества жизни, однако к Д28 появлялась тенденция к снижению, которая становилась значимой к Д70.

Это объясняется низкой безопасностью тригексифенидила: возбуждение наблюдалось у 55% больных, сухость во рту – у 85%, тахикардия – у 90%, расстройства сна и запор – у 35%.

Выводы:

Частота возникновения побочных эффектов в моторной сфере значительно выше в группе больных, принимавших типичные нейролептики: 7 пациенткам потребовалось назначение корректора циклодола в дозе 4-6 мг против 3 больных в группе атипичных нейролептиков.

В группе типичных нейролептиков побочные действия развивались быстрее (на 1-2 неделе терапии), требовали большей дозы корректора и не проходили окончательно.

Атипичные нейролептики оказывают меньшее воздействие на моторную сферу и требуют меньшей потребности в корректорах.

Применение тригексифенидила приводит к быстрому снижению выраженности экстрапирамидных расстройств, однако эффект снижается при длительной терапии и не сопровождается существенным повышением качества жизни больных вследствие побочных эффектов самого корректора.

При выборе нейролептика необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, его восприимчивость к побочным эффектам, а также проводить регулярный мониторинг состояния для своевременной коррекции терапии.

### **Динамика структуры психических расстройств у больных, поступивших межгоспитальным переводом в психиатрический стационар города Краснодара в 2019 и 2024 годах**

**Ситчихин П.В., Волкова Н.И.**

**ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7»  
министерства здравоохранения Краснодарского края,  
Краснодар**

---

**Введение.** Актуальной проблемой взаимодействия психиатрического стационара и многопрофильных стационаров являются переводы пациентов между больницами. Вместе с тем нозологическая структура

межгоспитальных переводов в психиатрический стационар в научной литературе освещена недостаточно и нуждается в дополнительном изучении.

**Цель исследования:** сравнение нозологической структуры психических расстройств у больных, госпитализированных межгоспитальным переводом в психиатрический стационар г.Краснодара (ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» МЗ КК – далее СПб7) в 2019 и 2024 годах.

**Материал и методы.** В наблюдательном ретроспективном сплошном неконтролируемом исследовании изучены все случаи госпитализации лиц с психическими расстройствами (ЛПР) в СПб7 переводом из всех стационаров лечебно-профилактических учреждений в 2019 и 2024 годах. Переводы осуществлялись после консультирования больного психиатром и последующего согласования с заместителем главного врача по медицинской части СПб7. Все межгоспитальные переводы признаны обоснованными, отказов в госпитализации не зарегистрировано. Использованы клинко-архивный, аналитический и клинко-статистический методы. Статистический анализ результатов исследования выполнялся с применением пакета статистических программ Statistica 6.1 (Stat Soft Inc., USA). При частотном анализе использован критерий Хи-квадрат ( $\chi^2$ ), в т.ч. по таблицам 2x2. Статистически значимым считался критерий достоверности  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** За 2024г в СПб7 переведено 187 ЛПР, что в 1,6 раза больше, чем в 2019г (119 чел.), прирост составил 57,1%. Зафиксирован рост относительных показателей: в 2024г – 1,642 на 10 тыс. всего населения, что в 1,3 раза больше, чем в 2019г – 1,296 на 10 тыс. всего населения территории обслуживания. Прирост составил 26,7%, что выше, чем прирост всего населения г.Краснодара (24,0%) за тот же период.

Нозологическая структура психических расстройств у больных за период наблюдения существенно изменилась. Если в 2019г I место занимали расстройства шизофренического спектра (F2х, 47,9%, 57 чел.), а II место – органические психические расстройства (F0х, 26,1%, 31 чел.), то по итогам 2024г на I место вышли органические психические расстройства (30,5%, 57 чел.), а расстройства шизофренического спектра опустились на II место (27,3%, 51 чел.). Таким образом, зафиксирован существенный рост общей численности ЛПР вследствие органических психических расстройств (в 1,8 раза), реализованный за счет значительного увеличения численности ЛПР диагностической рубрики расстройств личности органической этиологии

(F07.x; рост в 3,3 раза – до 39 чел.; с 10,1% до 20,9%;  $\chi^2=12,4$ ,  $p<0,001$ ), причиной перевода которых в 43,6% (2024г) – 45,5% (2019г) случаев явилась попытка суицида. Третье место стабильно занимали невротические расстройства (F4x, рост в 2,7 раза – до 35 чел.; 2019г – 10,9%, 2024г – 18,7%;  $p=0,068$ ), а аффективные расстройства – IV место (F3x, увеличение в 2,4 раза – до 11чел.; 2019г – 5,9%, 2024г – 9,1%). Наибольший рост показали расстройства личности (F60.1-F61.0, в 5,5 раза – до 11 чел.) причиной перевода которых послужила суицидальная попытка в виде самоотравления. Таким образом, влияние аутоагрессивного поведения на динамику нозологической структуры существенно.

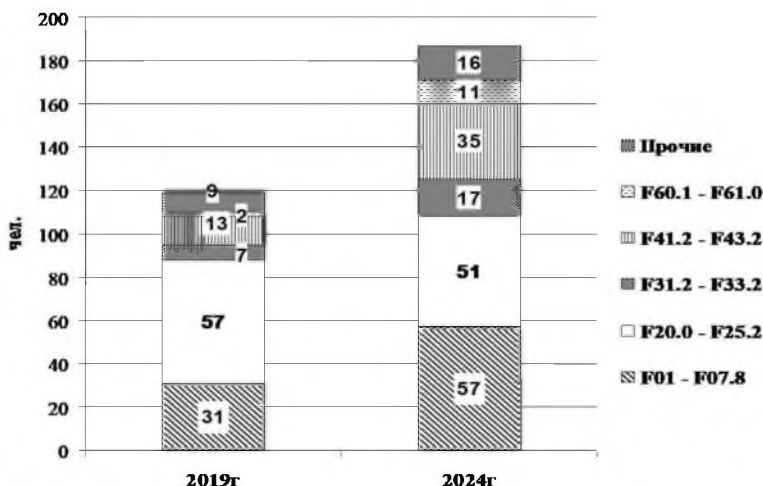


**Рисунок 1** – Нозологическая структура психических расстройств у больных, госпитализированных межгоспитальным переводом в психиатрический стационар г. Краснодара в 2019 и 2024 годах.

Незавершённые попытки суицидов являлись преобладающими причинами межгоспитальных переводов в психиатрический стационар (2019г – 62 чел., 52,1%; 2024г – 112 чел., 59,9%). Зафиксировано увеличение количества случаев суицидов по таким способам как самоотравление (в 1,7 раза – до 89 чел.), самопорезы (в 2,8 раза – до 14 чел.) и самоповешения (в 2,0 раза – до 6 чел.). При этом ранговая структура способов осталась стабильной: I место – самоотравления (2019г – 82,3%, 2024г – 79,5%), II место – самопорезы (2019г

– 8,1%, 2024г – 12,5%), III место – самоповешения (2019г – 4,8%, 2024г – 5,4%), колебания в пределах статистической погрешности.

Нозологическая структура психических расстройств у переведённых суицидентов изменилась существенно. В 2019г I место занимали расстройства шизофренического спектра (F20.0-F25.2, 35,5%), II место – органические психические расстройства (F02.x-F07.8, 24,2%), III место – невротические расстройства (F41.2-F43.2, 19,4%). По итогам 2024г на первое место вышли невротические расстройства (28,6%, рост в 2,7 раза – до 32 чел.), II место – органические психические расстройства (25,0%, рост в 1,9 раза – до 28 чел.), III место – аффективные расстройства (F31.2-F33.2, 15,2%, 17 чел.). Расстройства шизофренического спектра заняли IV место (14,3%, снижение с 22 до 16 чел.; разница долей существенна и статистически значима,  $\chi^2=10,5$ ,  $p=0,002$ ), на котором в 2019г находились аффективные расстройства (6 чел.). По нашим наблюдениям, такие стрессогенные факторы как пандемия COVID-19 и специальная военная операция, безусловно, внесли свой вклад в увеличение заболеваемости населения невротическими и аффективными расстройствами.

**Заключение.** Изменение нозологической структуры психических расстройств у больных, поступивших межгоспитальным переводом в психиатрический стационар города Краснодара в 2019 и 2024 годах, произошло в виде существенного увеличения количества и доли лиц с расстройствами личности органической этиологии и невротическими расстройствами. Расстройства шизофренического спектра переместились с I места на II место среди всех лиц, переведённых в психиатрический стационар за пять лет, и с I места на IV место среди лиц, переведённых в психиатрический стационар в связи с незавершёнными попытками суицида. Целесообразно продолжить изучение нозологической структуры психических расстройств у больных, поступающих межгоспитальным переводом в психиатрический стационар, в динамике, а также учитывать её изменение при планировании ресурсов здравоохранения.

**Необходимость совершенствования диспансерного наблюдения  
получателей социальных услуг в стационарных учреждениях  
социального обслуживания, предназначенных для лиц,  
страдающих психическими расстройствами**

**Сорокина В.А.<sup>1</sup> Агарков А.П.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский  
университет» Минздрава России, Томск**

---

Психоневрологические интернаты относятся к организациям социального обслуживания, осуществляющим стационарное социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями (далее ПНИ), частично или полностью утративших способность к самообслуживанию. ПНИ подведомственны региональным Минсоцразвития и не относятся к медицинским организациям.

В соответствии со ст. 41.1 Конституции РФ каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В соответствии с Рекомендациями 68-го специального (137-го) заседания Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека на тему: «Соблюдение прав человека в стационарных социальных организациях психоневрологического профиля...» 24 июня 2019 г. Минздраву России было поручено взять под особый контроль процесс выведения медицинских услуг (включая психиатрическую помощь) на аутсорсинговые формы обслуживания, закрепив за каждым ПНИ соответствующие медицинские организации. В первую очередь реформировать систему оказания специализированной психиатрической помощи жителям ПНИ вне интернатов, т.е. на базе ПНД.

В соответствии с порядком диспансерного наблюдения диспансерное наблюдение за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, проводится в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по "психиатрии". Диспансерное наблюдение проводят врачи-психиатры

медицинской организации. К таким организациям ПНИ не относятся и не являются медицинскими организациями.

Портрет среднего получателя социальных услуг в психоневрологическом интернате – это мужчина или женщина, в равных долях страдающих умственной отсталостью или шизофренией, в возрасте 36-59 лет, которому (которой) определена II группа инвалидности в связи с психическим заболеванием.

Устойчивые клиничко-психопатологические характеристики психических расстройств у получателей социальных услуг (далее ПСУ) в ПНИ (О.А. Русаковская, 2026г.): динамика болезненного процесса (сохранение активности или стабилизация); выраженность когнитивных нарушений, выраженность и структура негативных симптомов, выраженность эмоционально волевых расстройств, определяющих нарушения поведения и зависимости.

Число ПСУ, состоящих на диспансерном наблюдении в ПНД по месту расположения ПНИ (всего мест в ПНИ СФО – 20571) – 4466 человек или 22%, в основном эти граждане наблюдаются по 4 группе диспансерного наблюдения, не было ПСУ, которые бы находились на диспансерном наблюдении в группе активного диспансерного наблюдения.

Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и нарушениях поведения не определяет штатные нормативы врачей-психиатров в ПНИ. Сегодня на 159 ПСУ в ПНИ СФО приходится 1 врач – психиатр, включая внешних совместителей. Всего в ПНИ СФО работают 129 врачей-психиатров, только 42 — это основные сотрудники, остальные совместители из ПНД.

Только 10% ПСУ, находящихся по ДН, регулярно осматривались врачом-психиатром при осуществлении диспансерного наблюдения, т.е. соблюдалась кратность осмотров. Оценка контролируемых показателей здоровья у ПСУ при осуществлении ДН не осуществлялась. ХТИ для определения метаболитов лекарственных препаратов в биологических жидкостях ПСУ не проводились. Не соблюдалась преемственность терапии по маршруту: стационар – ПНД – ПНИ. Лечение отличалось полипрагмазией, больные годами получали одни и те же схемы психофармакотерапии без учета динамики психического состояния.

Критериями качества оказания специализированной психиатрической помощи в ПНИ следует считать:

1. соблюдение порядка диспансерного наблюдения;
2. преемственность терапии (стационар – диспансер – ПНИ);
3. назначение ЛС в соответствии с клиническими рекомендациями;
4. достаточное обеспечение льготными лекарственными препаратами.

Таким образом, диспансерное наблюдение – это важная неотъемлемая часть первичной специализированной (психиатрической) медицинской помощи ПСУ в ПНИ, определяющая ее качество и доступность. Отсутствие ДН или некачественное осуществление ДН в ПНИ ограничивает психически больных граждан в специализированной психиатрической помощи. Диспансерное наблюдение – это одна из возможностей профилактики ООД ПСУ в ПНИ.

### **Правовые и клинико-экспертные вопросы организация судебно-психиатрической деятельности в Запорожской области**

**Сорокина В.А.<sup>1</sup>, Волкогон О.А.<sup>1</sup>, Агарков А.П.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск**

---

Связи Кузбасса с Восточной Украиной своими корнями уходят в далекое прошлое. Еще в начале XX века, а затем и в первые годы Советской власти группа специалистов из Донбасса принимала участие в освоении Кузнецкого угольного бассейна. Кузбасский Прокопьевск и донбасская Горловка стали городами-побратимами в 1934 году. Во время Великой Отечественной войны, когда Донбасс был оккупирован, Кузнецкая земля стала домом для почти 31 тысячи жителей Донбасса. Так же на территорию Кузбасса были эвакуированы оборонные предприятия, среди которых не менее двух крупных заводов Наркомата боеприпасов СССР, азототуковые и коксохимические предприятия, литейно-механический и машиностроительный заводы. Восстановление промышленности Восточной Украины и Донбасса началось сразу после освобождения от захватчиков в

1943 году. Районы и города Кемеровской области брали шефство над районами и городами Восточной Украины, коллективы заводов и шахт шефствовали над родственными предприятиями Донецкого бассейна. 12 июня 2022 года в День России город Прокопьевск и донбасская Горловка подписали соглашение о возрождении побратимских отношений.

В состав Российской Федерации 30 сентября 2022 года вошли Донецкая и Луганская народные республики, а также Херсонская и Запорожская области. Медицинские работники Кузбасса неоднократно оказывали помощь органам управления здравоохранения и медицинским организациям новых территорий. Врачи-психиатры Кузбасской клинической психиатрической больницы работали в Горловской городской психоневрологической больнице в 2023-2024 годах.

Запорожская область, вошедшая в состав Российской Федерации, является одним из крупных урбанизированных регионов с населением 519 809 человек на 1 января 2025. Большая часть населения проживает в городах Мелитополе (133,3 тыс.) и Бердянске (92,5). ГБУЗ «Областной центр по оказанию наркологической и психиатрической помощи» Запорожской области был зарегистрирован в городе Бердянске 17 июня 2022. В структуру медицинской организации вошли два филиала: Мелитопольский центр по оказанию наркологической и психиатрической помощи, Молочанский центр по оказанию психиатрической помощи. Мощность коечного фонда составила 190 коек: психиатрические отделения на 160 коек, наркологическое отделение на 30 коек (в т.ч. 6 коек для медицинской реабилитации), два диспансерных отделения (психиатрической и наркологической службы), три кабинета медицинского освидетельствования на состояние опьянения, три клиничко-диагностических лаборатории, химико-токсикологическая лаборатория, кабинеты функциональной диагностики, физиотерапии, рентген-кабинет.

С введением в регионе Российской юрисдикции неизбежно поднялся вопрос о необходимости проведения судебно-психиатрических экспертиз, которые ранее производились в Запорожской областной психиатрической больнице, находящейся на территории, подконтрольной украинскому правительству.

Министерством здравоохранения Запорожской области было принято решение организовать отделение амбулаторных судебно-психиатрических

экспертиз в ГБУЗ «Областной центр по оказанию психиатрической и наркологической помощи», расположенный в городе Бердянске. Поскольку назначение и проведение СПЭ в Донецком Республиканском центре судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизы либо в Крымской Республиканской клинической психиатрической больнице №1 им. Н.И. Балабана было географически затруднительно и неудобно, значительно увеличивало очередность ожидания экспертизы, негативно сказывалось на сроках подготовки и выдачи экспертных заключений, соблюдении разумных сроков следствия и судопроизводства

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки, осуществляющее организацию и проведение судебно-психиатрических экспертиз - НМИЦ ПН им. В.П. Сербского Минздрава России приняло самое активное участие в организации экспертной судебно-психиатрической деятельности на новой территории. На базе Центра была проведена профессиональная переподготовка по специальности «судебно-психиатрическая экспертиза» четырех врачей-психиатров Запорожского ОЦПНП. Руководством Центра были даны рекомендации Минздраву Запорожской области о привлечении двух врачей судебно-психиатрических экспертов из ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» с целью оказания организационно-методической помощи и участия в проведении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, с учетом имеющегося большого опыта работы и высокой квалификации по профилю «судебно-психиатрическая экспертиза». После чего министр здравоохранения Запорожской области обратился в Департамент по реализации специального инфраструктурного проекта Минздрава России, для оказания содействия в привлечении требуемых специалистов.

С 1 октября 2024 в структуру психиатрического диспансера Запорожского ОЦПНП было включено отделение амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, в соответствии с положениями Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного приказом МЗ РФ от 14.10.2022 №668н. Штат отделения составлял: заведующего (также выполняющего функцию врача СПЭ), двух врачей СПЭ, трех медицинских психологов, старшую медицинскую сестру, одного медбрата и медицинского регистратора.

Во исполнение принятых решений Минздравом Кузбасса, главным областным специалистом-психиатром к.м.н. Сорокиной В.А. было проведено рабочее совещание с врачами судебно-психиатрическими экспертами Кузбасской клинической психиатрической больницы, в ходе которого были одобрены кандидатуры двух экспертов со стажем работы 31 и 22 года, давших согласие на оказание организационно-методической помощи коллегам с новой территории, участие в проведении амбулаторных экспертиз.

Врачи судебно-психиатрические эксперты Кузбасской КПБ в Запорожскую область прибыли в октябре 2024, ко времени открытия амбулаторного отделения СПЭ в Бердянске. В соответствии с рекомендациями Минздрава России, срок командировки специалистов составлял один месяц.

Основными проблемами, которые для решения требовали содействия врачей-экспертов ГБУЗ ККПБ, были следующие:

Экспертологического характера:

- затруднения формулирования экспертного задания для различных групп подэкспертных лиц (подозреваемые/обвиняемые, свидетели, потерпевшие) сотрудниками следственных органов ФСБ, СК и МВД, направленных в Запорожскую область из регионов Российской Федерации, что обуславливалось сложившимся порядком служебной деятельности этих сотрудников на местах постоянной дислокации.

- сложности в получении объективных данных анамнеза/катамнеза подэкспертных лиц, существенно затруднявших судебно-психиатрическую диагностику и экспертную оценку юридически значимых ситуаций. Во-первых, многие военнослужащие, привлеченные в Запорожской области к ответственности за уголовные преступления, заключили контракт на службу в местах лишения свободы, ранее проходили СПЭ, но либо скрывали этот факт, либо сообщали неточные данные о принятом экспертном решении. Во-вторых, при проведении экспертиз в гражданском процессе объективно было невозможно получить медицинскую документацию из Запорожской областной психиатрической больницы, что существенно осложняло принятие экспертного решения по делам о признании гражданина недееспособным/дееспособным, а также по семейным спорам, несогласии с ранее установленным психиатрическим диагнозом и дееспособности. При

наличии такой документации, она велась на украинском языке, что требовало точного перевода медицинской терминологии.

Методологического характера: при наличии хорошей теоретической базы по профилю «судебно-психиатрическая экспертиза», полученной врачами-психиатрами Запорожской области в НМИЦ им. В.П. Сербского, недостаточность у них, ко времени открытия амбулаторного отделения СПЭ:

- практических навыков всесторонности изучения процессов и явлений, подлежащих экспертной оценке, работы с материалами дел, иными материалами и документами, предоставленными для исследования.

- сформированного системного алгоритма комиссионной судебно-экспертной работы, в том числе в рамках комплексных экспертных исследований.

- единства теории и практики, навыков подготовки заключения в части формулирования судебно-психиатрического диагноза, научной обоснованности и полноты экспертных выводов.

Логистического характера:

- несогласованность взаимодействия следственных органов и судов с государственной судебно-экспертной организацией ОЦПНП Запорожской области по вопросам передачи материалов дел, иных материалов, предназначенных для исследования, а также формирования очередности на экспертизу.

- сложности доставки в судебно-экспертную организацию подэкспертных лиц, их законных представителей из различных районов региона, особенно, расположенных близко к линии боевого соприкосновения.

- отсутствие в тот период времени в судебно-экспертной организации отдельно расположенного помещения для размещения амбулаторного отделения судебно-психиатрических экспертиз.

Для решения указанных проблем под руководством главного областного специалиста-психиатра Минздрава Кузбасса был разработан комплекс мероприятий, в соответствии с которым до выезда командированных специалистов было проведено не менее трех совещаний по видеоконференцсвязи с руководством Запорожского ОЦПНП, в ходе которых рассматривались вопросы подготовки и внедрения локальных нормативных актов отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз,

хранения материалов, предназначенных для исследования, формирования очередности в медицинской экспертной организации.

По прибытию на место врачи судебно-психиатрические эксперты Кузбасской клинической психиатрической больницы немедленно приступили к выполнению возложенной на них миссии. В период с 14.10.2024 по 12.11.2024 лично участвовали в четырех межведомственных совещаниях, проводимых МЗ Запорожской области и администрацией ОЦПНП с руководством следственных органов ФСБ, СК, МВД по вопросам организации и проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз в регионе. Прикомандированные специалисты осуществляли консультирование сотрудников органов предварительного следствия по вопросам подготовки материалов для амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы, проводили обучающие занятия со следователями по подготовке материалов для судебно-психиатрической экспертизы, формулированию экспертного задания в рамках однородных и комплексных исследований.

За время командировки врачи судебно-психиатрические эксперты ГБУЗ ККПБ лично участвовали в проведении каждой амбулаторной экспертизы в Запорожском ОЦПНП, оказывая организационно-методическую помощь коллегам, разъясняя нюансы работы с материалами уголовных, гражданских и административных дел, представленными медицинскими документами, иными материалами, предназначенными для исследования. Проводили, совместно с сотрудниками отделения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз ОЦПНП, клинические обследования каждого подэкспертного лица, содействовали в подготовке экспертных заключений. Не позднее 17.10.2024 в Запорожской области было подписано экспертами и скреплено печатью государственной судебно-экспертной организации заключение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы №1/2024.

Всего за период с 14.10.2024 по 12.11.2024 при личном участии командированных специалистов было проведено 33 АСПЭ (29 по уголовным делам (27 подозреваемых и обвиняемых, 2 потерпевших), 4 по гражданским делам). Все экспертные заключения к 12.11.2024 были подготовлены, подписаны и направлены по месту назначения. По результатам проведенной работы врачи судебно-психиатрические эксперты Кузбасской клинической психиатрической больницы были поощрены благодарственными письмами

министра здравоохранения Запорожской области, а также почетными грамотами Минздрава Кузбасса. В настоящее время можно с уверенностью констатировать, что амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза успешно функционирует в Запорожской области, удовлетворяя потребности правоохранительных органов региона. Коллегиальные рабочие и товарищеские отношения судебно-психиатрических экспертов Запорожья и Кузбасса продолжают поддерживаться.

### **Психосоциальная реабилитация пациентов с патологией шизофренического спектра**

**Телегина Н.Ю., Шемякина Н.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»  
ОСП №1, Белово**

---

**Цель:** представить анализ психосоциальной реабилитации и психосоциального лечения с акцентом на этапы проведения и эффективности вмешательств.

Психосоциальная реабилитация психиатрических пациентов представляет собой актуальную медико-социальную проблему в связи с ростом распространенности и увеличением численности лиц с данной патологией. Необходимость комплексной реабилитации обусловлена тем, что психические расстройства и, особенно, патология шизофренического спектра приводят к выраженным изменениям личности, социальной дезадаптации и значительно снижают способность пациентов к социальному функционированию.

Одним из приоритетов в психосоциальной реабилитации Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» Обособленное структурное подразделение №1 является непрерывность процесса. Для этого в нашей организации создана система, которая обеспечивают плавный переход между стационарным и стационарзамещающими формами организации медицинской помощи.

Психосоциальная реабилитация в общепсихиатрическом отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасская

клиническая психиатрическая больница» Обособленное структурное подразделение №1 пациентам с патологией шизофренического спектра используется наряду с фармакотерапией, как дополняющие друг друга терапевтические стратегии. Основной задачей является создание условий, которые способствуют улучшению качества жизни пациентов и их семьи, поддерживают их в процессе восстановления и помогают справляться с возникающими трудностями. Применяется комплекс психосоциальных воздействий, направленных на участие пациентов в реабилитационном процессе с освоением социальных и ролевых функций для достижения более устойчивого положения в обществе.

Бригадный, полипрофессиональный подход в общепсихиатрическом отделении позволяет решить проблемы диагностики, профилактики, лечения, психосоциальной реабилитации, вопросы социально-правовой и организационно-методической направленности. В состав полипрофессиональной бригады Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» Обособленное структурное подразделение №1 входят врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе; при необходимости её могут дополнить юрисконсульт, инструктор по трудовой терапии и инструктор по лечебной физкультуре. Это наиболее перспективный подход, основанный на работе команды специалистов («скоординированная специализированная помощь»), в ходе которого, наряду с подбором лекарственной терапии, оказывается индивидуальная психотерапия, направленная на обучение совладанию с болезненной симптоматикой и выработку оптимальных поведенческих стратегий, проводится работа с ближайшим окружением пациента, направленная на создание адекватных представлений о болезни и обучение методам поддержки и коммуникации с заболевшим членом семьи, а также поддержка пациентов в трудоустройстве и учебе. Все мероприятия проводятся при активном участии пациента и его родственников в принятии решений. Медицинская помощь оказывается с учётом его физического состояния и соблюдении культурных, религиозных традиций пациента, т.е. приоритет интересов пациента.

Направление наших усилий – сокращение времени пребывания пациента в круглосуточном стационаре. Пациент находится в общепсихиатрическом

отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» Обособленное структурное подразделение №1 только в острый период заболевания. Как только начинается период стабилизации психического состояния, пациент переводится на стационарзамещающие формы организации медицинской помощи.

Психосоциальная реабилитация психиатрических пациентов включает в себя несколько этапов.

**Этап 1.** На данном этапе врачом-психиатром, медицинским психологом и специалистом по социальной работе анализируется степень социальной дезадаптации и потребности в психосоциальной помощи. Преимущественно применяется работа в небольших группах, однако, в случае отказа пациента, доступны индивидуальные сессии с использованием различных «модулей»: тренинги навыков общения, уверенности, независимости, программы психообразования и когнитивного тренинга.

**Этап 2.** Сосредоточен на восстановлении предыдущих социальных ролей пациента и способствовании его интеграции в общество. Психотерапевтические вмешательства становятся наиболее интенсивными к концу реабилитационного процесса наряду с психофармакотерапией. Применялись долгосрочные методы психотерапевтической работы с использованием групповых, индивидуальных и комбинированных форм, арттерапия, а также привлечение в реабилитационный процесс семьи (образовательные программы для родственников и семейная психотерапия).

**Этап 3.** Направлен на поддержку достигнутого уровня социальной адаптации, что часто требует постоянного внимания социальных работников. Закрепление и поддержка на третьем этапе реабилитации включают регулярные встречи с социальными работниками, которые не только обеспечивают эмоциональную поддержку, но и помогают пациентам адаптироваться к изменениям в их жизни. Эти встречи могут включать обсуждение проблем, возникающих в процессе социальной интеграции, и разработку стратегий их преодоления.

Все три этапа взаимосвязаны, и психосоциальные вмешательства следует начинать на любом этапе психиатрической помощи.

**Вывод:** Проведение психосоциотерапевтических реабилитационных программ позволило повысить адаптационные возможности пациентов за

счет снижения частоты госпитализаций, улучшения качества ремиссии, увеличения ее длительности.

#### Список литературы

1. Лиманкин О.В., Трущелев С.А. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения // Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 4-15.
2. Митихин В.Г., Солохина Т.А., Кузьмина М.В., Тюменкова Г.В., Лиманкин О.В., Бабин С.М. Эффективность психосоциальной реабилитации: инновационный метод оценки // Психиатрия. 2022. Т. 20 (2). С. 51-59.
3. Солохина Т.А., Ястребова В.В., Митихин В.Г., Тюменкова Г.В. Психосоциальная реабилитация и психосоциальное лечение при шизофрении: цели, этапы, оценка эффективности // Психиатрия. 2019. Т. 17 (3). С. 62-74.

#### **Особенности судебной психолого-психиатрической оценки лиц, совершивших юридически значимые действия, под влиянием телефонных мошенников**

**Устьянцев Л.Г., Гацковская Ю.С., Никитищенко Е.Г.,**

**Савинцев П.К., Ядыкина Е.В.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

#### **Актуальность исследования:**

Телефонное мошенничество приобрело масштаб острой социальной проблемы. Ежедневно появляются новые жертвы и многомиллионный ущерб. До настоящего времени не разработаны методические рекомендации по судебно-психиатрической оценке лиц, попавших под влияние преступников. Правоохранительные органы нередко затрудняются в определении процессуального статуса и действий лиц по делам о телефонном мошенничестве, что является причиной увеличения судебно-психиатрических экспертиз по данной категории дел. В свою очередь психиатры и медицинские психологи испытывают трудности в квалификации психического и эмоционального состояния и изучения механизмов

манипулятивного воздействия в отношении подэкспертных (потерпевших и участников схем телефонных мошенников).

**Цель исследования:**

Выработать дифференцированный подход к оценке психического и психологического состояния жертв телефонных мошенников при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы в гражданском и уголовном процессе.

**Материалы и методы:**

В качестве материала для исследования были взяты проведенные экспертные исследования по уголовным и гражданским делам, связанным с телефонным мошенничеством за период с начала 2023 г. по конец 2025г.

Всего проведено 96 исследований, по делам, связанным с телефонным мошенничеством:

- 73 экспертизы (76,04 %) – в отношении потерпевших по ст. 159 УК РФ.
- 17 экспертиз (16,32%) – по гражданским делам (иски банков к должникам, иски граждан о признании сделки недействительной).
- 6 экспертиз (5,76%) – в отношении подозреваемых (обвиняемых) по уголовным преступлениям (ст. 167 УК РФ, ст. 205 УК РФ, ст. 159 УК РФ).

Потерпевшие – 73 подэкспертных: 32 мужчины, 41 женщина. Возраст: <40 лет – 19 чел., 40-65 лет – 36 чел., >65 лет – 18 чел. У 58 человек не диагностировано психических расстройств. У 9 человек выявлены психические расстройства, повлиявшие на поведение в исследуемой ситуации: F7X – 2 чел.; F06 – 4 чел.; F01 – 1 чел.; F20 – 1 чел. В отношении 6 подэкспертных были даны сообщения о невозможности вынести экспертное решение в связи с недостаточностью представленных материалов дел.

Обвиняемые (подозреваемые) – 6 подэкспертных:

Во всех случаях были женщины (две в возрасте до 40 лет; 4 женщины в возрасте от 40 до 65 лет), у которых не было диагностировано какого-либо психического расстройства. Однако выводы экспертиз в ряде случаев содержали психологические критерии, которые существенно влияли на поведение испытуемых в исследуемых криминальных ситуациях.

Гражданские дела (экспертиза дееспособности) – 17 подэкспертных: 8 женщин, 9 мужчин. Возраст: <40 лет – 2 чел., 40-65 лет – 5 чел., >65 лет – 10 чел. 12 человек признаны психически здоровыми; 1 случай деменции (F02); 2 случая органического непсихотического психического расстройства (F06). В

отношении 2 подэкспертных были даны сообщения о невозможности принять экспертные решения в связи с неполнотой представленных материалов дел.

Полученные результаты объединены в представленной таблице:

|                                                 | Потерпевшие<br>(ст.159 УК<br>РФ) | Обвиняемые<br>(подозреваемые<br>) ст. 167, 205,<br>159 УК РФ | Гражданские<br>дела:<br>экспертиза<br>сделкоспособн<br>ости | Всего |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|
| Количество<br>экспертиз                         | 73                               | 6                                                            | 17                                                          | 96    |
| <b>Пол</b>                                      |                                  |                                                              |                                                             |       |
| Муж.                                            | 32                               | 0                                                            | 9                                                           | 41    |
| Жен.                                            | 41                               | 6                                                            | 8                                                           | 55    |
| <b>Возраст</b>                                  |                                  |                                                              |                                                             |       |
| <40                                             | 19                               | 2                                                            | 2                                                           | 23    |
| 40-65                                           | 36                               | 4                                                            | 5                                                           | 45    |
| >65                                             | 18                               | 0                                                            | 10                                                          | 28    |
| <b>Диагнозы</b>                                 |                                  |                                                              |                                                             |       |
| Здоров                                          | 58                               | 6                                                            | 12                                                          | 76    |
| F7X                                             | 2                                | 0                                                            | 0                                                           | 2     |
| F06                                             | 4                                | 0                                                            | 2                                                           | 6     |
| F01-02                                          | 1                                | 0                                                            | 1                                                           | 2     |
| F43                                             | 1                                | 0                                                            | 0                                                           | 1     |
| F20                                             | 1                                | 0                                                            | 0                                                           | 1     |
| Сообщения о<br>невозможности<br>принять решение | 6                                | 0                                                            | 2                                                           | 8     |

### **Результаты:**

При анализе механизмов манипулятивного воздействия действия мошенников на жертв выделены следующие методы:

- Преобразование информации, создание иллюзии реальности и свободы выбора.
- Аппеляция к значимым ценностям (правопослушность, патриотизм, сотрудничество, сохранение благосостояния).

В результате планомерного вариативного наращивания давления на жертву, особенностей ролевой структуры и динамики сценария у жертв возникало эмоциональное напряжение (растерянность, страх, отчаяние, тревога), парциальные изменения когнитивных процессов. Формировалось состояние заблуждения: ошибочное смысловое восприятие ситуации под влиянием психологического воздействия.

Выделены 2 группы потерпевших в зависимости от мотивации:

Группа А – «страху потерять» соответствовали: высокий интеллектуальный уровень, просоциальные установки, развитое чувство долга, ответственность, трудности объективной оценки и рефлексии в нестандартных ситуациях.

Группа Б – «стремлению обогатиться» были свойственны: азартность, готовность рисковать, оптимизм, легковерие, не критичность, низкий самоконтроль.

Выводы: Большинство СПЭ проводится в отношении граждан без психических расстройств. При отсутствии медицинского критерия основная оценка состояния ложится на медицинского психолога. Общими психологическими особенностями жертв телефонного мошенничества являлись: эмоциональная нестабильность и низкий самоконтроль в сложных ситуациях, исполнительность, доброжелательность, ответственность, значимость сопричастности к авторитетной группе. Мошенники эксплуатируют социально одобряемые качества личности (патриотизм, законопослушность), страх утраты материальных благ, низкую осведомлённость в технологиях.

Рекомендации по профилактике:

- Повышение финансовой грамотности.
- Стратегии противодействия: не вступать в диалог с незнакомцами (звонящих с незнакомых номеров, с незнакомых аккаунтов в мессенджерах), не переходить по навязанным ссылкам, анализировать информацию, обсуждать с близкими.
- Самостоятельная проверка информации через официальные каналы (банк, полиция и т. д.).

**Заболеваемость психическими расстройствами и  
расстройствами поведения в Кемеровской области-Кузбассе  
за 2023-2025 гг.**

**Федоренко Т.В., Юрина В.Н., Смирнова О.С.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»  
Кемерово**

---

Психиатрическая служба Кемеровской области обслуживает население численностью на 01.01.2025г. 2 527 219 человек.

Специализированная психиатрическая помощь в Кемеровской области предоставляется 5 психиатрическими больницами, 2 психоневрологическими диспансерами и 3 психоневрологическими отделениями в составе городских больниц, а также в 14 психиатрических кабинетах (взрослыми и детскими) при городских и районных больницах, в которых оказываются все виды специализированной психиатрической помощи взрослому населению, детям и подросткам.

Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в Кемеровской области в 2025г. составил 3217,8 на 100 тысяч населения. Он превышает показатель по РФ 2023г. на 18,3% (2719,5 на 100 тысяч населения) и на 8,0% больше, чем в Сибирском Федеральном округе (2978,8 на 100 тысяч населения). По сравнению с 2024 г. показатель увеличился на 1,7%.

Структура общей заболеваемости, в целом, за последние три года остается стабильной. Наибольший удельные вес занимают психические расстройства непсихотического характера 48,0% (1544,3 на 100 тысяч населения.), на втором месте – психозы и состояния слабоумия - 33,7% (1084,5), доля умственной отсталости в структуре общей заболеваемости занимает третье место и составляет 18,3% (589,0). При сравнении показателей общей заболеваемости с 2024 годом отмечается незначительный рост по всем нозологическим группам (таблица 1).

**Таблица 1. Общая заболеваемость психическими расстройствами.  
Диагностическая структура общей заболеваемости**

| 2023                                                  |       | 2024           |      | 2025           |      | СФО 2023г      |       | РФ 2023г       |       |
|-------------------------------------------------------|-------|----------------|------|----------------|------|----------------|-------|----------------|-------|
| на 100<br>т.н.                                        | %     | на 100<br>т.н. | %    | на 100<br>т.н. | %    | на 100<br>т.н. | %     | на 100<br>т.н. | %     |
| Всего:                                                |       |                |      |                |      |                |       |                |       |
| 3145,8                                                | 100,0 | 3164,0         | 100  | 3217,8         | 100  | 2978,8         | 100,0 | 2719,5         | 100,0 |
| 1.Психозы и состояния слабоумия в том числе:          |       |                |      |                |      |                |       |                |       |
| 1069,2                                                | 34,0  | 1061,0         | 33,5 | 1084,5         | 33,7 | 752,1*         | 24,5* | 734,3          | 27,0  |
| Шизофрения                                            |       |                |      |                |      |                |       |                |       |
| 399,5                                                 | 12,7  | 396,2          | 12,5 | 394,3          | 12,3 | -              | -     | 299,2          | 11,0  |
| 2.Психические расстройства непсихотического характера |       |                |      |                |      |                |       |                |       |
| 1530,4                                                | 48,6  | 1535,7         | 48,6 | 1544,3         | 48,0 | 1570,5*        | 51,3* | 1435,7         | 52,8  |
| 3. Умственная отсталость                              |       |                |      |                |      |                |       |                |       |
| 546,2                                                 | 17,4  | 567,3          | 17,9 | 589,0          | 18,3 | 748,0*         | 20,9* | 549,45         | 20,2  |

\*2021г.

В 2025 году показатель первичной заболеваемости составил 304,9 на 100 тысяч населения, что на 1,5% выше, чем в 2024 году (300,4). Рост фиксируется по всем нозологическим группам на протяжении трех лет. Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами в Кемеровской области-Кузбассе в 2025 году остается стабильной: более половины случаев (52,8%) приходится на психические расстройства непсихотического характера, 30,4% - на психозы и состояния слабоумия и 16,8% – на умственную отсталость. (таблица 2)

**Таблица 2. Первичная заболеваемость психическими расстройствами и диагностическая структура**

| 2023                                                   |      | 2024        |      | 2025        |      | СФО 2023г   |       | РФ 2023г    |      |
|--------------------------------------------------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|-------|-------------|------|
| на 100 т.н.                                            | %    | на 100 т.н. | %    | на 100 т.н. | %    | на 100 т.н. | %     | на 100 т.н. | %    |
| Всего:                                                 |      |             |      |             |      |             |       |             |      |
| 294,6                                                  | 100  | 300,4       | 100  | 304,9       | 100  | 355,3       | 100   | 310,6       | 100  |
| 1. Психозы и состояния слабоумия в том числе:          |      |             |      |             |      |             |       |             |      |
| 95,0                                                   | 32,2 | 91,0        | 30,3 | 92,6        | 30,4 | 51,2*       | 15,1* | 58,5        | 18,6 |
| пизофрения                                             |      |             |      |             |      |             |       |             |      |
| 16,7                                                   | 5,7  | 15,8        | 5,3  | 16,3        | 5,4  | -           | -     | 6,9         | 11,1 |
| 2. Психические расстройства непсихотического характера |      |             |      |             |      |             |       |             |      |
| 150,3                                                  | 51,0 | 160,0       | 53,3 | 161,0       | 52,8 | 256,8*      | 75,8* | 236,4       | 75,2 |
| 3. Умственная отсталость                               |      |             |      |             |      |             |       |             |      |
| 49,3                                                   | 16,7 | 49,4        | 16,4 | 51,3        | 16,8 | 31,6*       | 9,3*  | 19,5        | 6,2  |

\*2021г.

Кочный фонд в 2025 году в психиатрических стационарах составил 2177 койки (2117 – психиатрические койки, 60 – наркологические), показатель обеспеченности койками на 10 тыс. населения составляет – 8,6 (СФО 2023г. – 8,57, РФ 2023г. – 8,37). Стационарная помощь детям и подросткам осуществляется в двух детских отделениях психиатрических больниц на 120 койках (г. Кемерово – 40 коек, г. Новокузнецк – 80 коек).

Уровень госпитализации в СПМО Кемеровской области-Кузбассе в 2025 году составил 456,1 на 100 тысяч населения, что превышает показатели СФО (424,7) и РФ (468,4) за 2023 год. Абсолютное число госпитализированных в СПМО Кемеровской области-Кузбассе за последние три года остается стабильным: 11533 в 2024 г. и 11527 человек в 2025 г. В структуре госпитализированных преобладают пациенты с психозами и слабоумием (5459 чел. или 216,0 на 100 тыс.), из них с шизофренией — 3197 чел. (126,5). Число госпитализаций с непсихотическими расстройствами выросло до 3664 чел. (144,98), с умственной отсталостью — до 1734 чел. (68,6). Количество госпитализаций, связанных с употреблением алкоголя и ПАВ, снизилось до

670 чел. (26,5 на 100 тыс.), что ниже показателя 2023 года (809 чел. или 31,5).  
(таблица 3).

**Таблица 3. Число больных, госпитализированных в  
СПМО Кемеровской области-Кузбассе**

|   |                                                             | <b>2023</b> | <b>2024</b> | <b>2025</b> | <b>СФО<br/>2023г</b> | <b>РФ<br/>2023г</b> |
|---|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------------|---------------------|
| 1 | Всего госпитализированных                                   |             |             |             |                      |                     |
|   | - абс. числа                                                | 11626       | 11533       | 11527       | -                    | 685 907             |
|   | - на 100 тыс.нас.                                           | 452,7       | 452,7       | 456,1       | 424,7                | 468,4               |
| 2 | Из них психозы и состояния слабоумия                        |             |             |             |                      |                     |
|   | - абс. числа                                                | 5572        | 5623        | 5459        | -                    | 301 558             |
|   | - на 100 тыс. населения                                     | 217,0       | 220,7       | 216,0       | -                    | 205,9               |
|   | в том числе пизофрения                                      |             |             |             |                      |                     |
|   | - абс. числа                                                | 3442        | 3295        | 3197        | -                    | 194 682             |
|   | - на 100 тыс. населения                                     | 134,0       | 129,3       | 126,5       | -                    | 132,9               |
| 3 | Из них непсихотические психические расстройства             |             |             |             |                      |                     |
|   | - абс. числа                                                | 3494        | 3569        | 3664        | -                    | 224 280             |
|   | - на 100 тыс. населения                                     | 136,0       | 140,1       | 144,98      | -                    | 153,1               |
| 4 | Из них умственная отсталость                                |             |             |             |                      |                     |
|   | - абс. числа                                                | 1673        | 1706        | 1734        | -                    | 58 562              |
|   | - на 100 тыс. населения                                     | 65,1        | 67,0        | 68,6        | -                    | 40,0                |
| 5 | Прочие (в том числе в связи с употреблением алкоголя и ПАВ) |             |             |             |                      |                     |
|   | - абс. числа                                                | 809         | 635         | 670         | -                    | -                   |
|   | - на 100 тыс. населения                                     | 31,5        | 24,9        | 26,5        | -                    | 56,4                |

### Заключение

1. В Кемеровской области наблюдается устойчивый рост как общей, так и первичной заболеваемости психическими расстройствами за период 2023–2025 гг. Показатели региона существенно превышают среднероссийские и

среднеокружные значения, что свидетельствует о высокой нагрузке на психиатрическую службу.

2. Структура заболеваемости остается стабильной с преобладанием непсихотических расстройств. Однако в первичной заболеваемости настораживает факт роста показателей по всем нозологическим группам, что может указывать на ухудшение выявляемости или истинный рост заболеваемости.

3. Обеспеченность психиатрическими койками в регионе находится на уровне, сопоставимом с федеральными и окружными показателями, а уровень госпитализации остается стабильным. При этом структура госпитализаций смещена в сторону более тяжелых форм (психозы и слабоумие).

**Критерий рекомендации назначения принудительных мер  
медицинского характера лицам с психическими расстройствами,  
не исключающими вменяемости**

**Шибанов А.Р., Безруких Т.С.**

**ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»,  
Новокузнецк**

---

Проблематика опасности лиц с психическими расстройствами, бесспорно, охватывает не только контингент невменяемых. Весьма большой процент правонарушителей, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, обнаруживают различные пограничные психические расстройства. Часто эти пациенты исчезают из поля зрения психиатрической службы после их осуждения. В отношении примерно 4-х тысяч обвиняемых экспертными комиссиями ежегодно рекомендуется применение ст. 22 УК РФ. Согласно пункту "в" ч. 1 ст. 97 УК РФ, регламентирующей основания применения принудительных мер медицинского характера, такие меры могут быть назначены судом лицам, совершившим преступления и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. Указанное условие является необходимым, но недостаточным для рекомендации назначения судом принудительного лечения. Назначение принудительных мер медицинского характера возможно только при наличии критериев,

содержащихся в ч. 2 ст. 97 УК РФ. Данная статья уголовного кодекса РФ раскрывает обязательные показания для назначения мер медицинского характера лицам, совершившим правонарушение и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости. Такие меры могут быть назначены "только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц". Вследствие этого, критерием назначения принудительного лечения в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ является психическое расстройство, которое обуславливает повышенную ("существенную") общественную опасность лица. Опасность является важным основанием для того, чтобы рекомендовать принудительное лечение лицу с непсихотическим психическим расстройством. Согласно ч. 2 ст. 22 УК РФ психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом и может служить условием для назначения принудительных мер медицинского характера. Психическое расстройство является необходимым, но недостаточным основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Назначение таких мер в виде принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях возможно только при наличии критериев, содержащихся в ч. 2 ст. 97 УК РФ, т.е. тогда, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц. Таким образом, критерием назначения принудительного лечения в соответствии с ч. 2 ст. 22 УК РФ является повышенная ("существенная") общественная опасность вменяемых лиц, обусловленная наличием у них психического расстройства.

**Клинико-психопатологическая структура пациентов с  
внутрибольничной агрессией на материалах смешанного  
общепсихиатрического отделения**

**Шишкина А.Н., Макарова О.В., Иванчикова А.Б.**

**ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница»,  
Кемерово**

---

**Цель исследования:** выявить клинико-психопатологические группы, которые можно было бы рассматривать как факторы формирования агрессивных тенденций у пациентов общепсихиатрического отделения.

**Задачи:**

1. Изучить распространенность агрессивного поведения у стационарных больных.
2. Выделить нозологическую принадлежность пациентов с наиболее частыми проявлениями внутрибольничной агрессии.
3. Определить клинические синдромы, при которых наиболее часто встречаются проявления агрессивного поведения.

**Материалы и методы:**

Использовались клинический, клинико-психопатологический, катamnестический методы. Методом сплошной выборки были выделены группы пациентов с проявлениями внутрибольничной агрессии.

**Результаты исследования:**

Нами были проанализированы 572 истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении/обследовании в 14-19 отделении в 2025 г., независимо от возраста.

Оказалось, что среди них у 197 отмечались те или иные проявления агрессии (что составило 34%). Контрольные группы составили по 15 больных с теми же формами психических расстройств, без проявлений агрессии. Исключение составила группа пациентов с F92, т.к. все пациенты данной группы имели те или иные проявления агрессии.

Нозологический состав группы: F00-F02 – 15 чел. (7,7%), F06-F07 – 24 чел. (12,3%), F20-F29 – 57 чел. (29,3%), F30-F39 – 19 чел. (9,7%), F60-F69 – 22 чел. (11,3%), F70-F73 – 46 чел. (23,7%), F92 – 14 чел. (7,2%).

Средний возраст в подгруппах: F00-F02 – 67 лет, F06-F07 – 43 года, F20-F29 – 38 лет, F30-F39 – 29 лет, F60-F69 – 21 год, F70-F73 – 23 года, F92 – 16,8 лет.

**Таблица 1. Социальный статус**

| Диагно-<br>з | Прожи-<br>вет с<br>семьей |            | Прожи-<br>вет са-<br>мосто-<br>тельно |            | Работа-<br>ет/<br>учит-<br>ся |            | Инвалид-<br>ность |            | Суди-<br>мость/<br>ПЛ |            | Прожи-<br>вет в ПНИ |            | Коморб-<br>ид.<br>ПАВ |            |
|--------------|---------------------------|------------|---------------------------------------|------------|-------------------------------|------------|-------------------|------------|-----------------------|------------|---------------------|------------|-----------------------|------------|
|              | Осн. Гр.                  | Контр. Гр. | Осн. Гр.                              | Контр. Гр. | Осн. Гр.                      | Контр. Гр. | Осн. Гр.          | Контр. Гр. | Осн. Гр.              | Контр. Гр. | Осн. Гр.            | Контр. Гр. | Осн. Гр.              | Контр. Гр. |
| F00-<br>F02  | 2                         | 8          | 0                                     | 0          | 0                             | 0          | 13                | 8          | 9                     | 0          | 13                  | 7          | 13                    | 5          |
| F06-<br>F07  | 8                         | 7          | 11                                    | 8          | 3                             | 10         | 15                | 4          | 17                    | 2          | 5                   | 0          | 15                    | 3          |
| F20-<br>F29  | 17                        | 9          | 5                                     | 3          | 11                            | 7          | 46                | 8          | 23                    | 3          | 35                  | 3          | 39                    | 1          |
| F30-<br>F39  | 9                         | 7          | 10                                    | 8          | 16                            | 13         | 1                 | 0          | 3                     | 0          | 0                   | 0          | 11                    | 5          |
| F60-<br>F69  | 6                         | 6          | 16                                    | 9          | 19                            | 12         | 0                 | 0          | 9                     | 1          | 0                   | 0          | 9                     | 3          |
| F70-<br>F73  | 19                        | 9          | 2                                     | 1          | 0                             | 2          | 41                | 11         | 32                    | 2          | 25                  | 5          | 31                    | 7          |
| F92          | 14                        | -          | 0                                     | -          | 14                            | -          | 0                 | -          | 2                     | -          | 0                   | -          | 5                     | 0          |

Из таблицы 1 видно, что пациенты с агрессией социально дезадаптивны, не уживаются в семье и в трудовых коллективах, не способны к самостоятельному проживанию, имеют зависимость от ПАВ, большинство из них оформляется или уже проживает в домах-интернатах. Большинство из них имеют в анамнезе судимость, и составляют когорту пациентов, находящихся на ПЛ.

**Таблица 2. Ведущие синдромы, определяющие агрессивное поведение, в зависимости от нозологической принадлежности**

|         |                                                                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Диагноз | Ведущий синдром, определяющий агрессивное поведение                                                                            |
| F00-F02 | Психомоторное возбуждение, связанное с различными степенями нарушения сознания. Бредовый. Тревожно-депрессивный. Дисфорический |
| F06-F07 | Пароксизмальный. Дисфорический. Психопатоподобный. Галлюцинаторно- бредовый. Бредовый                                          |
| F20-F29 | Галлюцинаторно-параноидный. Кататоно-параноидный. Психопатоподобный. Аффективно-бредовый                                       |
| F30-F39 | Депрессивно-бредовый. Гневливая мания с бредом                                                                                 |
| F60-F69 | Дистимический. Психопатический                                                                                                 |
| F70-F73 | Психопатоподобный. Гебоидный                                                                                                   |
| F92     | Психопатический                                                                                                                |

**Таблица 3. Формы проявления агрессии у пациентов в зависимости от нозологической принадлежности**

| Диагноз | Вербальная агрессия | Физическая агрессия |
|---------|---------------------|---------------------|
| F00-F02 | 41%                 | 59%                 |
| F06-F07 | 67%                 | 33%                 |
| F20-F29 | 71%                 | 29%                 |
| F30-F39 | 81%                 | 19%                 |
| F60-F69 | 92%                 | 8%                  |
| F70-F73 | 36%                 | 64%                 |
| F92     | 61%                 | 39%                 |

Характер реализации физической агрессии у пациентов по нозологиям:

F00-F02 – Реактивная 6%, Спонтанная 51%, Враждебная 43%;

F06-F07 – Инструментальная 13%, Реактивная 42%, Спонтанная 28%, Враждебная 17%;

F20-F29 – Инструментальная 6%, Реактивная 14%, Спонтанная 49%, Враждебная 31%;

F30-F39 – Инструментальная 4,5%, Реактивная 39%, Спонтанная 56,5%;

F60-F69 – Инструментальная 43%, Реактивная 57%;

F70-F73 – Инструментальная 48%, Реактивная 12%, Враждебная 40%;

F92 – Инструментальная 47%, Реактивная 53%.

Спонтанная и враждебная формы агрессии больше всего оказались выражены у пациентов с деменцией, тяжелой и глубокой умственной отсталостью. У пациентов с легкой и умеренной умственной отсталостью более выражены реактивная и инструментальные формы агрессии, также эти формы агрессии, в нашем случае, характерны для личностных расстройств, для пациентов с расстройствами поведения и эмоций. Для нозологических форм с преобладанием бредовых и галлюцинаторно-бредовых, кататонических, кататано-параноидных расстройств более характерна спонтанная агрессия. В группе аффективных психозов (F30-F39) спонтанная агрессия преобладала у пациентов с маниакально-бредовым синдромом.

**Выводы:**

- Более одной трети пациентов общепсихиатрического отделения, составляют пациенты с проявлениями внутрибольничной агрессии.
- Для предотвращения внутрибольничной агрессии, особенно физической ее формы, важна правильная оценка психического статуса и нозологической принадлежности пациентов.
- По нашим данным наиболее часто агрессивные формы поведения встречаются у пациентов с умственной отсталостью и шизофренией. В частности, физические формы агрессии чаще представлены в группах пациентов с выраженными формами слабоумия, как врожденного, так и приобретенного.
- Таким образом, внутрибольничная агрессия – это многофакторный феномен, в структуре которого клинико-психопатологические составляющие играют ключевую роль. Выявление конкретных синдромов и симптомов, ассоциированных с высоким риском агрессии при разных формах психической патологии, является необходимым условием для понимания механизмов её формирования и разработки дифференцированных подходов к профилактике. Это определяет целесообразность углубленного изучения клинико-психопатологической структуры пациентов с внутрибольничной агрессией в условиях общепсихиатрического отделения.
- Для профилактики инструментальной и реактивной форм агрессии необходима регулярная и грамотная работа с медицинским персоналом.
- Тема внутрибольничной агрессии особенно актуальна в современных экономических условиях и требует дальнейшего изучения.

## **Влияние урбанистической среды на психическое здоровье в России: обзор современных исследований**

**Янко Е.В.<sup>1</sup>, Аршинова Е.В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет», Кемерово**

---

### **Введение.**

Урбанизация является одним из ключевых демографических трендов современной России – 75% населения страны проживает в городах [1]. В этих условиях понимание влияния городской среды на психическое здоровье становится не просто академическим вопросом, но и насущной задачей общественного здравоохранения и градостроительной политики. В настоящем обзоре систематизированы результаты эмпирических исследований, проведённых в российских городах в 2023-2026 годах, и рассмотрены основные механизмы воздействия урбанистической среды на психоэмоциональное состояние горожан.

В психологии окружающей среды город рассматривается как совокупность специфических условий проживания – архитектуры, планировки, плотности социальной среды – которые формируют особую предметно-пространственную среду, влияющую на психологическое благополучие человека.

Как правило, в науке выделяют такие феномены, как городской стресс – многофакторный комплекс стрессовых факторов, воздействующих на физическое и психическое здоровье жителей мегаполисов, а также психологическую безопасность горожан, тесно связанную с характеристиками их непосредственного окружения.

**Цель данной работы** – провести обзор научных работ, посвященных проблемам влияния урбанистической среды на психическое здоровье человека.

### **Методология и теоретическая база.**

Научные исследования современных ученых в области клинической психологии, медицины, социологии, урбанистики.

### Результаты и обсуждение.

Основные факторы городского стресса в российских мегаполисах. Жители крупных российских городов постоянно подвергаются воздействию хронических стрессоров, среди которых исследователи выделяют шум, скученность, снижение социальной сплочённости, информационную перегрузку и ускоренный ритм жизни. Аксенова Е. И. с соавторами (2023) описывают городской стресс как экстремальное комплексное многофакторное воздействие на организм и психику, выделяя его экологические, психологические, социальные, информационные и профессиональные подвиды [2]. Последствиями такого воздействия становятся так называемые «болезни урбанизации» или «болезни цивилизации» – прежде всего психосоматические расстройства.

Нартова-Бочавер С. К. с соавторами (исследование с участием 396 городских жителей) показали, что социальные характеристики городской среды вносят больший вклад в профилактику состояний дистресса, чем архитектурные и физические характеристики. Наиболее чувствительными к условиям городской среды оказались тревога и стресс, тогда как депрессия – в меньшей степени. Важно, что пол выступает модератором силы связи между качествами городской среды и дистрессом: у женщин эти связи сильнее [3].

Влияние благоустройства и зелёных зон. В исследовании Гольдберг Ю.И. и Степановой Н. Р. (2025) на основе анализа рекреационных зон Москвы, Екатеринбурга и Калуги рассматривается влияние благоустройства городских пространств на уровень депрессивности, стресса и тревожности. Авторы приходят к выводу, что статус города и уровень развитости его инфраструктуры влияют на методы создания зелёных зон, а благоустроенные пространства оказывают значимое позитивное воздействие на психологическое состояние человека [4].

Уфимский университет науки и технологий запустил пилотное междисциплинарное исследование влияния зелёной среды на психоэмоциональное и когнитивное здоровье человека в условиях города с использованием современных методов мониторинга – от фитнес-браслетов до мобильных электроэнцефалографических комплексов. В работе задействованы не только экологи, но и эксперты в области нейрофизиологии и урбанистики [5].

Субъективное благополучие и качество городской среды. Стародубец Н. В., Тургель И. Д. (2025) на основе данных по 115 российским городам выявили, что наиболее значимыми детерминантами субъективного благополучия жителей являются удовлетворённость культурной жизнью, безопасностью, экологическими условиями и благоустройством городских территорий [6]. При этом размер города не влияет на детерминанты субъективного благополучия, что указывает на универсальность этих факторов для городов разного масштаба.

Исследование, проведённое в Москве, Якутске и Владивостоке (2025), показало, что во всех возрастных группах существует значительный процент людей, оценивающих своё психоэмоциональное, социальное и духовное здоровье как плохое или очень плохое – потенциально до 37% респондентов. При этом показатели в Москве были лучше по сравнению с Якутском и Владивостоком, что авторы связывают с позитивным влиянием урбанизации при условии развитой инфраструктуры [7].

Психологическая безопасность и тип жилья. Зотова О. Ю. и Тарасова Л. В. (2025) на выборке из 233 жителей Екатеринбурга исследовали связь между психологической безопасностью горожан и типом их жилья. Было установлено, что характеристики жилища ассоциированы с уровнем психологической безопасности человека. Различия в показателях психологической безопасности связаны с тем, насколько сильно жители города воспринимают надёжность городской среды и доверительность отношений внутри города [8].

Алекситимия и городская среда. В исследовании Прокторовой Е. И. (2026) с участием 248 жителей Санкт-Петербурга в возрасте 18 – 35 лет изучалась связь между параметрами городской среды и алекситимией – затруднением в идентификации и описании собственных эмоций. Результаты показали, что воспринимаемый стресс полностью опосредует связь между воспринимаемым шумом и воспринимаемой безопасностью района, с одной стороны, и алекситимией – с другой [9]. Иными словами, городские факторы влияют на эмоциональное здоровье молодёжи прежде всего через повышение уровня стресса.

Социальная тревожность и цифровая среда. Анализ социальной тревожности среди жителей российских городов показывает, что ускоренный ритм жизни, информационная перегрузка и неравенство усиливают

психологическое напряжение и чувство небезопасности. Исследователи отмечают, что информационная среда города выступает как дополнительный фактор, усиливающий выраженность городского стресса, тревоги и психических расстройств.

Совокупность представленных научных исследований свидетельствует о формировании в России междисциплинарного направления урбан-психологии, объединяющего психологов, архитекторов, урбанистов и медиков.

Ключевые выводы современных исследований могут быть сведены к следующим положениям:

1. Городской стресс является многофакторным феноменом, требующим системного подхода к профилактике.
2. Социальные характеристики городской среды (безопасность, социальные связи) значимее для психического здоровья, чем чисто архитектурные решения.
3. Благоустроенные рекреационные зоны и зелёные насаждения оказывают позитивное влияние на снижение тревожности и стресса.
4. Необходима разработка возраст-специфичных и гендерно-чувствительных подходов к организации городской среды и психиатрической помощи.

### **Заключение.**

Таким образом, современный российский контекст – миграция, доступ к технологиям, возрастные и демографические разрывы – формирует новые конфигурации уязвимости, требующие пересмотра подходов к оказанию медицинской помощи и профилактике. Дальнейшие исследования должны быть направлены на разработку конкретных градостроительных и социальных мер, учитывающих психологическое благополучие горожан как приоритет общественного здоровья.

### **Список литературы**

1. Аналитика ключевых тенденций психического здоровья населения России в условиях урбанизации [Электронный ресурс]. URL: <https://www.nepz.ru/newscomplete/1053#1> (дата обращения: 27.08.2026).
2. Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Турзин П.С. Городской стресс жителя мегаполиса: стрессогенные факторы и коррекция // Проблемы социальной

- гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. 31(спец-выпуск 2). С. 1087–1091.
4. Нартова-Бочавер С. К., Северьянова Е. Д., Резниченко С. И. Городской стресс и его предикторы: психологическое исследование. // Городские исследования и практики. 2023. Т. 8 (1). С. 74-88.
  5. Гольдберг Ю.И., Степанова Н.Р. Благоустройство городских пространств как фактор воздействия на психоэмоциональное состояние человека. // Русский журнал строительных наук и технологий. Том 11 (2). 2025. Статья № 1102008.
  6. Ученые Уфимского университета исследуют влияние деревьев на эмоциональное состояние человека [Электронный ресурс] // ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий». URL: <https://uust.ru/news/get/uchenye-ufimskogo-universiteta-issleduyut-vliyanie-derevev-na-emocionalnoe-sostoyanie-cheloveka/> (дата обращения: 27.08.2026).
  7. Starodubets N., Turgel I. The determinants of subjective well-being: An assessment for Russian cities based on new data. Terra Economicus. 23(1). 51-65.
  8. Копнёнова Д.К. Исследование влияния городской среды на здоровье: выпускная квалифицированная работа [Электронный ресурс] // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». URL: <https://www.hse.ru/edu/vkr/1049386999> (дата обращения: 28.08.2026).
  9. Зотова О. Ю., Тарасова Л. В. Психологическая безопасность личности в городской среде: определение конструкта // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2024. Т. 21. № 3. С. 519-546.
  10. Прохорова Е. И. Связь параметров урбанистической среды и уровня алекситимии у молодежи, проживающей в мегаполисе: кейс Санкт-Петербурга: выпускная квалифицированная работа [Электронный ресурс] // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». URL: <https://www.hse.ru/edu/vkr/1159676462> (дата обращения: 28.08.2026).

## Содержание

|                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Абульханова К.Е. (Кемерово) Реабилитация работающих больных шизофренией: оценка эффективности в условиях дневного стационара.....                                                                                                                          | 5  |
| Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю. (Кемерово) Психическое здоровье населения городов в период пандемии SARS-COV-2.....                                                                                                                                             | 7  |
| Акименко Г.В., Янко Е.В. (Кемерово) Суггестивное воздействие архитектуры Санкт-Петербурга на психоэмоциональное состояние жителей мегаполиса .....                                                                                                         | 13 |
| Алигаева Н.Н. (Москва) Эффективные методы телемедицины в оказании психиатрической помощи в удаленных и труднодоступных районах Сибири.....                                                                                                                 | 20 |
| Антонова А.С. (Омск) Роль профилактики наркологических расстройств в сохранении здоровья и долголетия населения.....                                                                                                                                       | 23 |
| Бакинина К.Е., Бублик С.В., Габисова В.А., Демина А.Д., Кудрина И.С. (Новосибирск) Взаимосвязь СМЭР-протокола и редукции дисфункциональных убеждений в терапии тревожно-депрессивных состояний .....                                                       | 26 |
| Безруких Т.С., Павлова Е.Н. (Новокузнецк) Клинический случай шизоформного психоза на фоне приема леветирацетама (клинико-динамическая характеристика).....                                                                                                 | 27 |
| Богданов Я.В., Богданов А.Я., Богданов В.Р., Водоватова К.Д. (Кемерово, Санкт-Петербург) Предсказуемость, когерентность и тангенциальность коротких письменных текстов при шизофрении: пилотный NLP-анализ .....                                           | 32 |
| Богданов Я.В., Богданов А.Я., Водоватова К.Д. (Кемерово, Санкт-Петербург) Частотный профиль букв в письменных текстах при шизофрении: пилотное NLP-исследование и связь с PANSS .....                                                                      | 36 |
| Бражникова А.Н., Долгалёв А.А., Плутина М.И., Соколова И.Ю., Быков Ю.В. (Ставрополь) Психическое здоровье и воспалительная активность пародонта у пациентов стоматологического профиля .....                                                               | 39 |
| Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебrenникова А.В., Зерникова А.А. (Кемерово) Антипсихотическая аугментация при шизофрении. Цели, оценка эффективности .....                                                                                                   | 42 |
| Буланова Я.В., Орлов М.В., Зерникова А.А., Музальков С.С. (Кемерово) Диагностика, методы преодоления терапевтической резистентности у больных с шизофренией .....                                                                                          | 46 |
| Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебrenникова А.В., Зерникова А.А. (Кемерово) Оценка безопасности применения клозапина при лечении больных шизофренией с психофармакорезистентностью.....                                                                      | 50 |
| Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. (Томск) Приверженность к психофармакотерапии пациентов с биполярным аффективным расстройством.....                                                                                                            | 56 |
| Васильева К.С., Верещагина А.О., Иванчикова А.Б., Макарова О.В. (Кемерово) Клинические варианты декомпенсаций пограничного личностного расстройства у пациентов общепсихиатрического отделения .....                                                       | 58 |
| Воеводин И.В. (Томск) Коморбидность алкогольной зависимости и невротических расстройств: особенности формирования и клинических проявлений .....                                                                                                           | 61 |
| Волгогонов О.А., Лавrentьева И.М., Крымова О.В., Руденко Д.В. (Кемерово) Оценка криминального поведения лиц с умственной отсталостью в рамках уголовного судопроизводства, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу за 2021-2022 гг. .... | 65 |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Волгогонов О.А., Сидорюк Л.В., Гацковская Ю.С. (Кемерово)</b> Симулятивное поведение подозреваемых и обвиняемых лиц на стационарной судебно-психиатрической экспертизе .....                                                                  | 71  |
| <b>Высоцкий С. В., Ермакова Л.Н., Панкова Е. П., Селедцов А.М., Шамова И.П. (Кемерово)</b> Психотические и аффективные расстройства на фоне перенесенного инфаркта миокарда .....                                                                | 77  |
| <b>Гееб М.В., Шишкина А.Н. (Кемерово)</b> Комплексная оценка приверженности медикаментозной терапии при параноидной шизофрении (определение критериев и сравнительный анализ).....                                                               | 80  |
| <b>Граф А.А., Лисовицкая Г.Б. (Кемерово)</b> Специфика суицидального поведения в подростковом возрасте.....                                                                                                                                      | 83  |
| <b>Грачева Т.Ю., Волгогонов О.А., Федоренко Т.В. (Кемерово)</b> Риски применения искусственного интеллекта в медицине.....                                                                                                                       | 87  |
| <b>Грачева Т.Ю., Смирнова О.С., Федоренко Т.В., Юрина В.Н. (Кемерово)</b> Организация телемедицинских консультаций в ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» в 2024-2025 гг. ....                                                 | 94  |
| <b>Григорьева Ю.И., Кушнарева О.М. (Кемерово)</b> Расстройства пищевого поведения у детей и подростков. Факторы риска, типы нарушений и их этапы, терапия .....                                                                                  | 100 |
| <b>Дербенева Н.А., Селезнева Н.В., Любченко М.В. (Кемерово)</b> Выявление гиперпролактинемии у амбулаторных пациентов, находящихся на поддерживающей терапии антипсихотиками .....                                                               | 104 |
| <b>Евдокимова Н.Н., Правилова Н.С., Ларионова А.В. (Белово)</b> Применение метафорических ассоциативных карт при ведении пациентов с невротическими расстройствами на базе ГБУЗ ККПБ, обособленное структурное подразделение №1.....             | 106 |
| <b>Ерёменко Я.Ю., Обеснюк О.А., Логачева Н.А. (Кемерово)</b> Гендерные и возрастные особенности проявления и течения расстройства адаптации.....                                                                                                 | 110 |
| <b>Иванченко Е.В. (Прокопьевск)</b> Применение клинических рекомендаций в практике медицинского психолога отделения психосоциальной реабилитации.....                                                                                            | 113 |
| <b>Ирмухамедов Т.Б. (Ташкент)</b> К вопросу о формировании аффективных особенностей у детей, имеющих РАС .....                                                                                                                                   | 117 |
| <b>Капишников О.В., Луканина Е.С. (Орёл)</b> Медико-социальная экспертиза при деменции за 2023-2025 гг. при освидетельствовании лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения ФКУ «ГБ МСЭ по Орловской области» Минтруда РФ ..... | 120 |
| <b>Киселев Д.И., Логачева А.А., Бубнова О.А. (Тамбов)</b> Взаимосвязь социальных факторов и качества ремиссии пациентов шизофренического спектра .....                                                                                           | 124 |
| <b>Коновалова А.В., Колтунова А.А. (Новокузнецк)</b> Гимнастика для мозга в абилитации ребенка с перинатальной патологией центральной нервной системы.....                                                                                       | 125 |
| <b>Кратовский А.Ю., Стрелковский М.Д. (Кемерово)</b> Гипотимия при синдроме зависимости от алкоголя .....                                                                                                                                        | 129 |
| <b>Кривошапова Т.Н., Логачева А.А. (Тамбов)</b> Особенности социального функционирования лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами .....                                                                                     | 132 |
| <b>Крылов А.В., Павлова Н.И., Бочуров А.А. (Якутск)</b> Генетическая архитектура фибромалгии: плейотропия с психиатрическими расстройствами (биоинформатический подход) .....                                                                    | 134 |

|                                                                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Крымова О.В., Семибратова Д.В., Лаврентьева И.М.</b> (Кемерово) Шизотипическое расстройство, экспертная судебно-психиатрическая оценка .....                                                                   | 138 |
| <b>Кузьмина К.Н., Крахмалева О.Е.</b> (Омск) Анализ суицидального поведения несовершеннолетних на территории омской области .....                                                                                 | 142 |
| <b>Кулебакина С.Ф.</b> (Ленинск-Кузнецкий) Психокоррекционная работа с пациентами, у которых выявлены эндогенные психические расстройства .....                                                                   | 147 |
| <b>Кушнарёва О.М., Григорьева Ю.И.</b> (Кемерово) Анализ особенностей протекания фобических расстройств у детей на диспансерном этапе оказания помощи .....                                                       | 150 |
| <b>Ларченко В.Л.</b> (Новокузнецк) Опыт работы полипрофессиональной бригады на базе дневного стационара ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница» .....                                           | 160 |
| <b>Лисовицкая Г.Б., Войтина И.В., Шилова Е.Ю., Граф А.А.</b> (Кемерово) Практика лечения расстройств сна у детей и подростков в условиях общепсихиатрического отделения для обслуживания детского населения ..... | 162 |
| <b>Лисовицкая Г.Б., Шилова Е.Ю., Войтина И.В.</b> (Кемерово) Актуальные вопросы диагностики и коррекции раннего детского аутизма на стационарном этапе оказания психиатрической помощи .....                      | 166 |
| <b>Лисовицкая Г.Б., Войтина И.В., Шилова Е.Ю., Граф А.А.</b> (Кемерово) Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ): подходы к лечению в условиях детского дневного стационара .....                       | 168 |
| <b>Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И.</b> (Омск, Тюмень) Клинико-психопатологические корреляты синдрома хронической тазовой боли у девочек-подростков города Омска .....                                               | 172 |
| <b>Макарова О.В., Иванчикова А.Б.</b> (Кемерово) Гендерные особенности эндогенных депрессий по материалам смешанного общепсихиатрического отделения .....                                                         | 175 |
| <b>Миллер Ю.С.</b> (Ленинск-Кузнецкий) Интернет-зависимость у детей младшего школьного возраста .....                                                                                                             | 179 |
| <b>Москвина Я.В., Гордеев В.А., Ербягин К.Е., Иванец И.В.</b> (Кемерово) Эффективность и безопасность сочетанного применения электросудорожной терапии и психофармакотерапии .....                                | 182 |
| <b>Ненастьева А.Ю., Байкова М.А.</b> (Москва) Особенности клиники алкогольной зависимости у женщин с поздним началом заболевания .....                                                                            | 187 |
| <b>Обатнина Е.С., Коробова О.С., Руденко Д.В.</b> (Кемерово) Психокоррекционная программа, направленная на трансформацию убеждений, формирующих общественно опасные действия .....                                | 191 |
| <b>Обеснюк О.А., Еременко Я.Ю., Платонов Д.Г., Обеснюк В.В.</b> (Кемерово) Оценка роли преобладающих личностных проявлений в формировании расстройств невротического уровня .....                                 | 194 |
| <b>Обеснюк В.В., Обеснюк О.А.</b> (Кемерово) Клинический и нейрофизиологический аспекты астенических состояний в клинике непсихотических психических расстройств .....                                            | 200 |
| <b>Обеснюк О.А., Еременко Я.Ю., Логачева Н.А., Обеснюк В.В.</b> (Кемерово) Оценка роли преобладающих личностных проявлений в формировании расстройств невротического уровня .....                                 | 203 |
| <b>Островский Д.И., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Гранкина И.В.</b> (Тюмень, Омск) Клинико-психопатологические особенности шизофрении с началом в детском возрасте за период 1991-2000 годов .....               | 209 |

|                                                                                                                                                                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Павлова Е.Н., Безруких Т.С., Шибанов А.Р. (Новокузнецк)</b> Осуществление амбулаторного принудительного лечения в условиях крупной психиатрической больницы .....                                                                            | 212 |
| <b>Платонов Д.Г. (Кемерово)</b> Особенности ипохондрических проявлений при аффективной патологии невротического уровня .....                                                                                                                    | 216 |
| <b>Плетнёва Т.Г., Казанцев М.В., Бережная А.В. (Омск)</b> Нарушения психического развития у детей с резидуально-органическим поражением ЦНС .....                                                                                               | 220 |
| <b>Руденко Д.В., Обатнина Е.С. (Кемерово)</b> Психологическая коррекция агрессивности и враждебности у правонарушителей с психическими расстройствами в условиях принудительного лечения в стационаре специализированного типа .....            | 224 |
| <b>Рыжова М.И. (Курск)</b> Клинико-психологические особенности суицидального поведения в подростковом возрасте .....                                                                                                                            | 227 |
| <b>Савинцев П.К., Сидорюк Л.В., Устьянцев Л.Г. (Кемерово)</b> Гендерные особенности при проведении судебно-психиатрической экспертизы .....                                                                                                     | 230 |
| <b>Селедцов А.М. (Кемерово)</b> Одиночество и социальная исключенность в психиатрической практике: факторы риска, коморбидность и терапевтические стратегии.....                                                                                | 233 |
| <b>Серебrenникова А.В. (Кемерово)</b> Сравнительный анализ побочных эффектов по оценочным шкалам (AIMS, SAS, BURNS) при применении типичных и атипичных нейролептиков и их влияние на качество жизни больных шизофренией .....                  | 237 |
| <b>Ситчихин П.В., Волкова Н.И. (Краснодар)</b> Динамика структуры психических расстройств у больных, поступивших межгоспитальным переводом в психиатрический стационар города Краснодара в 2019 и 2024 годах.....                               | 240 |
| <b>Сорокина В.А. (Кемерово)</b> Необходимость совершенствования диспансерного наблюдения получателей социальных услуг в стационарных учреждениях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами..... | 244 |
| <b>Сорокина В.А., Волкогонов О.А. (Кемерово)</b> Правовые и клинико-экспертные вопросы организация судебно-психиатрической деятельности в Запорожской области.....                                                                              | 246 |
| <b>Телегина Н.Ю., Шемякина Н.В. (Белово)</b> Психосоциальная реабилитация пациентов с патологией шизофренического спектра.....                                                                                                                  | 252 |
| <b>Устьянцев Л.Г., Гацковская Ю.С., Никитищенко Е.Г., Савинцев П.К., Ядыкина Е.В. (Кемерово)</b> Особенности судебной психолого-психиатрической оценки лиц, совершивших юридически значимые действия, под влиянием телефонных мошенников .....  | 255 |
| <b>Федоренко Т.В., Юрина В.Н., Смирнова О.С. (Кемерово)</b> Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в Кемеровской области-Кузбассе за 2023-2025 гг.....                                                           | 259 |
| <b>Шибанов А.Р., Безруких Т.С. (Новокузнецк)</b> Критерий рекомендации назначения принудительных мер медицинского характера лицам с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости .....                                             | 263 |
| <b>Шишкина А.Н., Макарова О.В., Иванчикова А.Б. (Кемерово)</b> Клинико-психопатологическая структура пациентов с внутрибольничной агрессией на материалах смешанного общепсихиатрического отделения .....                                       | 265 |
| <b>Янко Е.В., Аршинова Е.В. (Кемерово)</b> Влияние урбанистической среды на психическое здоровье в России: обзор современных исследований .....                                                                                                 | 269 |

Научное издание

**Пятые Корниловские чтения**

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ,  
КАК ГЛОБАЛЬНЫЙ ПРЕДИКТОР  
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ И АКТИВНОЙ  
ЖИЗНИ**

*Сборник тезисов*

Межрегиональной научно-практической конференции  
посвященной памяти профессора А.А. Корнилова

(Кемерово, 22 октября 2026 г.)

Под научной редакцией  
академика РАН Н.А. Бохана

В иллюстративном оформлении обложки использована  
картина Л. Баранова «Деревенские старички»