

УДК [615.214+616.895]-008:343.268

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПЕРИОД ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Фролова А.В., Лазько Н.В., Макушкина О.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, e-mail: frolova.a@serbsky.ru

Аффективные расстройства, выходящие на первый план в полиморфной клинической картине различных нозологических групп, влияют на проявления заболевания в целом и определяют своеобразный характер лечебных мероприятий. Профилактика общественно опасного поведения требует активного применения эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе в условиях принудительных мер медицинского характера. В результате проведенного анализа клинических данных в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами и проводимой им психофармакотерапии на этапах стационарного принудительного лечения, из группы 195 больных было выделено 97 пациентов мужского пола различных нозологий с аффективными нарушениями, с наиболее эффективными схемами лечения. Применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы исследования, для количественной оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий использовалась Шкала общего клинического впечатления (CGI, 1976 г.), с целью объективизации степени общественной опасности – отечественная психометрическая методика СОРОП («Структурированная оценка риска опасного поведения»). Проводимая психофармакотерапия аффективных расстройств связана с анализом ряда факторов, необходимостью применения психометрических методик и проведения расширенного экспериментально-психологического исследования, что повышает результативность профилактических мероприятий по предупреждению общественно опасных действий у больных с тяжелыми психическими расстройствами.

Ключевые слова: психофармакотерапия, аффективные расстройства, общественно опасные действия, принудительное лечение

DIFFERENTIATED THERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS DURING THE PERIOD OF COMPULSORY TREATMENT IN A HOSPITAL

Frolova A.V., Lazko N.V., Makushkina O.A.

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, e-mail: frolova.a@serbsky.ru

Affective disorders, which come to the fore in the polymorphic clinical picture of various nosological groups, affect the manifestations of the disease as a whole and determine the peculiar nature of therapeutic measures. Prevention of socially dangerous behavior requires the active use of effective treatment and rehabilitation measures, including in the context of coercive medical measures. As a result of the analysis of clinical data on persons with severe mental disorders, and the psychopharmacotherapy carried out by them at the stages of inpatient compulsory treatment, 97 male patients of various nosologies with affective disorders, with the most effective treatment regimens, were selected from a group of 195 patients. Clinical-psychopathological, experimental-psychological research methods were used, the Scale of General Clinical Impression (CGI, 1976) was used to quantitatively assess the effectiveness of the therapeutic and rehabilitation measures, and the domestic psychometric method "Structured Assessment of the Risk of Dangerous Behavior" (rus. СОРОП) was used to objectify the degree of public danger. The psychopharmacotherapy of affective disorders is associated with the analysis of a number of factors, the need to use psychometric methods and conduct an extended experimental psychological study, which increases the effectiveness of preventive measures to prevent socially dangerous actions in patients with severe mental disorders.

Keywords: psychopharmacotherapy, affective disorders, socially dangerous actions, involuntary treatment

Разработанные методики дифференцированного использования психотропных препаратов на различных этапах принудительного лечения психически больных, у которых наблюдается высокая степень риска совершения повторных общественно опасных действий (ООД), применимы далеко не при всех психопатологических состояниях. По данным литературных источников, многие авторы, описывая клинические

особенности различных нозологий, отмечают важную роль аффективных нарушений, оказывающих влияние на общую картину заболевания, в том числе на проявления агрессивных тенденций [1–3]. Выявленные патопсихологические факторы риска внутрибольничной агрессии у различных категорий психически больных в зависимости от нозологической и гендерной принадлежности включают различные изменения

аффективной сферы [4]. Некоторые исследователи, анализируя клинику депрессий в психопатологическом пространстве шизофрении, предполагают, что эффект присутствия аффективных расстройств является показателем уровня активности процесса – этапом траектории эндогенного заболевания, близким к стабилизации [5]. Ряд авторов указывают на связь аффективной симптоматики, аддиктивных расстройств и агрессивных тенденций у лиц с тяжелой психической патологией [6, 7]. Использование метода динамического психолого-психиатрического обследования и применения дифференцированных аффективных лечебно-реабилитационных мероприятий на всех этапах принудительного лечения позволит сократить сроки пребывания данного контингента больных в стационаре [8, 9].

Цель исследования – выделить наиболее результативные, клинически обоснованные и безопасные схемы психофармакотерапии у лиц с тяжелыми психическими расстройствами с аффективными нарушениями в период принудительного лечения в стационарных условиях.

Материалы и методы исследования

Тип исследования – наблюдательное описательное. Проведено ретроспективное изучение медицинских документов и архивных материалов ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ», ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева», проанализированы результаты клинко-динамического наблюдения больных, направленных на принудительное лечение в стационаре. Исследовательская выборка представлена 97 больными мужского пола в возрасте от 18 до 67 лет (средний возраст – $38,76 \pm 4,79$ года) с аффективными нарушениями, выделенными из группы 195 пациентов мужского пола, в отношении которых применялись стационарные принудительные меры медицинского характера (ПММХ). Нозологии представлены: расстройствами шизофренического спектра (РШС) (F20-F29 по МКБ-10) – 43,3% ($n = 42$); органическими психическими расстройствами (ОПР) (F06-F07 по МКБ-10) – 34,02% ($n = 33$), умственной отсталостью (УО) (F70.1–F71 по МКБ-10) – 9,28% ($n = 9$), расстройствами личности (РЛ) (F60–F62 по МКБ-10) – 13,40% ($n = 13$). Использованы методы: клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, психометрический ((Шкала общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale – CGI) для оценки терапевтического эффекта, отечественная психометрическая методика «Структуриро-

ванная оценка риска опасного поведения» (СОРОП) для оценки степени общественной опасности)). С целью объективизации Систематизация и визуализация материала осуществлялась в электронных таблицах Microsoft Office Excel, 2016. В описательной статистике номинальные данные указывались в абсолютных значениях и процентных долях.

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе проведения принудительного лечения, на адаптационно-диагностическом этапе ПММХ, аффективные расстройства у пациентов с РШС отличались определенным полиморфизмом и, в ряде случаев, патоморфозом в связи с последствиями употребления ПАВ. Нередко депрессивный аффект спонтанно сменялся гипоманиакальным на непродолжительное время, что перспективно определяло необходимость сочетанного применения антидепрессантов и нормотимиков. Непосредственно депрессивные проявления характеризовались либо чувством тоски, подавленности с обсессивно-фобическими, ипохондрическими и анестетическими проявлениями, либо выраженной тревогой с ощущением внутренней напряженности и «наплывом» мыслей. Отмечавшиеся бредовые идеи отношения и особого значения сопровождалась реакциями негодования и недовольства по отношению к другим больным и медицинскому персоналу. Сохранялась стойкая бредовая интерпретация событий и своей роли в период ООД. Гипоманиакальные состояния соответствовали общим клиническим представлениям, но в силу прослеживающейся общественной опасности, к которой не сформировалось понимание, часто возникали конфликты и допускались различные нарушения режима. Сопутствующие выраженные диссомнические расстройства проявлялись поверхностным сном со сновидениями неприятного содержания и усилением тревоги при пробуждении в ночные часы. Применение патопсихологических и личностных методик при экспериментально-психологическом исследовании выявляло значительные искажения смысловой сферы с опорой на субъективные критерии, формальность, обедненность и огрубленность собственных эмоциональных проявлений со сложностью осмысления сложившейся ситуации и обстановки, нарушением самоконтроля, проявлявшимися эгоцентризмом, раздражительностью при взаимодействии с окружающими. У больных с ОПР депрессивная симптоматика характеризовалась дисфо-

рическими либо тревожно-тоскливыми, в некоторых случаях апатическими проявлениями. При депрессивно-дисфорических расстройствах тревожный компонент сочетался с раздражительностью, аффективной заряженностью, кратковременными проявлениями агрессии, сохраняющимися отрывочными полиморфными бредовыми идеями. При этом попытки выяснить картину переживаний вызвали реакции раздражения, злобы, высказывания угроз. Тревожно-тоскливые состояния отличались колебаниями настроения в течение дня, ипохондрической фиксацией на имеющихся соматических проблемах, декларацией негативного прогноза своего состояния и жизненных обстоятельств. Характерные для апатических расстройств моторная, идеаторная, аффективная заторможенность сопровождались проявлениями бредовой настроенности при отсутствии структурированных патологических высказываний. При психологическом исследовании выявлялись нарушения внимания, снижение памяти, импульсивность, эгоцентризм, снижение способности к восприятию переживаний окружающих, дифференциации взаимоотношений с ними, выбор агрессивных и неагрессивных вариантов развития событий в равной степени в прогностическом плане. Особенности депрессивных расстройств у пациентов с УО, прежде всего, определялись трудностями вербализации своего состояния вследствие когнитивного дефицита. Внешние проявления характеризовались примитивными демонстративными суицидальными высказываниями, реакциями гнева и раздражительности вследствие повышенной чувствительности к повседневным стрессовым воздействиям, панического страха и ужаса в структуре бредовых и галлюцинаторно-бредовых психозов. Проявления непродуктивной деятельности, навязчивости, завышенной самооценки, легко возникающих реакций раздражения в структуре гипоманиакальных состояний носили утрированный характер. Психологическое исследование обнаруживало дефект абстрактного мышления, нарушение процесса осмысления информации и установления причинно-следственных связей, дифференцирования волевых и мотивационных составляющих, способности к прогнозу, критической оценке, а также внушаемость, подчиняемость, склонность к расстройствам влечений. У пациентов с РЛ в субъективно психотравмирующих ограничительных условиях стационара наблюдалось нарастание аффективного напряжения, вспыльчивости, гневливости. На фоне значительно сниженного настроения, преимущественно с аффектом

тоски, отмечались суицидальные мысли и тенденции, аффектогенно обусловленные сенестопатии со сверхценной интерпретацией тяжести предполагаемой болезни, оппозиционная настроенность к проводимому лечению и установленному распорядку дня. При экспериментально-психологическом исследовании выявлялись внутреннее эмоциональное напряжение, доминирование упрощенных мотивов, эмоциональная бесконтрольность, неустойчивость оценки с нарушением соотношения представлений с социальными нормами, слабость волевой регуляции, выбор целей, неадекватных к достижению.

Проблема осуществления адекватной, необходимой и достаточной психофармакотерапии определялась полиморфизмом клинической картины, последствиями перенесенных экзогенно-органических вредностей, выраженностью патологии эмоциональной и волевой сферы с нарушением самоконтроля, критических и прогностических способностей, стойкими психоподобными расстройствами с проявлениями негативизма. Анализ результатов применения различных схем лекарственных препаратов на этапах принудительного лечения, направленных на купирование как аффективных расстройств, так и нарушений поведения с учетом соматической патологии, позволил выделить наиболее эффективные при использовании в практической деятельности.

Пациентам с РШС для купирования депрессивных расстройств с проявлениями двигательного беспокойства назначался антидепрессант с седативным действием – амитриптилин (200 мг в сутки) в сочетании с хлорпромазином или левомепромазином внутримышечно (50–100 мг в сутки). При фазных аффективных расстройствах использовались карбамазепин (900–1200 мг в сутки), либо вальпроаты (1000 мг в сутки) с добавлением карбоната лития (600–900 мг в сутки). Коррекция бредовых расстройств достигалась оланзапином (10–15 мг в сутки) либо зуклопентиксолом (10–12 мг в сутки). Эффективное воздействие на идеаторные и негативные расстройства прослеживалось при применении рисперидона (4–6 мг в сутки), кветиапина (200–400 мг в сутки). Расстройства сна купировались в соответствии с клиническими рекомендациями. Психометрическая оценка психического состояния по Шкале общего клинического впечатления (CGI) у больных с РШС свидетельствовала о незначительном улучшении по субшкале «общего улучшения» – $3,33 \pm 0,11$ балла; при оценке терапевтического эффекта по субшка-

ле «индекса эффективности» преобладал минимальный – $3,31 \pm 0,12$ балла, при этом побочные эффекты в большинстве случаев не вызывали значительного нарушения деятельности больного – $2,17 \pm 0,13$ баллов. Особенности симптоматики при аффективных расстройствах у больных с **ОПР** требовали дифференцированного подбора препарата в зависимости от наличия дисфорического компонента, тревожно-токсических, апатических проявлений. Соответственно назначались: амитриптилин (150 мг в сутки), венлафаксин (150 мг в сутки), дулоксетин (60 мг в сутки) в сочетании с тиоридазином (75–100 мг в сутки) либо хлорпротиксеном (75–100 мг в сутки), либо с кветиапином (80–100 мг в сутки), либо с перициазинном (4–8 мг в сутки). Для достижения аффективной стабильности схема лечения дополнялась нормотимиками (карбамазепин 600–800 мг в сутки, вальпроаты 500–900 мг в сутки, окскарбазепин 800–1000 мг в сутки, ламотриджин 150–200 мг в сутки). По средним показателям субшкал Шкалы CGI прослеживалось незначительное улучшение в состоянии пациентов и терапевтическая эффективность: «общее улучшение» – $3,45 \pm 0,12$ баллов, «индекс эффективности» – $3,15 \pm 0,15$ баллов (терапевтический эффект) и $2,15 \pm 0,15$ баллов (побочные эффекты). У пациентов с **УО** аффективная симптоматика маскировалась поведенческими нарушениями в сочетании с характерной мимикой, в связи с чем для адекватной квалификации данных расстройств в первую очередь применялись препараты корректирующие поведение: назначались перорально зуклопентиксол (до 20 мг в сутки), тиоридазин (до 150 мг в сутки). По мере сглаживания указанной симптоматики и констатации собственно аффективных расстройств назначались пипофезин либо пирлиндол (до 150 мг в сутки). Показатели Шкалы CGI свидетельствовали в равном количестве случаев о минимальном улучшении и об отсутствии изменений в состоянии, в единичном случае – о выраженном улучшении состояния, по субшкале «общее улучшение» в среднем составили $3,56 \pm 0,24$ балла, по субшкале «индекс эффективности» (терапевтический эффект) – $3,33 \pm 0,50$ балла, по побочным эффектам – $2,11 \pm 0,299$ баллов. Аффективные нарушения у пациентов с **РЛ** характеризовались наиболее четко клинически очерченной картиной. Депрессивные расстройства купировались флувоксамином (до 200 мг в сутки), тразодоном (до 300 мг в сутки), в ряде случаев амитриптилином (до 200 мг в сутки) в сочетании с нормотимиками. Данные Шкалы CGI показывали

также в преобладающем большинстве случаев незначительное улучшение состояния при минимальном и среднем терапевтическом эффекте: субшкала «общее улучшение» – $3,23 \pm 0,22$ балла в среднем, «терапевтический эффект» – $2,69 \pm 0,21$ баллов, «побочные эффекты» – $2,08 \pm 0,26$ баллов. Суммарный показатель по методике СО-РОП по результатам скрининга подтверждал высокий риск совершения опасных действий пациентами во всех нозологических группах ((+)20 баллов и более)).

На втором этапе тактика терапии зависела от структуры депрессивного аффекта, с учетом полиморфизма проявлений, возникновения гипотимных расстройств, наличия бредовых переживаний. При положительной динамике в психическом состоянии продолжалась вышеуказанная психофармакотерапия с некоторым наращиванием суточных доз антидепрессантов. В частности, у пациентов с **РШС** применялся амитриптилин (до 300 мг в сутки) в сочетании с хлорпромазином или левомепромазином перорально. Суточные дозы нормотимиков, как правило, не требовали увеличения. Для дополнительного воздействия на бредовые расстройства в схему терапии включались нейролептики, целенаправленно корректирующие идеаторную сферу (галоперидол до 15 мг в сутки, трифлуоперазин до 20 мг в сутки, рисперидон до 8 мг в сутки). При патофизиологическом исследовании сохранялись субъективность мышления и восприятия, нарушения саморегуляции, при этом выявлялось снижение аффективной напряженности. Оценка клинической картины по Шкале общего клинического впечатления (CGI) у больных с **РШС** – субшкале «общего улучшения» в среднем составила $3,07 \pm 0,14$ балла; показатели субшкалы «индекса эффективности» – $3,05 \pm 0,15$ балла (терапевтический эффект) и $2,05 \pm 0,15$ баллов (побочные эффекты). Больные с **ОПР** получали амитриптилин (до 200 мг в сутки), венлафаксин (до 300 мг в сутки), дулоксетин (120 мг в сутки) в сочетании с тиоридазином либо хлорпротиксеном, кветиапином, перициазинном, что дополнялось нормотимиками в прежних дозировках и курсами метаболической терапии. Психологическое исследование выявляло когнитивные, волевые расстройства, личностные изменения, недостаточность критического осмысления ситуации, сглаживание аффективных проявлений. Средние показатели Шкалы CGI составили: субшкала «общее улучшение» – $2,94 \pm 0,66$ балла, субшкала «индекс эффективности» – $2,0 \pm 0,25$ балла (терапевтический эффект), без значительного нарушения деятельности

в результате побочного действия лекарственных препаратов у 100% пациентов (2 балла). У пациентов с **УО** на фоне купирования поведенческих нарушений, а также гипоманиакальных проявлений уменьшались суточные дозы нейролептиков (зуклопентиксол до 10 мг в сутки, тиоридазин до 100 мг в сутки) при этом повышались дозы антидепрессантов (до 200 мг в сутки). Психологом на фоне интеллектуальной дефицитарности, сложностей установления причинно-следственных связей, дифференцирования волевых и мотивационных составляющих отмечалась тенденция к избеганию ответственности, аффективная неустойчивость. По субшкалам «общее улучшение» и «индекс эффективности» (терапевтический эффект) Шкалы CGI средние показатели составили $2,89 \pm 0,299$, а средний показатель оценки побочных эффектов – $1,89 \pm 0,3$ баллов. У пациентов с **РЛ** суточные дозы антидепрессантов в основном оставались прежними, но увеличивались суточные дозы нормотимиков (ламотриджин до 200 мг в сутки, карбамазепин до 800 мг в сутки). При экспериментально-психологическом исследовании отмечались снижение аффективной напряженности, улучшение контроля поведенческих реакций, волевой регуляции. Соответственно данные шкалы CGI составили в среднем $2,85 \pm 0,24$ балла (субшкалы «общее улучшение» и «терапевтический эффект»), $2,23 \pm 0,22$ балла (субшкала «побочные эффекты»). По методике СОРОП при суммировании прогностических коэффициентов всех признаков показатель суммы баллов свидетельствовал о снижении степени общественной опасности ((составлял (+)20 баллов и менее)).

Психофармакотерапия третьего этапа была направлена на достижение устойчивого психического состояния. На данном этапе у больных с **РШС** дозы антидепрессантов постепенно снижались (амитриптилин до 150 мг в сутки), хлорпромазин или левомепромазин назначались перорально, не более 50 мг в вечерние часы. Суточные дозы нормотимиков оставались без изменения. Дозы нейролептиков для идеаторной коррекции уменьшались до минимально необходимых (галоперидол до 7,5 мг в сутки, трифлуоперазин до 10 мг в сутки, рисперидон до 4 мг в сутки). Экспериментально-психологическое исследование выявляло повышение контроля своих высказываний и действий, стабилизацию аффективной сферы, стремление к более конструктивному взаимодействию с окружающими. Шкала CGI составила: по критериям общего улучшения – $2,64 \pm 0,112$ балла, терапевтического эффекта – $2,19 \pm 0,22$ балла, побоч-

ных эффектов терапии – 2 балла (у 100% пациентов). Пациентам с **ОПР** суточные дозы антидепрессантов также требовали коррекции (амитриптилин до 100 мг в сутки, венлафаксин 150 мг в сутки, дулоксетин 60 мг в сутки), наряду с этим дополнительно корректировалась нейролептическая терапия (тиоридазин либо хлорпротиксен 75 мг в сутки, кветиапин до 100 мг в сутки, перициазин не более 8 мг в сутки) и суточные дозы нормотимиков (карбамазепин 600 мг, вальпроаты 500 мг, окскарбазепин 600 мг, ламотриджин 100 мг). При психологическом исследовании на фоне улучшения когнитивных функций и контроля аффективных проявлений выявлялись реакции раздражения, недовольства в субъективно сложных ситуациях, с собственной внутренней переработкой событий. Показатели оценки по субшкале «общее улучшение» Шкалы CGI в среднем составили $2,85 \pm 0,15$ балла, по субшкале «индекс эффективности» по терапевтическому эффекту – $1,9 \pm 0,16$ балла, побочным эффектам – $1,8 \pm 0,14$ балла. По мере стабилизации стереотипов поведения у больных с **УО** аффективные нарушения характеризовались более очерченными и устойчивыми клиническими проявлениями, что позволяло уменьшить дозы как антидепрессантов (пилофезин либо пирлиндол до 100 мг в сутки), так и нейролептиков (зуклопентиксол 4–6 мг в сутки, тиоридазин до 75 мг в сутки). Психологом при проведении исследования отмечалась недостаточная способность к контролю аффективных проявлений и поведенческих реакций, затруднения в составлении планов на будущее, формальность критики к психопатологическим проявлениям, правонарушению. Средние показатели Шкалы CGI составили: по субшкале «общее улучшение» – $2,67 \pm 0,25$ баллов, по субшкале «индекс эффективности» – $2,22 \pm 0,49$ балла (терапевтический эффект) и $1,78 \pm 0,27$ балла (побочные эффекты). С целью стабилизации состояния у пациентов с **РЛ** продолжалось лечение антидепрессантами, но в несколько меньших суточных дозировках (флувоксамин 100 мг, тразодон 150 мг, амитриптилин 100 мг), суточные дозы нормотимиков (ламотриджин, карбамазепин) оставались прежними. При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживались незначительные нарушения в эмоциональной сфере, достаточная критическая оценка своего состояния в целом и действий в период ООД. Результаты Шкалы CGI составили: по субшкале «общее улучшение» – $2,15 \pm 0,24$ балла; терапевтическому эффекту от применяемых препаратов – $2,3 \pm 0,21$ балла, побочному действию лекарственных

препаратов – $1,76 \pm 0,22$ балла. Полученная сумма прогностических коэффициентов по методике СОРОП показывала повышенный риск общественной опасности у всех пациентов ((сумма баллов от (+)7 до (+)19)).

На заключительном этапе основной целью являлось сохранение достигнутой стабильности состояния, подготовка к выписке. Больным с РШС в качестве базовых препаратов, в том числе для идеаторной коррекции, назначались нейролептики пролонгированного действия (в частности, зуклопентиксол-депо, галоперидола-деканат), что позволяло отменить дополнительные назначения; суточные дозы антидепрессантов и нормотимиков приближались к назначаемым в амбулаторных условиях (амитриптилин 75–100 мг, карбамазепин 600 мг, вальпроаты 500 мг, карбонат лития 600 мг), хлорпромазин или левомепромазин отменялись. Проведенное психологическое исследование обнаруживало различную степень выраженности дефицитарных расстройств и различный интеллектуальный уровень, что определяло уровень восстановления критических и прогностических способностей. Показатели Шкалы CGI подтверждали эффективность проводимой терапии: так, средние значения по субшкале «общее улучшение» составили $2,00 \pm 0,22$ балла, по субшкале «индекс эффективности» – терапевтический эффект $1,9 \pm 0,58$ балла, побочные эффекты – $1,93 \pm 0,14$ балла. На данном этапе пациенты с ОНР получали антидепрессанты, необходимые нейролептики и нормотимики в суточных дозах, соответствующих применяемому в амбулаторных условиях (амитриптилин 100 мг, венлафаксин 150 мг, дулоксетин 60 мг, тиоридазин или хлорпроксен 75 мг, кветиапин 75 мг, карбамазепин 600 мг, вальпроаты 500 мг, окскарбазепин 600 мг, ламотриджин 100 мг). При психологическом исследовании прослеживались улучшение продуктивности интеллектуальной деятельности с тенденцией к формированию просоциальных установок. Результаты оценки по субшкалам Шкалы CGI также свидетельствовали о положительной динамике по всем показателям: средние значения субшкалы «общее улучшение» – $2,64 \pm 0,13$ балла, субшкалы «индекс эффективности» – $1,79 \pm 0,14$ балла (терапевтический эффект), $1,76 \pm 0,14$ (побочный эффект). Больным с УО, как правило, назначались пипофезин либо пирлиндол по 75 мг в сутки соответственно, в ряде случаев сохранялось применение мягкого нейролептика тиоридазина (50 мг в сутки). Психологом отмечалась склонность к колебаниям аффективной сферы в субъективно сложных ситуациях, повышение активности волевых функций

с достаточно простыми, реальными планами на будущее. Средние показатели Шкалы CGI составили: по субшкале «общее улучшение» – $2,33 \pm 0,25$ балла, по терапевтическому эффекту – $1,78 \pm 0,27$ балла, побочным явлениям от проводимой психофармакотерапии – $1,67 \pm 0,25$ балла, что в совокупности с клинической оценкой свидетельствовало о положительной динамике в состоянии. В связи с заметным улучшением способности к контролю аффективных проявлений, пациентам с РЛ постепенно отменялись антидепрессанты, нормотимики (ламотриджин, карбамазепин) назначались в поддерживающих дозах. Экспериментально-психологическое исследование выявляло достаточную способность к контролю эмоциональных и поведенческих реакций. Значительное улучшение состояния прослеживалось и при объективном исследовании по Шкале CGI: средние показатели субшкалы «общее улучшение» – $2,08 \pm 0,93$ балла, терапевтического эффекта и побочных явлений психофармакотерапии – $1,85 \pm 0,4$ и $1,85 \pm 0,24$ балла. Сумма показателей методики СОРОП по всем признакам указывала на средний риск общественной опасности больных ((от (-)6 до (+)6 баллов)), что предполагало продолжение психофармакотерапии в амбулаторных условиях.

Заключение

Аффективные расстройства, выходящие на первый план в полиморфной клинической картине различных нозологических групп, влияют на проявления заболевания в целом и определяют своеобразный характер лечебных мероприятий. Проводимая психофармакотерапия аффективных расстройств в различных нозологических группах основана на постоянном, динамическом анализе особенностей клинической картины психического состояния, с оценкой уровня поражения, компенсаторных ресурсов и личностных особенностей конкретного больного, сопутствующей коморбидной патологии, элективного действия препаратов, а ее сочетание с более расширенным экспериментально-психологическим исследованием и дополнительными психометрическими методиками для объективизации полученных данных (СОРОП, CGI) способствует более рациональной организации мероприятий в профилактике ООД у больных с тяжелыми психическими расстройствами.

Список литературы

1. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С. Агрессивное поведение у пациентов психиатрического профиля // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 147–149.

2. Макушкина О.А., Фролова А.В., Голенкова В.А., Бурыгина Л.А. Факторы, оказывающие влияние на формирование гетероагрессивного поведения у лиц с органическими психическими расстройствами и умственной отсталостью (социально-клинический аспект) // Российский психиатрический журнал. 2022. № 4. С. 27–36. DOI: 10.47877/1560-957X-2022-10404.
3. Schiffer B., Pawliczek C., Müller B.W., Wiltfang J., Brüne M., Forsting M., Gizewski E.R., Leygraf N., Hodgins S. Neural Mechanisms Underlying Affective Theory of Mind in Violent Antisocial Personality Disorder and/or Schizophrenia // *Schizophr Bull.* 2017. Vol. 43, Is. 6. P. 1229–1239. DOI: 10.1093/schbul/sbx012.
4. Булыгина В.Г., Кабанова Т.А., Кузнецов Д.А. Клинико-социальные и патопсихологические факторы риска внутрибольничной агрессии у различных категорий больных // *Психологическая наука и образование PSYEDU.ru.* 2013. № 4. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n4/65729 (дата обращения: 17.11.2023).
5. Смулевич А.Б., Брико Н.И., Андрищенко А.В., Романов Д.В., Шуляк Ю.А., Бражников А.Ю., Герасимов А.Н., Мелик-Пашаян А.Э., Миронова Е.В., Пушкарев Д.Ф. Коморбидность депрессии и расстройств неаффективного шизофренического спектра: клиничко-эпидемиологическое исследование ЭДИП // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2015. Т. 115. № 11–2. С. 6–19. DOI: 10.17116/jnevro20151151126-19.
6. Овчинников А.А., Султанова А.Н., Станкевич А.С., Наров М.Ю., Чут У.Ю., Иоаниди Д.К., Луговенко В.А. Особенности аддиктивных расстройств и аффективной симптоматики при шизофрении // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2021. № 2 (111). С. 23–31.
7. Климова И.Ю., Овчинников А.А. Аффективные нарушения у лиц, страдающих шизофренией коморбидной каннабиноидной зависимостью // *Медицина и образование в Сибири.* 2015. № 4. С. 25.
8. Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В., Оспанова А.В. Дифференцированная терапия больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в период стационарного принудительного лечения // *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2014. Т. 16. № 4. С.14–19.
9. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Рывкин П.В., Сычев Д.А. Лекарственные взаимодействия препаратов, применяемых в психиатрической практике // *Современная терапия психических расстройств.* 2019. № S1. С. 2–35. DOI: 10.21265/PSYPH.2019.50.40828.