

2017. – 224 с.

2. Wright, B. D. Number of Person or Item Strata $(4G+1)/3$ / B. D. Wright,

3. G. N. Masters // Rasch Measurement Transactions Index. – 2002. – Vol. 16, iss. 3. – P. 883-892.

4. Boone, W. J. Rasch Analysis in the Human Sciences / W. J. Boone, J. R. Staver, M. S. Yale. – New York : Springer, 2014. – 482 p.

5. Feinstein, A. R. Clinimetrics / A. R. Feinstein. – New Haven: Yale University Press, 1987. – 272 p.

6. Olsen, L. W. Essays on Georg Rasch and his contribution to statistics / L. W. Olsen. – Copenhagen : University of Copenhagen, 2003. – 237 p.

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF THE SOMATIZATION SCALE OF THE MODIFIED NEUROTIC DISORDERS QUESTIONNAIRE

Tsidik L.I.

*Grodno State Medical University
Grodno, Belarus*

This article presents the results of an evaluation of the diagnostic capabilities of one of the developed scales of the modified questionnaire of neurotic disorders – the somatization scale. The objective of the study was to evaluate the diagnostic capabilities of the somatization scale. Materials and methods: the study included 296 participants. Statistical methods used included factor analysis of standardized residuals, ROC analysis, and correlation analysis. Results: the scale is structurally homogeneous, ROC analysis revealed high discriminatory properties of the scale, and correlation analysis of the overall score revealed statistically significant correlations with most MMPI scales.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ В РАМКАХ КО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ (ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Шелыгин К.В., Ложкина Л.И.

*Северный государственный медицинский университет
Архангельск, Россия
shellugin@yandex.ru*

Введение. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) относится к числу хронических расстройств, требующих комплексного подхода к терапии [1].

«Золотым стандартом» лечения признано сочетание фармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) [2]. Однако вопросы преодоления терапевтической резистентности и оптимизации взаимодействия методов остаются актуальными. Ключевым фактором эффективности комбинированного подхода выступает ко-терапевтический альянс – согласованное взаимодействие психиатра и медицинского психолога. Единая психотерапевтическая гипотеза и последовательная коммуникация специалистов создают условия для синергетического лечебного эффекта. В данной работе представлен клинический случай, демонстрирующий потенциал такого подхода.

Цель: Представить результаты комбинированной терапии в рамках ко-терапевтического альянса при лечении резистентной формы обсессивно-компульсивного расстройства.

Материалы и методы исследования.

Метод: описание клинического случая (case report). Материалом послужили клинические наблюдения, анамнестические сведения, результаты оценки эффективности терапии. **Участник:** мужчина 29 лет с верифицированным диагнозом обсессивно-компульсивного расстройства (по критериям МКБ-10). **Методы терапии (вмешательства):** фармакотерапия (курс селективных ингибиторов обратного захвата серотонина длительностью 12 месяцев, бензодиазепинов длительностью 20 дней, коррекция доз и оценка соматического статуса проводилась врачом-психиатром; курс КПТ, направленный на разрыв порочного круга «обсессия – тревога – компульсия» и дезактуализацию негативных установок в отношении себя. Сессии проводились с частотой 1 раз в 2 недели (обусловлено спецификой графика работы пациента), длительностью 16 месяцев, общее количество встреч – 28, осуществлялись медицинским психологом. Лечебный процесс осуществлялся при постоянном взаимодействии психиатра и медицинского психолога.

Результаты исследования. Собственное наблюдение: мужчина, 29 лет, европеоидной расы, высшее юридическое образование, на момент обращения не работал, повышенного веса (ИМТ 30). *Жалобы при первом обращении:* на множественные, выраженные навязчивые мысли, страхи, действия, касающиеся практически всех сторон жизни, пониженное настроение, слезливость, нарушения сна в виде трудностей с засыпанием, поверхностного сна с частыми пробуждениями. Из анамнеза известно: наследственность психопатологически не отягощена, детское развитие в срок, проживает с матерью в частном доме. Впервые навязчивую мысль отмечает в возрасте 5 лет: «Убежать от родителей». Систематическую склонность к навязчивостям отмечает со школьного возраста: «В школе я мог долго укладывать сумку с учебниками, перепроверял много раз, все ли взял, боялся, что у меня украдут вещи, перепроверял их при сборах в школу, по приходу в школу дважды. Когда уходил из дома, проверял много раз выключен ли газ, закрыты ли окна, мог вернуться с полдороги, если засомневался, все ли проверил». Данное обострение симптоматики уже два года, психопатологические явления постепенно нарастают, приводят к нарушению функционирования (уволился с работы, ограничил выходы из дома). Ранее по поводу навязчивостей

лечился амбулаторно в ПНД, были назначены антипсихотики первого поколения, amitriptilin, без улучшения, самостоятельно отменил из-за появившихся осложнений (сонливость, явления акатизии), психотренической помощи не получал. *Психический статус при первом обращении:* на прием пришел заранее, на стуле сидит ровно, контакт глазами поддерживает, на вопросы отвечает по существу, но подробно, с множеством деталей, издали, однако без явлений соскальзывания, речь ускорена. Принес собой записи о своих навязчивостях, периодически сверяется с ними при рассказе, голос обычной громкости, тембра, слабо модулирован, при рассказе о навязчивостях становится плаксивым. Мимика, пантомимика без особенностей. Расстройств восприятия, суицидальных мыслей, тенденций, бредовых, сверхценных тенденций, волевых расстройств, расстройств памяти не выявляется. От госпитализации в стационар отказался категорически. *Данные объективного исследования:* неалкогольная жировая дистрофия печени, без неврологической, кардиологической, эндокринологической патологии, методы нейровизуализации – без объемных, очаговых образований головного мозга. *Выставлен диагноз:* Обсессивно-компульсивное расстройство (смешанные навязчивые мысли и действия), F42.2. *Назначения:* 1. Этифоксин по 50 мг*3 раза в сутки 20 дней; 2. Сертралин по схеме: 1-4 день 25 мг в сутки, с 5-го дня 50 мг в сутки. Через месяц, на следующем приеме, после оценки состояния доза повышена до 100 мг в сутки, далее в течение 2-х месяцев доза была повышена до 200 мг в сутки, далее – до 300 мг в сутки; 3. Консультация медицинского психолога через 2 месяца от начала психофармакотерапии; 4. Консультация эндокринолога (гиперпролактинемия, патология щитовидной железы) – не подтверждены. Общая продолжительность терапии сертралином 12-14 месяцев в сочетании с психотерапией, затем снижение дозировок титрованием по 25 мг в неделю до поддерживающего уровня и/или полной отмены в зависимости от выраженности клинической картины и восстановления рабочих, социальных функций. Периодичность оценки состояния: на первом приеме, далее через 5 дней от начала приема препаратов, далее дважды каждые 7 дней, далее дважды 1 раз 14 дней, далее 1 раз в месяц. Способ оценки состояния: пациенту предлагалось: 1 оценить субъективное улучшение/не улучшение своего состояния (уменьшение навязчивостей, их частоты) по сравнению с уровнем на первом приеме (он принят за 100% тяжести), целевой уровень снижения к окончанию первого месяца терапии – 10-15%; 2 наличие/отсутствие побочных явлений (на первом этапе терапии тошнота, послабление стула, увеличение тревоги, далее – возможный неконтролируемый рост массы тела). В психотерапии были использованы техники: экспозиции и удержания реакции, ABC – анализ, правдоподобного переформулирования, реалистического прогнозирования, декатастрофизации. На первой встрече была проведена оценка имеющихся, ситуаций-триггеров, которые провоцируют возникновение obsessions и compulsions и оценивание уровня тревоги, возникающей при столкновении с триггерами (шкала SUDS), их ранжирование. Общее количество составило 17 феноменов, которые касались практически всех сторон жизни (прикосновение к еде голыми руками -100 баллов, прием пищи

только в надетых на руки полиэтиленовых пакетах, перемывание посуды, проверка окон, дверей, газа, розеток, проверка личных вещей, сумок, карманов и т.п. – 90 баллов, личная гигиена после посещения туалета -70 баллов (использование туалетной бумаги до 2 рулонов за одно посещение), обработка рук антисептиком и т.п.) Из-за множественных перепроверок выход из дома затягивался на 1,5-4 часа. В процессе психотерапии наблюдалась снижение тревоги до приемлемого уровня, сокращение проверок до однократного по значимым позициям (проверка окон, газа, двери), полная редукция компульсий. Пациент стал оценивать свое состояние как «нормальное», после чего психотерапия была завершена.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует эффективность комбинированной терапии резистентного обсессивно-компульсивного расстройства. Ключевым фактором успеха выступил ко-терапевтический альянс, обеспечивший синхронизацию терапевтических стратегий. Результатом вмешательства явилось достижение субъективно удовлетворительного состояния, что подтверждает целесообразность применения мультидисциплинарного подхода в реальной клинической практике.

Литература

1. Актуальные проблемы диагностики и терапии обсессивно-компульсивного расстройства / Д. С. Петелин, А. С. Аведисова, Д. В. Иващенко [и др.] // Современная терапия психических расстройств. – 2024. – № 4. – С. 67-75. – doi: 10.21265/PSYPH.2024.82.91.007.

2. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3. Part II: OCD and PTSD / B. Bandelow, Ch. Allgulander, D. S. Baldwin [et al.] // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2023. – Vol. 24, № 2. – P. 118-134. – doi: 10.1080/15622975.2022.2086296.

COMBINATION THERAPY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER WITHIN THE FRAMEWORK OF A CO-THERAPEUTIC ALLIANCE OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY (CASE REPORT)

Shelygin K.V., Lozhkina L.I.

*Northern State Medical University
Arkhangelsk, Russia*

This clinical case report examines the efficacy of a combined therapeutic approach in managing treatment-resistant obsessive-compulsive disorder (OCD) within a co-therapeutic alliance. A 29-year-old male patient with severe, functioning-impairing OCD (F42.2), who had previously received no combined treatment with psychopharmacology and psychotherapy, underwent a long-term regimen combining high-dose sertraline (up to 300 mg/day) and cognitive-behavioral therapy focused on exposure and response prevention. The treatment was characterized by continuous, structured collaboration

between a psychiatrist and a clinical psychologist to ensure the synchronization of pharmacological and psychotherapeutic strategies. In the course of psychotherapy, a reduction in anxiety to an acceptable level was observed, checks were reduced to a single check on significant items (checking windows, gas, doors), and complete reduction of compulsions was achieved. This case highlights the potential of a well-coordinated multidisciplinary approach to achieve remission in complex, resistant cases of OCD.

К ВОПРОСУ ОБ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕПРЕССИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ

Яковлева Н.В., Варламов А.В., Яковлев Н.В., Яковлев В.В.

Рязанский государственный медицинский университет,

Рязань, Россия

Yakovleva.nata2@gmail.com

Введение. В условиях роста распространённости депрессивных состояний особую актуальность приобретает разработка надёжных и воспроизводимых методов их диагностики и мониторинга, дополняющих традиционные клинико-психологические подходы, основанные на самоотчёте пациента и экспертной оценке специалиста [1, 2, 3, 4]. Оценки пациентом с депрессией своего состояния нередко искажают реальную картину заболевания. Негативные когнитивные установки, эффект социальной желательности ответов, снижение продуктивности всех психических процессов – все это может приводить к недооценке тяжести симптоматики и снижению эффективности традиционных мониторинговых процедур. В этих условиях возрастает интерес к объективным поведенческим индикаторам депрессии, в том числе к анализу лицевой экспрессии. Лицевая экспрессия – это гораздо менее контролируемый субъектом канал эмоциональной коммуникации, чем вербализация своего состояния при опросах.

Цель. Оценить возможности использования видеорегистрации лицевой экспрессии для диагностики и мониторинга депрессивных состояний, а также обозначить перспективы практического применения соответствующих технологий в медицине.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 40 добровольцев в возрасте от 18 до 60 лет (18 мужчин и 22 женщины) без тяжёлых психических и соматических заболеваний по данным анамнеза. Уровень тревоги и депрессии оценивался с помощью опросника «Тревога и депрессия» К.К.Яхина и Д.М.Менделевича, а личностные особенности – с помощью опросника акцентуаций Х.Смишека. Диагностически значимой группой были лица с повышенными показателями по шкале депрессии ТИД и дистимности, составившие 14 человек (35% выборки). Для стандартизированной индукции эмоциональных состояний использовалась процедура музыкальной индукции настроения (Musical Mood Induction Procedure, ММІР): испытуемым предъявлялись фрагменты музыкальных произведений длительностью 60 секунд, вызывающие радость, печаль, гнев и