



Образовательная программа
Российского общества психиатров
под эгидой Всемирной психиатрической ассоциации
при поддержке Департамента здравоохранения
Владимирской области



Суздаль
2017

23–28 апреля 2017 года
XIII ВСЕРОССИЙСКАЯ
ШКОЛА МОЛОДЫХ
ПСИХИАТРОВ

Находкин Е.Г. РЕТРОСПЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ ЭПИЗОДОВ ДОШКОЛЬНОГО ПЕРИОДА У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В МЕСТАХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ	234
Невмержицкая Т.А., Марушкина А.В., Емельянцева Т.А. КЛУБНЫЙ ДОМ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: НЕОБХОДИМОСТЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ, ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ ...	237
Николаев Е.Е. АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ ИМЕЮЩИМСЯ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ	239
Николишин А.Е.*, Чупрова Н.А., Бродянский В.М., Кибитов А.О. ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ: ВЛИЯНИЕ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В СТАЦИОНАРЕ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ТЯГИ К АЛКОГОЛЮ	243
Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К. КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ	246
Озоль С.Н. ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	249
Павлова Е.В. ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕВОЧКУ-ПОДРОСТКА С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ	251
Палаева Р.И., Харина Е.А., Харин П.В., Бойко Ю.А., Константинова К.С., Антохин Е.Ю., Будза В.Г. ВЫЯВЛЕНИЕ УРОВНЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	255
Палин А.В., Семенова Н.Д. НОВЫЕ ФОРМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ИХ ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ: АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ ДОСТИЖЕНИЯ СОГЛАСИЯ В ГРУППЕ	257
Парамонов А.А. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ МОТИВАЦИИ К ХИМИЧЕСКИМ АДДИКЦИЯМ И СТЕПЕНИ ОТКАЗА ОТ НИХ С УЧЕТОМ ВЕРОИСПОВЕДАНИЯ	260
Парпара М.А., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПОМОЩИ МЕТОДИКИ МНОГОСТОРОННЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ	263

* победитель конкурса научных работ.

различий по другим клиническим переменным, наличие и степени СО, генетическому риску может быть связано с малым объемом выборки и требует дальнейшего исследования. С помощью шкалы депрессии Бека возможно оценивать длительность текущей госпитализации пациента с алкогольной зависимостью, тягу к алкоголю при выписке.

КОМОРБИДНОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Нурходжаев С.Н., **Абдуллаева В.К.**

*г. Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Взаимоотношениям депрессивных расстройств и личностных особенностей посвящались многочисленные работы на протяжении практически всего времени исследования депрессий. Проблема изучения коморбидности депрессивных расстройств и расстройств личности, влияния данной коморбидности на клиническую динамику, течение, терапию и возможности социальной адаптации у пациентов с депрессивными расстройствами в последние годы приобрела особую актуальность (Симуткин Г.Г. и др., 2014). Исследования показали, что больные с депрессивными расстройствами от 45 % до 66 %, имеют сопутствующее расстройство личности (Гаранян Н.Г., 2009). По данным El Kissi Y. (El Kissi Y. et al., 2009), у больных, имеющих коморбидность по личностному расстройству, отмечалось более раннее начало заболевания, большая частота эпизодов депрессии и суицидальных попыток, худшее качество ремиссии. Научные исследования показывают, что личностные расстройства являются предиктором рецидива депрессии после первого эпизода (Petersen T. et al., 2002), и еще надо подчеркнуть, что сосуществование депрессивного и личностного расстройства существенно влияет на тяжесть состояния и резистентность к терапии (Riminger B., 2010). В метаанализе результатов фармакотерапии депрессий у больных с личностным расстройством и без такового при выявлении негативного влияния на динамику депрессии сопутствующей патологии личности отмечена большая эффективность комбинированной терапии (Newton-Howes G. et al., 2006).

Цель исследования. Выявление основных клинико-динамических особенностей депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности.

Материалы и методы исследования. В ходе исследования было обследовано 48 больных, 30 женщин и 18 мужчин, с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом в рамках единственного депрессивного эпизода – 26 человек, рекуррентного депрессивного расстройства – 22 человека, проходившие обследование и лечение в Городской клинической психиатрической больнице г. Ташкента. Средний возраст женщин составил $44,4 \pm 10,2$ года и мужчин – $40,6 \pm 11,0$ года. Диагноз депрессивных расстройств и расстройств личности был верифицирован согласно диагностическим критериям МКБ-10.

Количественная оценка степени выраженности депрессии, а также динамики состояния и эффективности используемой антидепрессивной терапии проводилась с помощью сокращенного варианта шкалы SIGH-SAD (Williams J., Link M., Rosenthal N.E. et al., 1992), которая включает в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов, касающихся атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. Оценка личностных характеристик проводилась с помощью Стандартизованного многофакторного метода исследования личности – СМИЛ (ММПИ) (Собчик Л. Н., 1990, 2002), который представляет собой модификацию теста ММПИ (Hathaway S., Mckinley J., 1956).

Результаты исследования и их обсуждение. Общая исследуемая группа пациентов была разделена на две группы. Основная группа – 28 человек, из них 18 женщин (64,3 %), 10 мужчин (35,7 %), которая состояла из пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с расстройствами личности. Группа сравнения – 20 человек, в том числе 12 женщины (60 %), 8 мужчин (40 %) с депрессивными расстройствами без коморбидного расстройства личности. Средний возраст пациентов основной группы на момент обследования составил $39,9 \pm 10,8$ года, пациентов группы сравнения – $46,3 \pm 9,5$ года ($p < 0,001$).

Таким образом, основная группа и группа сравнения были сопоставимы по возрасту с преобладанием женщин внутри обеих исследуемых групп ($p < 0,05$).

В нашем исследовании расстройства личности в основной группе были представлены в 82,2 % ($n=23$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 7,1 % ($n=2$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 10,7 % ($n=3$) – истерическое расстройство личности (F60.4). В основной группе коморбидный диагноз расстройства личности в зависимости от половой принадлежности был представлен следующим образом: у 18 женщин (64,3 %) и 10 мужчин (35,7 %) и имел статистические различия по полу ($p < 0,05$).

Анализ преморбидных особенностей личности показал, что у пациентов основной группы чаще встречались эпилептоидно-возбудимые черты

личности (40 % против 8,3 % в группе сравнения), тогда как в группе сравнения в 55 % случаев отмечалось преобладание истероидных черт ($p < 0,001$). По данным оценки индивидуально-психологических особенностей пациентов исследуемых групп с помощью СМИЛ было выявлено, что усредненный профиль основной группы характеризовался наиболее выраженными повышениями на шкалах депрессии (шкала 2) – $73,3 \pm 11,4$ Т, аутизма (шкала 8) – $77,1 \pm 15,3$ Т, ригидности аффекта (шкала 6) – $69,8 \pm 16,9$ Т, психопатии (шкала 4) – $66,8 \pm 12,9$ ($p < 0,05$). В усредненном профиле ММРІ группы сравнения отмечались пики на следующих шкалах: депрессии (шкала 2) – $69,7 \pm 12,4$ Т, тревоги (шкала 7) – $68,3 \pm 10,7$ Т, аутизма (шкала 8) $67,4 \pm 13,8$ Т ($p < 0,05$), что в профилях пациентов, страдающих аффективными расстройствами (АР), указывает на выраженность эмоциональной напряженности. Таким образом, в целом усредненный личностный профиль пациентов основной группы был выше нормативного разброса и варьировал в диапазоне от 55 Т до 78 Т баллов, что указывает на наличие нервно-психической дезадаптации. Профиль пациентов из группы сравнения не выходил за пределы нормативного разброса (от 50 Т до 70 Т баллов).

В основной группе средний общий балл по шкале SIGH-SAD (с учетом типичных и атипичных депрессивных симптомов) при поступлении составил $30,6 \pm 8,1$ балла, в группе сравнения – $24,7 \pm 8,5$ балла ($p < 0,01$), что указывает на большую выраженность депрессивных проявлений у пациентов основной группы.

В ходе исследования была проведена оценка синдромальной структуры расстройств в соответствующих группах пациентов, согласно которой в основной группе пациентов преобладающим являлся депрессивно-дисфорический синдром – 71,4 % ($n=20$), что является статистически значимым по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения – 20,0 % ($n=4$, $p < 0,05$). В группе сравнения (40,0 %, $n=8$, $p < 0,05$) превалировал депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями. Депрессивно-дисфорический синдром достоверно чаще был ассоциирован с женским полом в основной группе и группе сравнения ($p < 0,05$), что связано с преобладанием женщин в клинической выборке. Проведенный статистический расчет данных, касающихся среднего возраста пациентов к началу АР в исследуемых группах, выявил межгрупповые различия ($p < 0,001$), свидетельствующие о появлении депрессивных расстройств у пациентов основной группы в более молодом возрасте ($32,9 \pm 8,9$ года), чем в группе сравнения ($40,5 \pm 9,8$ года). При анализе продолжительности депрессивного эпизода оказалось, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными, чем в группе сравнения (соответственно $5,7 \pm 2,8$ и $3,9 \pm 2,6$ месяца, $p < 0,05$). При этом среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило $4,2 \pm 1,4$, а в группе сравнения – $2,9 \pm 1,9$ ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, коморбидное личностное расстройство оказывает значительное влияние на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния пациентов. Пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств в сравнении с пациентами без коморбидного личностного расстройства имеют более высокий удельный вес эпилептоидно-возбудимых черт личности в преморбиде (40,0 % и 8,3 %, $p < 0,001$), выраженный депрессивно-дисфорический синдром в структуре текущего депрессивного эпизода (71,4 % и 20,0 %, $p < 0,05$), большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, объективизированную с использованием шкал SIGH-SAD ($30,6 \pm 8,1$ и $24,7 \pm 8,5$ балла, $p < 0,01$).

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ С ПРИЗНАКАМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Озоль С.Н.

г. Рязань

Рязанский государственный медицинский университет

им. акад. И.П. Павлова

Актуальность. Большое количество исследователей относят профессиональную деятельность медицинских работников к факторам повышенного риска развития синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), поскольку работа врача предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Развитие СЭВ часто обусловлено необходимостью работать в строго нормированном и однообразно напряженном режиме дня, перегруженностью, недостатком времени для полноценного отдыха, внезапностью и новизной многих клинических случаев, высоким темпом действий, дефицитом времени для принятия решений.

Начальные этапы СЭВ появляются уже во время обучения будущих специалистов и во многом связаны с явлением учебного стресса, который провоцирует высокая интенсивность нагрузок, частые стрессогенные ситуации зачетов и экзаменов. У практикующих врачей СЭВ также представлен достаточно часто, его уровень стабилен в различных коллективах и в последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты его встречаемости, как в России, так и за рубежом.

С увеличением стажа работы в профессии у большинства докторов появляются психосоматические нарушения, возрастает уровень тревоги,