АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Барнаул, 2014

Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств

ИП Колмогоров И.А.
Барнаул 2014

ББК 53.57
А 437

Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств : сборник статей. – Барнаул : ИП Колмогоров И.А., 2014. – 359 с.

ISBN 978-5-91556-165-5

Настоящее издание посвящено актуальным клиническим и организационным проблемам психиатрии, наркологии, психотерапии и смежных с ними дисциплин, вопросам охраны психического здоровья, профилактики психических и поведенческих расстройств с учетом социально-экономических условий настоящего этапа развития российского общества, решению проблемы обеспечения доступности и качества оказания специализированной помощи. Основное внимание уделяется обмену научными достижениями и практическим опытом в области охраны психического здоровья населения, вопросами совершенствования профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных технологий психиатрической помощи, использованию принципа межведомственного, междисциплинарного взаимодействия.

Сборник материалов представляет интерес для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения и всех, кто интересуется проблемами охраны психического здоровья.

© Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница
им. Ю.К. Эрдмана, 2014

Содержание

Литвинова А.А., Абакарова Т.В. Комплексная программа нейропсихологического и патопсихологического обследования и коррекции посттравматического стрессового расстройства в условиях стационара……..…… 11
Абакарова Т.В., Литвинова А.А. Патопсихологические механизмы в группе тревожных расстройств…….. 12
Авдеенко А.А. Сочетанное побочное действие лекарственных препаратов: (клиническое наблюдение)……..… 14
Аксенов М.М, Перчаткина О.Э., Лукьянова Е.В. Стрессоустойчивость у студентов…….. 17
Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И. Взаимосвязь депрессивных нарушений и индекса массы тела у пациентов с метаболическим синдромом…….…….. 20
Амеличкина М.А., Шипулина Е.Н. Некоторые особенности применения «малых» нейролептиков в геронтологической психиатрии……. 22
Аносова Е.В., Мишагин М.В. Психосоциальная реабилитация в современных условиях (опыт работы медико-реабилитационного отделения АККПБ им. Ю.К. Эрдмана)…… 24
Архипов А.П., Новикова С.П. Неврологические осложнения у потребителей дезоморфина……..……. 27
Баева А.С., Бедина И.А., Федотенко О.А. Мониторинг обращений населения в службу «Горячая линия»……..…… 31
Бархатова А.Н. К вопросам выбора вектора психофармакотерапевтической помощи на этапе ремиссии после первого приступа у больных юношеским эндогенным психозом……..……. 34
Беленкова А.С. Распознавание эмоций в контексте регуляции и контроля поведения у лиц с синдромом посттравматического стрессового расстройства……...…… 36
Белокрылов И.И., Аболонин А.Ф. Влияние условий воспитания подростков на уровень употребления психоактивных веществ……..……. 39
Белоус Т.М. Особенности формирования синдрома эмоционального выгорания у педагогов, которые преподают англоязычным студентам…..… 41
Блинкова А.В., Рязанова Ю.В. Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности…….. 43
Ботбаев А.А. Особенности апатоабулического синдрома в аспекте временного фактора…… 47
Букатая Л.П. Метод духовной саморегуляции в профилактике психических расстройств у детей……. 48
Васильева Н.А. Сравнительная оценка заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения трех территорий Сибири…..……. 51
Васильева С.Н., Симуткин Г.Г. Уровень социальной адаптации больных депрессивными расстройствами в зависимости от наличия коморбидного тревожного расстройства…….. 53
Вдовина М.Г. Диагностика и терапия психических расстройств у пациентов общемедицинской практики…….……. 55

Вдовина М.Г., Кучеренкова Н.О. Психические расстройства у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание беременности)…….…… 58
Ведяшкин В.Н., Буренкова И.Г., Малыхина Т.П. Клинические варианты и лечение задержки психического развития с аутистикоподобным синдромом у детей…….. 60
Ведяшкин В.Н., Чунихина А.В., Московая Н.В., Степина Е.И., Иванюк А.М. Состояние уровня тревожности среди подростков Алтайского края…….. 63
Ветлугина Т.П., Арсененко Л.Д., Семке В.Я. Факторы риска затяжного течения непсихотических психических расстройств при хронической герпетической инфекции……..…… 64
Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Воинова В.Ю., Зеленова М.А., Куринная О.С., Демидова И.А., Юров И.Ю. Полногеномное сканирование как основа трансляционной психиатрии: анализ геномных вариаций в группе детей с аутистическими расстройствами……..…….…… 66
Вусик Н.А., Куприянова И.Е. Социально-демографические характеристики пациентов с острой хирургической патологией (острый панкреатит, острый холецистит)……..……..... 67
Гарганеев С.В., Гарганеева А.Э., Лапекина Т.С. Прогнозирование аддиктивных расстройств у подростков с отклоняющимся поведением: клинико-социальное значение…….…. 69
Главинский Р.Н., Симуткин Г.Г. Особенности субъективного отношения к суицидальному поведению у лиц бурятской и русской национальностей, совершивших суицидальную попытку……..…….. 71
Главинский Р.Н., Симуткин Г.Г. Сопутствующее употребление психоактивных веществ при суицидальных попытках у лиц, госпитализированных в психиатрический стационар г. Улан-Удэ……...…….. 73
Говш Е.В., Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., Подсеваткина С.В. Изучение влияния гипербарической оксигенации на некоторые показатели газового и электролитного составов крови в условиях стресса…… 75
Гонопольский А.И., Стагис К.А. Сочетанные психические расстройства у больных, находящихся на принудительном лечении в специализированном отделении…… 76
Горбацевич Ю.Н., Счастный Е.Д. Тревожно-депрессивные расстройства у подростков в системе начального профессионального образования…..…. 77
Гузеева И.В., Иванов Б.А., Нечаева Е.П., Авдеенко А.А. Сочетанные формы невротических состояний и хронического описторхоза……..…. 80
Гусев И.Ю. Коммуникативные и организаторские способности у студентов-выпускников педвуза……..……. 81
Гусманов Р.М. Актуальные вопросы недобровольной госпитализации детей и подростков……. 84
Гусманов Р.М., Шубин А.В. К вопросу об особенностях суицидального поведения у детей и подростков, госпитализированных в детский психиатрический стационар…….. 86
Гусманова З.К. Комплексный подход к решению вопросов диагностики и терапии больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии……... 88

Гуськова М.Г. Реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, с помощью дифференцированного подхода к решению вопроса дееспособности……..… 91
Дашиева Б.А. Сравнительный анализ используемых копинг-стратегий в этнических группах детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья……... 93
Денисенко И.А. К вопросу о лечении больных шизофренией с сопутствующей патологией……..……. 94
Дудук С.Л. Инвалидность при болезни Альцгеймера: эпидемиологический анализ……...…….. 97
Егорова Н.М., Осипова Н.В. Курительные смеси – актуальная проблема современного общества……...….. 99
Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Модели превентивной наркологической помощи несовершеннолетним……. 101
Еремкина А.И. Клинико-психологические механизмы апато-абулического синдрома……..…… 103
Ефименко Н.Н., Сартакова О.В. Клиническая характеристика детей, поступивших в дневной стационар психоневрологического диспансера для детей…… 105
Зеленова М.А., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Казьмин А.М., Юров И.Ю. Особенности психологической диагностики аутистических расстройств, связанных с генетическими аномалиями: исследование детей с синдромом Ретта…….. 106
Зылёв Б.В. Опыт работы эпилептологического кабинета в г. Барнауле за 10 лет: клинико-экономические итоги «правильного» лечения эпилепсии…… 108
Зяблицев Д.В., Салмина-Хвостова О.И. Аффективные расстройства у больных с алкоголь-ассоциированным поражением печени…….. 111
Иванов А.А. Модернизация наркологической службы в Алтайском крае. Применение вивитрола в лечении опийной и алкогольной зависимостей….. 114
Кадачегов А.С., Березовская М.А. Коморбидная соматическая патология у нетрудоспособных больных, страдающих параноидной шизофренией…… 122
Казенных Т.В. Критерии прогноза при пароксизмальных состояниях……. 124
Калачев Т.В. Нехимические аддикции: нозология или симптом?..... 127
Каминская О.В. Стандартизация методики исследования особенностей восприятия интернета на основе ситуативных задач……. 130
Карауш И.С. Психические расстройства у детей с сенсорными нарушениями…… 132
Картавых К.В. Коморбидность психических расстройств и соматической патологии……. 133
Картавых К.В., Шереметьева И.И. Психиатрия и гематология, основные нарушения…… 135
Кодирова Ш.С., Саидова М.М., Рахматова Д.Б. Диагностирование у больных с хронической сердечной недостаточностью психовегетативных и невротических реакций……. 136
Кодирова Ш.С., Саидова М.М., Ширинов Д.К. Изучение связи между вегетативным статусом больных с постинфарктным кардиосклерозом и тяжестью течения заболевания…….. 137

Королев А.А. Проблема инфантильной личности в современной медицине (клинико-психологический аспект)……. 138
Короткова В.В., Самойлова И.А. Анализ деятельности медико-социальной службы психоневрологического диспансера…….. 140
Коршняк Е.В. Актуальность изучения непсихотических психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и вопрос психотерапии в этой нозологии…… 142
Костин А.К. Психотерапевтическое сопровождение пациентов с психосоматическими расстройствами гастроинтестинальной системы…… 144
Кох Т.А., Перерядова Т.Н., Тютюнников С.В., Полякова Н.Н., Антонов Ю.А. Медико-социальные и профилактические аспекты суицидов среди сотрудников МВД…….….. 147
Кошелев В.В., Наркевич Е.М. Влияние особенностей клинической картины аффективных расстройств на прогнозирование переносимости антидепрессантов СИОЗС сбалансированного действия…….. 149
Кралько А.А. Права лиц, страдающих психическими расстройствами: анализ белорусского законодательства…… 150
Кузнецова О.В., Образцов С.В., Ключников М.В. Структура деятельности делинквентной личности (на примере лиц, обвиняемых в совершении особо тяжких преступлений)…… 153
Кулакова Т.И. Исследования эмоциональных нарушений……. 157
Куликова О.С. Психологический аспект системы биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией…….. 158
Куприянова И.Е. Биологические, клинические и психологические основы формирования психического здоровья детей с особыми образовательными возможностями……. 161
Курышов В.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю., Майер О.Н., Белов Ю.Г. Новационный подход в терапии органического тревожного расстройства…. 162
Кучаева А.В., Семенихин Д.Г., Карпов А.М., Михайлова Е.Б. Коморбидная патология как фактор, определяющий качество жизни пациентов с депрессивными расстройствами……. 163
Леонова Л.Ю. Экстрапирамидные нарушения, возникающие при применении рисперидонов, и их коррекция……. 164
Лещенко Л.В. Лечебно-реабилитационная тактика в отношении больных с сочетанными формами психической патологии…….. 166
Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З. Информационная модель суицидального поведения подростков……. 168
Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Кирина Ю.Ю. Комплексный подход к реабилитации несовершеннолетних с аддиктивными расстройствами……. 172
Лукин-Григорьев В.В. Философские аспекты психотерапевтической помощи…… 175
Малегонова С.А., Пеккер И.Б. Хроническая усталость как симптом эмоционального выгорания у медицинских работников…… 177
Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадыргы И.О. Этнокультуральные особенности интеллектуальной деятельности при психотических формах алкогольной зависимости…….. 180
Маслова Н.В., Курышов В.Н., Щербина Р.Ю. Новые возможности в терапии тревожных расстройств у больных височной эпилепсией……... 182

Медведева О.С. Клинические проявления нервной анорексии……. 183
Михайлов Б.В., Вашките И.Д., Алиева Т.А., Водка М.Е. Особенности и принципы проведения психосоциальной реабилитации детей и подростков с элементами анималотерапии…….. 188
Михайлова Л.А., Колмаков В.Г. Психотерапия в условиях стационарного лечения больных…… 190
Михайлова Л.А., Чувашова Л.В. Работа с созависимыми в процессе реабилитации больных алкоголизмом……. 191
Михельсон З.Б. Профилактика когнитивных нарушений…….. 194
Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г. Алкогольная смертность как фактор депопуляции населения трудоспособного возраста…….. 197
Москвитин П.Н., Новикова И.И., Ерофеев Ю.В. Психогигиенический подход в профилактике аддикций от психоактивных веществ у детей и подростков……... 198
Назарова И.А., Аболонин А.Ф. Сравнение результатов вербальных и невербальных методов психологического исследования когорты несовершеннолетних правонарушителей – потребителей психоактивных веществ…… 201
Насонова Е.С., Немчинова Т.Н. Психофармакотерапевтическая резистентность…… 203
Неверова Г.Ю., Рыбалко М.И. Личностные ресурсы в эффективности реабилитации больных наркологического профиля…… 206
Нейфельд Е.А. Методы ранней диагностики по выявлению наркомании в молодежной среде…… 209
Никитин Л.Н., Макарова М.Н. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами в медико-реабилитационном отделении……. 212
Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Стоянова И.Я., Невидимова Т.И., Савочкина Д.Н., Филоненко А.В., Мосин Д.О. Патодинамическая модель развития психической адаптации-дезадаптации.. 214
Одерова Е.Э., Ефименко О.А. Современная стратегия и тактика лечения эпилепсии у взрослых…… 217
Окунев М.А. Возрастные особенности социальных фобий…… 219
Осипов С.В., Арапов А.С. Развитие личности через развитие способности самовыражения и самопознания с помощью арт-терапии……. 221
Павлова Т.С., Краснова В.В. Интерперсональные факторы суицидальной направленности у подростков и молодежи……. 224
Перчаткина О.Э., Лукьянова Е.В., Аксенов М.М. Эгоцентрический тип регуляции поведения при истерическом расстройстве личности……. 226
Песоцкая Н.В., Третьякова Л.И. Диагностико-коррекционные подходы в работе с аутичными детьми…….. 229
Петрачков И.В., Агарков А.А., Погорелова Т.В. Социально-демографическая характеристика пациентов с психотическими расстройствами, прошедших стационарное лечение в 2006 и 2011 годах…….. 231
Платонова А.В. К проблеме расстройств личности смешанного (мозаичного) типа…….. 233
Плотников А.В. Организация психиатрической помощи больным туберкулезом легких в Алтайском крае…….. 235
Полетаев В.В., Котеняткина А.А. Этнокультуральные аспекты синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)……. 237

Портнягина Т.В., Шкробова М.В. Психические расстройства и целиакия…. 239
Потапова В.А. Психические расстройства у подростков (психодинамические и психотерапевтические аспекты)……... 241
Прокопьева Н.П. Динамика распространенности наркомании, в том числе дезоморфина, в Алтайском крае за 2008-2012 гг. …….. 243
Пронин С.В., Чухрова М.Г., Авер А.А. Особенности диагностики интернет-зависимости среди учащихся средних специальных учебных заведений…… 245
Пустовойт С.М. ЭЭГ-мониторинг сна в диагностике психических и поведенческих расстройств у детей…….. 248
Рахматова С.Н., Суюнова М.Х. Неврологические синдромы при дисциркуляторной энцефалопатии в гендерном аспекте…….. 249
Розин А.И. Депрессивные расстройства и метаболические нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца…… 252
Рудницкий В.А Методологические подходы к изучению экологически обусловленных непсихотических психических расстройств…… 254
Рукина Н.Ю., Аносова Е.В. Состояние и перспективы развития реабилитационной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения в условиях КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана»……. 257
Рыбалко М.И., Неверова Г.Ю., Рыбалко И.М. Клиническая динамика расстройств личности смешанного типа у больных в различные возрастные периоды……... 260
Рыбалко М.И., Неверова Г.Ю. К истории преподавания медицинской психологии и психотерапии в Алтайском государственном медицинском университете……... 263
Рычков В.А., Рычкова Л.Н. Некоторые аспекты деонтологии в работе врача-психиатра……. 264
Рязанова Ю.В., Блинкова А.В. Основные симптомы и психологические механизмы панического расстройства в контексте когнитивно-поведенческой модели……... 267
Савенкова А.В., Коблова Е.А. Нейросифилис: актуальность проблемы в наше время…… 270
Сартакова О.В. К вопросу диагностики и раннего выявления психопатологических последствий у лиц, перенесших не леченные в остром периоде черепно-мозговые травмы……. 274
Саяпина С.Г. Некоторые аспекты амбулаторной реабилитации наркологических больных…… 276
Селезнёв С.Б. Медико-психологические аспекты комплексной реабилитации пожилых лиц, пострадавших вследствие стихийного бедствия…….. 280
Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Балычева Т.А., Семке В.А. Хронобиологические подходы к усилению эффективности селективных ингибиторов эобратного захвата серотонина при терапии депрессивных расстройств…… 282
Старостин О.А., Соловьев А.Г. Целостный подход в психотерапии психических расстройств с опорой на телесность……. 283
Стоянова И.Я., Королев А.А. Патопсихология коморбидных форм психических заболеваний…….. 285
Суховершин А.В., Пантин А.В., Виноградова М.В. Клинико-диагностические аспекты коморбидных психических расстройств в санаторно-курортной практике…….. 288

Сушенцев И.А., Качур Г.А. Пограничное расстройство личности: диагностика и стратегии психотерапии…… 290
Тихонова Е.С. Дифференциальная диагностика психопатоподобных нарушений и состояний опьянения различной этиологии в условиях приемного отделения…….. 292
Толстая Е.В., Глинская Т.Н., Радюк О.М. Профилактика психической дезадаптации у подростков с раком щитовидной железы……. 295
Торовков А.П., Хвощий Л.В., Ярманова Е.М. Опыт применения плазмафереза у больных шизофренией с терапевтической резистентностью и при критических состояниях…….. 298
Трегубов Л.З. ТВ-новости как психогенный фактор…….. 299
Труевцев Д.В., Сагалакова О.А. Психологические механизмы антивитального поведения несовершеннолетних в Алтайском крае…… 300
Уманский С.В. К проблеме безопасности в психотерапии…… 303
Уманский С.В. Комплаенс в пограничной психиатрии…….. 305
Уманский С.В. Психотерапия пограничных нервно-психических расстройств. Анализ неудач…….…. 307
Федотов И.А. Клинико-психологические особенности людей, не употребляющих спиртные напитки…… 309
Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Молекулярные механизмы: мозговой нейротрофический фактор в этиопатогенезе расстройств аутистического спектра…… 311
Худякова Ю.Ю. Аутодеструктивные тенденции больных нервной анорексией как проявления дефектной структуры отношений…… 313
Цайтлер Т.А., Чиган М.Н. Совершенствование медицинского освидетельствования состояния опьянения как элемент модернизации наркологической службы…….. 315
Черапкин Е.С. Клинико-психологические механизмы самостигматизации…. 318
Черепанов А.В., Козлова Ю.И. Психологические особенности лиц, злоупотребляющих «спайсом» и другими психостимуляторами……. 320
Черная Т.С., Кудинова Е.И. Психотерапевтическое лечение тревожных расстройств……. 324
Чехлова Е.А., Кускова Е.В., Ефименко Н.Н. Сочетанные формы невротических расстройств детского возраста…… 325
Чиган М.Н. Диагностика факта употребления современных синтетических психостимуляторов как значимое направление модернизации наркологической службы…….. 327
Шереметьева И.И., Бабушкин И.Е. Эволюция профессиональных факторов: от симптома до выгорания…….. 331
Шивирев Н.А., Сединина Н.С., Кислицина О.Н. О медико-психологической коррекции психического развития детей в условиях МЦПД……. 333
Школяр А.С. Влияние ноотропной терапии на подкорковый синдром при назначении больших доз нейролептиков у больных шизофренией…… 335
Шмилович А.А., Гончаренко С.Н. Психопатологические и социально-психологические мотивы добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией…… 338
Шумакова Е.А., Ким А.С. Кроссполовая акцентуация гендерно-ролевого поведения, ее роль в формировании структуры шизоформных симптомокомплексов……. 340

Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., Масагутов Р.М., Урицкий Б.Л. Реабилитация больных наркоманий в государственных и негосударственных реабилитационных центрах…….. 342
Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Геномная медицина в психиатрии: выявление молекулярных и клеточных механизмов нарушения психики…… 345
Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Демидова И.А., Кравец В.С., Колотий А.Д., Уранова Н.А., Вострикова В.М., Васин К.С., Соловьёв И.В., Юров И.Ю. Хромосомные вариации в клетках головного мозга и патогенез шизофрении (данные постмортальных молекулярно-цитогенетических исследований)……. 347
Юшкова О.В., Култышев С.В. Клиническая картина опьянения и интоксикационного психоза при злоупотреблении МДПВ (3,4 метилендиоксипировалерона)…… 349
Яздовская А.В., Николаева Т.А. К анализу динамики обеспеченности занятыми должностями специалистов с немедицинским образованием амбулаторных психиатрических служб в федеральных округах и территориях РФ в 2002-2012 гг. …… 351
Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. Клинико-динамические особенности аффективных расстройств в случае их коморбидности с расстройствами личности……. 354
Ятченко Е.В., Никонорова Н.В. Опыт проведения тестирования и профилактика потребления наркотических веществ среди несовершеннолетних в Алтайском крае……. 356

Комплексная программа нейропсихологического и патопсихологического обследования и коррекции посттравматического стрессового расстройства в условиях стационара

Литвинова А.А., Абакарова Т.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Согласно МКБ-10 травмирующие события, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта, могут вызвать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). ПТСР представляет собой комплекс реакций человека на травму, где травма определяется как переживание, потрясение, которое у большинства людей вызывает страх, ужас, беспомощность.

В международной классификации психических нарушений в травматическом стрессе выделяют три группы симптомов: симптом повторного переживания (или симптом «вторжения»), симптом избегания и симптом физиологической гиперактивации.

Теоретико-методологический анализ литературы по проблеме ПТСР показал, что в настоящее время не существует общепринятой теоретической концепции, раскрывающей причины и механизмы возникновения ПТСР. Психотерапевтические подходы базируются на выборе психологической мишени, которая определяется в соответствии с методологической основой того течения, в рамках которого она разработана. Разобщенность в методологических вопросах не позволяет учитывать все факторы (этиологические, феноменологические, патогенетические, коморбидности и пр.), влияющие на механизм возникновения и протекания ПТСР (Александров Е.О., Красильников Г.Т., 2000; Бизюк А.П., 2010; Братусь Б.С., 1988; Зейгарник Б.В., 1947; Лурия А.Р., 1970; Тарабрина Н.В., Лизебная Е.О., Зеленова М.В. и др. 1995).

Анализ механизма ПТСР в русле теории деятельности в рамках нейропсихологического и патопсихологического подходов позволяет учитывать большее количество факторов, влияющих на течение ПТСР, при этом выявляются как общие закономерности, характерные для пациентов с симптомами ПТСР, так и индивидуальные особенности.

Мы предположили, что, воздействуя на сформированные в процессе онтогенеза, в ходе естественного развития структуры мозга и стимулируя их, человека мы возвращаем его к «привычной» схеме психической деятельности. Для достижения данной цели мы разработали программу комплексной психологической коррекции системы регуляции целенаправленной психической деятельности пациентов с ПТСР.

Программа рассчитана на 7 сессий. Цель программы: развитие способности пациентов формировать и поддерживать систему регуляции целенаправленной психической деятельности методами патопсихологической и нейропсихологической коррекции.

Для достижения данной цели были поставлены задачи.

Задача 1: Стабилизация и активация энергетического потенциала организма. Повышение пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов.

Задача 2: Оптимизация и коррекция межполушарных взаимодействий и функциональной специализации правого и левого полушарий мозга.

Задача 3: Оптимизация функциональной роли лобных отделов мозга.

Разработанная нами комплексная программа нейропсихологического и патопсихологического обследования и коррекции при симптомах посттравматического стрессового расстройства эффективна, так как при коррекции она позволяет учитывать индивидуальные особенности пациента, каждый модуль программы является полноценным и может быть применен в той последовательности, которая необходима.

Программа защищена на базе ФГБОУ ВПО «Алтайский государственный университет» на факультете психологии в центре переподготовки и повышения квалификации. Апробация данной программы производилась на базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». В настоящее время программа реализуется в работе с пациентами с симптомами ПТСР в отделении пограничных состояний (АККПБ им. Ю.К. Эрдмана) на протяжении полутора лет.

Таким образом, выявлено, что в ходе нейропсихологической и патопсихологической коррекции за счет активации и стабилизации энергетического потенциала организма, повышения пластичности сенсомоторного обеспечения психических процессов у пациентов с ПТСР наблюдается положительная динамика в виде развития способности формирования и поддержания системы регуляции целенаправленной психической деятельности и редукции симптомов ПТСР – повторного переживания, избегания, физиологической гиперактивации. За счет формирования и поддержания системы регуляции целенаправленной психической деятельности при симптомах ПТСР выявлено «вытормаживание» патологических травматических ассоциативных связей, восстановление произвольности и опосредованности в эмоционально-когнитивном и поведенческом реагировании.

Патопсихологические механизмы в группе тревожных расстройств

Абакарова Т.В., Литвинова А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Тревожные расстройства и проявления часто встречаются в клинике пограничных состояний. В МКБ-10 они находятся в рубрике F40 и проявляются в повышенной тревожности на когнитивном (постоянные размышления об ожидающих неприятностях, застревание в тревожащих ситуациях), поведенческом (тщательная проверка своих действий или избегание значимых ситуаций), вегетативном (нарушения сна, неприятные ощущения в различных областях тела) уровнях.

При психологической диагностике и коррекции подобных состояний психолог обращает внимание на структуру деятельности. Любая деятельность имеет свою направленность, по большей части, на удовлетворение потребностей (биологических, социальных, личностных, духовных и др.), для удовлетворения которых необходима четко поставленная цель, ее выполнение и оценка результатов. Потребность успешно удовлетворяется, если результат совпадает или приближен к потребности и процесс достижения не отвлекается на побочные цели и раздражители, контролируется и регулируется на всех этапах достижения (Лурия А.Р., 1969; Судаков К.В., 1999).

Изменение работы (выпадение, искажение) одной функции может привести к синдрому, которому в клинике соответствует определенная нозология. В рамках патопсихологического синдромального подхода тревожные расстройства описываются через психогенно-невротический патопсихологический симптомокомплекс (далее – ППС), который пока не имеет четкой структуры. Поэтому возникает необходимость анализа нарушенных и сохранных функций на уровне деятельности у таких пациентов для построения индивидуальных программ коррекции.

В структуре ППС выделяется базовое нарушение – ядро синдрома (выпадение и/или изменение, искажение определенной психической функции). При этом значительная часть психических функций остается сохранной, на их базе формируется патологический (патопсихологический) компенсаторный механизм основного нарушения. То есть компенсаторные механизмы отвечают за адаптацию организма в целом к нарушенному звену деятельности (Зейгарник Б.В., 1981).

В психокоррекционном процессе нам необходимы данные о структуре патопсихологического механизма, так как непосредственно в работе с пациентом, на определенных этапах коррекции, важно учитывать особенности сформированного патопсихологического (патологического) механизма. Психологическая работа в рамках когнитивно-поведенческого подхода позволяет пациенту справиться с симптомами тревожных расстройств на когнитивном, вегетативном и поведенческом уровнях.

Мы предполагаем два механизма нарушений при тревожных расстройствах.

Первый – механизм нарушения целеобразования, постановки цели, удержания ее в рабочей памяти и оценки результатов деятельности (Зотов М.В., 2011; Тихомиров О.К., 1977). Нарушение этих процессов приводит к неспособности «оттормозить» побочные факторы, раздражители и аффекты, и как следствие – недостижение поставленной цели. То есть нарушением является нечеткий образ результата деятельности и трудности удержания его в рабочей памяти. Компенсаторные механизмы на основе сохранных функций образуют сверхконтроль над выполнением всех действий, в том числе и умственный. При этом сама структура основных психических функций и мотивации остается сохранной, *искажается способ регуляции деятельности*.

Психологическая коррекция такого рода нарушений осуществляется через сохранные функции, а именно – создание четкого образа цели через изменение мотивационных компонентов, а также проработка навыков удержания цели в рабочей памяти за счет стабилизации работы высших психических функций.

Второй – сдвиг мотива на цель, нарушение способа достижения цели. Неадекватная обстоятельствам или недостижимая в данных условиях цель (искажение уровня притязаний) вызывает значительную фрустрацию (Братусь Б.С., 1998). Нарушение способности скорректировать, адаптировать задачу к данным условиям приводит к безуспешным попыткам разрешить ситуацию за счет доступных средств. Восстановление контроля над внешней ситуацией происходит с помощью смещения фокуса внимания на другие сферы организма и жизни. Опосредованный контроль переходит в область соматического здоровья (отслеживание ощущений), когнитивную сферу (контроль содержания мыслей), на уровень поведения (избегающее поведение в потенциально опасных для человека ситуациях). В этом случае ситуация оказывается отчасти контролируема, но первоначальная цель не достигнута, то есть напряжение в организме и нервной системе сохраняется, что вновь приводит к компенсаторным механизмам. Таким образом, нарушением ППС является искажение уровня притязаний, при котором компенсаторные механизмы формируются на основе сохранной способности к целеполаганию и мотивационным компонентам. Патологический (патопсихологический) механизм формируется за счет искажения целей, достижение которых осуществляется опосредованно с использованием доступных средств.

Психологическая коррекция этих нарушений осуществляется в русле корректировки недостижимых целей за счет сохранных высших психических функций, а также происходит отработка навыков по достижению социальных и личностных целей.

Таким образом, на основании психодиагностики выявляются патологические механизмы тревожных расстройств, позволяющие отследить качественные нарушения и сохранные механизмы психической деятельности пациента для построения индивидуальных программ коррекции в условиях стационара.

Сочетанное побочное действие лекарственных препаратов: (клиническое наблюдение)

Авдеенко А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Под побочными действиями лекарственных веществ понимают нежелательные эффекты, которые входят в спектр фармакологической активности препаратов и возникают при использовании лекарств в терапевтических дозах. Побочной реакцией является любая нежелательная или непредусмотренная реакция на лекарственный препарат, как правило, требующая лечения или изменения лекарственной терапии. От побочной реакции следует отличать признаки передозировки препарата, обусловленные повышенной чувствительностью или избыточной дозой. Передозировка – серьезная проблема, особенно в тех случаях, когда максимально переносимая доза лекарства не намного выше терапевтической.

Не обладая достаточной избирательностью, лекарственные средства влияют на функции любых тканей и органов, в том числе непораженных болезнью. Какие-то негативные влияния лекарственного препарата, не выходящие по ин-

тенсивности или продолжительности воздействия за пределы зоны устойчивости, организм может нейтрализовать собственными силами. В других случаях, когда состояние организма как системы вышло за пределы зоны устойчивости, проявляется побочное действие лекарства.

Под нашим наблюдением находилась женщина 32 лет. Из анамнеза известно следующее. Первый ребенок в семье. В развитии от сверстников не отставала. Закончила школу, педагогический колледж, заочно педагогический институт. Работала учителем начальных классов. В 20 лет вышла замуж. Имеет двоих детей, сына 12 лет и дочь 4 лет. Проживает с мужем и детьми. Отношения в семье ровные. Из перенесенных заболеваний отмечает гастрит, остеохондроз, ОРВИ, пиелонефрит. В 19 лет перенесла гепатит «А». Дважды аборты под наркозом: в 21 и 27 лет. В 28 лет, когда была беременна вторым ребенком, делала дома ремонт. После ночи, проведенной в комнате, где была произведена покраска, какое-то время болела голова, но значение этому не придала. На 7-м месяце беременности пролечена от пиелонефрита. В 30 лет два дня находилась в комнате, где проводились работы с использованием ацетона. Беспокоили головные боли, кружилась голова. В 32 года открылось маточное кровотечение.

В 28 лет на четвертом месяце беременности с целью улучшения микроциркуляции в системе мать-плацента-плод вводили в/в пентоксифиллин. При введении пентоксифиллина появилось напряжение в мышцах, тянуло мышцы ног, живота, шеи, было ощущение удушья, «сжималось» сердце, испытывала головную боль, внутреннюю дрожь, тревогу. Врачи расценивали ее состояние как особенность протекания беременности и продолжали вводить пентоксифиллин. На седьмом месяце беременности, после окончания курса лечения пентоксифиллином, напряжение в мышцах, боль внизу живота, головокружение и удушье держались еще около трех месяцев.

Роды прошли без осложнений. Ребенок рос слабым, болезненным. Ухаживая за ним, не досыпала, поэтому слабость, головокружение и тревожность сохранялись и казались естественными. Через год головокружение усилилось, появились кратковременные периоды, когда перед глазами кружилась обстановка и подташнивало. Сдавливающие головные боли, шум в ушах, напряжение в мышцах шеи стали возникать чаще и держались более длительное время. К 31 году стало «сжимать» сердце. Проходила лечение у невропатолога. По его рекомендации стала принимать пароксетин. Появилась тяжесть в руках и ногах. Усилилось напряжение в мышцах, судорогой тянуло икроножные мышцы, «выворачивало» ступни так, что могла ходить только на внешней стороне ступни, выкручивало суставы рук и ног, тянуло шею, «болели» мышцы лица, «всю трясло, колотило». Врач корректировал дозы пароксетина от 20 до 5 мг/сут., который продолжала принимать на протяжении 9 месяцев. На фоне приема антидепрессанта дважды принимала курсовое лечение пентоксифиллином. Прием его усиливал болезненное состояние. Назначение кавинтона, детралекса, диклофенака, мексидола переносила плохо. Было какое-то послабление симптоматики после назначения диазепама. Через три месяца, после последнего курса лечения пентоксифиллином во время инвазионных процедур открылось маточное кровотечение.

При поступлении в отделение сомато-неврологическое состояние было без грубой органической патологии. Психическое состояние было зафиксировано следующее. Сознание ясное. Ориентировка сохранена. Контакту доступна. Настроение депримировано. Озабочена состоянием своего здоровья, где делает основной акцент на напряжении в мышцах тела, выкручивании суставов, головной боли, шуме в голове и бессоннице. Астенизирована. «Вегетатика» лабильна, на коже шеи, лица при волнении выступают красные пятна.

Параклинические исследования. РЭГ. Дистония церебральных сосудов по смешанному типу. Венозная дисфункция в каротидном и вертебро-базилярных бассейнах.

МРТ. Дегенеративные изменения С 2-3, С 3-4, С 5-6 межпозвоночных дисков. Аномалия Киммерле. Левосторонний грудо-позвоночный сколиоз 1 ст. Перекос таза влево.

ЭЭГ. Средней степени выраженности диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, что может свидетельствовать о повышении процессов возбуждения.

За время нахождения в отделении беспокоили сильные непроходящие головные боли, постоянное головокружение, шум в голове, «закладывало» уши, было «больно смотреть», не было «четкости зрения и сознания», «больно думать», «оглушенность». Тянущее ощущение в мышцах лица и конечностей, «жуткое шевеление» в мышцах, скручивание мышц, выкручивание суставов. Кровь «как кипяток разливался по организму», «огнем горел» желудок. Сердце «сжималось в болевой комок». Внутреннее «потрясывание», беспокойство, напряжение, тревожность, подавленное настроение, плаксивость, бессонница. Назначаемые препараты приходилось через 1-3 дня отменять, так как после кратковременного облегчения наступало обострение симптоматики.

Особенностью данного случая является сочетание побочного действия пентоксифиллина и пароксетина. Несмотря на то что производители пентоксифиллина отмечают беременность и кормление грудью как противопоказания для его назначения, в некоторых практических рекомендациях акушерам-гинекологам допускается его использование при фетоплацентарной недостаточности. На наш взгляд, гиперчувствительность к пентоксифиллину усилила церебрастенические проявления, вызвала обостренную реакцию непереносимости к другим препаратам вазоактивного ряда.

В течение девяти месяцев пациентка принимала пароксетин, несмотря на появившиеся признаки его непереносимости. В этот период она еще дважды получала курсовое лечение пентоксифиллином.

Таким образом, бинарный эффект от сочетания побочных действий лекарственных препаратов выразился не только в экзацербации процесса, но расширил спектр лекарств, на которые организм давал извращенную реакцию. Лекарственные средства, по сути, являются для организма чуждыми химическими соединениями. С учетом индивидуальной устойчивости и чувствительности организма, ответная реакция на них так же индивидуальна. В ряде случаев побочные действия создают серьезную ситуацию, превосходящую опасность самого заболевания, для лечения которого применялись лекарственные средства.

Стрессоустойчивость у студентов

Аксенов М.М, Перчаткина О.Э., Лукьянова Е.В.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья»
Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Актуальность исследования обусловливает ряд фактов, связанных с явлением стресса и стрессоустойчивости. Во-первых, стресс и низкая стрессоустойчивость – это обширная и острая проблема, которая возникает почти у каждого современного человека в связи с интенсивным ритмом жизни. Во-вторых, последствия стресса и низкий уровень стрессоустойчивости приносит серьезный вред психическому и физическому здоровью индивида. По данным Всемирной организации здравоохранения, 45% всех заболеваний связано со стрессом. Тематика исследования в данной работе получает интерес в области изучения социологии и психологии, так как феномен стресса и стрессоустойчивости связан как с социальными факторами, так и с психологическими. Врачи подразумевают под стрессом физиологические механизмы нагрузок, специалисты менеджмента – воздействие социальных факторов; обыватели – все, что мешает им жить.

Характеризуя степень научной разработанности проблематики методов преодоления стресса, следует учесть, что данная тема уже анализировалась у различных авторов в различных изданиях: учебниках, монографиях, периодических изданиях и интернете. Тем не менее при изучении литературы и источников отмечается недостаточное количество полных и явных исследований тематики повышения стрессоустойчивости и методик преодоления стресса на основе метода децентрации от проблемы, которые актуальны в случаях, когда стрессоры трудно устранимы.

Основными аспектами актуальности данного психологического исследования являются: необходимость дополнения теоретических построений, относящихся к изучению эффективности методов профилактики и борьбы со стрессом; потребность в новых фактах, которые позволят расширить количество корригирующих воздействий в области преодоления стресса, что позволит разработать меры профилактики, направленные на решение изучаемой проблемы; получение новых данных, ориентированных на современные условия жизни студентов.

Цель исследования**:** апробировать и оценить эффективность метода децентрации в повышении стрессоустойчивости.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой в исследовании ставились и решались следующие задачи:

1. Рассмотреть теоретические подходы к психологической профилактике, методам оптимизации выхода из стресса и повышение стрессоустойчивости.
2. Разработать и применить диагностический комплекс для изучения уровня стрессоустойчивости у выбранного контингента.
3. Разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу повышения стрессоустойчивости на основе метода децентрации с учетом выявленных особенностей стрессоустойчивости.
4. Оценить эффективность проведенных занятий.

Объект исследования: психологические методы повышения стрессоустойчивости.

Предмет исследования: эффективность использования метода децентрации в повышении стрессоустойчивости.

Гипотеза исследования: коррекционная программа на основе метода децентрации является эффективной для повышения стрессоустойчивости.

Теоретико-методологической основой исследования явились труды известных зарубежных исследователей в области изучения стресса:

- теоретические исследования в области физиологии стресса Ганса Селье;
- социально-психологический тренинг И. Сарвир.

Научная новизна исследования: дополнение и упорядочивание существующей научно-методологической базы по исследуемой проблематике – еще одним независимым авторским исследованием. Изучение проблематики психологической профилактики, методов оптимизации выхода из стресса и повышения стрессоустойчивости с помощью метода децентрации от проблемы.

Для достижения цели и решения поставленных задач были выбраны следующие методы и методики:

1. Теоретические методы (изучение литературы по проблеме исследования, анализ, синтез, обобщение, систематизация).
2. Эмпирические методы: наблюдение, эксперимент (констатирующий, формирующий и контрольный).
3. Методика определения уровня стрессоустойчивости: Бостонский тест стрессоустойчивости и стиля жизни.
4. Методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда.
5. Интерпретационно-описательные методы (количественный и качественный анализ полученных данных).

Контингент и база исследования**:** в исследовании приняло участие 75 студентов в возрасте 21-25 лет трех вузов г. Томска.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы при разработке профилактических и коррекционных программ в работе практических психологов, психотерапевтов в различных сферах консультирования и по оказанию психологической помощи населению в случаях стрессовых состояний.

Исследование включило три этапа:

1 этап: констатирующий эксперимент (измерение уровня стрессоустойчивости с помощью Бостонского теста стрессоустойчивости «Анализ стиля жизни», диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, диагностика по методике «Самооценка эмоциональных состояний» А. Уэссмана и Д. Рикса);

2 этап: формирующий эксперимент (проведение коррекционно-развивающей программы повышения стрессоустойчивости на основе метода децентрации от проблемы);

3 этап: контрольный эксперимент (повторное измерение уровня стрессоустойчивости с целью оценки эффективности использованного метода).

В ходе теоретического анализа литературы были сделаны следующие выводы:

1. Стресс – это неспецифическая реакция организма на чрезмерное напряжение, целостная реакция личности на внешние и внутренние стимулы, направленная на достижение полезного результата.

2. При стрессе наблюдаются физиологические изменения:

- увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников; уменьшение (сморщивание) вилочковой железы (тимуса) и лимфатических узлов;

- гипофункция желез, точечные кровоизлияния и кровотечения, язвы в слизистой оболочке желудка и кишечника.

3. Стрессоустойчивость – это самооценка способности и возможности преодоления экстремальной ситуации, связанная с ресурсом личности или запасом, потенциалом различных структурно-функциональных характеристик, обеспечивающих общие виды жизнедеятельности и специфические формы поведения, реагирования и адаптации.

4. Существует определенный набор личностных черт и физиологических особенностей, которые определяют его устойчивость к стрессу:

- уровень самооценки;
- уровень субъективного контроля;
- уровень личностной тревожности;
- баланс мотивации достижения и избегания.

5. С точки зрения функциональных позиций продуктивности и успешности деятельности людей разделяют на четыре группы по стрессоустойчивости:

- стрессоустойчивые люди – успешно преодолевают трудности в кризисных ситуациях;
- стрессонеустойчивые люди сложно адаптируются к любым изменениям, с трудом меняют свое поведение, установки, взгляды, легко впадают в состояние стресса;
- стрессотренируемые люди обладают свойством адаптироваться к окружающей обстановке постепенно;
- стрессотормозные люди не меняются под воздействием внешних событий, они имеют твердые позиции и свои мировоззренческие установки.

6. Выделяют следующие методы подготовки к стрессовым ситуациям:

- метод реализации предстоящего события;
- метод избирательной позитивной ретроспекции;
- метод избирательной негативной ретроспекции;
- метод зеркала;
- метод детальной визуализации неудачного исхода ситуации (предельное усиление).

7. Существуют различные методы повышения стрессоустойчивости, среди них достаточно перспективным является метод децентрации, который позволяет человеку дистанцироваться от проблемы и взглянуть на нее со стороны.

Эмпирическое исследование, включающее констатирующий, формирующий и контрольный эксперимент, позволило сделать следующие выводы:

1. Большая часть студентов (55 чел.) имели высокий уровень стрессоустойчивости, средний уровень – 11 чел., низкий уровень был характерен для 9 чел.

2. Студенты, имеющие разный уровень стрессоустойчивости, по-разному адаптируются. Самый высокий уровень адаптации характерен для студентов с высоким уровнем стрессоустойчивости.

3. После коррекционной работы значимых изменений в отношении стрессоустойчивости в контрольной группе не обнаружено.

4. После коррекционной работы в экспериментальной группе значимо повысился уровень стрессоустойчивости – до среднего и высокого.

Таким образом, результаты, полученные в процессе эмпирического исследования, подтверждают рабочую гипотезу.

Взаимосвязь депрессивных нарушений и индекса массы тела у пациентов с метаболическим синдромом

Алексеева Н.С., Салмина-Хвостова О.И.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава РФ, г. Новокузнецк

В настоящее время метаболический синдром (МС) остается быть одной из актуальных проблем медицины. МС характеризуется увеличением массы висцерального жира, снижением чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемии, которые вызывают развитие нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена и артериальной гипертонии. Центральный (абдоминальный) тип ожирения является ведущим клиническим признаком МС. Согласно эпидемиологическим исследованиям выявлена связь депрессивных и метаболических нарушений. Распространенность МС в общей популяции довольно высока и колеблется от 14 до 24%, среди лиц с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) она составляет 50%, а при сахарном диабете (СД) 2-го типа – 80%.

В группе пациентов, страдающих депрессией, проявления МС встречаются чаще. У людей, перенесших хотя бы один эпизод депрессии, распространенность МС составляет 36%. У пациентов, которые в течение шести лет страдают депрессией, распространенность увеличивается до 58%, а при наличии не менее трех компонентов МС симптомы депрессии выявляются в 61,5% случаев. С наличием депрессии выявлен повышенный риск развития двух из пяти основных компонентов развития МС – увеличение окружности талии и увеличение уровня глюкозы, также имеется тенденция к ассоциации с другими тремя компонентами (низким уровнем липопротеинов высокой плотности, гипертонией и увеличением уровня триглицеридов).

Цель исследования – изучить взаимосвязь депрессивных нарушений и индекса массы тела у пациентов с различными компонентами метаболического синдрома.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 365 пациентов с абдоминальным ожирением (48,7% женщин и 51,3% мужчин в возрасте от 30 до 70 лет), находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении

МБЛПУ «ГКБ №5» г. Новокузнецка и имеющих различное сочетание компонентов МС. Все пациенты были разделены согласно индексу массы тела (ИМТ) Кетле (1997) в пять групп. ИМТ – отношения массы тела (в кг) к росту (в $м^2$). В первой группе было 69 пациентов с нормальной массой тела (ИМТ 22,5-24,9 $кг/м^2$), во второй группе – 76 пациентов с избыточной массой тела (ИМТ 25,0-29,9 $кг/м^2$), в третьей группе – 78 пациентов с ожирением 1-й степени (ИМТ 30,0-34,9 $кг/м^2$), в четвертой группе – 74 пациента с ожирением 2-й степени (ИМТ 35,0-39,9 $кг/м^2$) и в пятой – 68 пациентов с ожирением 3-й степени (ИМТ 40-44 $кг/м^2$).

Диагностику компонентов МС осуществляли согласно рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (2009). Для самооценки уровня депрессии использовали шкалу Цунга (W.W. Zung, 1965). Биохимическое исследование сыворотки крови (определение уровня триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) и глюкозы) проводили ферментативными методами на аппарате Konelab-30i. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ “Statistica 6.0” и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты. В I группе у 69 пациентов с нормальной массой тела объем талии (ОТ) более 80 см был у 56,5% женщин и более 94 см у 43,5% мужчин; АГ (АД ≥ 130/85 мм рт. ст.) – у 34,8%, повышение уровня ТГ ≥ 1,7 ммоль/л – у 31,9%, снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л у 26,7% мужчин, < 1,2 ммоль/л у 25,6% женщин, повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – 27,5%, глюкоза в плазме крови натощак ≥ 6,1 ммоль/л – у 4,3%, НТГ – у 1,4%, СД 2-го типа – у 13%.

Во II группе у 76 пациентов с избыточной массой тела АГ выявили у 48,7%, повышение уровня ТГ ≥ 1,7 ммоль/л – у 51,3%, снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л – у 32,5% мужчин, < 1,2 ммоль/л – у 30,6% женщин, повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – у 40,8%, гипергликемию натощак – у 6,5% и НТГ– у 9,2%, СД 2-го типа – у 18,4%.

В III группе у 78 пациентов с ожирением 1 степени: ОТ более 80 см был у 52,6% женщин и более 94 см у 47,4% мужчин, АГ выявили у 64,1%, повышение уровня ТГ ≥ 1,7 ммоль/л – у 53,9%, снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л – у 35,1% мужчин, < 1,2 ммоль/л – у 29,3% женщин, повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – у 47,3%, гипергликемию натощак – у 10,3% и НТГ– у 14,1%, СД 2-го типа – у 23,1%.

В IV группе у 74 пациентов с ожирением 2-й степени: АГ (АД ≥ 130/85 мм рт. ст.) диагностировали у 83,8%, повышение уровня ТГ ≥ 1,7 ммоль/л – у 66,2%, снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л – у 46,3% мужчин, < 1,2 ммоль/л – у 45,5% женщин, повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – у 52,7%, гипергликемию натощак – у 9,5%, НТГ – у 8,1%, СД 2-го типа – у 29,7%.

В V группе у 68 пациентов с ожирением 3-й степени: ОТ более 80 см был у 55,9% женщин и более 94 см у 44,1% мужчин, АГ (АД ≥ 130/85 мм рт. ст.) выявили у 100%, повышение уровня ТГ ≥ 1,7 ммоль/л диагностировали – у 75%, снижение уровня ХС ЛПВП < 1,0 ммоль/л – у 46,7% мужчин, < 1,2 ммоль/л – у 52,6% женщин, повышение уровня ХС ЛПНП > 3,0 ммоль/л – у 60,3%, гипергли-

кемия натощак – у 13,2%, НТГ – у 5,8%, СД 2-го типа – у 39,7%. С увеличением ИМТ наблюдалось сочетание большего количества компонентов МС.

У пациентов I и II групп чаще наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и двух компонентов МС. У пациентов III группы в 59% случаев было сочетание центрального ожирения и двух дополнительных компонентов МС, в 41% случаев абдоминального ожирения и трех и более компонентов МС. У пациентов IV и V групп центральный тип ожирения и наличие двух из дополнительных критериев МС выявили в 32,4 и 26,4% случаев соответственно. В основном в данных группах наблюдалось сочетание абдоминального ожирения и трех и более дополнительных компонентов МС.

Среди 365 пациентов с различным сочетанием компонентов МС депрессивные нарушения выявили в 30,7% случаев (27,3% мужчин и 34,3% женщин). Легкие депрессивные нарушения диагностировали у 26,8% пациентов, средние (умеренные) – у 68,3%, тяжелые – у 4,5% пациентов. У пациентов I группы депрессивные нарушения выявили у 13%. Это были легкие и средние депрессивные нарушения в 66,7 и в 33,3% случаев соответственно. У пациентов II группы депрессивные нарушения диагностировали в 21,1% случаев. Легкие депрессивные нарушения наблюдали у 31,2% пациентов, средние – у 68,8% пациентов. В III группе депрессивные нарушения были у 28,2% пациентов, из них легкие – у 27,3% пациентов, средние (умеренные) – у 68,2%, тяжелые – у 4,5% пациентов. У пациентов IV и V групп депрессивные нарушения выявили в 44,6 и в 47,1% случаев соответственно. Легкие депрессивные нарушения были диагностированы у 21,2% пациентов IV группы и у 18,8% пациентов V группы, средние – у 72,7% пациентов IV группы и у 75% пациентов V группы, тяжелые – у 6,1 и 6,2% пациентов IV и V групп соответственно.

Выводы. Депрессивные нарушения выявили у 30,7% пациентов с метаболическим синдромом. С увеличением индекса массы тела и сочетанием большего количества компонентов МС депрессивные нарушения диагностировали чаще. При этом у пациентов I группы преобладали легкие депрессивные нарушения и отсутствовали средние и тяжелые, а у пациентов IV и V групп в большей степени наблюдались средние и тяжелые. Таким образом, при лечении пациентов с метаболическим синдромом необходима помощь врача психиатра и психотерапевта.

Некоторые особенности применения «малых» нейролептиков в геронтологической психиатрии

Амеличкина М.А., Шипулина Е.Н.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Показания к применению нейролептиков у пожилых пациентов, как это ни парадоксально, оказываются шире, чем для пациентов более молодого возраста. Если в среднем возрасте нейролептики назначают преимущественно для лечения эндогенных психических заболеваний, таких как шизофрения, то для пожилого контингента этот список расширяется за счет состояний, в которых психотические симптомы являются как бы вторичными по отношению к основному.

Нейролептики назначают для лечения острых и хронических психических расстройств в рамках эндогенных заболеваний: шизофрения, шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства – психических расстройств в рамках сосудисто-атрофических заболеваний головного мозга – эпизодов возбуждения в рамках возрастных личностных изменений и дементирующих процессов головного мозга. Общей особенностью психических расстройств позднего возраста является значительное изменение типичной клинической картины под воздействием возрастного фактора, что может затруднить диагностику. Нередко наблюдается сочетание признаков каждого из перечисленных выше состояний в клинической картине у одного больного, что требует тонкого дифференциально-диагностического поиска в целях, прежде всего, верного выделения терапевтических мишеней и наиболее адекватного подбора лекарственной терапии.

Факторы, которые необходимо учитывать в гериатрии.

1. Физиологические изменения – общие структурные и функциональные изменения внутренних органов с ограничением резервных и компенсаторных возможностей организма – распространенный атеросклероз сосудов головного мозга, изменение рецепторной активности ЦНС в сторону снижения порога восприятия.

2. Хронические соматические и неврологические заболевания, сопутствующие процессу старения. Наличие таких заболеваний требует не только осторожности в применении нейролептиков, например при тенденции к пониженному артериальному давлению, хронических заболеваниях печени и почек, но и резкого ограничения их использования (болезнь Паркинсона, дегенеративные атрофические процессы головного мозга).

3. С возрастом расширяется список лекарственных препаратов, которые пациенты принимают постоянно для лечения хронических заболеваний внутренних органов, в связи с чем часто лечение психических расстройств приходится начинать в условиях полифармакотерапии.

Так называемые «большие» нейролептики предназначены, прежде всего, для лечения тяжелых психических заболеваний. Однако при их использовании могут возникать такие экстрапирамидные нарушения, как лекарственный паркинсонизм, акатизия и тахикинезия, а также другие нежелательные явления – чрезмерная сонливость, метаболический синдром, нарушения сердечной проводимости и т.д. С другой стороны, большие нейролептики незаменимы при психомоторном возбуждении, агрессивном поведении галлюцинаторно-параноидной симптоматике.

Малые нейролептики отличает более мягкое действие и отсутствие серьезных побочных эффектов. Поэтому они нашли широкое применение для лечения больных с резистентными к традиционной терапии формами невротических и депрессивных состояний, пациентов с мягкими формами шизофрении. Их также используют при органических (сосудистых, инфекционных, травматических) поражениях головного мозга с явлениями ажитации, повышенной раздражительности и стойкими нарушениями сна.

Малые нейролептики показаны, прежде всего, для больных, которым по ряду причин не желательно назначение больших нейролептиков из-за выраженной седации, результатом которой становится травматизм.

Наш опыт применения одного из малых НЛ – алимемазина показывает, что препарат хорошо зарекомендовал себя для лечения пожилых пациентов с пограничными психическими расстройствами, в структуре которых преобладали сенестопатии, алгические ощущения, вегетативные дисфункции. При выраженных психозах алимемазин действует преимущественно как мягкое седативное и противотревожное средство.

Кроме того, алимемазин обладает антигистаминным действием, что делает его востребованным для пациентов с аллергическими проявлениями (при кожном зуде, астматических проявлениях). Амбулаторно терапию Тералидженом® проводят с постепенным повышением дозы, начиная с приема препарата на ночь в дозе 5 мг и ежедневно добавляя по 5 мг до достижения оптимальной дозы 15 мг в сутки (по 1 табл. 5 мг 3 раза в сутки)

Алимемазин оказывает выраженное действие при лечении инсомнии. При этом сон, вызванный алимемазином, не сопровождается чувством тяжести и вялости в утренние часы. Результаты исследования O. Lingjaerde и соавторов показали, что алимемазин оказывал выраженное гипногенное действие у больных с многолетней инсомнией, не поддающейся воздействию других снотворных препаратов, купируя аффективную напряженность при синдроме «ожидания сна».

Известно, что применение антипсихотиков у больных с церебрально-органической недостаточностью может приводить к ухудшению состояния и способствовать появлению экстрапирамидных расстройств, нейролепсии, углублению вегетативных нарушений и астении, что в свою очередь нередко приводит к депрессии. Алимемазин в таких случаях является более эффективным.

При применении алимемазина редко отмечаются нежелательные явления. Как правило, речь идет о сонливости, вялости, тахикардии, утомляемости в начале терапии, и затем они достаточно быстро после нескольких дней приема препарата редуцируются. При длительном применении алимемазина у психотических больных его положительный эффект со временем несколько ослабевает, что корректируется увеличением дозы.

Психосоциальная реабилитация в современных условиях (опыт работы медико-реабилитационного отделения АККПБ им. Ю.К. Эрдмана)

Аносова Е.В., Мишагин М.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Актуальность вопросов реабилитации психически больных возрастает с каждым годом в связи с ростом социальной значимости психических заболеваний. Все более важным становится психосоциальный аспект реабилитации в психиатрии. Зарубежные и отечественные авторы сходятся в определении данного аспекта как восстановления нарушенных (формирование – в случае изначальной недостаточности) когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умения взаимодействовать, решать проблемы и

пр.) у психически больных с изъянами социальной адаптации, что в конечном итоге должно обеспечить их интеграцию в общество, достижения равного положения с другими в нем. В этих целях оправданно применение комплекса психосоциальных воздействий как пациент-центрированными, так и включающими ближайшее социальное окружение, как групповыми, так и индивидуальными.

Основными принципами реабилитации в современном представлении являются (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004):

1. Процесс реабилитации может начинаться на любом этапе оказания психиатрической помощи.

2. Необходимо формулировать цель каждого вмешательства с определением временного периода, в течение которого цель предполагается достигнуть.

3. Выбор формы вмешательства для каждого больного определяется особенностями психосоциального дефицита (социальной дезадаптации).

4. Последовательность психосоциальных воздействий осуществляется с учетом приближения к обычным жизненным требованиям.

5. При завершении каждого этапа (или программы в целом) – учитывать необходимость поддерживающих психосоциальных воздействий.

С января 2013 г. в структуре Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдмана на базе стационара согласно приказу МЗ и СР РФ от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» организовано медико-реабилитационное отделение на 75 коек в режиме дневного стационара. В отделении работают следующие специалисты: врачи-психиатры, врачи-психотерапевты, клинические психологи, специалист по социальной работе, инструктор ЛФК, врач-диетолог.

Задачи и функции медико-реабилитационного отделения:

1. Проведение медико-психосоциальной реабилитации (в сочетании с фармакотерапией, психотерапией) пациентов, страдающих психическими расстройствами.

2. Вовлечение пациентов в групповую медико-психосоциальную терапию с одновременным установлением контакта с их семьями.

3. Лечение психических больных с впервые выявленной психической патологией, обострениями или декомпенсацией психического состояния, нуждающихся в активной комплексной реабилитационной терапии, ежедневном врачебном наблюдении и не требующих обязательной госпитализации; проведение им комплекса лечебно-восстановительных мероприятий.

4. Долечивание больных, получивших основной курс лечения в психиатрическом стационаре, которые могут быть переведены на полустационарный режим и нуждаются в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке.

5. Принцип индивидуального ведения больного.

6. Освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного полипрофессионального ведения пациента в отделении.

7. Привлечение пациентов к активному участию в выполнении медико-реабилитационных программ, осуществление взаимодействия между пациентами и персоналом.

8. Ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

9. Постоянное повышение профессионального уровня сотрудников отделения.

10. Экспертиза временной нетрудоспособности.

За 10 месяцев 2013 г. помощь получили 317 пациентов.

Нозологическая структура пациентов, получивших помощь в медико-реабилитационном отделении: эндогенные заболевания – 78,2%, органические поражения головного мозга – 12,9%, невротические и неврозоподобные расстройства – 6,3%, расстройства личности и поведения у взрослых – 2,6%.

Для каждого пациента, поступающего на лечение в отделение, составляется индивидуальная программа реабилитации в соответствии с принадлежностью к той или иной функциональной группе.

Выделены 4 функциональные группы:

1-я: пациенты с выраженным интеллектуальным дефектом и значительным дефицитом (распадом или несформированностью) трудовых навыков и навыков самообслуживания;

2-я: пациенты с хроническим течением и длительным стажем заболевания, сформировавшимся интеллектуальным и личностным дефектом; социальная адаптация значительно снижена;

3-я: пациенты молодого и среднего возраста с длительностью болезни до 5 лет, с преобладанием личностной и социальной дезадаптации в связи с болезнью (изменение социального статуса, нарушение внутрисемейных и межличностных отношений, реакция личности на болезнь и самостигматизация); как правило, нет выраженных изменений личности и снижения интеллекта, реабилитационный потенциал высокий;

4-я: пациенты с пограничными психическими расстройствами либо перенесшие не более 1-2 психотических эпизодов, с благоприятным типом течения заболевания и прогнозом, сохранными (незначительно сниженными) когнитивными и социальными навыками; реабилитационный потенциал высокий.

Большинство пациентов отделения относится ко 2-й и 3-й функциональным группам.

Основными реабилитационными программами, применяемыми в отделении, являются:

- групповые: арттерапия, психообразование (клиника первого эпизода), психо-образование для родственников длительно болеющих пациентов, когнитивный тренинг (клиника первого эпизода), когнитивный тренинг для длительно болеющих пациентов, социальный тренинг, лечебная физкультура (в том числе адаптивная гимнастика);

- индивидуальные: психокоррекция и психотерапия (рациональная, поведенческая, релаксация);

- трудотерапия в условиях лечебно-трудовых мастерских (швейный и столярный цеха, уборка территории), с почасовой оплатой работы.

На 2014 г. планируются следующие реабилитационные мероприятия: тренинг по формированию и поддержанию навыков самообслуживания («Модуль независимого проживания»), тренинг коммуникативных навыков.

В перспективе открытие медико-реабилитационного отделения, которое должно принести ощутимую медико-экономическую выгоду, уменьшить социальное бремя психических болезней, повысить качество жизни данной категории пациентов.

Неврологические осложнения у потребителей дезоморфина

Архипов А.П., Новикова С.П.
КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

В Алтайском крае каких-нибудь 5 лет назад перечень наркотических средств, употреблявшихся наркоманами, был достаточно ограниченным. Это героин, «винт», марихуана, гашиш. В 2006-2007 гг. получило распространение изготовление ацетилированного мака из смеси пищевого мака и примесей. Сейчас мы столкнулись с «дезоморфиноманией».

По статистике спецслужб, общее количество изъятого в процессе оперативной деятельности дезоморфина только за 2011 г. выросло в 7 раз, что составило эквивалент 112 млн разовых доз. А объем изъятия в первом квартале 2012 г. по сравнению с аналогичным периодом 2010 г. вырос в 30 раз. Скачок роста лиц, втянутых в дезоморфиновую наркоманию, повлек за собой всплеск смертности среди потребителей этого нетрадиционного наркотика. Дезоморфин опаснее еще и тем, что через 3-4 месяца регулярного приема у наркоманов резко ухудшается здоровье, разрушается иммунная система, сосуды, печень.

Дезоморфин изготавливается в кустарных условиях. Используются кодеинсодержащие лекарственные препараты (седал, седальгин, пентальгин и др.), тропикамид, сирдалуд, красный фосфор, лимонная кислота, кристаллический йод.

В подразделения краевого наркологического диспансера (острое отделение №2 и дневной стационар №1) в 2012 г. обратились 40 пациентов – потребителей дезоморфина с клиникой поражения экстрапирамидной нервной системы. Возраст пациентов 22-35 лет, женщин – 12, мужчин – 28. Стаж употребления дезоморфина 5-12 месяцев. 40% пациентов ВИЧ-инфицированы.

Через 4-5 месяцев регулярного употребления дезоморфина больные отмечали нарушение речи, письма и постуральную нестабильность (даже если не употребляли дезоморфин последние 3-7 месяцев). Речь становилась очень тихой (дисфония), почерк мелким (микрография), при ходьбе отмечалась постуральная неустойчивость и другие экстрапирамидные нарушения. Наиболее частым видом экстрапирамидных нарушений у наших больных являлся паркинсонизм.

Этиология. Среди различных форм паркинсонизма различают первичный (идиопатический) и вторичный (симптоматический) паркинсонизм. Вторичный паркинсонизм может быть обусловлен инфекционными, травматическими поражениями головного мозга, токсическими и лекарственными воздействиями, сосудистыми расстройствами, опухолью, гидроцефалией. (Hugs, 1992; Мельничук П.В., Яхно Н.Н., 1995). Авторы отмечают неясность причин развития паркинсо-

низма, а также, что вторичный паркинсонизм занимает ведущее место в спектре экстрапирамидных расстройств. Экстрапирамидные нарушения подробно описаны при различных видах паркинсонизма, в том числе и лекарственном (чаще всего нейролептическом). Описания неврологических нарушений при употреблении дезоморфина в доступной нам литературе мы не нашли.

Патанатомия. Синдром паркинсонизма различной этиологии рассматривается как результат поражения базальных ядер (хвостатое ядро, голубое пятно, скорлупа, черная субстанция, стриатум) и их многочисленных связей с другими отделами головного и, возможно, спинного мозга. Восьми нашим пациентам проведена магнитно-резонансная томография головного мозга. Заключения в 6 случаях идентичны: структурные изменения базальных ядер метаболического генеза, в двух случаях – наружная гидроцефалия.

Патогенез. Основу патогенеза всех форм паркинсонизма составляет резкое уменьшение количества дофамина полосатом теле и черной субстанции (Мельничук П.В., Яхно Н.Н., 1995). В норме уровень дофамина в этих образованиях в сотни раз превышает таковой в других структурах мозга. Известно, что первые моторные проявления паркинсонизма возникают лишь после того, как концентрация дофамина в полосатом теле снизится более чем на 80%, а доля погибших клеток черной субстанции достигнет 50% (Левин О.С., 2010). Поражающие агенты, ведущие к развитию паркинсонизма, обладают общими нейрохимическими свойствами, заключающимися в способности избирательно блокировать D2-рецепторы различных отделов мозга (стриатум, прилегающие ядра, кора головного мозга) с подавлением центральной дофаминергической передачи и компенсаторно развивающимся увеличением биосинтеза и метаболизма дофамина в соответствующих отделах мозга.

Блокада дофаминовых D2-рецепторов в нигростриальной системе ведет к угнетению дофаминергической передачи и изменению чувствительности дофаминовых рецепторов. Развивается медиаторный нейрохимический дисбаланс, который проявляется повышением активности холинергической и серотонинергической систем, а также повышением активно стиглутаматергических субталамических нейронов. Это приводит к увеличению высвобождения глутамата, который является возбуждающим нейротрансмиттером. При этом увеличивается приток ионов кальция в нейроны, повышается уровень ацетилхолина в полосатом теле, активизируются холинергические системы и появляются тремор, ригидность, гипокинезия.

Повышение кальция в нигростриальных нейронах способствует дегенерации этих нейронов и активации окислительного стресса, который является одним из основных факторов повреждения нейронов базальных ганглиев. Возбуждающее действие глутамата опосредовано через рецепторы N-метил-D-аспартата (NMDA). Как показывают экспериментальные исследования, при блокаде постсинаптических D2-рецепторов дофаминергические нейроны черной субстанции, нейроны вентральной части покрышки среднего мозга постепенно (в течение нескольких недель) прекращают разряжаться вследствие деполяризационного блока, что совпадает по времени с развитием паркинсонизма (Ветохина Т.Н. и др., 2006; Цыганков Б.Д. и др., 2009).

Клиника. Неврологическая симптоматика при дезоморфиновой наркомании появляется через 4-5 месяцев регулярной наркотизации. Как правило, у наших пациентов они начинались с дисфонии, микрографии, статолокомоторных нарушений (в такой последовательности и распространенности). По нашим данным, это практически патогномоничные симптомы при дезоморфиновой наркомании. Виды экстрапирамидных нарушений представлены в таблице №1.

Таблица 1

Виды экстрапирамидных нарушений у потребителей дезоморфина

Экстрапирамидные симптомы	Частота встречаемости	
	№	%
Дисфония	32	80%
Микрография	28	70%
Поздняя дискинезия	2	5%
Синдром беспокойных ног	2	5%
Постуральная неустойчивость	34	84%
Пропульсия	27	62%
Ретропульсия	19	42,%
Латеропульсия	23	56%
Экстрапирамидная ригидность	2	5%
Поражение спинного мозга	2	5%
Поражение периферической нервной системы	3	7,5%
Бульбарный синдром	1	2,5%

Примечание: общее количество симптомов превышает 100%, так как у большинства больных имелось их сочетание.

Однако этими нарушениями клиника не исчерпывается. Несмотря на проводимую терапию, на смену одним симптомам появляются другие. Так, в одном случае через месяц пребывания в стационаре у одной пациентки на фоне значительного регресса экстрапирамидной симптоматики развилась клиника сенсорной и моторной нейропатии вначале одного, а через неделю и другого локтевых нервов. У двух пациентов на фоне успешной терапии экстрапирамидной симптоматики был выявлен нижний рефлекторный парапарез с затруднением инициации ходьбы. К лечению был добавлен миорелаксант центрального действия мидокалм по 50 мг 3 раза в день. Через 5 дней клиника нижнего рефлекторного центрального парапареза была купирована. У одной пациентки в процессе лечения был диагностирован бульбарный синдром. В 30% наблюдений течение энцефалопатии принимало прогредиентный характер (12 больных).

Несмотря на значительную схожесть клиники различных форм паркинсонизма отмечается и их определенное отличие, что представлено в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная характеристика экстрапирамидных нарушений при некоторых видах паркинсонизма

Симптомы	1	2	3
Постуральная неустойчивость с падениями	+	–	+
- пропульсия	+	+	+
- ретропульсия	+	+	+
- латеропульсия	+	+	+
Дисфазия	+	–	+
Микрография	+	–	+
Ранние осложнения	+	+	–
Поздние осложнения	+	+	+
Вегетативные нарушения	+	–	–
Экстрапирамидная ригидность	+	+	+
Феномен «зубчатого колеса»	+	–	–
Спинальные нарушения	–	–	+
Синдром беспокойных ног	+	–	+
Симметричность паркинсонических нарушений	–	+	+
Поражение периферической нервной системы	–	–	+
Затруднение инициации ходьбы	+	–	+
Тремор по типу «скатывания пилюль»	+	–	–
Нарушения сердечно-сосудистой системы	+	–	–

Примечание: 1 – сосудистый паркинсонизм, 2 – нейролептический паркинсонизм, 3 – «дезоморфиновый» паркинсонизм.

Нейролептический и «дезоморфиновый» паркинсонизм дебютировали синдромом Хаазе – синдром нарушений тонких движений: «Первое проявление влияния нейролептической терапии на экстрапирамидную систему. Наиболее характерны изменения почерка, который становится ригидным, строки короткие, наблюдаются явления микрографии, при написании букв – дрожание. Появление синдрома рассматривается как свидетельство того, что достигнут нейролептический порог» (Xaase X.-J, 1954). В доступной нам литературе указаний на то, что дезоморфин содержит нейролептики, мы не нашли.

Лечение «дезоморфинового» паркинсонизма. Учитывая значительную схожесть клиники вторичного нейролептического и «дезоморфинового» паркинсонизма, для лечения последнего мы решили использовать учебно-методическое пособие Фёдоровой Н.В. и Ветохиной Т.Н. «Диагностика и лечение нейролептических экстрапирамидных синдромов» (2006 г.). Основные препараты, используемые при лечении – амантадина сульфат (ПК-мерц) и бипериден (акинетон).

Амантадина сульфат является антагонистом NMDA-рецепторов глутамата, через которые осуществляется возбуждающее действие последнего. Препарат снижает количество глутамата, уровень ацетилхолина в полосатом теле; увеличивает синтез дофамина в пресинаптических терминалях и его высвобождение в синаптическую щель, тормозит обратный захват дофамина в пресинаптическую терминаль, незначительно стимулирует ДА-рецепторы; уменьшает концентра-

цию ионов кальция в нигростриарных нейронах, в результате чего, возможно, обладает нейропротективным действием.

Механизм действия холинолитиков заключается в уменьшении функциональной активности холинергических систем и восстановлении нарушенного в связи с дефицитом дофамина равновесия дофаминергической и холинергической систем в базальных ганглиях, блокировании обратного захвата дофамина из синаптической щели.

В зарубежной литературе сообщается, что амантадин вызывал реже и значительно менее выраженные побочные эффекты, чем тригексифенидил (циклодол), который заменен сейчас в нашей аптечной сети на акинетон.

Общие подходы к терапии «дезоморфинового» паркинсонизма:

1. По возможности, не назначать типичные нейролептики.
2. При необходимости, назначать атипичный нейролептик (тералиджен и др.).
3. Назначение амантадина сульфата по схеме: ПК-мерц 50 мг 3 раза в день 7 дней, затем по 100 мг 3 раза в день 7 дней, при сохраняющихся симптомах паркинсонизма – по 200 мг 3 раза в день. Отмену препарата проводить постепенно.

Все пациенты получали холинолитикакинетон по 2 мг 3 раза в день. Препаратом выбора оставался циклодол.

Для лечения «Синдрома беспокойных ног» использовался Мирапекс в стандартной дозировке.

Также больные получали ноотропы (пантогам, ноопепт и др.), ангиопротекторы (нейрокс, мексиприм), антиоксиданты, антигиппоксанты, витамины групп В, РР, С.

Все пациенты выписаны из острого отделения через 3 недели с диагнозом: токсическая энцефалопатия, ремиссия.

Итак, дезоморфин запускает каскад метаболических нарушений в подкорковых ядрах головного мозга, исходом которого является экстрапирамидная симптоматика, преимущественно паркинсонизм.

1. Патогенез «дезоморфинового» и других видов паркинсонизма идентичен (сосудистого, нейролептического).
2. В связи с ограниченностью наблюдений патогенез спинальных нарушений и поражений периферической нервной системы остается неясным.
3. В качестве базовой терапии «дезоморфинового» паркинсонизма использовались амантадина сульфат (ПК-мерц) и акинетон (бипериден).

Мониторинг обращений населения в службу «Горячая линия»

Баева А.С., Бедина И.А., Федотенко О.А.

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, г. Москва

В настоящее время в системе оказания медико-психологической помощи населению наиболее востребованными являются дистанционные формы консультирования, основной из которых считается телефонное консультирование

(телефон «Горячая линия») (Баева А.С., Бедина И.А. 2012; Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).

Цель: сравнительный анализ обращений населения в службу «Горячая линия» за период 2011-2013 гг.

Методы: проведен мониторинг звонков, поступивших в службу «Горячая линия» ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Себского» за период 2011, 2012, 2013 гг. Получены и обработаны данные о количестве и характере поступающих обращений.

В ходе исследования была проведена систематизация обращений (за период с 2011 по 2013 гг.) по структуре, характеру и частоте.

Было принято 7169, 7782, 9557 звонков в 2011, 2012 и 2013 гг. соответственно.

Наиболее часто пользователи службы обращались с целью *получения информации* об организациях, оказывающих специализированную помощь населению с учетом их ведомственной принадлежности и территориального расположения, видах оказываемых услуг; течении и прогнозе того или иного психического расстройства (2140 (29,8%), 1799 (23,11%), 2888 (30,21%) в 2011, 2012 и 2013 гг. соответственно).

Примерно с одинаковой частотой за помощью обращались пациенты с *эндогенными и другими хроническими психическими заболеваниями* (1568 (21%) в 2011 г., 969 (13,5%) в 2012 г. и 1527 (15,9%) в 2013 г.). Так называемые *«зависающие пациенты»* (постоянно звонящие) в 2013 г. обращалась за помощью в 2 раза чаще, чем в 2011 и 2012 гг. соответственно (1517 (19,5%) в 2011 г., 1534 (19,7%) в 2012 г., 3354 (35,09%) в 2013 г.). Несколько реже обращались пациенты, страдающие *тревожно-депрессивными и тревожно-фобическими расстройствами* (872 (12%), 859 (11%) в 2011 и 2012 гг.). Примечательно, что в 2013 г. частота обращений данной группы пациентов увеличилась примерно на треть по сравнению с 2011 и 2012 гг. (1210 (12,6%) за 2013 г.).

Примерно с одинаковой частотой поступали обращения от лиц, страдающих *наркотической зависимостью* и *расстройством личности* (188 (2,42%) в 2011 г., 212 (2,96%) в 2012 г. и 162 (1,68%) в 2013 г; 187 (2%) в 2011 г., 215 (2,76%) в 2012 г., 214 (2,23%) в 2013 г. соответственно). Обращает на себя внимание тот факт, что пациенты с жалобами на *межличностные конфликты* в 2013 г. обращались за помощью в два раза реже, чем в 2011 и 2012 гг. (310 (4,3%), 216 (2,8%), 127 (1,3%) в 2011, 2012, 2013 гг. соответственно). Следует отметить, что обращения, связанные с с*уицидальными высказываниями и стрессовыми реакциями,* в 2011 г. встречались в 2 раза чаще, чем в 2012 г., и в 4 раза чаще, чем в 2013 г. в (40 (0,6%) в 2011 г., 21 (0,27%) в 2012 г., 9 (0,09%) в 2013 г.; 100 (1,4%) в 2011 г., 44 (0,56%) в 2012 г. и 20 (0,20%) в 2013 г. соответственно).

Обращения, связанные с о*бщетерапевтическими вопросами* (консультирование по некоторым соматическим симптомам), встречались с одинаковой частотой как в 2011 г. (94 (1,3%)), так и в 2012 г. (97 (1,25%)), однако в 2013 г. этот показатель уменьшился почти в 2 раза (47 (0,49%)). Следует отметить, что значительное количество звонков от общего числа обращений приходилось *на ошибочные звонки/отказ от консультации* (777 (10%), 1283 (16,4%), 1142 (11,9%), в 2011; 2012 и 2013 гг. соответственно).

Сравнительный анализ обращений за период с 2011 по 2013 гг. показал следующее. В 2013 г. в целом увеличилось число обращений в службу «Горячая линия»: а) обращений в службу «Горячая линия», так называемых «зависающих пациентов»; б) отказов от консультаций. В то же время по сравнению с предыдущими годами в 2013 г. уменьшилось количество обращений: а) по общетерапевтическим вопросам; б) по стрессовым ситуациям и суицидальным высказываниям; в) по межличностным конфликтам.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости изучения факторов, влияющих на характер и частоту обращений в службу «Горячая линия».

Причина обращения на «Горячую линию»	Количество обратившихся				Всего	
	женщины		мужчины			
	2012	2011	2012	2011	2012	2011
Тревожно-депрессивные расстройства, фобии	717	761	142	111	859-11%	872-12%
Стрессовые реакции, ПТСР	39	75	5	25	44-056%	100-1,4%
Эндогенные и другие психические заболевания, психозы	1022	1022	495	446	1517-19,5%	1568-21%
Наркология	85	99	103	113	188-2,42%	212-2,96%
Межличностные конфликты	181	248	35	62	216-2,8%	310-4,3%
Расстройство личности	125	99	90	88	215-2,76%	187-2%
«Зависающий пациент»	1283	892	257	77	1534-19,7%	969-13,5%
Суицидальные тенденции	11	23	10	17	21-0,27%	40-0,6%
Общетерапевтические вопросы	66	64	31	30	97-1,25%	94-1,3%
ИП+И	566	627	245	249	1799-23,11%	2140-29,8%
Ошибочные звонки / отказ от консультации					1283-16,4	777-10,8%
Всего	4742	4715	1754	1677	7782	7169

Из представленной таблицы видно, что, при сравнении показателей обращений, в 2012 г.: уменьшилось количество обращений на «Горячую линию» лиц со стрессовыми расстройствами, с проблемами в межличностных отношениях; увеличилось количество звонков от «зависающих» (постоянно звонящих) пациентов, как правило, страдающих психическим заболеванием; увеличилось в 2 раза количество звонков, кодирующихся как «отказ от консультации».

К вопросам выбора вектора психофармакотерапевтической помощи на этапе ремиссии после первого приступа у больных юношеским эндогенным психозом

Бархатова А.Н.
ФГБУ НЦПЗ РАМН, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, г. Москва

Проблема первого психотического эпизода сегодня привлекает все большее внимание исследователей (Тиганов А.С., 1999; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В., 2001; Amminger G.P., Edwards J., Brewer W.J. et al. 2009). Глубокое понимание особенностей формирования и динамики становления ремиссий после перенесенного манифестного приступа способствуе квалифицированной диагностике первой ремиссии, приводит к уменьшению социальных потерь и более полному восстановлению больных (Магомедова М.В., 2003; Каледа В.Г., 2010; Appels MCM, Sitskoorn MM, Westers P, Lems E, Kahn RS., 2003; Keefe R.S.E., Seidman L.J., Christensen B.K. et al., 2004). Особенно сложной оказывается решение данной проблемы для категории больных юношеского возраста, для которых «фактор возраста», подразумевающий существование ряда общих признаков и особенностей, свойственных пубертатному периоду, вносит коррективы в процесс оформления ремиссии. Причем свойственная юношескому возрасту психофизическая уязвимость компенсируется лучшей, чем у лиц зрелого возраста, нейропластичностью и определяет высокую способность к репарации (DeVries M. & Delespaul P., 1989; Mohamed S, Paulsen JS, O'Leary D, Arndt S, Andreasen N., 1999; Silverstein S., Menditto A.A., Stuve P., 2001).

Таким образом, как биологическая детерменированность ЮЭПП, так и процессы взаимодействия больного с социальной средой имеют существенное значения для формирования клинической картины ремиссии и ее динамики, а следовательно, и выбора вектора оказания психофармакологической помощи у больных ЮЭПП.

Цель статьи: установление основных принципов оказания психофармакологической помощи на этапе ремиссии у больных, перенесших первый приступ юношеского эндогенного психоза, исходя их выделенных особенностей ремиссионного состояния.

Материалы и методы: в исследование были включены 56 больных мужского пола, поступивших в клинику НЦПН РАМН в связи с манифестным приступом эндогенного заболевания различной структуры (F20; F25) в период с 2010 по 2012 гг. Методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический.

Ремиссия (по N. Andreasen и соавт., 2005 г.) определялась как период времени, равный по крайней мере 6 месяцам, в течение которого тяжесть всех основных проявлений шизофрении по ряду пунктов выражена не более чем «мягкое расстройство» (3 балла) при обследовании с помощью шкалы PANSS.

Результаты. Типологическое деление было построено по принципу формирования динамики ремиссии исходя из соотношения клинико-психопатологических характеристик доманифестного этапа и ремиссии (наблюдение первые 5 лет от начала заболевания). Изученная выборка больных проде-

монстрировала признаки непрерывного (латентного или вялого) течения (субсиндромальный уровень) на доманифестном этапе. Исходя из его особенностей были условно выделены 2 группы: с формированием механизма интеграции этих расстройств в структуру ремиссии; с ведущим механизмом конкурирующего течения расстройств доманифестного этапа и ремиссии.

В первой группе (36 больных – 64,3%) ведущими оказались такие признаки, как психастенические расстройства, расстройства сферы эмоций и влечений, аффективные нарушения с преобладанием субдепрессивных и дистимических расстройств. В ремиссии более заметными стали присущие доманифестному периоду симптомы когнитивной дисфункции, аутизация личности с отгороженностью и социальной изоляцией, а также снижение толерантности к обыденным жизненным факторам, нарастала некоторая ригидность психических процессов. Динамика латентного процесса определялась не только реактивными механизмами, но во многом и эндогенно, хотя и на субклиническом уровне, ее картина обнаруживала сходство с шизотипическим расстройством личности (Rado S., 1950; Смулевич А.Б., 2007).

Во второй группе (20 больных – 35,7%) – с ведущим механизмом конкурирующего течения расстройств доманифестного этапа и ремиссии. Доманифестный этап протекал с участием неврозоподобных и аффективных расстройств. В ремиссии психопатологический статус определялся ремитирующими нестойкими сверхценными или паранойяльными проявлениями разного содержания, наблюдались эпизоды тревоги, рудиментарные параноидные реакции. Изменения личности нарастали медленно и были представлены эмоциональным снижением, частичной утратой психической активности, аутизацией. У ряда больных этой группы (6 чел.) можно было констатировать развитие, характеризующееся усилением сценичности и однонаправленности действий, монотонной активностью, а также развитие со стойким продуктивным увлечением сверхценного характера каким-либо узким видом деятельности. Выделенные группы стали основными определяющими для выработки психофармакологических и психотерапевтических мероприятий для больных, перенесших первый приступ ЭЮПП.

На этапе формирования ремиссии вектор психофармакотерапического воздействия динамически изменялся в зависимости от доминантных задач на разных этапах. Для больных первой группы терапия на начальном этапе формирования ремиссии заключалась в продолжении приема оказавшегося эффективным антипсихотика, назначенного на манифестном этапе. Лечение обеспечивало наиболее полную редукцию продуктивной симптоматики, и постепенное влияние на негативную симптоматику с целью восстановления прежнего уровня социально-трудовой адаптации. Преимущественно применялись нейролептики с выраженной антипсихотической и антиаутистической направленностью действия (рисперидон 4-6 мг/сут., оланзапин 10-15 мг/сут., кветиапин 600-800 мг/сут., флупентиксол 10-15 мг/сут., клопиксол 15-25 мг/сут.). Выбор антипсихотика определялся переносимостью выбранного препарата на раннем этапе терапии.

Для больных второй группы на этапе стабилизирующей терапии преимущественно проводилась смена нейролептической терапии, использовавшейся ранее, на этапе лечения острых психотических расстройств. В данной группе больных основные акценты лечения перераспределялись в сторону наиболее

полной коррекции возникающего нейрокогнитивного дисбаланса и аффективных расстройств (обоих полюсов), а так же, как и в первой группе, преследовались цели наиболее раннего восстановления адекватного уровня социально-трудового функционирования. Эффективными оказывались антипсихотики с преимущественным активирующим и антинегативным эффектом, а также избирательным влиянием на когнитивные функции (арипипразол 10-15 мг/сут., флупентиксол 7,5-10 мг/сут., зипразидон 120-160 мг/сут., кветиапин 300-600 мг/сут., палиперидон 6-9 мг/сут., оланзапин 7,5-12,5 мг/сут.). Использовались субтерапевтические дозировки, нередко требующие комбинации с тимостабилизаторами (депакин, ламиктал, карбамазепин) и ноотропными препаратами (фенибут, когитум, ноопепт, пантогам, пикамелон).

Таким образом, при проведении терапии на этапе становления ремиссии необходимо учитывать совокупность факторов, которые определяют вектор механизма формирования ремиссии, исходя из определения которого обосновывается преимущество выбора той или иной группы антипсихотиков и наиболее эффективных схем оказания психофармакологической помощи, что приводит к действенному замедлению прогредиентной динамики и способствует формированию устойчивого состояния, которое сопровождается восстановлением учебного, трудового и социального функционирования, что оказывается особенно важным для данного возрастного контингента.

Распознавание эмоций в контексте регуляции и контроля поведения у лиц с синдромом посттравматического стрессового расстройства

Беленкова А.С.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Эмоциональное напряжение входит составной частью в адаптивный комплекс в качестве приспособительной реакции военнослужащего к изменяющимся условиям внешней среды. Так, из-за повышенного стрессового воздействия на психику после возвращения военнослужащие сталкиваются с проблемой адаптации. У них наблюдается комплексные эмоционально-поведенческие нарушения, повышенная истощаемость психических функций.

Адаптационный комплекс – это процесс психологической включенности личности в системы социальных, социально-психологических связей и отношений, исполнение соответствующих ролевых функций. При любом взаимодействии людей, в первую очередь, необходимо правильное понимание реакций другого человека, владение средствами, позволяющими оперативно различать свойства и состояния партнера по общению. Эмоции формируются в ходе деятельности человека, направленной на удовлетворение потребностей, и в то же время сами эмоции, или потребности, переживаемые в виде эмоции, побуждают человека к деятельности.

Очевидно, что эффективное взаимодействие невозможно без адекватной оценки тех чувств, которые испытывает собеседник. Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения. Система регуляции – это сложное, иерархическое образование личности. Интеграция всех ее уровней в единый комплекс и обеспечивает устойчивость процесса регуляции поведения. Способность человека регулировать свое взаимодействие со средой деятельности, развитие произвольности как овладение средствами организации своего поведения лежит в основе формирования осознанной саморегуляции, так как позволяет объективировать и осознавать собственные действия. Произвольность высших психических функций означает возможность сознательного управления ими, наличие программы, в соответствии с которой протекает та или иная психическая функция (выработанная самостоятельно или данная в виде инструкции), осуществляется постоянный контроль за ее выполнением (за последовательностью операций и результатами промежуточных фаз) и контроль за окончательным результатом деятельности. Распознавание эмоций непосредственно связано с возможностью их произвольной регуляции. Чтобы понять механизмы произвольной регуляции эмоций, нужно понять механизмы произвольной регуляции поведения в целом.

Основными задачами настоящего исследования определена разработка диагностической программы с применением качественных методов исследования психических процессов; выделение нарушенных сфер регуляции и контроля поведения, особенности распознавания и регуляции эмоций у лиц, имеющих опыт боевых действий. В соответствии с поставленными задачами были определены цели исследования: изучить способности правильно оценивать состояния, чувства, намерения людей по их невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам; определить способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека с использованием методики Кооса. (Коос, 1923); оценить устойчивость внимания, способ работы, эмоциональные (личностные) реакции исследуемого; выделить сферы нарушений произвольной регуляции и контроля, выявить степень выраженности нарушений.

В рамках исследования была проанализирована специфика нарушения произвольной регуляции и контроля поведения у военнослужащих, имеющих опыт боевых действий. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Алтайский краевой госпиталь для ветеранов войн». В исследовании принимали участие 20 военнослужащих, мужчин в возрасте от 30 до 56 лет, имеющих опыт боевых действий. Эмпирическое исследование носило вид патопсихологического экспериментального исследования, с применением качественных методов исследования психических процессов. Оно включало ряд нейропсихологических и проективных методик: клиническая беседа, тематический апперцептивный тест (Мюррей Г., 1930). Набор включал 7 карточек: 1, 4, 6 GF, 7 BM, 8 BM, 10, 20, Методика опознания эмоционального выражения лиц на фотографиях «The Facial Meaning Sensitive Test» (Дейл Г., 1992), Методика исследования социального интеллекта, Субтест № 2 «группы экспрессии» (Гилфорд Дж., Салливан М., 1960).

Набор нейропсихологических проб (А.Р. Лурия), которые мы для точности и упрощения обработки объединили в несколько блоков: регуляция и контроль слухоречевой памяти (10 слов, вербальные ассоциации); регуляция и контроль зрительной памяти (воспроизвести фигуру по образцу); регуляция и контроль слухового внимания (выполнение ритмов по речевой инструкции, реакция выбора); регуляция и контроль произвольного внимания (Счет 100-7); Черно-красная таблица Горбова-Шульте; динамический праксис (кулак – ладонь – ребро, кулак – палец); реципрокная координация движений. На выбор методик повлияло наше мнение о важности исследования качественной стороны нарушений, возможности компенсации у каждого обследуемого. Такие данные нужны для последующей психокоррекционной работы. Данные были обработаны и проанализированы. Важно было выявить выраженность нарушений в каждой сфере: динамический праксис, произвольное внимание, реципрокная координация, слуховое внимание, слухоречевая память, зрительная память.

По результатам исследования были получены следующие данные: у военнослужащих, имеющих опыт боевых действий, имеются нарушения регуляции и контроля поведения. Наибольшая выраженность нарушений у испытуемых встречается в сферах регуляции произвольного внимания и динамического праксиса. Наибольшие затруднения в выполнении заданий наблюдались в сложности удержания программы инструкции, ответы начинали носить стереотипный характер, требовалась повторная инструкция, движения носили неуверенный характер, с нарушением плавности, испытуемые не замечали своих ошибок. Наиболее сохранными являлись сферы регуляции слухового внимания и регуляция реципрокной координации. Способность распознавания эмоций была связана с выраженностью нарушений регуляции и контроля поведения.

Корреляционный анализ шкал «уровень контроля и регуляции поведения» и «способность к распознаванию мимических изображений эмоций» выявил значимую связь уровня контроля и регуляции поведения и способности к распознаванию эмоций. При значимости ($p = 0,000$) можно говорить о том, что нарушения регуляции и контроля ведут за собой нарушения распознавания мимических проявлений: чем больше уровень нарушения регуляции, тем способность к распознаванию эмоций будет ниже. У испытуемых с уровнем контроля и регуляции «выше среднего» наблюдался повышенной контроль своего поведения с помощью речи, это говорит о компенсаторных механизмах речи у данных испытуемых. Легче всего распознаются базовые, то есть простые эмоции. Различия в трудностях распознавания эмоций будут связаны с локализацией нарушений.

Таким образом, чем выше уровень нарушений регуляции и контроля, тем ниже способность к распознаванию эмоций. Сложность удержания программы действий, потеря цели, сложность сосредоточения ведут к упрощению деятельности в целом, к упрощению эмоциональных реакций (либо эмоциональная бедность, либо нарушение опосредования). Тем самым нарушается распознавание и дифференциация эмоциональных образов. Снижается распознавание собственных эмоций (их когнитивная самооценка), и, как следствие, снижается функция регуляции деятельности и поведения, направленная на коррекцию собственных личностных качеств, что приводит к сложности адаптации военнослужащих в сферах личностного и профессионального общения.

Влияние условий воспитания подростков на уровень употребления психоактивных веществ

Белокрылов И.И., Аболонин А.Ф.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Установки на употребление или отказ от психоактивных веществ складываются у подрастающего поколения под влиянием целого ряда социально-психологических факторов. Одним из таких факторов является тип семейного воспитания. Исследования показывают, что семьи детей и подростков с девиантным поведением чаще всего дезорганизованы и дисфункциональны (Бахадова Е.В., 2009). Выявлены типы воспитания, способствующие формированию аддиктивного поведения: прежде всего, гипоопека (Злова Т.П. и соавт., 2011) и доминирующая гиперпротекция (Семке В.Я., 2001; Аболонин А.Ф., 2006, 2008; Петровская В.Г., 2010).

В настоящее время основным приоритетом становится профилактическое направления в медицине, в связи с этим актуальным стало выявление скрытой болезненности и потенциальной заболеваемости. Возрастает актуальность рассмотрения внутрисемейных аспектов жизни подростка не только в период обращения за помощью по поводу наркотической зависимости, но и на начальном этапе, во время взаимодействия несовершеннолетнего со сверстниками – потребителями психоактивных веществ в школьном коллективе.

Исходя из вышесказанного, целью настоящего исследования стало изучение влияния типов семейного воспитания на уровень употребления психоактивных веществ у подростков.

Материал и методы. Выборку исследования составили 689 учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений г. Томска, в том числе 334 юноши, 355 девушек в возрасте от 13 до 18 лет (средний возраст респондента – 15,1±1,1 лет). Респондентам была предложена анкета, содержащая вопросы об опыте контактов с психоактивными веществами (прямые – о собственном опыте, косвенные – о количестве потребителей различных ПАВ среди знакомых) и характеристиках семейной ситуации. Собственный опыт употребления оценивался одной из трех категорий: «никогда», «один раз», «неоднократно». Вопрос об условиях воспитания (УВ) предполагал выбор из шести типов:1) «гиперопека»; 2) «золушка»; 3) «гармоничные»; 4) «кумир семьи»; 5) «гипоопека»; 6) «бессистемные, жестокие».

Результаты и обсуждение. По выбранным условиям воспитания выборка распределилась следующим образом: воспитание по типу «гиперопеки» было выявлено в 23,68% случаев, по типу «золушка» в 6,56%, «гармоничные» условия в 54,44%, по типу «кумир семьи» в 6,94%, «гипоопека» в 2,05%, «бессистемные» в 3,86% случаев, 2,43% подростков – не указали условия воспитания. В группах респондентов, выбравших условия воспитания по типу «гиперопека», «гармоничные», «кумир семьи», по типу «гипоопеки» большинство отрицает опыт курения, включая разовое пробное. Наибольшая доля лиц, заявляющих об отсутствии опыта потребления табака, среди школьников с «гармоничными» условиями

воспитания – 57,96%. В группе с воспитанием по типу «золушки» признающие опыт разового курения и систематическое курение составляют большинство – 39,22 и 23,53% случаев соответственно. В группе с «бессистемными» условиями воспитания ни разу не куривших и пробовавших курить оказалось практически поровну по 43,33%.

Большинство респондентов во всех группах признали опыт проб алкоголя. В группе с «гармоничными» условиями воспитания доля пробовавших (48,22%) незначительно превышает долю тех, кто отрицает даже пробу (47,51%). В случае остальных условий воспитания соответствующий разрыв составляет от 5,56 до 50% «в пользу» пробовавших спиртное. Наибольший процент последних – среди опрошенных с «бессистемным» воспитанием. Лиц, признавших регулярное употребление алкоголя, меньше всего в группе «золушка» – (0%), больше всего – в группе «гипоопека» (6,25%).

Наличие опыта взаимодействий с ненормативными ПАВ во всех группах отрицается подавляющим большинством школьников. Количество признавшихся в том, что они пробовали наркотики, при типе воспитания «кумир семьи» составило 12,96%, «гипоопеки» – 12,50%, несколько меньше подростков признало употребление ПАВ в группах с «бессистемными» условиями воспитания – (6,67%) и «гармоничные» – (7,36%).

Приведенные результаты отражают значительную ориентированность учащихся на социальные нормы, определяющие отношение к различным ПАВ. Если редкое и умеренное потребление алкоголя приемлемо для большой части нашего общества, то курение табака также не встречает агрессивного отторжения, но в меньшей степени вписано в системы норм и традиций. Указанное различие проявляется в распределении выборки по позициям отношения к спиртному и табаку. Что касается наркотиков, то они, как и прежде, считаются полностью ненормативными, что влечет за собой массовое отрицание опыта их употребления.

К «нормативным» ответам оказались наиболее склонными те школьники, которые выбрали наиболее благополучный тип воспитания («гармоничные»). Среди них наиболее высок процент отрицающих опыт табакокурения и наркотизации (исключая малочисленную группу с «бессистемными» условиями воспитания).

Примечательно распределение группы с «гармоничными» условиями воспитания по уровням опыта взаимодействий с алкоголем. Как и в остальных группах, большинство здесь признало пробы спиртного, однако процент отрицающих даже пробы выше соответствующего показателя в других группах – 47,51%. Данные результаты могут быть рассмотрены как проявление формального либо подозрительного отношения к исследованию. Если отбросить сомнения в искренности опрошенных, можно предположить полное или преимущественное согласие подростка с родительскими требованиями и контролем, что является благоприятным условием для передачи социальных правил и норм.

На следующем этапе из разделенных по условиям воспитания групп были выделены респонденты, знакомые с потребителями различных ПАВ. Максимальное количество подростков, признающих присутствие в референтном окружении регулярно употребляющих табак: у воспитываемых по типу «гипоопеки» – 100%; алкоголя, каннабиноидов и инъекционных препаратов – при «бессистемных» условиях воспитания 96,2%, 52% и 23,1% соответственно, стимулято-

ров – при воспитании по типу «золушка» (25,6%), ингалянтов – при типе воспитания «кумир семьи» – 45,5%. Среди учащихся с «гармоничными» условиями воспитания: 89,7% школьников сообщили, что имеют среди своего референтного окружения курильщиков, 85,42 % – знакомы со сверстниками, неоднократно принимавшими спиртные напитки, 41,4% – знают потребителей каннабиноидов в своем окружении.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать выводы, что положительное восприятие проводимого родителями воспитания, одним из условий которого является сбалансированность контроля со стороны родителей и разумная свобода поведения со стороны подростков, уменьшает как личную вовлеченность в употребления ПАВ, так и количество контактов с потребителями психоактивных веществ. При этом на сообщаемые школьниками сведения значительное влияние оказывают распространенные среди них представления о степени нормативности употребления тех или иных ПАВ.

Особенности формирования синдрома эмоционального выгорания у педагогов, которые преподают англоязычным студентам

Белоус Т.М.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

Синдром эмоционального (профессионального) выгорания является серьезным недугом, который угрожает представителям всех профессий, но больше всего страдают именно преподаватели (Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2005; Хорошкина Е., 2005). Одновременно специфика обучения англоязычных студентов отличается тем, что процесс преподавания на иностранном языке требует постоянной высокой эмоциональной насыщенности и необходимости тесного межличностного общения.

Цель работы: оценить особенности проявлений синдрома эмоционального выгорания у педагогов, преподающих англоязычным студентам.

Материал и методы. Проанализированы результаты анкетирования преподавателей кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней Буковинского государственного медицинского университета. При проведении исследования использована методика диагностики уровня «эмоционального выгорания» В.В. Бойко, по которой оценивались отдельно симптомы каждой фазы и сумма баллов по фазам формирования эмоционального выгорания (Бойко В.В., 2004). Считали, что симптом фазы не сформирован при сумме баллов менее 9, при сумме 10-20 баллов симптом находился в стадии формирования, и при сумме баллов более 20 – сформирован. При сумме баллов за фазу менее 36 оценивали эту фазу как несформированную, при сумме баллов 37-60 – в стадии формирования, и более 60 баллов – как сложившуюся фазу синдрома эмоционального выгорания. Проанкетировано преподавателей, занимающихся со студентами на украинском языке, – I группа, 6 чел., и на английском языке – II группа, 4 чел. Средний возраст, стаж работы, пол и семейный статус были сопоставимы.

Результаты и их обсуждение. В таблице представлены данные по формированию синдрома эмоционального выгорания у обследованных преподавателей.

Таблица 1

Балльная оценка составляющих синдрома эмоционального выгорания преподавателей, M±m

Составляющие синдрома эмоционального выгорания	**I группа**	**II группа**	**p**
Переживание психотравмирующих обстоятельств	7,2 ± 1,56	10,5 ± 2,59	> 0,05
Недовольство собой	5,4 ± 2,40	8,7 ± 3,25	> 0,05
«Загнанность в клетку»	5,0 ± 0,01	6,7 ± 1,18	> 0,05
Тревога и депрессия	5,7 ± 1,70	22,0 ± 4,00	< 0,05
Фаза «напряжения»	**16,0 ± 3,58**	**37,0 ± 9,01**	< 0,05
Неадекватное эмоциональное избирательное реагирование	10,5 ± 1,66	10,3±3,71	> 0,05
Эмоционально-моральная дезориентация	5,8 ± 0,54	5,75 ± 0,75	> 0,05
Расширение сферы экономии эмоций	14,6 ± 7,68	19,5 ± 3,32	> 0,05
Редукция профессиональных обязанностей	7,4 ± 2,76	11,0 ± 2,45	> 0,05
Фаза «резистенции»	**31,0 ± 6,34**	**41,5 ± 6,98**	> 0,05
Эмоциональный дефицит	8,0 ± 3,78	9,7 ± 4,33	> 0,05
Эмоциональная отстраненность	8,2 ± 2,67	3,0 ± 1,00	> 0,05
Личностная отстраненность (деперсонализация)	5,5 ± 2,50	6,3 ± 1,67	> 0,05
Психосоматические и психовегетативные нарушения	4,8 ± 0,91	7,0 ± 2,97	> 0,05
Фаза «истощения»	**16,7 ± 3,44**	**21,2 ± 6,23**	> 0,05

Обнаружено, что фаза «напряжения» формируется чаще у преподавателей, работающих с англоязычными студентами. В первой группе преподавателей преобладал симптом переживания психотравмирующих обстоятельств, который проявляется усилением недоверия, раздражением, недовольством ситуацией на работе. Одновременно во II группе сравнения среди других симптомов первой фазы преобладал симптом тревоги и депрессии, который характеризуется разочарованием в себе и выбранной профессии, депрессивным настроением. Следует отметить, что из симптомов этой фазы обнаружена достоверная корреляционная связь симптома «загнанности в клетку» (характеризуется состоянием интеллектуально-эмоционального «затора» и желанием скорейшего завершения рабочего времени) с отсутствием собственной аудитории или неудобством рабочего места ($r = 0,9$, $p < 0,05$).

Фаза «резистенции» также чаще формировалась у педагогических работников II группы. В этой фазе преобладал симптом расширения сферы экономии эмоций, когда человек пытается ограничить эмоциональную сферу вне профессиональной деятельности. Следует обратить внимание, что следующим по часто-

те выявления наблюдался симптом редукции профессиональных обязанностей, под которым понимают упрощение и сокращение профессиональных обязанностей, которые требуют эмоционального напряжения, например, педагог может давать упрощенное объяснение учебного материала или вообще не объясняет непонятное студентам.

С фазы «истощения» в I группе преобладал симптом эмоциональной отстраненности, когда происходит исключение эмоций из сферы деятельности с последующим развитием профессиональной деформации личности. У англоязычных педагогических работников наоборот преобладал симптом эмоционального дефицита, при котором люди теряют профессиональные способности с заменой положительных эмоций негативными, становятся капризными, грубыми в высказываниях.

Таким образом, синдром «эмоционального выгорания» педагогов проходит три фазы, из которых в фазе «напряжения» он характеризуется преимущественно симптомом тревоги и депрессии, в фазе «резистенции» проявляется экономией эмоциональной сферы, в фазе «истощения» – эмоциональным дефицитом. У педагогов, которые преподают англоязычным студентам, эмоциональное выгорание развивается чаще, что требует проведения тренинговой работы по преодолению синдрома эмоционального выгорания, в частности, эмоционально-волевой регуляции психофизического состояния.

Личностные и социально-психологические характеристики женщин репродуктивного возраста с гинекологической патологией на этапе планирования беременности

Блинкова А.В., Рязанова Ю.В.
КГБУЗ «Алтайская краеваяклиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Нарушения репродуктивного здоровья в последние годы становятся все более распространенными, что привело к появлению целого направления в медицине – репродуктивной медицины. Ухудшение медико-демографической ситуации делает крайне актуальной проблему совершенствования системы охраны репродуктивного здоровья населения, формирование комплексного подхода в лечении женщин с репродуктивными проблемами со стороны медицины и медицинской психологии. Исследования показывают, что сохранение психического здоровья женщины с психопрофилактических позиций также важно, как и оказание специализированной гинекологической помощи (Брутман В.И., Радионова М.С., 1997; Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю., 2002; Добряков И.В., 2003; Филиппова Г.Г., 2009).

Гинекологические заболевания и бесплодие у 93% женщин приводят не только к физическому дискомфорту, но и фрустрируют их в психосоциальном плане, снижая профессиональную и психосоциальную адаптацию в целом (Айламазян Э.К., 2009). По данным ВОЗ, 30% женщин имеют различные нарушения функции репродуктивной системы. В отечественных исследованиях, начиная с 90-х гг. XX в., интенсивно изучаются психосоматические, соматопсихические и

психотерапевтические аспекты нарушений репродуктивного здоровья (Брутман В.И., 2002; Добряков И.В., 2003; Филиппова Г.Г., 2009; Каплун И.Б., 1995), связи личностных и эмоциональных особенностей внутриличностных конфликтов (Пепперел Р. Дж., 1986; Филиппова Г.Г., 2002; Хорни К., 2007) с нарушением репродуктивной системы.

Однако работ, описывающих психологические особенности женщин с нарушением репродуктивного здоровья с конкретными нозологическими формами гинекологической патологии, очень мало. Кроме того, недостаточная изученность психологического статуса женщин с гинекологическими заболеваниями, нарушающими реализацию репродуктивной функции, затрудняет осуществление дифференциальной диагностики, например, с соматоформными вегетативными дисфункциям со стороны женской половой сферы, проведение комплексной медико-психологической помощи, так как врач-гинеколог, как правило, ориентирован на медикаментозную помощь.

В свою очередь, психокоррекционная работа с женщинами, имеющими трудности в осуществлении репродуктивной функции, ограниченна во времени, так как репродуктивная функция женщины может быть реализована определенное количество лет. Изучение психологического статуса женщин с гинекологической патологией, фрустрирующей их в связи с проблемами здоровья и наличием трудностей осуществления репродуктивной функции, в социально-психологическом плане позволит сформулировать индивидуализированную программу психотерапевтической помощи с акцентом не только на дезадаптивную сферу, но и личностные ресурсы женщин для конструктивного разрешения кризисных проблемных ситуаций. Выявление конкретных личностных характеристик и социально-психологических закономерностей, свойственных той или иной патологии, необходимо для определения мишеней психокоррекции, оценки эффективности проводимых медико-психологических мероприятий и качества жизни женщин.

В связи с актуальностью и значимостью проблемы бесплодия многие российские и зарубежные исследователи изучали различные аспекты данной проблемы. Исследования психологической готовности к материнству таких авторов, как В.И. Брутман, М.С. Радионова, С.Ю. Мещерякова, Г.Г. Филиппова, показывают, что для женщин с нарушением течения беременности характерно наличие внутреннего конфликта, связанного с неготовностью принятия материнской роли и проявляющегося в глубокой внутренней неудовлетворенности; создающего ситуацию острой напряженности, которую женщина не может разрешить конструктивно (Брутман В.И., 2002; Филиппова Г.Г., 2009).

В исследованиях Б.Г. Ермошенко, Э.В. Макаричевой, В.Д. Менделевича, посвященных изучению бесплодия, описываются психологические факторы бесплодия, такие как инфантилизм, авторитарное доминирование в отношениях с мужем, конфликтные отношения между женщиной и ее матерью (Ермошенко Б.Г., 2005); отмечается, что бесплодие имеет подчас сугубо психогенную природу, особенно когда речь заходит о необъяснимом бесплодии (Макаричева Э.В., Менделевич В.Д., 1996).

Бесплодие женщин относится к числу тех патологических состояний, которые могут существенно влиять на психоэмоциональный статус, вызывая состоя-

ние хронического стресса. Нередко дополнительными травмирующими факторами являются семейные, бытовые, служебные трудности, поскольку, как правило, они связаны с затратами большого количества времени на посещение лечебных учреждений, с противоречивым диагнозом, с немалыми финансовыми расходами. Болезненная фиксация на собственном бесплодии, порой одержимость идеей материнства в сочетании с высокой сензитивностью, формирует так называемый синдром репродуктивной неполноценности, возникают расстройства психоэмоциональной и сексуальной сфер. Формируется механизм «порочного круга». Отсутствие контроля за репродуктивной способностью собственного тела – чудовищный личный кризис, удар по отношению к своему собственному Я, по сексуальным отношениям, так как они начинают казаться механическими. В ответ на длительную психогению возникает множество психосоматических заболеваний с вовлечением других органов и систем. У ряда женщин, страдающих бесплодием, отмечаются различные психосоматические расстройства.

При изучении роли психологических факторов в генезе бесплодия были отмечены следующие особенности (Дейнека Н.В., Мельченко Н.И., 2001). Соматизация тревоги с формированием соматической симптоматики наблюдается у 70,7% женщин; она свидетельствует о психосоматическом варианте реагирования. У ригидных личностей аффективно насыщенные переживания по поводу бесплодия в сочетании с ипохондрическими тенденциями способствуют формированию у них трудно корригируемых концепций заболевания. У 30,7% больных отмечаются признаки дезинтеграции личности и выраженного стресса, у 28% – трудности адаптации. Черты мужественности, независимости, стремление к эмансипации, доминированию, которые можно рассматривать как нарушение полоролевой идентификации, выявляются у 69,3% пациенток, из них 59,6% – в сочетании с эндокринными формами бесплодия.

В целом для женщин, страдающих бесплодием, характерны: эмоциональная незрелость; пассивное отношение к конфликту; ориентация на социальные нормативы; преобладание таких защитных реакций, как проекция. Психоэмоциональное состояние характеризуется эмоциональной лабильностью, повышенной раздражительностью, переживанием чувства обиды и несправедливости. Повышенный уровень тревожности, отражающий наличие синдрома психоэмоциональной напряженности, выявляется у 68% женщин. Анализ результатов психологического обследования женщин с бесплодием свидетельствует о целесообразности проведения с ними психокоррекционной работы. Характер проблемы, на наш взгляд, определяет стратегию индивидуального консультирования. Выбор той или иной техники коррекционной работы обусловлен индивидуальными особенностями пациентки. Опыт работы с данной категорией пациенток мы освятим в данной статье.

В практической психокоррекционной работе с психологической составляющей, обусловливающей проблему зачатия, особое внимание уделялось аффективной сфере. У большинства женщин, испытывающих затруднения в вопросе рождения ребенка, имеются нарушения психоэмоциональной сферы и присутствует большое количество страхов. Диагноз – бесплодие звучит как приговор. В связи с этим формируется состояние одержимости, доминирования мыслей о несостоятельности в репродуктивной сфере. Нарастает чувство тревоги, а иррацио-

нальные идеи самообвинения способствуют усилению депрессивной симптоматики. Еще одним вариантом взаимосвязи нарушений репродуктивной функции и психического состояния женщины может быть формирование в результате ряда неудач сверхценности ребенка и установки на неудачу, что в соответствии с идеями Г.Н. Крыжановского можно интерпретировать как возникновение неадекватно усиленных доминантных отношений, ведущих к чрезмерному торможению сопряженных систем и усилению альтернативных или патологических доминант (Крыжановский Г.Н., 1980).

В нашей работе особое внимание было уделено работе с фиксациями женщин на негативно окрашенных переживаниях и работе с дезадаптивными мыслями. Психотерапия проводилась в русле когнитивно-поведенческой терапии. По современным исследованиям в области психотерапии, проведенным как ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения), так и Министерством здравоохранения США, когнитивно-поведенческая психотерапия является наиболее эффективным средством лечения большинства душевных расстройств. Среди проблем, с успехом поддающихся лечению данным методом психотерапии, являются тревожные расстройства, зависимости, навязчивости, фобии, сексуальные расстройства и т.д. Она также дает великолепные результаты при лечении неврозов, депрессии и панических атак. Кроме того, краткосрочность данного метода послужила еще одним доводом для выбора именно этого метода при работе с нашими пациентками.

В рамках исследования мы обнаружили, что для женщин, испытывающих затруднения в вопросе рождения ребенка, характерны следующие особенности: недостаточность способности к социальной адаптации, дезадаптивные формы реагирования на стрессовые ситуации, общая инфантильность, обусловливаемые повышенным уровнем личностной и ситуативной тревожности; заниженной самооценкой или компенсировано заниженной самооценкой, эмоциональной неустойчивостью; осложненные отношения с другими людьми, прежде всего – близкими, деструктивный, конфликтный опыт отношений с собственной матерью, сочетающиеся с зависимостью от других, подавленной агрессией разной направленности. Именно эти особенности и являются основной мишенью в проводимой нами психокоррекционной работе.

Диагностика психоэмоционального статуса проводилась с помощью опросника депрессии Бека и теста на тревожность Спилбергера Ханина (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003). Кроме того, применялись элементы телесно-ориентировочных методов и аутогенной тренировки. В конце каждого занятия целесообразно давалось домашнее задание с элементами аутотренинга, что в значительной степени повышает результативность психокоррекции. В коррекционной работе помимо работы с дезадаптивными убеждениями проводилась работа, направленная на гармонизацию личности (в том числе умение взять ответственность за свою жизнь на себя). Выход из узкого эгоцентричного мира.

По нашим данным, после проведения психокоррекционной работы наблюдалась положительная динамика психологического состояния. Отмечались оптимизация эмоциональной сферы, снижение эго-напряженности, тревожности (особенно реактивной), ригидности, озабоченности, признаков аффективно-экзальтированного и аффективно-лабильного типов реагирования, признаков

эгоцентрической акцентуации, повышалась открытость во взаимодействии. По мнению самих пациенток, психологические консультации по результатам тестирований позволили им скорректировать свои ориентации, отношение к своим личностным проблемам, более конструктивно и спокойно посмотреть на проблему отсутствия детей. Эти консультации помогли им получить информацию по вопросам релаксации, обсудить свои проблемы, а также получить психологическую поддержку, в которой они нуждались.

Особенности апатоабулического синдрома в аспекте временного фактора

Ботбаев А.А.
Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан, г. Бишкек

Актуальность обусловлена распространенностью шизофрении в популяции, отсутствием однозначного мнения в вопросе развития апатоабулического синдрома и его влияния на процессы адаптации у лиц, страдающих шизофренией; экономическими потерями государств. Стоит также учесть, что сегодня реабилитационные программы пациентов с шизофренией построены по принципу эмпирического подбора метода реабилитации.

Цель исследования: изучить взаимообусловленность психических процессов и их влияние на особенность структуры апатоабулического синдрома при шизофрении.

Задачи исследования:

1. Выделить типологические характеристики и особенности шизоформных симптомокомплексов на клинико-психологическом и патопсихологическом уровне.

2. Идентифицировать особенность структуры апатоабулического синдрома, обусловливающего формирование специфических преобладающих клинико-психологических механизмов.

3. Идентифицировать клиникопсихологические механизмы при апатоабулическом синдроме как оптимизирующем факторе, способствующем формированию дифференциально-диагностических и терапевтических подходов.

Материал исследования: 60 пациентов с обострением основного заболевания, проходящих стационарное лечение на базе РЦПЗ г. Бишкек. Когорту, составленную из всех респондентов, наблюдали на протяжении ближайших трех недель после повторной госпитализации в связи с обострением основного расстройства.

Методы исследования: опросник индекса жизненного стиля Келлермана-Плутчика-Конте; стандартизированная шкала Айзенка; Шкала PANSS; программа по статистической обработке данных SPSS Statistics с использованием методики факторного анализа.

Были выделены следующие симптомокомплексы:

- Фактор 1: галлюцинации, соматическая озабоченность, бред, чувство вины, напряженность, загруженность психическими переживаниями;

- Фактор 2: притупление аффекта, моторная заторможенность, малоконтактность, активная социальная устраненность, эмоциональная отгороженность, расстройство мышления;

- Фактор 3: нарушение внимания, идеи величия, подозрительность, тревога, враждебность, трудность в общении;

- Фактор 4: дезориентированность, нарушение абстрактного мышления, ослабление контроля импульсивности;

- Фактор 5: стереотипность мышления, нарушение спонтанности и плавности речи, снижение критичности к своему состоянию.

Выделенные симптомокомплексы имеют неоднородную взаимосвязь с такими показателями, как личностная направленность, ОНЗ, процессы мышления.

По результатам статистических данных, у экстравертов превалирует первый и третий факторы ($p < 0,05$). У интровертов превалирует второй и четвертый факторы ($p < 0,05$). У женщин превалирует первый и третий факторы ($p < 0,05$). У мужчин превалирует второй и четвертый факторы ($p < 0,05$). Общая напряженность защит имеет прямую связь с первым фактором ($r = 0,414$; $p < 0,05$) и обратную ($r = –0,537$; $p < 0,05$) с четвертым фактором. Операция мышления обобщение имеет прямую, сильную связь ($r = 0,811$; $p < 0,05$) с пятым фактором. У респондентов с экстравертированной личностной направленностью превалирует параноидный регистр симптомов, тогда как для интровертов более характерен аутистический в сочетании с аффектом растерянности.

Структурный анализ полученных данных позволяет свидетельствовать о корреляционных взаимосвязях в системе параметрических данных, где параноидный фактор имеет прямую, среднюю связь с ОНЗ ($r = 0,414$; $p < 0,05$). При аутистическом факторе обратная, средняя связь с ОНЗ ($r = –0,537$; $p < 0,05$).

Операция мышления обобщение является системообразующим фактором в процессе формирования расстройств шизоформного спектра с преимущественными когнитивными нарушениями (пятый фактор – $r = 0,811$; $p < 0,05$). Апатоабулический синдром является многофакторным клиникопсихологическим и патопсихологическим образованием, динамика которого обусловлена влиянием ОНЗ, операции мышления обобщение, что должно учитываться в процессе дифференциальной диагностики, терапевтическом подходе и психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией.

Метод духовной саморегуляции в профилактике психических расстройств у детей

Букатая Л.П.

АКОО «Институт духовного видения и мировоззренческих позиций», г. Барнаул

Алтайская краевая общественная научно-исследовательская организация «Институт духовного видения и мировоззренческих позиций» (ИДВиМП) занимается изучением вопросов духовно-нравственного развития личности человека,

а также оказывает помощь в решении проблем здоровья, воспитания. В частности, проводится научно-практическая работа по изучению закономерностей и механизмов самооздоровления человека и общества, по обучению методам активного самооздоровления на основе внутренних резервных сил человека, а также осуществляются исследования по влиянию этических норм на функциональную деятельность человека.

Довольно часто к нам обращаются родители детей с психическими заболеваниями, которым уже оказывается квалифицированная медицинская помощь. Но проблема состоит в том, что у одних детей наблюдаются проявления аллергической реакции, а других беспокоит сильная заторможенность психических процессов от принимаемых лекарств.

В основе нашей помощи в решении различных проблем, в том числе и вышеупомянутой, лежит духовно-просветительская и энергоинформационная работа. В частности, помощь детям (и не только) с психическими заболеваниями осуществляется через родителей и не заменяет медицинское лечение, но существенно дополняет его. Результаты такой совместной работы (врач – родитель – специалист ИДВиМП) удовлетворяют родителей, так как при этом улучшается их психологическое состояние, а также здоровье их детей.

Накопленный нами опыт послужил основой для создания в 2000 г. клуба «Лотос», объединяющего родственников людей, имеющих психические заболевания. Инициатором его работы и куратором была Н.М. Березикова, доцент кафедры психиатрии Алтайского государственного университета. Клуб работает и по настоящее время. В разное время на встречах присутствовало от 5 до 20 чел., у которых близкие люди страдают шизофренией, эпилепсией и т.д. Встречи в клубе помогают родителям узнать много нового, того, что помогает понять себя, лучше узнать внутренний мир своего ребенка, отличный от большинства других детей. Здесь родители находят взаимоподдержку, обмениваются опытом общения со своим ребенком.

Члены клуба активно посещают другие занятия нашего института:

1. Просветительский лекторий «Культура – путь к здоровью», который с 2009 г. и по настоящее время работает на базе Алтайской краевой универсальной научной библиотеки им. В.Я. Шишкова с участием ученых, специалистов различных сфер знаний.

2. Семинар дополнительного образования взрослых «Самооздоровление методом духовной саморегуляции», авторская программа которого разработана сотрудниками нашей организации. Этот базовый семинар предназначен как для различных групп специалистов, так и для широкого круга людей, заинтересованных в своем выздоровлении и повышении качества собственной жизни. Этот семинар лег в основу следующих разработанных нами проектов:

а) проект «Культура мышления – основа здоровья» (грант администрации Алтайского края, 2008 г.). Целевая аудитория проекта: родители, обеспокоенные психическим состоянием своих детей. В рамках проекта решаются основные задачи повышения компетентности родителей в области формирования целостного мировоззрения и его взаимосвязи со здоровьем; знакомство с методом духовной саморегуляции, способствующим самооздоровлению, самовоспитанию и профилактики заболеваний; проведение цикла семинаров;

б) проект «Поможешь себе – поможешь семье» (грант губернатора Алтайского края, 2009 г.). Целевая аудитория проекта: родители учащихся специальных (коррекционных) школ-интернатов для детей с ограниченными возможностями здоровья г. Барнаула. В рамках проекта решаются задачи, аналогичные проекту «Культура мышления – основа здоровья», формируются навыки родителей помогать себе и своим близким в семье.

Особо хочется обратить внимание на опыт непосредственной работы с детьми, имеющими психические проблемы развития, члена клуба «Лотос» Е.А. Кондрашкиной, социального педагога дошкольного образования. Следует отметить, что ее профессиональная переориентация с бухгалтера на педагога произошла после занятий в нашем институте, куда она первоначально обратилась с проблемой своего серьезного заболевания и отсутствием возможности оперативного лечения из-за проблем своих детей. Положительные результаты в решении собственной проблемы здоровья и осознание в этом процессе смысла своей профессиональной жизни подвигло Е.А. Кондрашкину на получение педагогического образования. Появилась удовлетворенность в работе, что положительно сказалось и на психологическом климате в семье.

Основываясь на опыте работы этого талантливого педагога в дошкольных образовательных учреждениях, в том числе с детьми с проблемами психического развития, на базе ИДВиМП в 2011 г. была впервые создана группа кратковременного пребывания детей дошкольного возраста «Наши звёздочки». В группе из 5 чел. одновременно присутствовали 2 ребенка с аутизмом, один с синдромом Даунa, ребенок с глубоким нарушением слуха и только один здоровый ребенок. Все дети после года занятий, по заключениям специалистов, имеют положительные результаты своего развития. В настоящее время группа временного пребывания преобразована в домашний детский сад, где полный рабочий день находятся четыре аутиста и один здоровый ребенок. И в домашних условиях в детской группе постоянно проводят занятия с детьми психолог и музыкальный работник.

Мы хотели бы обратить внимание на опыт работы этого педагога с детьми с нарушением психики, очень сложными в своем общении. По словам самого педагога, ему помогает практика использования метода духовной саморегуляции, что помогает в профессиональном плане избежать синдрома эмоционального выгорания (довольно частой проблемы не только педагогов, но и врачей), сохранить свое психологическое и физическое здоровье.

Метод духовной саморегуляции разработали и практикуют члены нашей организации. Практикующий стремится соединиться с высшими уровнями своего сознания, своим духовным стержнем через христианскую культуру очищения покаянием, внутреннее собеседование, прочувствование. В связи с этой внутренней работой происходят процессы саморегуляции на материальном плане – реальные положительные изменения в психологическом, физическом здоровье. Очень важно для духовного развития то, что этот метод дает возможность видеть причины проблем, в том числе и здоровья, и пути их не только решения, но и профилактики. В дальнейшем появляется возможность самим практикующим помогать не только себе, но и своим близким.

Цель данной информации не только в том, чтобы поделиться опытом нашей работы, связанной с психическими заболеваниями, но и предложить воз-

можное участие в совместных проектах, например, в совместной помощи больным, в проведении практических занятий по методу духовной саморегуляции для врачей в рамках работы факультета повышения квалификации работников здравоохранения.

Сравнительная оценка заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения трех территорий Сибири

Васильева Н.А.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Анализ данных медицинской статистической отчетности и результаты эпидемиологических исследований на отдельных территориях Сибирского федерального округа, проведенных 2007-2011 гг., показывают довольно значительные различия показателей первичной и общей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения изучаемых территорий. Среди факторов, определяющих ситуацию в регионе, существенное значение имеют ресурсы специализированной психиатрической помощи, уровень децентрализации, изменения организационных форм учета, отношения общества к проявлениям психических расстройств и к психиатрической службе, а также социально-демографические особенности территорий.

Непсихотические психические расстройства в общей структуре первичной заболеваемости психической патологией в СФО имеют максимальный удельный вес и составляют в последние годы от 82% (2004 г.) до 75% (2010 г.). В динамике с 2000 по 2010 гг. в СФО наблюдается рост показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера с 252,5 до 321,1 на 100 тыс. единиц населения.

Было проведено сравнительное изучение показателей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения трех территорий – Томской и Кемеровской областей и Республики Бурятия.

Психиатрическая служба Томской области (ТО) характеризуется высоким уровнем обеспеченности населения врачами-психиатрами и психиатрическими койками, значительно превышающим региональные и республиканские показатели, централизацией психиатрической помощи, а также в ТО высок удельный вес городского населения – 65%. Для психиатрической службы Кемеровской области (КО) характерна высокая степень децентрализации психиатрической помощи, внебольничная служба представлена 10 диспансерами, население КО преимущественно городское. Население Бурятии большей частью сельское (61%), этнически неоднородное, психиатрическая служба представлена республиканским психоневрологическим диспансером и кабинетами при ЦРБ.

В общей структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами населения ТО максимальный удельный вес имеют непсихотические психические расстройства, которые составляют в ТО 76-64% (2006-2007 гг.). Анализ

первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения Томской области показывает ежегодный рост этого показателя, с 301,4 (1998 г.) на 100 тыс. единиц населения до 473,8 (2007 г.). Он превышает аналогичные динамические показатели по РФ и СФО. Для Кемеровской области также характерен рост этого показателя, но он существенно ниже средних величин по СФО. Для республики Бурятия отмечается значительный рост показателей первичной заболеваемости НР за последние десять лет, но они остаются одними из наименьших в регионе.

На территории ТО контингенты впервые выявленных больных с непсихотическими расстройствами, взятые под диспансерное наблюдение, за последние 10 лет выросли с 13,4 до 28,7 на 100 тыс. единиц населения, а число больных непсихотическими расстройствами, обратившихся за консультативно-лечебной помощью, увеличилось с 288,0 до 445,1 на 100 тыс. единиц населения. В КО первый показатель уменьшился с 62,2 до 39,8 на 100 тыс. единиц населения, второй увеличился с 132,1 до 168,6 на 100 тыс. единиц населения. В Бурятии отмечаются иные соотношения показателей, консультативные показатели ниже либо равны диспансерным.

Наряду с общими показателями заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами были проанализированы возрастные показатели. Максимальные показатели зарегистрированы среди детского населения ТО, обратившегося впервые за консультативно-лечебной помощью, при этом в 1999-2005 гг. наблюдался их отчетливый рост. Для детского населения КО отмечается рост показателей первичной заболеваемости, но не достигает средних по округу.

Рассматривая показатели общей заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера населения ТО, отметим, что для диспансерного контингента характерны стабильные показатели, ниже, чем в РФ и СФО. Для контингентов больных, получающих консультативно-лечебную помощь на конец года, наблюдается отчетливый рост показателей – с 1558,2 (1999 г.) до 1895,6 (2007 г.), значительно опережающих аналогичные показатели для РФ и СФО. Для населения КО характерен рост показателей общей заболеваемости, при этом показатели диспансерного учета превышают средние по Сибирскому округу, а контингенты больных, получающих консультативную помощь, ниже средних по округу.

Для диспансерного контингента республики Бурятии показатели общей заболеваемости соответствуют среднеокружным, число больных, получающих консультативно-лечебную помощь, на конец года в 3-4 раза меньше, чем по Сибирскому округу. Наблюдается опережающий рост показателей болезненности по сравнению с заболеваемостью, так, первые увеличились в пять раз, вторые только в два раза, что свидетельствует о накоплении больных на диспансерном учете.

Таким образом, показатели заболеваемости на трех сравниваемых территориях имеют существенные различия, для психиатрической службы Томской области характерны более высокие показатели первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера в сравнении с региональными и республиканскими, максимальные показатели заболеваемости и болезненности зарегистрированы среди детского населения г. Томска.

Уровень социальной адаптации больных депрессивными расстройствами в зависимости от наличия коморбидного тревожного расстройства

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

При коморбидном сочетании депрессивных и тревожных расстройств определяемый уровень качества жизни оказывается ниже, чем при наличии одного из данных расстройств (Gorman J.M., 1996; Lochner C. et al., 2003). Изучение качества жизни и социальной адаптации больных с коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами может помочь не только в оценке степени тяжести имеющихся расстройств и эффективности проводимой терапии, но и в создании программ социально-психологической реабилитации данной категории больных.

Цель: изучение влияния клинических характеристик на показатели социальной адаптации пациентов с депрессивными расстройствами, с наличием и отсутствием коморбидного тревожного расстройства.

Материал и методы исследования: на базе отделения аффективных состояний клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН нами было обследовано 140 пациентов (107 женщин и 33 мужчины). Из них основную клиническую группу составили 70 чел. с верифицированным диагнозом депрессивного расстройства (депрессивный эпизод – ДЭ, рекуррентное депрессивное расстройство – РДР, дистимия) и коморбидного тревожного расстройства (паническое расстройство – ПР), генерализованное тревожное расстройство – ГТР, другие смешанные тревожные расстройства, агорафобия с ПР и социальная фобия) в соответствии с критериями МКБ-10. В группу контроля вошли больные, страдающие депрессивным расстройством без наличия коморбидного тревожного расстройства. Распределение пациентов в исследуемых группах по полу не имело статистически значимых различий ($p > 0,05$). При этом как в основной (74,3% – 52 чел.), так и в контрольной (78,6 % – 55 чел.) группах преобладали женщины. По возрасту пациенты основной (45,6 ± 12,7лет) и контрольной (49,4 ± 11,6 лет) групп были сопоставимы ($p > 0,05$).

Анализ нозологической структуры депрессивных расстройств в основной и контрольной группах указал на отсутствие статистических различий ($p > 0,05$). Для субъективной оценки степени тяжести депрессии пациентам предлагалось заполнить шкалу самооценки депрессии Бека (Beck A.T. et al., 1961), степени выраженности тревоги – шкала тревоги Шихана (Sheehan D.V., 1983). С целью определения уровня социальной адаптации нами использовалась шкала социальной адаптации (Social Adaptation Self – evaluation Scale, Bosc M. et al, 1997), созданная специально для депрессивных больных. Данная шкала позволяет оценить степень удовлетворенности пациентов различными сферами жизнедеятельности (Суровцева А.К., 2005). В зависимости от общего количества баллов по данной шкале до начала лечения пациенты основной и контрольной групп были разделены на три подгруппы. Подгруппа I – пациенты с плохой социальной адаптацией (от 0 до 22 баллов), подгруппа II – пациенты с затрудненной социальной адаптацией (от 22 до 35 баллов) и подгруппа III – пациенты с хорошей социальной адаптацией (от 35 до 52 баллов).

Результаты исследования: изучение взаимосвязей между клиническими особенностями и уровнем социальной адаптации в исследуемых группах касалось нозологической структуры депрессивных расстройств и степени выраженности депрессии и тревоги. Распределение пациентов с разным уровнем социальной адаптации в зависимости от нозологической принадлежности депрессивных расстройств для контрольной группы представлено в таблице 1, основной группы – в таблице 2.

Таблица 1

Нозологическая структура депрессивных расстройств в подгруппах с разным уровнем социальной адаптации в контрольной группе

Уровень социальной адаптации	ДЭ		РДР		Дистимия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I подгруппа (плох.)	4	12,5	7	22,6#	1	14,3
II подгруппа (затрудн.)	19	59,4*	20	64,5*	5	71,4*
III подгруппа (хорош.)	9	28,1#	4	12,9	1	14,3
Всего	32	100	31	100	7	100

Примечание: * $p < 0,05$, где * – внутригрупповые различия, # $p < 0,05$, где # – межгрупповые различия

Анализ данных таблицы 2 показал, что в контрольной группе как в случае ДЭ, так и в случае РДР и дистимии большую долю ($p < 0,05$, X^2-статистика) составили пациенты с затрудненной социальной адаптацией. Статистический расчет выявил различия в уровне социальной адаптации при ДЭ и РДР: у пациентов с РДР чаще встречалась плохая социальная адаптация, с ДЭ – хорошая социальная адаптация ($p < 0,05$, X^2-статистика).

Таблица 2

Нозологическая структура депрессивных расстройств в подгруппах с разным уровнем социальной адаптации в основной группе

Уровень социальной адаптации	ДЭ		РДР		Дистимия	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I подгруппа (плох.)	6	18,2	11	40,7#	1	10
II подгруппа (затрудн.)	21	63,6*#	12	44,5	9	90**
III подгруппа (хорош.)	6	18,2#	4	14,8	0	0
Всего	33	100	27	100	10	100

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, где * – внутригрупповые различия, # $p < 0,05$, где # – межгрупповые различия

Как видно из таблицы 2, группа пациентов с затрудненной социальной адаптацией оказалась самой многочисленной при ДЭ – 63,6% ($p < 0,05$, X^2-статистика) и дистимии – 90% ($p < 0,01$, X^2-статистика) в основной группе. При межгрупповом сравнении уровня социальной адаптации при ДЭ и РДР выяснилось, что при ДЭ частота встречаемости плохой и затрудненной социальной

адаптации ниже, а хорошей социальной адаптации выше по сравнению с РДР ($p < 0,05$, X^2-статистика).

Межгрупповое сравнение (между основной и контрольной группами) уровня социальной адаптации в зависимости от нозологической структуры депрессивных расстройств показало, что в основной группе при ДЭ удельный вес пациентов с хорошей социальной адаптацией меньше (на 10,1%), а при РДР доля пациентов с плохой социальной адаптацией больше (на 18,1%) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$, X^2-статистика).

С целью определения степени связи между показателями социальной адаптации и уровнем депрессии и тревоги в основной и контрольной группах нами использовался корреляционный анализ Пирсона. Полученные результаты показали, что в контрольной группе с увеличением степени тяжести депрессии ухудшаются показатели социальной адаптации ($r = –0,44$, $p < 0,01$), при этом уровень тревоги, регистрируемый по шкале Шихана, не оказывает влияния на данные показатели ($r = –0,09$, $p > 0,05$). В основной группе, напротив, данные показатели были тесно взаимосвязаны с тяжестью тревоги (с ее увеличением снижался уровень социальной адаптации ($r = –0,26$, $p < 0,05$) и не зависели от степени выраженности депрессии ($r = –0,18$, $p > 0,05$).

Сочетание депрессивного расстройства с тревожным расстройством несколько изменяет отмечаемые при депрессии без коморбидного тревожного расстройства различия в уровне социальной адаптации в зависимости от нозологической принадлежности: связь ДЭ с более лучшей социальной адаптацией, чем в случае РДР, становится менее выраженной, а связь РДР с плохой социальной адаптацией более тесной. Отмечаемая при депрессивных расстройствах обратная зависимость показателей социальной адаптации от степени выраженности депрессии, при появлении коморбидного тревожного расстройства исчезает и на первый план выступает более заметное влияние тяжести тревоги на ухудшение показателей социальной адаптации.

Диагностика и терапия психических расстройств у пациентов общемедицинской практики

Вдовина М.Г.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Распространенность психических расстройств в общей медицинской практике достигает, по данным разных авторов, от 30 до 70%. При этом их диагностика и терапия носят недостаточный характер, что негативно сказывается на организации медицинской помощи соответствующей категории больных.

У пациентов общей медицинской практики встречаются практически все известные психические расстройства, однако некоторые из них имеют особую актуальность. К таким расстройствам в первую очередь относятся те, которые протекают в форме различных соматизированных синдромов и имитируют серьезные соматические заболевания – ишемическую болезнь сердца (ИБС), бронхиальную астму, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), урологические,

гинекологические и другие болезни. Кроме того, у пациентов общей медицинской практики соматические заболевания сочетаются с разнообразными невротическими и соматоформными расстройствами (конверсионными, ипохондрическими, тревожными, тревожно-фобическими, паническими атаками), с депрессивными расстройствами различной структуры и глубины. Нередко встречаются и более тяжелые психические расстройства – различные варианты шизофрении (резидуальной, неврозоподобной), протекающие в форме затяжных ипохондрических состояний, а также нервная анорексия (чаще на начальных этапах болезни либо в стадии кахексии, требующей реанимационных мероприятий).

В общей медицине выделяют ряд функциональных соматических заболеваний. В различных клиниках преобладают функциональные расстройства определенных физиологических систем организма: в кардиологии – синдром нейроциркуляторной дистонии, в гастроэнтерологии – синдром раздраженной кишки, в артрологии – синдром фибромиалгии и др.

Все эти синдромы объединяет, в частности, характер доминирующих переживаний пациента – страх потери той или иной жизненно важной функции; который, как правило, является эквивалентом тех или иных психопатологических расстройств. Игнорирование психосоматической составляющей болезни в этих случаях, установка на «узаконивание» исключительно соматического диагноза даже как варианта функционального расстройства могут способствовать формированию порочного круга постоянных малоэффективных обследований, когда упускается время для оказания необходимой медицинской помощи.

Современное развитие клинической психиатрии предполагает интеграцию специализированной психиатрической помощи в широкую медицинскую практику. Разработка алгоритма оказания психиатрической помощи в общей медицинской практике, особенно диагностике, принципы междисциплинарного сотрудничества при терапии психических расстройств являются основной задачей в развитии этого прогрессивного вида медицинских технологий.

Наиболее перспективная тактика организации эффективной психиатрической помощи пациентам общей медицинской практики на настоящем этапе развития медицины в стране предполагает налаживание реального взаимодействия между специалистами различного профиля для выработки оптимальных диагностических, терапевтических, реабилитационных программ, их активное внедрение в повседневную практику.

В процессе выявления и терапии психических расстройств у больных в общей медицинской практике необходимо учитывать некоторые общие положения. Оценивая генез выявленных психических расстройств, следует иметь в виду, что эти расстройства могут быть соматогенными, то есть непосредственно связанными с имеющимся соматическим заболеванием. Поэтому в таких случаях очень важно учитывать характер соматического заболевания, его тяжесть, прогноз, возможные осложнения, связанные с терапией. Помимо этого обусловленность и своеобразие различных психических расстройств у соматически больного определяется наличием у него тех или иных психических девиаций – личностных, невротических – либо какого-нибудь психического заболевания. Соответственно, в этих случаях необходимо дифференцировать различные варианты психосоматических и соматопсихических соотношений. С их

учетом могут быть построены клинические модели диагностики, терапии и реабилитации больных с психическими расстройствами, страдающих соматическими заболеваниями.

Выделяют три типа таких соотношений:

1. Симптоматические соотношения, при которых психические расстройства развиваются как преимущественно соматогенные или психогенные.

2. Заместительный тип соотношений, когда психические расстройства имитируют соматическую патологию.

3. Независимые соотношения, при которых соматические и психические расстройства сосуществуют.

Структура и диагностика психических расстройств, актуальных в общей медицинской практике:

1. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

1.1. Тревожные расстройства.

1.2. Соматоформные расстройства.

1.3. Конверсионные расстройства.

1.4. Ипохондрические расстройства.

2. Депрессивные расстройства.

3. Принципы терапии психических расстройств у пациентов общей медицинской практики.

Лечение пациентов общей медицинской практики, страдающих психическими расстройствами, должно быть комплексным и осуществляться интернистом, психиатром, психотерапевтом. При лечении тревожно-фобических, конверсионных, соматоформных, ипохондрических расстройств препаратами первого ряда являются транквилизаторы, поскольку именно они обладают необходимым спектром терапевтической активности – анксиолитическим, седативным, вегетостабилизирующим. Показаны транквилизаторы бензодиазепинового ряда. До последнего времени наиболее популярными были феназепам, диазепам, альпразалам. Другими преимуществами транквилизаторов являются их высокая эффективность, быстрое достижение терапевтического эффекта. Однако транквилизаторы бензодиазепиновой структуры обладают и существенными побочными эффектами – чрезмерная седация, нарушение координации, внимания, мышечная слабость, нарушения когнитивных функций при длительном приеме. Помимо этого, все производные бензодиазепинов могут в той или иной степени вызывать привыкание и синдром отмены, который проявляется вегетативными расстройствами (гипергидроз, нарушения пищеварения, тахикардия), расстройствами сна, головокружениями, эмоциональной лабильностью.

Основными задачами лечения депрессивных расстройств являются: уменьшение и дальнейшее полное купирование депрессивной симптоматики; восстановление социально-психологических и производственных функций больного на доболезненном уровне; сведение до минимума риска вероятного обострения и повторного приступа.

В терапии депрессивных расстройств можно выделить два основных направления:

- психофармакологическое;
- психотерапевтическое.

Первое направление представлено специфической группой препаратов психотропного действия – антидепрессантами. Для лечения депрессий в настоящее время имеется широкий арсенал препаратов. В клинической практике, особенно в общесоматическом звене, до настоящего времени препаратами выбора остаются трициклические антидепрессанты. Однако применение их сопряжено с целым рядом побочных эффектов, связанных, прежде всего, с холинолитическими свойствами этих препаратов. Опасность их применения в общесоматической практике обусловлена тем, что диапазон между терапевтически эффективной и токсической дозами у них невелик и, следовательно, они требуют осторожности в подборе дозы. В связи с этим в настоящее время средствами первого выбора при лечении депрессивных расстройств, особенно соматизированных, симптоматических и коморбидных вариантов, становятся антидепрессанты нового поколения – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Выбор препарата определяется клинической картиной заболевания. При терапии депрессий главное значение имеют структура синдрома и его выраженность, а также тип течения депрессии. Должны учитываться также возраст пациента, его соматическое состояние, опыт лечения в анамнезе. Подбор адекватной дозы антидепрессантов остается одним из наиболее сложных вопросов терапии депрессий.

Применение второго психотерапевтического направления – должно быть последовательно-ступенчатым. Общим принципом в этом направлении должно быть последовательное повышение психотерапевтической активности по мере редукции депрессивной симптоматики.

В заключение необходимо подчеркнуть, что при взаимодействии модели интегративной медицины врачу-психиатру и врачу-интернисту отводятся разные роли. Вердикт группы экспертов ВОЗ гласит: «Критическим вопросом является не то, как врач общей практики сможет вписаться в службу психического здоровья, а то, как психиатр сможет наладить эффективное сотрудничество со структурами первичной медицинской сети и усилить роль врача-интерниста, выступающего в качестве члена команды психического здоровья».

Психические расстройства у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание беременности)

Вдовина М.Г., Кучеренкова Н.О.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В последние годы возрастает интерес к проблеме психических расстройств, возникающих во время беременности. По мнению ряда авторов, различные психические нарушения встречаются у 29-80% женщин.

Необходимо отметить, что особенностью современной ситуации в нашей стране является снижение уровня рождаемости, повышается количество осложненных беременностей и родов, снижается уровень здоровья новорожденных. Одной из причин данной тенденции является нестабильная социально-

экономическая ситуация, которая неблагоприятно сказывается на психической сфере женщины. Негативные эмоции порождают сдвиги на психофизиологическом уровне, это влечет за собой снижение качества здоровья матери и, как следствие, ребенка.

Беременность является чрезвычайно сильным эмоциональным фактором в жизни женщины, оказывающим глубокое влияние на ее психосоматическую организацию. Беременность влияет как на физиологические процессы, так и на психическую деятельность. При беременности у женщины изменяется психика, ее отношение к окружающим, она по-особому реагирует на внешние и внутренние раздражители. Психика беременной женщины заполнена своими собственными ощущениями, она влияет на функции нейро-гуморальной системы, изменяется реактивность всего организма, включая и психическую сферу.

Психическое состояние беременных в значительной степени является результатом взаимодействия, по крайней мере, двух основных факторов – экстрагенитальных и собственно генитальных. Помимо этого, на психический статус беременной женщины оказывают влияние ее социально-психологические и индивидуально-психологические особенности.

Психический и психосоциальный стресс может привести к осложнениям при беременности. Ряд исследователей указывают, что психические заболевания, психоэмоциональные перегрузки, особенности личности и неадекватные механизмы преодоления стресса могут явиться причиной спонтанного аборта. Конфликты во время беременности повышают уровень тревоги.

Важнейшей и актуальной проблемой нарушения репродуктивного здоровья является такое состояние, как «привычное невынашивание» беременности. Эта проблема стоит очень остро в современной медицине, по данным статистики, 15-25% беременностей завершаются самопроизвольным абортом.

Поиски решения этой важной для общества проблемы актуализируют исследовательские задачи, связанные с ранним выявлением симптомокомплексов, свидетельствующих о нарушениях физиологического процесса беременности. Одним из них является эмоциональное состояние женщины (депрессивные состояния, высокий уровень тревоги, наличие страхов, острый и хронический стресс).

При угрозе невынашивания беременности возникают непреодолимые тревожные ощущения, страх вплоть до панических атак, особенно после осознания проблемы и ее интрапсихической переработки. Привычное невынашивание беременности как выраженная во времени психотравмирующая ситуация характеризуется тревогой, разнообразными депрессивными реакциями, в том числе скрытыми и атипичными.

В литературе описано, что беременные женщины с медицинским диагнозом «привычное невынашивание» отличаются эмоциональной неустойчивостью, раздражительностью, высоким уровнем личностной тревожности, сензитивностью, мнительностью, астеничностью, неадекватной самооценкой.

Исходя из вышесказанного, можно с полной уверенностью считать, что выявление психической патологии у беременных женщин необходимо для сохранения беременности, правильной мотивации в родах. Нормальное состояние психической деятельности беременной женщины напрямую сказывается на пси-

хике будущего ребенка. Поэтому для благоприятного вынашивания и рождения ребенка необходимы своевременная диагностика психических расстройств и оказание помощи беременной женщине.

Клинические варианты и лечение задержки психического развития с аутистикоподобным синдромом у детей

Ведяшкин В.Н., Буренкова И.Г., Малыхина Т.П.
КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», г. Барнаул

Здоровье детей определяет формирование нации будущего, ее социальное благополучие, интеллектуальный потенциал, развитие производственных сил, морально-нравственную атмосферу общества в целом. Рост психической патологии среди детского населения, которая приводит к нарушению социальной продуктивности, серьезно осложняет развитие многих общественных институтов. Поэтому скрупулезная диагностика и адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия приобретают особую важность в детской психиатрии.

За последнее десятилетие значительно увеличилось число детей, страдающих задержками психического развития с аутистикоподобными проявлениями. Об этом свидетельствует постоянное увеличение в Алтайском крае количества детей-инвалидов по заболеваниям, относящимся по отчетным формам к разделу «хронические неорганические психозы» с 15,1 на 100 тыс. единиц детского населения в 2005 г. до 45,0 на 10 тыс. в 2012 г. В структуре этого раздела нозологии именно аутистического спектра занимают ведущее место.

Еще такие клиницисты, как Arnvan Krevelen (1952), С.С. Мнухин с соавторами (1967), выдвигали концепцию органического происхождения аутистикоподобной клиники, согласно которой имело место частичное или полное фенокопирование Каннеровского аутизма. Данное состояние, как правило, развивается у детей, перенесших перинатальную травму, и в своей структуре имеет два синдромокомплекса. В основе первого синдрома лежит отставание в формировании навыков на два и более возрастных периода. Проявления второго синдрома более разнообразны и составляют комплекс разрозненной симптоматики, свойственной больным аутистического спектра. При этом строгое следование отбору по критериям не удовлетворяет полностью всем требованиям диагностической рубрики F84 МКБ-10 для постановки диагноза «аутизм». Оба синдрома, наслаиваясь, дополняют друг друга и формируют довольно специфичную клинику, которая представляет определенные трудности для дифференциальной диагностики. Кроме того, задержка психического развития затрудняет укрепление коммуникативных способностей, а отгороженность от внешнего мира осложняет процесс накопления познавательного опыта и навыков.

За 2012 г. в условиях стационара с круглосуточным пребыванием Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей нами было пролечено 88 детей в возрасте от трех до шести лет с диагнозом «задержка психического развития с аутистикоподобным синдромом на резидуально-органическом

фоне». Данный диагноз соответствовал рубрике F83 МКБ-10: Смешанные специфические расстройства развития. Эта рубрика подразумевает некоторое смешение специфических расстройств развития речи, познавательных навыков или двигательных функций, но при которых нет значительного преобладания ни одного из них, что было бы достаточным для установления первичного диагноза. Для всех этих специфических расстройств развития общим является сочетание некоторого общего нарушения когнитивных функций, и эта смешанная категория используется только при наличии существенного совпадения симптоматики. Таким образом, эта категория используется при наличии дисфункций, отвечающих критериям двух или более рубрик в F80-, F81- и F82 (http://psytech-center.ru/files/class-psy-mkb10.doc).

В сочетании с аутистикоподобным синдромом, при данном комплексном заболевании, формировался особый асинхронный тип задержки развития, несколько напоминающий клинику при раннем детском аутизме Каннера. Признаки асинхронии развития проявлялись в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это характерно для нормального развития детей, то есть в синдроме «переслаивания» примитивных функций сложными (Башина В.М., 1979, 1974, 1989). Таким образом, асинхронный тип задержки психического развития носил специфический, парциальный характер.

Несколько иначе обстояло дело с аутистикоподобными проявлениями. Их структура не была столь однообразной, как проявление задержки развития. В основе аутистикоподобного синдрома мы выделили несколько вариантов доминирующей симптоматики.

В первом «атоническом» варианте ведущими симптомами являлись негативизм, недостаточна реакция на зрительные и слуховые раздражители, способность к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов слабая, реакции подражания взрослым фрагментарные. Обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту, вовнутрь себя, при наличии речи фраза обычно краткая с нарушениями грамматического и синтаксического строя. Моторика угловатая, с недостаточными способностями, присущими данному возрасту. На первом плане у таких детей выступает асинхрония развития с низким темпом и быстрой истощаемостью психических функций. Хотелось бы отметить, что задержка психического развития у таких детей более выражена и катамнестически сложнее поддается коррекции.

В «гиперкинетическом» варианте на первом месте выступали поведенческие нарушения, не исключающие при этом остальной симптоматики, присущей аутистическому спектру. Ведущим в поведении таких детей являлось господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, часто в поступках отсутствовали единство и внутренняя логика. Бурная деятельность таких детей, как правило, носящая хаотичный характер, периодически проявляется стереотипными действиями: однообразный бег, прыжки подолгу на одном месте. В эмоционально-волевой сфере на фоне общего негативизма выступает повышенная возбудимость. Попытки насильственного преодоления протестных ситуаций вызывают громкий монотонный плач на одной ноте. Часто поступки

таких детей носят агрессивный характер с элементами враждебности. Отмеченный круг расстройств способствует вторичному углублению психического недоразвития.

При «неврозоподобном» варианте ведущими являлись многочисленные нелепые страхи, избыточная тревожность, яркая избирательность в контактах и поведении. Дети боятся громких звуков, шума, рекламы, стандартных предметов быта, а в более старшем возрасте – выдуманных персонажей. Речь с несколько вычурными интонациями, нарушениями просодического компонента, элементами стереотипий, речевыми штампами. Игровая деятельность также достаточно стереотипна и редуцирована. Но все-таки на первом месте – фобический синдром, носящий особый нелепый характер.

В терапии вышеописанных состояний при общих принципах имеются некоторые нюансы. При медикаментозном лечении аутистикоподобных проявлений нами отдавалось предпочтение нейролептическим препаратам. С той лишь разницей, что при «атоническом» варианте применялись «мягкие нейролептики» в небольших стимулирующих дозировках. Терапия «гиперкинетического» варианта аутистикоподобного синдрома подразумевала применение нейролептических препаратов из группы корректоров поведения либо титрацию дозировки антипсихотика до появления эффекта седации. В редких случаях для коррекции поведенческих нарушений подключались трициклические антидепрессанты. При медикаментозном лечении «неврозоподобного» варианта требовалось сочетание антипсихотической терапии с анксиолитическим эффектом.

Что касается лечения органической патологии, приведшей к задержкам психического развития, то использовалось курсовое лечение церебропротекторами и ноотропами в сочетании с витаминами, антиоксидантными и сосудистыми препаратами.

При психокоррекционной работе отдавалось предпочтение следующим методикам: тренинг отдельных операций в виде реакций на слуховые и зрительные раздражители, имитации, понимание указаний и инструкций имели свой успех при «атонических» вариантах аутистикоподобного синдрома. Метод игровой терапии для детей с РДА (автор Спиваковская А.С.) широко использовался у детей с «гиперкинетическим» вариантом. При «неврозоподобном» варианте аутистикоподобного синдрома предпочтение отдавалось развитию зрительно-вербальных функций (Пылаева Н.М.), элементам программы: «Понимание эмоций и их причин» (P. Howlin, S. Baron-Cohen). Достаточно обширная работа проводилась с родителями в индивидуальной или групповой форме.

Таким образом, на сегодняшний день достаточно актуальным является лечение у детей задержек психического развития с аутистикоподобным синдромом на резидуально-органическом фоне. При этом лечение необходимо проводить с учетом диагностических особенностей самого аутистикоподобного синдрома.

Состояние уровня тревожности среди подростков Алтайского края

Ведяшкин В.Н., Чунихина А.В., Московая Н.В., Степина Е.И., Иванюк А.М.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», г. Барнаул

По мнению T. Reisch, P. Schlatter, W. Tschacher (1999) и Р. Шейдера (1998), риск самоубийства особенно высок при депрессиях с выраженной тревожностью. Тревога часто сосуществует с депрессией (или как коморбидное тревожное расстройство, или как признак тревоги, сопровождающий первичное депрессивное расстройство) и обусловливает высокий риск суицида (Li G., Ling J., DiScalaetal C., 1997). Так, она наблюдалась у 96% пациентов с депрессивным расстройством, причем соматические признаки тревоги регистрировались у 86% депрессивных пациентов (Nutt D.J., 1999). Имеются очевидные доказательства связи тревоги с тяжестью депрессии и более плохим результатом от лечения. Кроме того, тревога относится к факторам риска самоубийства у пациентов, имеющих большой депрессивный эпизод (Fawcett J., 1997; Nutt D., 1997; Scotto J.C., Farisse J., 1999; Flint A.J., Rifat S.L., 1997; Lindelow M., Hardy R., Rodgers B., 1997).

Совместно с управлением по образованию Алтайского края нами было проведено анонимное анкетирование учащихся (15-17 лет) общеобразовательных школ с целью выявления контингента подростков с тревожными расстройствами. Анкетирование проходило с 1 по 15 апреля 2013 г. в г. Бийске, г. Рубцовске и районах края: Первомайском, Кулундинском, Курьинском, Кытмановском, Троицком, Благовещенском, Тюменцевском совместно со специалистами отделов образования на местах. Выбор данных территорий основывался на фактах завершенных суицидов и неоднократных суицидальных попыток, зафиксированных там за последние три года.

Ответственные за организацию проведения анкетирования и сбор информации были определены районные психиатры, в том числе детские. Обрабатывались анкеты медицинскими психологами КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей».

Для исследования уровня тревожности среди несовершеннолетних Алтайского края использовался стандартный тест Спилбергера-Ханина как методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности. Данная методика позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, то есть личностной. Результаты методики относятся не только к психодинамическим особенностям личности, но и к общему вопросу взаимосвязи параметров реактивности и активности личности, ее темперамента и характера. Эта методика является развернутой субъективной характеристикой личности, что вовсе не уменьшает ее ценности в психодиагностическом плане.

Результаты исследования выглядели следующим образом: всего в исследовании приняли участие 4714 подростков, из них 2702 (57,3%) подростка прожи-

вали в городе и 2012 (42,7%) подростков проживали в сельской местности. При анализе общих показателей удалось установить, что у большей половины протестированных подростков имелась умеренная ситуативная (59,%) и личностная (56,6%) тревожность. У четверти (25%) подростков ситуативная и у 31,2% подростков личностная тревожность достигала высоких результатов. И лишь у 15,4% подростков ситуативная и у 12,2% личностная тревожность на момент исследования находилась на низких показателях.

При сравнении городского и сельского населения показатели ситуативной и личностной тревожности были примерно одинаковы, с той лишь разницей, что ситуативная тревожность была выше у сельского населения, а личностная тревожность была выше у городских жителей.

Наиболее высокие показатели ситуативной тревожности в сравнении с общими отмечались у подростков Тюменцевского (32,9%), Благовещенского (31,1%) и Курьинского (32,3%) районов. Наименее (16,8%) – у жителей Кулундинского района. Результаты личностной тревожности были более высокие у подростков, проживающих в городе Бийске (36,4%) и Кытмановском районе (37,2%), а менее высокие (24,9%) в Благовещенском районе.

Проведенное исследование показало достаточно высокие показатели уровня тревожности среди подростков Алтайского края. На основании полученных результатов формируются методические рекомендации для практического использования специалистами здравоохранения и образования на местах.

Факторы риска затяжного течения непсихотических психических расстройств при хронической герпетической инфекции

Ветлугина Т.П., Арсененко Л.Д., Семке В.Я.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Наличие психических расстройств у пациентов с соматической патологией – частое явление в общемедицинской практике. Коморбидность соматического и психического определяется общностью этиологических и патогенетических факторов, одним из которых является острый и хронический стресс. Длительный психоэмоциональный стресс дестабилизирует функции организма, и в первую очередь нейроэндокринной и иммунной систем, снижая стрессоустойчивость, повышая риск развития инфекционных заболеваний, в том числе хронической герпетической инфекции (ХГИ). Нарушение механизмов нейроиммунорегуляции, частые рецидивы заболевания, хроническая боль, тяжелые душевные переживания в связи с нарушением жизненных функций и малой эффективностью проводимого лечения оказывают существенное влияние на психоэмоциональный статус пациентов, приводят к нарушению психического здоровья, формированию психических расстройств. Сложные взаимосвязи соматического и психического отягощают течение инфекции и способствуют неблагоприятному затяжному течению психической патологии.

Обследован 181 больной (59 мужчин и 122 женщины) с хронической герпетической инфекцией различной локализации (герпетическая экзема, герпетический стоматит, офтальмогерпес, зостериформный герпес, генитальный герпес) с коморбидными непсихотическими психическими расстройствами (невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами и органическими психическими расстройствами). Из общей группы в группу исследования включены 36 пациентов, у которых в процессе 5-летнего клинико-динамического наблюдения непсихотические психические расстройства, диагностированные на первом этапе обследования, принимали затяжное течение и трансформировались в патологическое развитие личности (ПРЛ).

При клинико-динамическом обследовании выявлено, что у этих пациентов с наибольшей частотой формировались эксплозивный (13 пациентов; 36,1%, $p < 0,05$) и ипохондрический (11 пациентов; 30,6%) варианты ПРЛ. Установлено, что ПРЛ чаще формируется у пациентов с астеноневротическим типом личности на фоне гипертрофированной реакции личности на болезнь, чаще у женщин в возрасте 41-50 лет, состоящих в браке, с генитальным герпесом давностью 5 и более лет, с длительностью рецидивов и болевого синдрома 3 недели и более.

Обработка всех данных иммунологического обследования с применением факторного анализа позволила выделить два фактора, значимых для формирования патологического развития личности при ХГИ. Фактор 1 – «фактор угнетения клеточного иммунитета» включал достоверное по отношению к контролю снижение общего количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов $CD3^+$-, $CD4^+$-фенотипов, ИРИ, показателей РБТЛ. В фактор 2 – «фактор активации гуморального иммунитета» – вошли повышение концентрации IgM, IgG, IgA, уровня ЦИК, а также повышение содержания $CD8^+$- и $CD16^+$-лимфоцитов, что отражало активацию антителозависимой и лимфоцитозависимой цитотоксичности с $CD8^+$- и $CD16^+$-лимфоцитами в качестве эффекторных клеток. Фактор 2 включал также повышение показателя активности комплемента (CH50), что, наряду с активацией гуморального иммунитета, свидетельствует об активизации комплементзависимой цитотоксичности по классическому пути с IgM и IgG и по альтернативному пути с IgA.

Полученные данные могут быть использованы в качестве прогностических критериев затяжного течения непсихотических психических расстройств и риска формирования патологического развития личности при хронической герпетической инфекции с целью разработки комплексных дифференцированных терапевтических и реабилитационных программ, включающих методы психопрофилактики, противовирусной, иммуномодулирующей и психофармакологической терапии.

Полногеномное сканирование как основа трансляционной психиатрии: анализ геномных вариаций в группе детей с аутистическими расстройствами

Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Воинова В.Ю., Зеленова М.А., Куринная О.С., Демидова И.А., Юров И.Ю.

ФГБУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России», г. Москва
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», г. Москва
кафедра медицинской генетики ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Генетические нарушения рассматриваются как одна из наиболее частых причин аутизма у детей. По разным оценкам, не менее 10-20% случаев аутистических расстройств ассоциируют с такими формами генетической патологии, как хромосомные аномалии и геномные микроперестройки (вариации числа копий последовательностей ДНК или CNV) (Ворсанова С.Г., Воинова В.Ю., Юров И.Ю., и др. 2009; Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. 2013). Применение инновационных геномных технологий (полногенмное сканирование) позволяет проводить анализ изменения числа копий генов, некодирующих белки последовательностей ДНК, а также хромосомных аномалий в отдельных клетках.

Данные технологии, в частности молекулярное кариотипирование (сравнительная серийная гибридизация), не только увеличивают число выявляемых случаев аутистических расстройств, ассоциированных с вариациями генома, но и определяют функциональные последствия этих вариаций в контексте патогенеза заболевания, а также индивидуальные особенности взаимодействия организма пациента с различными лекарственными препаратами (Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Сильванович А.П., Демидова И.А., Юров И.Ю. 2013; Ворсанова С.Г., Воинова В.Ю., Юров И.Ю., и др., 2009; Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., 2013; Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y., 2007; Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Kurinnaia O.S., 2012).

Настоящая работа является результатом исследования российской когорты детей с предположительно идиопатическим аутизмом, включающей в себя 233 ребенка, с использованием высокоразрешающих методов сканирования генома в сочетании с оригинальными биоинформатическими технологиями, а также цитогенетических и молекулярно-цитогенетических методов с целью определения молекулярных и клеточных механизмов нарушения психики при аутистических расстройствах (Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Сильванович А.П., Демидова И.А., Юров И.Ю., 2013; Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y., 2007; Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Kurinnaia O.S., 2012).

В результате проведенных исследований у 57 детей (24,5%) были обнаружены вариации числа копий последовательностей ДНК и хромосомные аномалии, которые посредством изменения копийности генов, обладающих повышенной экспрессией, нарушали следующие геномные сети: регуляции активности генома, репликации и репарации ДНК, аксонального наведения, запрограммированной клеточной гибели (апоптоза), регуляции клеточного цикла, нейронной миграции,

нейрогенеза и глиогенеза. Помимо этого, в 21 случае (9%) были выявлены хромосомные аномалии, наблюдающиеся в определенной пропорции исследованных клеток (случаи соматического хромосомного мозаицизма). Это подтверждает ранее полученные данные о значительном вкладе соматических геномных вариаций (хромосомного мозаицизма) в этиологию предположительно недифференцированных форм аутизма (Yurov Y.B., Vorsanova S.G., Iourov I.Y., 2007).

Примечательно, что у детей с вариациями числа копий генов, обладающих повышенной экспрессией в различных областях головного мозга и вовлеченных в геномные сети репликации и репарации ДНК, запрограммированной клеточной гибели (апоптоза) и регуляции клеточного цикла, выявлялся хромосомный мозаицизм и нестабильность числа и структуры хромосом (хромосомная нестабильность). Таким образом, обоснован вывод о том, что изменения числа копий последовательностей ДНК при аутизме может быть связано с возникновением хромосомной нестабильности в тканях головного мозга, которая, по-видимому, является одним из основных элементов патогенеза аутистических расстройств. Суммируя полученные данные, было сделано заключение о том, что применение полногеномного сканирования позволяет определить причины нарушения психики в 33,5% случаев идиопатического аутизма.

С другой стороны, во всех случаях аутизма, исследованных с помощью полногеномного сканирования, были выявлены вариации генома, характеризующие индивидуальные особенности взаимодействия организма пациента с различными лекарственными препаратами. Было обнаружено, что в каждом индивидуальном случае наблюдаются нарушения геномных сетей, контролирующих метаболизм биологически активных веществ, результатом которых (в соответствии с биоинформатическим анализом) является индивидуальная непереносимость ряда лекарственных препаратов. Необходимо отметить, что у каждого ребенка подобные изменения носили исключительно индивидуальный характер. Таким образом, в настоящей работе показано, что полногеномное сканирование представляет собой один из основных элементов успешного внедрения принципов трансляционной психиатрии (персонифицированной медицины) в клиническую практику.

Исследования в лабораториях авторов проводятся при поддержке грантов Президента Российской Федерации (МД-4401.2013.7) и РФФИ (12-04-00215-а).

Социально-демографические характеристики пациентов с острой хирургической патологией (острый панкреатит, острый холецистит)

Вусик Н.А., Куприянова И.Е.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

В исследовании приняло участие 119 чел., из них: 57 (47,8%) женщин, 62 (52,1%) мужчины. Среди мужчин 39 чел. (32,7%) имели диагноз «острый панкреатит»; 23 чел. (19,3%) госпитализированы с диагнозом «острый холецистит».

Среди женщин 16 пациенток (13,4%) поступило с диагнозом «острый панкреатит»; 41 чел. (34,4%) с диагнозом «острый холецистит». Наиболее часто (27 чел.) с диагнозом «острый панкреатит» госпитализировались больные в возрасте 41-50 лет, Из них мужчины составили 14,2%, женщины только 8,4%. Самой частой возрастной группой госпитализированных с диагнозом острый холецистит являлась группа 41-50 лет (35 чел.), в которой мужчины составляли 8,4%, женщины – 21%.

Проведенное исследование показало, что возраст дебюта соматического заболевания чаще всего не совпадает с возрастом на момент госпитализации. Возраст дебюта острого панкреатита у мужчин приходился на 31-40 лет – 19 чел. (15,9%), у женщин возраст дебюта панкреатита приходился также на 31-40 лет – 10 чел. (8,4%). Самый частый возраст дебюта острого холецистита определялся у мужчин 31-40 лет – 15 чел. (12,6%); у женщин 21-30 лет – 31 чел. (26%).

Среди мужчин, страдающих острым панкреатитом, чаще встречались лица, имеющие среднеспециальное (20 чел. – 16,8%) и оконченное среднее (11 чел. – 9,2%) образование. Женщины с острым панкреатитом (10 чел. – 8,4%) и с острым холециститом (32 чел. – 26,8%) имели высшее образование.

Мужчины с острым панкреатитом наиболее длительно страдали своим заболеванием 10-15 лет (17 чел. – 14,2%). У женщин длительность заболевания панкреатитом к моменту госпитализации чаще всего составляла 1-5 лет (10 чел. – 8,4%). Длительность заболевания острым холециститом до момента госпитализации у мужчин (10 чел. – 8,4%) и женщин (18 чел. – 15,1%) чаще составляет 1-5 лет. Выявлено, что мужчины и женщины, находящиеся в браке, чаще страдали острым холециститом: мужчины 27 чел. (23,6%), женщины 30 чел. (25,2%). Среди пациентов, страдающих острым панкреатитом, достоверных различий между группами «в браке» и «разведен(а)», не выявлено.

Таким образом, группа пациентов, чаще страдающих панкреатитом, – это мужчины и женщины 41-50 лет, независимо от семейного положения. Мужчины в этой группе чаще имеют среднеспециальное и оконченное среднее образование, женщины – высшее. Длительность заболевания на момент госпитализации у женщин этой группы – 1-5 лет, у мужчин 10-15 лет. Возраст дебюта заболевания в данной группе – 31-40 лет. Пациенты (как мужчины, так и женщины), страдающие острым холециститом, находятся в возрастной группе 41-50 лет, имеют высшее образование. Возраст дебюта острого холецистита у мужчин 31-40 лет, у женщин 21-30 лет. Наиболее частая длительность заболевания до момента госпитализации составляет и у мужчин и у женщин 1-5 лет.

Вышеприведенные данные необходимы для составления профилактических психо- и фармакотерапевтических программ.

Прогнозирование аддиктивных расстройств у подростков с отклоняющимся поведением: клинико-социальное значение

Гарганеев С.В., Гарганеева А.Э., Лапекина Т.С.
ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», г. Томск

В настоящее время у подростков прослеживается увеличение частоты нехимических форм аддиктивного поведения (гемблинг, зависимость от общения) (Менделевич В.Д., 2003). Актуально изучение динамики аддиктивных расстройств у подростков, так как недостаточно освещены вопросы формирования зависимостей и клинической структуры поведенческих расстройств у лиц с зависимым поведением (Mendelevich V., 2011). В связи с этим ранняя диагностика зависимостей у подростков с девиантным поведением проблематична.

Цель исследования: изучение взаимосвязи клинических, психологических и социальных факторов поведения у подростков с последующим выделением прогностических факторов риска формирования зависимостей.

Обследовано 850 подростков (средний возраст 15,7 ± 1,8 года) с диагнозами расстройства адаптации и расстройства поведения: расстройства адаптации (n = 101), социализированное расстройство поведения (n = 359), несоциализированное расстройство поведения (n = 313), смешанное расстройство поведения и эмоций (n = 77). В структуре данных расстройств были выявлены аддиктивные формы поведения, такие как употребление пива (n = 421), наркотических веществ (n = 106), гемблинг (n = 74), зависимость от общения (n = 134), интернет-зависимость (n = 54), сочетанные формы (n = 61). Применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический методы исследования. Статистическая обработка с использованием логистического регрессионного анализа позволила выявить, наряду с общеизвестными факторами риска дезадаптивных расстройств (наследственная отягощенность, дефекты воспитания, дезадаптирующая среда, делинквентность, антиципационная несостоятельность) (Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д., 2007), факторы, отражающие психическое состояние и психосоциальное функционирование подростков, обеспечивающие прогнозирование аддиктивных расстройств.

Психопатологические проявления, их выраженность и взаимосвязь с психологически значимыми событиями, сочетающиеся с «поиском» подростком (а в ряде случаев и родителями) заболевания, «только не связанного с выпивкой (наркотиками, играми, компьютером)», наряду с немотивированными опасениями и страхами по поводу собственной несостоятельности, ущербности, во многих случаях препятствуют своевременному выявлению зависимостей.

Многообразие клинических проявлений расстройств поведения, общих с расстройствами поведения при зависимостях, детерминируется рядом факторов. На психическое состояние подростков с аддиктивными расстройствами оказывают влияние делинквентность (p = 0,027), семейная дезадаптация (p = 0,012), длительность стресса в семье (p = 0,001) и в подростковой группе (p = 0,002). Психологическое состояние отражает высокую тревожность (p = 0,022), антиципационную несостоятельность (p = 0,002), психопатизацию (p = 0,0001), зависи-

мость (p = 0,0022), актуальность нереализованных возможностей (p = 0,0015), чувства вины (p = 0,002). Прогностическим признаком аддиктивных расстройств явился страх психической ущербности (p = 0,0075).

В психическом состоянии подростков были выявлены депрессивные реакции с преобладанием расстройств поведения, эмансипационное поведение, делинквентное поведение. Степень тяжести поведенческих расстройств не зависела от социализированности подростка. Коморбидные психопатологические синдромы, присущие зависимому поведению (поисковое поведение, психологическая зависимость, абстинентные состояния) ($\chi 2$ = 32,640; p = 0,001), выявлялись в структуре основного расстройства поведения. Таким подросткам были присущи групповая делинквентность, психопатизация, гебоидное поведение.

Полиморфизм психопатологической симптоматики был наиболее выражен при расстройствах адаптации с преобладанием поведенческих нарушений и при смешанном расстройстве поведения и эмоций, проявляющийся сочетанием поведенческих и депрессивных расстройств. При несоциализированном и социализированном расстройствах поведения преобладала делинквентность с поисковым поведением, направленным на аддиктивный объект.

Для сравнительной характеристики текущего психического состояния подростков с расстройствами поведения и аддиктивными состояниями, относящимися к разным формам дезадаптации, были выделены доминирующие симптомы дезадаптивных расстройств, а также обозначена взаимосвязь аддиктивных и дезадаптивных поведенческих расстройств.

Анализ показывает, что с усложнением структуры и утяжеления течения поведенческих расстройств наблюдались нарастание частоты аддиктивных поступков, усложнение структуры аддикции. Прогрессирование аддикций в структуре расстройств поведения сопровождалось усилением интенсивности поискового поведения и приобретением черт поведения, специфичных для аддиктивного: появлялись признаки психологической (а подчас и физической) зависимости, порочной причинно-следственной связи мотивов поведения, аддиктивная амбивалентность. Отмечено увеличение доли коморбидных расстройств поведения (групповая делинквентность, патологические формирования личности). В структуре депрессивной и фобической симптоматики в рамках расстройств поведения характерными симптомами были страх «сойти с ума» и страх психической неполноценности по сравнению с другими подростками.

Многообразие клинических проявлений поведенческих расстройств у подростков и наличие общих с аддиктивными симптомов свидетельствует об их коморбидности. При помощи многомерного анализа была определена достоверная частота встречаемости коморбидных состояний. Коморбидность аддиктивных расстройств и расстройств поведения изменяет характер и картину аддиктивных расстройств. В связи с многообразием симптомов при оценке динамики как дезадаптивных, так и аддиктивных расстройств возникает необходимость дифференциации расстройств поведения, связанных с аддиктивной деятельностью и расстройств поведения, специфичных для подросткового возраста.

Феномены общих поведенческих расстройств (склонность к депрессиям, перепадам настроения, протестные реакции, замкнутость, «гебоидность», поведение на базе застенчивости, дромоманическое поведение, дисморфоманическое

поведение) часто затрудняют раннее выявление зависимостей. В практической деятельности эти состояния интерпретируются как «нормы реакции» или пубертатный криз и дают основание уменьшить контроль со стороны родителей и тем самым упустить момент манифестации аддиктивных расстройств.

У подростков с расстройствами адаптации и выраженностью психопатологических расстройств (проявлений страха, тревоги, депрессии, в структуре которых присутствовали расстройства поведения) верификация клинических признаков аддиктивных расстройств была затруднена. При обращении за помощью к психиатру в связи с яркостью психопатологических нарушений аддиктивные расстройства не всегда выявлялись, а лишь «подразумевались», что служило фактором стигматизации для подростка.

Прогнозирование аддиктивных расстройств у подростков с расстройствами поведения определяется их временнóй динамикой. Определяют прогноз возраст начала аддиктивных расстройств, длительность сосуществования коморбидных симптомов и латентный период аддиктивных расстройств. У подростков с расстройствами адаптации факторами прогнозирования аддиктивных расстройств были высокая тревожность ($p = 0,001$), доступность аддиктивных объектов в семье ($p = 0,0021$), длительность расстройств поведения ($p = 0,003$). Стресс в подростковой группе ($p = 0,0219$), страх за свое будущее ($p = 0,0251$), страх психической ущербности ($p = 0,0198$) являлись триггерами аддиктивных расстройств.

У подростков с расстройствами поведения основными симптомами были делинквентность ($p = 0,001$), зависимость ($p = 0,001$), психопатизация ($p = 0,016$). Важными факторами прогноза являлись психопатоподобное поведение при социализированном и несо-циализированном расстройствах поведения ($p = 0,004$) и депрессия при смешанном расстройстве поведения и эмоций. Аддиктивные расстройства детерминировались старшим возрастом ($p = 0,001$), регрессией ценностей ($p = 0,0027$), отвержением правил, законов ($p = 0,001$), антиципационной несостоятельностью ($p = 0,0353$), тревожностью ($p = 0,042$). В случае исходного смешанного расстройства поведения и эмоций аддиктивные расстройства были сопряжены с выраженностью депрессии ($p = 0,002$).

Особенности субъективного отношения к суицидальному поведению у лиц бурятской и русской национальностей, совершивших суицидальную попытку

Главинский Р.Н., Симуткин Г.Г.
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Улан-Удэ
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Несмотря на то что популяционная частота суицидов зависит от трех групп факторов: социально-экономических, этнокультуральных и медико-организационных, для полноценного понимания причин и факторов, в силу которых Бурятия является одним из самых неблагополучных по показателям суи-

цидальной активности населения регионом в России, абсолютно не достаточно выделения лишь вышеназванных трех групп факторов. Для более полного охвата всех факторов суицидального риска необходимо выделить для изучения группы социально-психологических и духовно-этических факторов, которые влияют на общее психическое состояние нации, в том числе и на суицидальную активность общества (Урбанаева И.С., 2010).

Высокий уровень частоты суицидов в Бурятии может объясняться этнокультуральными особенностями населения данного региона (Базаров А.А., 2010; Ворсина О.П., 2012). Определенную роль в формировании особенностей суицидального поведения могут играть базовые представления местного буддийского населения относительно самой возможности совершения самоубийства. Исследования в этой области являются недостаточными (Урбанаева И.С., 2010). Для прояснения ситуации того, насколько буддийское мировоззрение влияет на суицидальное поведение на территории Бурятии, требуются дополнительные исследования с привлечением психологов, психотерапевтов и религиоведов (Сандакова Л.Г., 2010).

Цель исследования: выявить статистически значимые отличия субъективного отношения к суицидальному поведению у лиц бурятской и русской национальностей, госпитализированных в психиатрический стационар г.Улан-Удэ в связи с суицидальной попыткой.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели были изучены пациенты в возрасте 18-65 лет, совершившие суицидальную попытку и доставленные психиатрической бригадой скорой медицинской помощи в психиатрический стационар г. Улан-Удэ с декабря 2010 г. по май 2013 г., с последующим формированием двух основных клинических подгрупп соответствующих пациентов (бурят и русских) по 30 чел. Количество мужчин в группе славян составило 61,9%, а женщин 38,1%, у бурят 48,2 и 51,8% соответственно ($p > 0,05$). Средний возраст славян составил 46,9 ± 8,2 лет, бурят – 32,7 ± 9,3 лет ($p < 0,05$). Клиническое исследование проведено на базе Республиканского психоневрологического диспансера (г. Улан-Удэ). Систематизация полученных данных произведена с помощью «Карты формализованного описания диагностически стандартизированных клинических данных пациентов». Полученные в ходе исследования данные подвергнуты статистической обработке с помощью пакета программ статистической обработки Statistica v.8.0.

Результаты исследования. Исследование отношения пациентов к факту суицидального поведения показало, что 32% славян считают, что это грех, 24,9% – слабость, 15% опрошенных дали комбинированный ответ (грех и слабость), 14,8% – необходимость, 13,3% – наказание ($p < 0,05$). У бурят: 30,8% – грех, 15,1% – слабость, 13% – доблесть, 9,2% – наказание, 9% – обязанность, 7,2% – необходимость, 7% дали комбинированный ответ грех и слабость, 4,7% – долг, 2,5% – необходимость + доблесть, а 1,5% – наказание, необходимость, доблесть ($p < 0,05$).

Изучение отношения кровных родственников пациентов к суицидальному поведению показало, что среди славян 52,6% ($p < 0,05$) считают, что это грех, 21,5% – слабость, комбинированный ответ (грех и слабость) дали 25,9% ($p < 0,05$). У бурят: 41,4% считают, что это грех, 35,3% – слабость, комбинированный ответ (грех и слабость) дали 23,3% ($p < 0,05$). Относительно личных представлений пациентов о смерти опрос показал, что среди славян 36,6% имеют неоформленные представления о смерти ($p < 0,05$), 19,6% считают смерть конечным эта-

пом биологического существования, а 41,8% ($p < 0,05$) имеют мифологическое мировоззрение (преимущественно связанные с религиозным представлением о том, что душа человека после смерти попадает в рай либо в ад), 2% имели политематические представления. У бурят 16,4% ($p < 0,05$) имеют неоформленное представление, 9,8% – воспринимают смерть как конечный этап биологического существования, а преимущественное большинство (72,8% опрошенных – $p < 0,05$) имеют мифологическое представление о смерти (в основном отражающее каноны буддизма о карме и реинкарнации личности после смерти, 1% опрошенных также имели политематические представления).

Таким образом, оценка в психологической и личностно-мотивационной сфере у лиц бурятской и русской национальности, госпитализированных в психиатрический стационар г. Улан-Удэ в связи с суицидальной попыткой, выявила определенные межгрупповые отличия. Суицидентов бурятской национальности по сравнению с лицами славянской национальности отличает больший полиморфизм субъективного отношения к суицидальному поведению и почти в два раза большая частота лиц, имеющих мифологическое представление о смерти, отражающее буддийское мировоззрение.

Сопутствующее употребление психоактивных веществ при суицидальных попытках у лиц, госпитализированных в психиатрический стационар г. Улан-Удэ

Главинский Р.Н., Симуткин Г.Г.
МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Улан-Удэ
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Россия давно уже является страной с высоким уровнем смертности по причине самоубийств, при этом суициды по числу уносимых жизней стоят на первом месте в структуре насильственной смертности (Немцов А.В., 2002). Распространенность суицидов в стране составила в 2009 г. 26,2 случая на 100 тыс. единиц населения. По оценкам ряда авторов, около 42% самоубийств в России связаны с употреблением алкоголя (Немцов А.В., 2003). Несмотря на столь неблагополучную ситуацию, по-прежнему остается недостаточно изученной связь между суицидами и алкоголизацией населения (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2008, 2009).

Дальнейшее изучение этой области актуально еще и тем, что региональные различия по распространенности смертности от суицидов в России имеют широкий диапазон (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2006, Немцов А.В., 2002). Это определяет необходимость изучения дополнительных факторов, влияющих на величину показателей суицидов в конкретных регионах. В первую очередь, это касается территорий с высокими и сверхвысокими показателями смертности от самоубийств. По данным Федеральной службы государственной статистики, в Республике Бурятия показатели смертности по причине суицида в 2000 г. составляли 83,8 на 100 тыс. единиц населения, в 2004 г. – 80,7, в 2006 г. – 77,2 (ВОЗ

2008). Эти показатели превышают «критический» порог ВОЗ в 3-4 раза. Согласно статистическим данным, население Республики Бурятия с учетом этнического фактора состоит из русских (66,1%), бурят (29,5%), прочих национальностей (4,4%). Вопрос влияния фактора сопутствующего употребления психоактивных веществ на суицидальное поведение населения Республики Бурятия в этнокультуральном аспекте остается не достаточно изученным (Ворсина О.П., 2009).

Цель исследования: оценить частоту и структуру сопутствующего употребления психоактивных веществ у лиц бурятской и русской национальности, госпитализированных в психиатрический стационар г. Улан-Удэ в связи с суицидальной попыткой.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленной цели были изучены пациенты в возрасте 18-65 лет, совершившие суицидальную попытку и доставленные психиатрической бригадой скорой медицинской помощи в психиатрический стационар г. Улан-Удэ с декабря 2010 г. по май 2013 г., с последующим формированием двух основных клинических подгрупп соответствующих пациентов (бурят и русских) по 30 чел. Количество мужчин в группе славян составило 61,9%, а женщин 38,1%, у бурят 48,2 и 51,8% соответственно ($p > 0,05$). Средний возраст славян составил 46,9 ± 8,2 лет, бурят – 32,7 ± 9,3 лет ($p < 0,05$). Клиническое исследование проведено на базе Республиканского психоневрологического диспансера (г. Улан-Удэ). Систематизация полученных данных произведена с помощью «Карты формализованного описания диагностически стандартизированных клинических данных пациентов». Полученные в ходе исследования данные подвергнуты статистической обработке с помощью пакета программ статистической обработки Statistica v.8.0.

Результаты исследования. Анализ имеющихся данных показал, что среди русских сопутствующее алкогольное опьянение было отмечено в 40,4% случаев, употребление антидепрессантов в 3% случаев, транквилизаторов в 31% ($p < 0,05$) случаев, каннабиноидов в 1,6%, смешанная интоксикация (алкоголь + каннабиноиды) в 1,3% случаев, 22,7% ($p < 0,05$) отрицают факт употребления психоактивных веществ на момент совершения попытки суицида.

Среди бурят сопутствующее алкогольное опьянение было отмечено в 56,9% ($p < 0,05$) случаев, транквилизаторов в 21,6% случаев, нейролептиков в 6,8% ($p < 0,05$), каннабиноидов в 1,3 и 13,4% отрицают факт употребления психоактивных веществ на момент совершения попытки суицида. Употребление нейролептиков было связано с намеренным (с суицидальной целью) увеличением дозы предписанного лекарства в рамках терапии основного психического расстройства.

Таким образом, оценка количественно-качественной структуры случаев сопутствующего употребления психоактивных веществ у лиц бурятской и русской национальности, госпитализированных в психиатрический стационар г.Улан-Удэ в связи с суицидальной попыткой, выявила определенные межгрупповые отличия. На момент совершения суицидальной попытки у бурят чаще отмечались случаи использования психоактивных веществ, при этом статистически значимо чаще регистрировались случаи употребление алкоголя и превышения доз назначенных нейролептиков, не было зарегистрировано случаев смешанной интоксикации психоактивными веществами.

Изучение влияния гипербарической оксигенации на некоторые показатели газового и электролитного составов крови в условиях стресса

Говш Е.В., Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., Подсеваткина С.В.
ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», кафедра нервных болезней и психиатрии, г. Саранск
ГАУЗ РМ «Республиканская психиатрическая больница», г. Саранск

Гипербарическая оксигенация (ГБО) оказывает терапевтический эффект при многих стресс-обусловленных заболеваниях, в том числе и при психических расстройствах невротического уровня (Подсеваткин В.Г. и др., 2013). В работах, проведенных нами ранее, изучалось иммунотропное влияние ГБО на показатели клеточного и гуморального иммунитета, а также гормональный статус в условиях стресса (Подсеваткин В.Г., Кирюхина С.В., 2010). Однако динамика кислотно-щелочного равновесия, газового баланса и электролитов крови, а также возможность их коррекции при стресс-обусловленной патологии с использованием гипербарической оксигенации не изучались.

В связи с этим целью нашей работы явилось исследование особенностей некоторых показателей газов и электролитов крови у мышей под влиянием ГБО при экспериментальном моделировании стресса.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены в соответствии с этическими требованиями по работе с экспериментальными животными на 60 лабораторных белых мышах обоего пола весом 18-23 г, которые были поделены на три группы. В первой группе изучали динамику показателей кислотно-щелочного и электролитного баланса крови животных, находящихся в условиях иммобилизационного стресса, во второй – в условиях стресса и гипербарической оксигенации, и третью группу составили интактные мыши. Иммобилизационный стресс моделировали, помещая животных в тесные боксы на 5 ч в сутки. Гипербарическую оксигенацию проводили в барокамерах «БЛКС-301М» (Россия) при избыточном давлении 0,8-1,0 атмосферы, период изопрессии составлял 15 минут. Исследования проводили на анализаторе газового и электролитного состава крови Easy Stat (США). Определяли pH (величина активной реакции среды); напряжение углекислого газа (pCO_2); напряжение кислорода (pO_2); концентрация бикарбоната (HCO_3); количество ионов натрия (Na^+) и калия (K^+). Статистическую обработку результатов проводили общепринятыми методами статистики с помощью стандартного пакета программ «Statistics 6.0».

Результаты и обсуждение. Иммобилизационный стресс сопровождался газовым дисбалансом крови в виде снижения парциального напряжения кислорода с 66,38 ± 4,26 мм рт. ст. до 57,32 ± 4,12 мм рт. ст и повышения pCO_2. При этом наблюдали сдвиг кислотно-щелочной реакции крови с 7,349 ± 0,026 до 7,291 ± 0,021, уменьшение бикарбонатов с 14,85 ± 1,01 ммоль/л до 12,78 ± 0,82 ммоль/л. Изменения электролитного состава крови были незначительными, в основном отмечалась тенденция увеличения натрия с 144,25 ± 1,21 ммоль/л до 146,23 ± 1,09 ммоль/л, на концентрацию ионов калия острая иммобилизация статистически достоверного влияния не оказывала. Полученные

нами результаты согласуются с известными данными о стресс-опосредованных изменениях кислотно-щелочного состояния крови грызунов (Цымбал А.А., 2012).

Под воздействием ГБО в условиях иммобилизационного стресса происходило восстановление соотношения парциального напряжения кислорода и углекислого газа: увеличение давления кислорода до 68,18 ± 4,26 мм рт. ст. и снижение напряжения CO_2. А также гипербарическая оксигенация оказывала защитный эффект в отношении показателя «pH», статистически достоверно повышая кислотно-основную реакцию крови до уровня интактных животных: 7,339 ± 0,021 и 7,349 ± 0,026 соответственно, однако полного восстановления количества бикарбонатов не происходило. Под воздействием ГБО в условиях иммобилизационного стресса статистически значимых изменений в электролитном составе мы не наблюдали. Но, можно отметить, что содержание натрия оставалось несколько повышенным относительно интактных мышей.

Таким образом, под влиянием гипербарической оксигенации в условиях иммобилизационного стресса происходило восстановление показателей кислотно-щелочного равновесия и газового дисбаланса крови в виде снижения гипоксемии, нормализации напряжения углекислого газа, увеличения pH крови. Полученные результаты свидетельствуют о стресс-протекторном действии ГБО и позволяют рекомендовать данный метод лечения в комплексной терапии пациентов со стресс-обусловленными заболеваниями.

Сочетанные психические расстройства у больных, находящихся на принудительном лечении в специализированном отделении

Гонопольский А.И., Стагис К.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Распространенность сочетанной психической патологии является предметом изучения клиницистов на протяжении ряда лет. Взаимное влияние совместно протекающих психических расстройств заметно осложняют течение друг друга и их терапию (Пивень Б.Н., 1998; Котов В.П., 2009). В.П. Котов с соавт. (2010 г.) отметили увеличение удельного веса больных, находящихся на принудительном лечении (ПЛ) в отделениях специализированного типа с 1999 по 2009 гг., а также существенный рост числа дней пребывания психически больных на ПЛ до 771,5 дня за указанный период. В связи с этим определенный интерес представляет изучение распространенности коморбидной психической патологии среди контингента психически больных, проходящих принудительное лечение.

Нами было обследовано 77 больных, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа АККПБ им. Ю.К. Эрдмана Все они совершили общественно опасные деяния в состоянии невменяемости. По нозологической принадлежности они распределились следующим образом: 40 из них (52%) страдали шизофренией или схожей патологией шизофренического спек-

тра, умственной отсталостью различной степени страдали 24 чел. (31%), расстройствами личности различного круга (F07 + F60) – 10 (13%), органическими заболеваниями головного мозга – 3 (4%). В связи с задачами настоящего исследования изучение психических особенностей пациентов проводилось с учетом имеющихся у них нозологических форм, подтвержденных экспертными заключениями и собственными наблюдениями без учета психопатологического механизма совершения ими общественно опасных деяний.

Сочетанные психические расстройства отмечались у 48 пациентов, что составило 62%. Распределение сочетанной психической патологии выглядело следующим образом:

1) шизофрения и расстройства шизофренического спектра (40 чел.), из них: сочетанные расстройства – 25 (62,5%), изолированные расстройства – 15 (37,5%);

2) умственная отсталость (24 чел.), из них сочетанные расстройства – 13 (52%), изолированные расстройства – 11 (48%);

3) органическое расстройство личности (9 чел.), из них сочетанные расстройства – 7 (78%), изолированные расстройства – 2 (22%);

4) органические поражения головного мозга (3 чел.), все случаи представлены в виде сочетанных расстройств;

5) расстройства поведения (1 чел.) в виде изолированного расстройства.

Следует отметить, что шизофренические психические расстройства чаще всего сопровождались зависимостями от алкоголя – 16 (64%) и от каннабиноидов – 6 (24%). Реже встречались сочетания с опийной наркоманией, полинаркоманией и органическим поражением головного мозга – по одному больному (12%). Среди больных с умственной отсталостью алкоголизм встретился у 11 из них, что составило 85% случаев. По одному больному с данной нозологией страдали опийной и полинаркоманией (15%).

Как видно из приведенных данных, среди больных, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа, сочетанная психическая патология преобладает над изолированными нозологическими формами, что существенно затрудняет подбор адекватной терапии и предполагает разработку и проведение различных комплексных лечебно-реабилитационных программ с учетом выявленных коморбидных психических заболеваний.

Тревожно-депрессивные расстройства у подростков в системе начального профессионального образования

Горбацевич Ю.Н., Счастный Е.Д.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

К проблеме психического здоровья подростков приковано внимание многих исследователей, что обусловлено социальной значимостью и остротой проблемы. Именно в подростковом возрасте происходит развитие конституционально обусловленных или приобретенных в раннем онтогенезе аномалий.

Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте является одной из актуальных проблем современной психиатрии и психологии. Его распространенность в различных регионах колеблется в зависимости от многообразных биопсихосоциальных факторов. Подростковый возраст имеет отличительные особенности клинико-психопатологических и клинико-динамических проявлений суицидального поведения. Это, прежде всего, относится к атипичным проявлениям психопатологических синдромов, что в ряде случаев затрудняет диагностику состояния подростка.

Депрессивные состояния часто оказываются своевременно не распознанными, так, по данным М.Г. Усова (1997), почти одна пятая часть подростков с депрессией совершают суицидальные попытки на догоспитальном этапе. Суицидальное поведение нередко служит первым признаком, который привлекает внимание к психическому состоянию подростка (Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988).

Материал и методы. На базе ПЛММ (профессионального лицея «Молодежная Мода») № 13 нами проведено сплошное скрининговое обследование учащихся 1-2 курса (290 чел.) на выявление тревожно-депрессивных расстройств при помощи самоопросников (шкала депрессии Бека, шкала самооценки тревоги Шихана). Половозрастная структура представлена следующим образом: женщины составили 279 чел., мужчины 11 чел.; учащиеся 15-18 лет – 212 чел., 19-21 год – 78 чел. Преобладание девочек объясняется профилем ПЛММ № 13 – подготовка специалистов по профессии портной, закройщик, художник по костюму, а подобные профессии традиционно чаще выбирают девочки. Преобладает возраст 15-18 лет, так как дети продолжают учебу в лицее сразу по окончании 9-11 классов. Всего психиатром проконсультировано 102 чел. В обследовании студентов использовались шкалы Спилбергера-Ханина, Басса-Дарки, ПДО.

Результаты. Средний возраст обследованных составляет 17,23 ± 0,14, из них 98 девушек, 4 юноши. Большинство подростков (45,1%) воспитывалось в полных семьях, 9,8% составляют подростки-сироты, бывшие воспитанники детских домов. Все подростки – девочки. Психологические особенности данного контингента требуют особых индивидуальных психотерапевтических подходов.

Учащиеся профессионально-технических учебных заведений воспитывались по типу гипоопеки – 28,20%, безнадзорности – 14,10% и семейных скандалов – 14,10%. Подростки расценивали отношение своих родителей к себе как недостаточное, а отсутствие внимания, заботы способствовало тому, что подростки оказывались предоставленными самим себе. Необходимо отметить, что у подростков в 13,9% случаев в семье преобладала неблагоприятная обстановка в виде алкоголизации родителей – 9,73% и семейных скандалов – 4,17%. В большинстве случаев имеется наследственная отягощенность по аддиктивной патологии (алкогольная (35%) и наркотическая (46%) зависимость), несмотря на то что большинство детей из полных семей, тем не менее семьи являются «неблагополучными», т.е. родители или сибсы имеют аддиктивную патологию.

Успеваемость была выше у большинства учащихся по профессиональным дисциплинам, чем по общеобразовательным. Это объясняется тем, что многие учащиеся уже имели в школе проблемы с успеваемостью, и зачастую они уходят из школы в надежде, что не будут больше учить нелюбимые предметы, хотя все

обследуемые соглашаются, что в лицее учиться гораздо легче. У большинства учащихся (79,4%) преобладает легкий, субсиндромальный уровень депрессивных расстройств по результатам шкалы самооценки депрессии Бека, что не мешает их социальной адаптации и учебе. С респондентами, у которых были выявлены нарушения, проводилась психокоррекционная работа.

Клинически выраженная тревога выявлена у 18,6%, с ними проводились реабилитационные и психокоррекционные мероприятия. Показатели агрессивности по шкале Баса-Дарки говорят о том, что преобладает косвенная агрессия и раздражение (26,47 и 25,50% соответственно), наряду с достаточно высоким показателем физической агрессии (17,65%). В структуре психопатологических расстройств преобладают акцентуации характера (44,12%) и расстройства личности (30,4%).

Проведенное исследование свидетельствует о достоверном преобладании истерических и эпилептоидных черт в структуре личностных расстройств и лабильных черт в структуре акцентуаций характера ($p < 0,05$). Из обследованных учащихся нуждались в стационарной помощи и прошли лечение в клинике 21 чел. по следующим нозологиям: с пролонгированной депрессивной реакцией; смешанным тревожно-депрессивным расстройством; неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип; нервная анорексия; впервые выявленная шизофрения.

Обсуждение и выводы. Мы старались донести важность стационарного обследования и лечения до пациентов, но не всегда это удавалось. Часто мы сталкивались с незаинтересованностью в собственном здоровье и отсутствием мотивации не только у учащихся, но и у их родителей.

Способствуют совершению самоубийства нетипичность депрессивных состояний, проявление их в делинквентном поведении, что затрудняет их распознавание; отсутствие «антисуицидального барьера»; повышенная чувствительность детского организма к вредным факторам (ядам, асфиксии и пр.), а также склонность «подражать» без достаточной критики. Защищают детей от суицидных действий следующие факторы: редкость выраженных депрессивных состояний; редкость психологической изоляции, одиночества, окружение заботами взрослых; незрелость самосознания, понятия о смерти. После выписки все пациенты вернулись к учебе в ПЛММ № 13 и регулярно наблюдались в кабинете специализированной психолого-психотерапевтической помощи.

Для всей группы обследованных подростков разработана программа «Саморазвитие и самоактуализация личности с акцентом на эмоциональную сферу», занятия по которой проводились совместно с психологической службой ПЛММ № 13. В психотерапевтических группах участвовали не только члены фокус-группы, но и другие учащиеся по желанию. Длительность регулярных курсов составляла 15 занятий по 2 ч. В результате проведенного психотерапевтического курса участники группы научились понимать свое эмоциональное состояние, контролировать проявление эмоций и поведения, что способствовало улучшению межличностных отношений с сокурсниками, преподавателями, родителями, что, в свою очередь, облегчало социальную адаптацию.

Разработана и внедрена образовательная программа для преподавателей, воспитателей и мастеров производственного обучения ПЛММ № 13, направлен-

ная на понимание особенностей развития подростков, возможного характера реагирования на различные ситуации, связанные с психоэмоциональным перенапряжением и физическими нагрузками, а также проявления психопатологических процессов и обучение установления адекватных контактов между преподавателями и учащимися. Как показывает собственный опыт, данные программы облегчают адаптацию и социализацию подростков, особенно имеющих психопатологические или личностные нарушения.

Сочетанные формы невротических состояний и хронического описторхоза

Гузеева И.В., Иванов Б.А., Нечаева Е.П., Авдеенко А.А.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В практике пограничных состояний особый интерес представляют сочетанные формы невротических расстройств и латентно протекающего хронического описторхоза, учитывая высокую распространенность данной патологии в Алтайском крае.

Классическим вариантом невротических состояний является в данном случае тревожно-фобическое расстройство на фоне вегетативных приступов или ВСД, где вегетативный криз является эпицентром данного невротического расстройства. Как известно, по своей клинической картине и этиологическим факторам вегетативные приступы неспецифичны для той или иной патологии, в рамках которой они развиваются как и вызываемая ими тревожно-фобическая симптоматика. Поэтому с целью дифференциальной диагностики причин их происхождения и, в частности, выявления описторхоза как одной из них необходим тщательный сбор анамнеза, жалоб больного, выявление коморбидной сомато-неврологической патологии.

В связи с этим следует обратить внимание на следующие моменты:

1) психогении не играют роль этиологических факторов;

2) семейный анамнез: наличие в семье рыбаков; употребление, даже нечастое, речной рыбы самим больным; факт заболевания описторхозом у других членов семьи;

3) личностные особенности больного, безусловно, играют роль в формировании тревожно-фобической симптоматики, но не в такой выраженной степени, как в других случаях;

4) вегетативная дисфункция многообразна: помимо вегетативных приступов может быть немотивированный субфебриллитет, гипергидроз, перепады АД, цефалгические и вестибулопатические расстройства, лабильность пульса и т.д.;

5) одним из стержневых симптомов является астения как проявление хронической описторхозной интоксикации;

6) наличие такой коморбидной патологии, как хроническая дисфункция желудочно-кишечного тракта (хронический холецистит, хронический гастрит, хронический панкреатит, СРК), характер которой отличается практически безремиссионным течением, спонтанными обострениями;

7) отягощенный аллергоанамнез: дерматиты неясной этиологии, вазомоторный ринит, бронхиальная астма и др.;

8) данные лабораторных методов исследования: хроническая анемия неясного генеза, эозинофилия и моноцитоз в лейкоцитарной формуле, изменение на УЗИ печени и желчного пузыря (утолщение стенок желчных протоков, застой желчи);

9) наличие домашних животных, таких как кошки, в рационе которых присутствует речная рыба и несоблюдение правил личной гигиены при общении с животными;

10) факт перенесенного в анамнезе больным описторхоза, даже пролеченного, так как заболевание относится к категории труднокурабельных.

Как известно, описторхоз, несмотря на высокий уровень современной диагностики, относится к числу трудно выявляемой патологии, в связи с этим необходимо уделять достаточно пристальное внимание клиническому методу диагностики.

С целью наглядности вышеописанного материала было проведено исследование 30 больных, страдающих тревожно-фобическими расстройствами на фоне ВСД. Из них у 4 пациентов был заподозрен описторхоз как причина вегетативных приступов. В случае выявления признаков описторхоза необходимо настойчиво рекомендовать больному обследование у врачей соматического профиля (гастроэнтеролога, инфекциониста), подробно объяснив специфику его состояния. В противном случае лечение и тревожно-фобической симптоматики, и вегетативных приступов будет носить палиативный характер, несмотря на все усилия.

Но, тем не менее, курс лечения психотропными препаратами показан с целью пусть даже временного купирования невротической симптоматики, которая в противном случае будет мешать больному решать соматические проблемы. Более того, учитывая тот факт, что их решение занимает более или менее продолжительное время, то целесообразна поддерживающая терапия на определенный период времени. В случае благополучного разрешения сложившейся ситуации данные больные больше не возвращаются в отделение.

Если мы имеем дело с трудно выявляемыми формами описторхоза, то тогда вегетативная дисфункция, имеющая стойкий характер, приводит к хронизации психического процесса и формированию невротического развития личности, что является одной из причин инвалидизации пациентов. Учитывая такой прогноз, данная проблема требует к себе пристального внимания.

Коммуникативные и организаторские способности у студентов-выпускников педвуза

Гусев И.Ю.

КГБУЗ «Психоневрологический диспансер», г. Бийск

В профессиях, которые по своему содержанию связаны с активным взаимодействием человека с другими людьми, в качестве стержневых выступают коммуникативные и организаторские способности, без которых не может быть

обеспечен успех в работе. К этим профессиям относится и труд учителя, успешная профессиональная деятельность которого зависит от уровня этих способностей и умения устанавливать взаимоотношения с людьми и организовать их для выполнения поставленных задач.

В соответствии с обозначенным выше педагогические вузы сталкиваются с необходимостью профессиональной ориентации и обеспечения профессионального самоопределения студентов как основы их эффективной подготовки к конкурентным отношениям. Естественно предположить, что выпускник педвуза, давно определившийся со своей профессией, но не готовый к постоянному повышению собственной квалификации, оказывается не готовым к конкурентным отношениям. Это во многом зависит от его коммуникативных и организаторских способностей (Суранов В.Г., 2007).

Организаторские способности (ОС) – это умение организовать коллектив, сплотить его, соединять индивидуальную и коллективную работу; умение мотивировать, работать с активом и координировать его действия, распределять работу между членами коллектива и своевременно делегировать им организаторские функции (Бурова И.В., 2006). Выделяют три степени выраженности этих способностей (низкая, средняя, высокая).

Низкий уровень сформированности организаторской компетенции характеризуется наличием у студентов лишь общих представлений о теоретических основах организаторской деятельности. У них отсутствуют внутренние устойчивые мотивы развития и совершенствования организаторской компетенции.

Средний уровень предполагает наличие у студентов знаний в области теории организаторской деятельности. Для них характерны сравнительная осознанность, системность, самостоятельность применения организаторских знаний, сформированность большинства организаторских умений.

Высокий уровень организаторской компетенции характеризуется сформированной системой организаторских знаний, применяемых студентами как в организации собственной культурно-досуговой деятельности, так и аналогичной деятельности других студентов или учащихся общеобразовательной школы.

Анализ педагогической практики свидетельствует о преобладании у молодых учителей-выпускников вузов невысокого уровня сформированности организаторской компетенции (Лунькова Е.Ю., 2003). Проведенное анкетирование 100 педагогов общеобразовательных школ показало, что все опрошенные признают важность организаторской компетенции в профессиональной деятельности. Большинство респондентов отметили необходимость совершенствования подготовки учителей к организаторской деятельности в вузах, а 90% – организации для этого практической деятельности.

Коммуникативные склонности (КС) – это способности к общению с детьми, умение найти правильный подход к учащимся, установить с ними целесообразные, с педагогической точки зрения, взаимоотношения, наличие педагогического такта. Использование системы коммуникативных отношений в образовательных целях, таких как коллегиальность и общность, может считаться одной из наиболее значимых особенностей российской ментальности. Поэтому опыт коммуникативного взаимодействия как основы коллективной деятельности, приобретенный в процессе вузовского образования, может оказаться не просто доста-

точно ценным сам по себе, но и выступает в качестве условия качества профессиональной подготовки.

От уровня развития указанных особенностей зависит успешность работы педагога и учащегося, легкость установления контактов преподавателя с учеником и другими преподавателями, возбуждение интереса, побуждение к совместной деятельности. Для оценки их выраженности разработана методика «КОС-2». В аббревиатуре методики отражено ее функциональное значение (исследование коммуникативных и организаторских способностей). Эта методика анкетного типа базируется на принципе отражения и оценки испытуемым некоторых особенностей своего поведения в различных ситуациях, знакомых по личному опыту (Яруллин И.Ф., 2009).

Определяются уровни коммуникативных и организаторских способностей в зависимости от набранных баллов по этим параметрам. Максимальное количество баллов отдельно по каждому параметру – 20. Подсчитываются баллы отдельно по коммуникативным и организаторским способностям с помощью ключа для обработки данных.

С целью определения уровня указанных выше способностей нами проведено анкетирование у 204 студентов-выпускников педагогического вуза: физико-математический факультет (ФМФ) – 45; факультет истории и права (ФИиП) – 41; педагогический факультет (ПФ) – 37; филологический факультет (ФФ) – 33; факультет психологии (ФП) – 20; факультет технологии и профессионального обучения (ФТиППО) – 14; факультет иностранных языков (ФИЯ) – 14 чел.). Проведенный статистический анализ показал, что коэффициент корреляции между шкалами КС и ОС составил 0,69 (значимый прирост <0,01), что свидетельствует о весьма тесной связи коммуникативных и организаторских способностей у студентов. Статистически значимых гендерных различий по шкалам КС и ОС с помощью t-критерия студента выявить не удалось, что говорит о независимости проявления коммуникативных и организаторских способностей от пола.

Вызывают определенный интерес данные о развитии коммуникативных и организаторских способностей у студентов в зависимости от факультета обучения. Полученные результаты свидетельствуют о статистически значимом влиянии фактора «Факультет обучения» на проявление этих способностей, что подтверждается результатами дисперсного анализа.

По коммуникативным способностям наибольшие средние значения получены для ФТиППО (17,15 баллов), наименьшие для ФИЯ (12,64) и ФМФ (12,.02). Аналогичные результаты получены для организаторских способностей: наибольшие средние значения получены для ФТиППО (16,31), наименьшие для ФИЯ (12,14) и ФМФ (12,20). Для остальных факультетов показатели по обеим шкалам близки друг к другу и укладываются в пределах 13- 15 баллов.

При интерпретации полученных данных следует помнить, что методика констатирует лишь начальный уровень развития коммуникативных и организаторских способностей в данный период развития личности. Если при обследовании у студентов обнаруживается не очень высокий уровень развития этих способностей, то это вовсе не означает, что они останутся неизменными в процессе дальнейшего развития личности. При наличии положительной мотивации, целеустремленности и надлежащих условий деятельности данные способности могут развиваться.

Актуальные вопросы недобровольной госпитализации детей и подростков

Гусманов Р.М.
ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков», г. Москва

Проблема недобровольной госпитализации больных с психическими расстройствами является сложной и многогранной как в клиническом, так и в юридическом и социальном аспектах.

Актуальность проблемы обусловлена увеличением количества больных детского и подросткового возраста в последние десятилетия, возрастанием остроты симптоматики, что в свою очередь приводит к увеличению числа пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, а также трудностями при решении вопросов реабилитации и социальной адаптации больных. Клинико-социальная значимость проблемы определяется высоким уровнем заболеваемости в препубертатном и пубертатном возрасте, что приводит к выраженной социальной дезадаптации больных, а возрастание остроты симптоматики у данной возрастной группы – к представлению социально значимой опасности непосредственно для самих больных и окружающих.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-статистических характеристик больных детского и подросткового возраста, госпитализированных в психиатрический стационар в недобровольном порядке, выявление возрастных особенностей и закономерностей при распределении больных с учетом нозологии, определение ведущих юридических критериев, приводящих к недобровольной госпитализации, выявление суицидального поведения в структуре агрессивных действий детей и подростков, уточнение патогенетических аспектов деструктивного поведения с выделением ведущего психопатологического фактора.

Материал исследования составила сплошная выборка пациентов, поступивших в острое отделение для мальчиков ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы с 2011 по 2013 гг. в возрасте от 12 до 17 лет.

Результаты исследования. Из 626 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет, госпитализированных в отделение, 133 (18%) были госпитализированы недобровольно. Подавляющее число пациентов, поступивших недобровольно, были подростки (70%). Пациенты детского возраста составили 30% (по периодизации ВОЗ, в соответствии с которой детским принято считать возраст от 0 до 14 лет, подростковым – от 15 до 18 лет). Среди недобровольно госпитализированных детей преобладающим диагнозом являлась шизофрения (25,5%), органическое расстройство ЦНС (23,4%), умственная отсталость (21,3%), социализированное расстройство поведения (17%), аффективное расстройство (8,5%), формирующаяся психопатия (4,3%). Среди недобровольно госпитализированных подростков наиболее частыми диагнозами после умственной отсталости (57,1%) были: шизофрения (33%), органическое расстройство ЦНС и деменция (по 4,4%), социализированное расстройство поведения (1,1%).

С научно-методических и клинико-организационных позиций имеет значение классификация недобровольно госпитализированных больных в соответствии с юридическим критерием Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В группе недобровольно поступивших пациентов детского возраста наибольшее количество детей госпитализированы в соответствии с критерием «а» (80%), то есть такие пациенты, которые представляли «непосредственную опасность для себя и окружающих». Согласно критериям «б» («беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности») и «в» («причинение существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи) были госпитализированы по 10% поступивших соответственно.

У госпитализированных подростков процентное соотношение по критериям недобровольной госпитализации было иное: по пункту «а» поступило 46%, по пункту «б» – 42%, по пункту «в» – 12%. Учитывая социальную значимость и опасность пациентов, которые поступили недобровольно согласно критерию «а», были выделены две группы: пациенты, у которых причиной госпитализации послужило агрессивное поведение по отношению к окружающим лицам, и пациенты, у которых наблюдалось суицидальное поведение. Было обнаружено, что соотношения агрессивного и суицидального поведения были практически равнозначными в группе как детского (агрессия – 53%, суицидальное поведение – 47%), так и подросткового (агрессия – 52%, суицидальное поведение – 48%) возрастов.

Как было показано в работах ряда авторов, в связи с тем что одни и те же психические расстройства могут определять агрессивное поведение при различных синдромах, с целью выделения ведущего психопатологического фактора было использовано понятие психопатологического опасного поведения. В связи с этим все пациенты, поступившие недобровольно в связи с агрессивным поведением, были подразделены на две группы: совершившие агрессивные действия по продуктивно-психотическому и негативно-личностному механизмам агрессивного поведения. Проведенный анализ показал, что и в детском и в подростковом возрасте отмечается преобладание по негативно-личностному механизму агрессивного поведения (соответственно 63 и 55%), по сравнению с продуктивно-психотическим механизмом (в группе детей 37%, в группе подростков 45%).

Итак, в ходе проведенного исследования обнаруженные закономерности указывают на высокий уровень госпитализированных детей и подростков в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Выявлены следующие возрастные особенности: в группе поступивших недобровольно детей наблюдается равномерное распределение шизофрении (25,5%), умственной отсталости (21,3%), органического расстройства ЦНС (23,4%), а в группе подростков – высокий удельный вес умственной отсталости (57,1%).

Значительное преобладание в группе детского возраста недобровольно поступивших на основании критериев пункта «а» Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (80%), в отличие от группы подросткового возраста, где процентное соотношение по критериям недобровольной госпитализации было практически равнозначным по пункту «а»(46%) и «б» (42%).

Почти в половине случаев недобровольной госпитализации детей и подростков по критериям пункта «а» Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» выявлено суицидальное поведение. Преобладание негативно-личностного механизма агрессивного поведения (в группе детей – 63%, в группе подростков – 55%), по сравнению с продуктивно-психотическим механизмом (соответственно, 37 и 45%).

К вопросу об особенностях суицидального поведения у детей и подростков, госпитализированных в детский психиатрический стационар

Гусманов Р.М., Шубин А.В.
ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ, г. Москва

В настоящее время вопросы профилактики и борьбы суицидального и парасуицидального поведения становятся одной из наиболее актуальных проблем современности. Учитывая социальную значимость и необходимость совершенствования профилактических мер, в настоящем исследовании была изучена суицидологическая обстановка среди детей и подростков; с целью дальнейшей разработки дифференцированных программ превенции суицидального поведения рассмотрены основные факторы, играющие ведущую роль в генезе суицидального поведения.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-статистических характеристик больных детского и подросткового возраста, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с суицидальным поведением, выявление возрастных особенностей и закономерностей при распределении больных с учетом нозологии и преобладающего синдрома, выделение особенностей мотивации и формы суицидальных проявлений, анализ факторов, влияющих на генез суицидального поведения

Материал исследования составила сплошная выборка пациентов с суицидальным поведением, поступивших в острое отделение для мальчиков и подростков ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗ г. Москвы с 2011 по 2013 гг. Критерием включения при формировании изученной выборки являлось наличие в клинической картине различных сочетаний следующих форм суицидального поведения: суицидальных мыслей, высказываний, демонстративных суицидальных действий и суицидальных попыток. Из 626 пациентов мужского пола в возрасте от 12 до 17 лет, госпитализированных в отделение, 103 (16,5%) были госпитализированы в связи с суицидальным поведением, из которых 18,5% госпитализированы с повторным суицидальным поведением. Подавляющее число пациентов были детьми в возрасте до 15 лет (79,6%). Пациенты подросткового возраста составили 20,4% .

Анализ данных, приведенных в настоящем исследовании, позволяет говорить о суицидальном поведении как о многофакторном явлении, в генезе которого играют роль биологические, клинические, индивидуально-личностные и социально-средовые факторы.

Биологические факторы. Среди всех поступивших отмечалась значительная наследственная отягощенность: в группе детей – 47,6%, в группе подростков – 52,4%, которая была представлена алкогольной зависимостью, личностными аномалиями, аффективными расстройствами и шизофренией. У 4,9% детей и у 4,8% подростков отмечалось наследственное отягощение по суицидальному поведению. Неблагоприятные перинатальные факторы были достаточно высоки в обеих возрастных группах: в группе детского возраста до 78,1%, у подростков – до 71,4%.

Клинические факторы. Среди госпитализированных детей преобладающим диагнозом являлось органическое расстройство ЦНС (29,3%), затем шизофрения (23,2%), социализированное расстройство поведения (18,3%), умственная отсталость (14,6%), аффективное расстройство (8,5%). У госпитализированных подростков наиболее частыми диагнозами после шизофрении (42,5%) были: умственная отсталость и органическое расстройство ЦНС (по 14,3%), социализированное расстройство поведения (9,5%), формирующаяся психопатия (9,5%), аффективное расстройство и расстройство адаптации (по 3,3%). Вне зависимости от нозологической принадлежности пациентов в возрастной группе детского возраста, поступивших на лечение, синдромологически они распределились следующим образом: психопатоподобный синдром – 68,3%, депрессивный синдром – 18,3%, неврозоподобный и аффективно-параноидный синдромы – по 4,9%, галлюцинаторно-параноидный синдром – 3,6%. Среди госпитализированных подростков психопатоподобный синдром диагностирован в 52,4% случаев, депрессивный синдром – в 33,3%, галлюцинаторно-параноидный – в 9,5% и неврозоподобный – в 4,8% случаев. В целом, статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами не выявлена. Тем не менее для некоторых патологических состояний и расстройств, например для острого психотического состояния и для депрессии, суицидальный риск выше.

Социально-средовые факторы. В обеих возрастных группах достаточно широко было представлено девиантное поведение. В группе детского возраста в четверти случаев (25,6%) выявлялись уходы из дома (бродяжничество), в 20,7% были приводы в полицию, на учете в отделе по делам несовершеннолетних состояли 12,2% детей. У поступивших подростков отмечается увеличение процента поведенческих девиаций: уходы (бродяжничество) – 38,1%, приводы в полицию – 33,3%, состоящие на учете по делам несовершеннолетних – 33,3%.

Шантажное суицидальное поведение преобладало в обеих возрастных группах (в детском возрасте – 80,5%, в группе подростков – 52,4%), в то же время если в первой группе истинное суицидальное поведение было представлено примерно в четверти случаев (19,5%), то во второй – достигало почти половины (47,6%). Это свидетельствует о том, что суицидальные действия детей и подростков чаще направлены не против своей личности, а против окружения, против ситуации, сложившейся в определенной социальной группе, то есть речь идет о применении суицидальной техники для достижения цели. В возрастной группе детского возраста преобладающей формой суицидальных проявлений (включающей как суицидальные угрозы, так и попытки) было падение с высоты (61%), достаточно часто встречались угрозы и реально предпринимаемые действия, связанные с порезами вен (19,5%). В группе подросткового возраста распределение

по формам суицидальных проявлений носило относительно равномерный характер, с некоторым преобладанием порезов вен (38,1%), падение с высоты и отравление выявлялись в одинаковом проценте случаев (по 28,6%).

Обнаруженные в ходе проведенного исследования результаты указывают на высокий уровень суицидального поведения среди детей и подростков, госпитализированных в психиатрический стационар. Выявлены основные факторы, играющие ведущую роль в генезе суицидального поведения (биологические, клинические, индивидуально-личностные, социально-средовые).

Не выявлена статистически достоверная связь между суицидальным поведением и конкретными психическими расстройствами. Среди поступивших пациентов группы детского возраста отмечалось некоторое преобладание органического расстройства ЦНС, а в группе подростков – шизофрении. В постановке синдромологического диагноза в обеих возрастных группах преобладал психопатоподобный синдром, отмечалось некоторое увеличение встречаемости депрессивного синдрома в группе подростков.

Шантажное суицидальное поведение преобладало в обеих возрастных группах, в группе подростков истинная мотивация суицидальных тенденций выявлялась почти в половине случаев, что свидетельствует о более высоком уровне применения суицидальной техники для достижения собственной цели, а не против личности.

Преобладающей формой суицидальных проявлений в группе детского возраста было падение с высоты, в группе подросткового возраста распределение по форме суицидальных проявлений носило практически равномерный характер и было представлено порезами вен, падением с высоты и отравлением.

Комплексный подход к решению вопросов диагностики и терапии больных детско-подросткового возраста с синдромом нервной анорексии

Гусманова З.К.

ГКУЗ «Научно-практический центр охраны психического здоровья детей и подростков» ДЗМ, г. Москва

Учитывая социальную значимость проблемы в связи с ростом данной патологии в последнее десятилетие, увеличением заболеваемости среди детей и подростков, несвоевременностью обращения к специалистам и, как следствие этого, утяжелением симптоматики, трудностями диагностики и лечения в связи с низким комплексом больных, склонностью их к диссимуляции и отсутствием критики к своему состоянию, настоящее исследование представляется актуальным для решения вопросов совершенствования профилактических мер, методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с нарушениями пищевого поведения.

Целью исследования является изучение предикторов нарушения пищевого поведения у больных детского и подросткового возраста с синдромом нервной анорексии, изучение влияния преморбидных особенностей, исследование нутритивного статуса и пищевого анамнеза, разработка основных дифференциально-

диагностических критериев оценки тяжести состояния и соответствующих способов коррекции имеющихся нарушений с проведением дальнейшей психосоциальной реабилитации.

В настоящее исследование вошли результаты клинико-динамического изучения 26 пациентов женского пола с синдромом нервной анорексии в возрасте от 7 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в НПЦ психического здоровья детей и подростков с 2010 по 2012 гг.

Среди обследованных в 27% случаев выявлена наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, почти в 80% семей мать контролирует собственный вес, занимая соответствующую активную позицию в отношении дочери. Явления перинатальной патологии прослеживаются у 77% обследованных. Замечено, что в 90% случаев девочки родились с недостаточной массой тела и в дальнейшем находились на смешанном или искусственном вскармливании. Вероятно, это повлияло на формировании конституциональных особенностей в препубертатном периоде – к этому возрасту у 73% пациенток отмечался излишний вес. Данные особенности преморбидного соматоэндокринного состояния (тенденция к ускоренному половому созреванию, склонность к полноте) является для больных дополнительным стойким психогенным фактором. Почти в 100% случаев в преморбиде у больных наряду с преобладанием тревожных и истерических черт характера отмечались такие особенности, как эгоцентризм, завышенный уровень притязаний, настойчивость в достижении собственных целей. У 90% больных выявляются психогенно обусловленные провоцирующие факторы (насмешки сверстников, замечания родителей и окружающих).

С целью превенции вторичных соматоэндокринных осложнений, разработки основных дифференциально-диагностических критериев оценки тяжести состояния и соответствующих способов коррекции имеющихся нарушений необходимо оценить следующие аспекты пищевого анамнеза: сроки изменения привычного пищевого поведения, скорость потери массы тела, наличие эпизодов переедания, провоцирование у себя рвоты, злоупотребление слабительными и диуретическими средствами, функционирование органов желудочно-кишечного тракта, гидратация, ограничение ассортимента потребляемых продуктов, употребление алкоголя, прием витаминов и биологически активных добавок.

Пациенты, вошедшие в данное исследование, обратились к врачу, когда временной период от начала заболевания составлял от 3 месяцев до 3 лет 8 месяцев. Это связано с отрицательным отношением родителей к психиатрическим стационарам, недостаточной критичностью, а также тщательной диссимуляцией самих больных, что, в свою очередь, нередко приводит к диагностическим ошибкам, в результате чего больные в течение долгого времени наблюдаются врачами других специальностей, не получают адекватного лечения, что приводит к еще большей потере массы тела, усугублению вторичных соматоэндокринных нарушений.

В исследуемой группе пациентов в 23% случаев наблюдался дефицит массы тела (ИМТ 16-18), а в 77% случаев – выраженный дефицит (ИМТ < 16). Потеря массы тела у 23% пациенток составила меньше 10 кг, у 41% – от 10 до 20 кг, а в 36% случаев потеря массы составила более 20 кг. При оценке нутритивного статуса стало известно, что 68% пациенток отказались от употребления мяса, а еще 41% – от употребления в пищу молочных продуктов. Соматический анамнез

при этом был отягощен провоцированием рвоты в 45% случаев, приемом слабительных и диуретических средств в 18% случаев, наличием отеков у 14% пациенток, применением физических нагрузок в 73%. При этом у всех обследованных была выявлена патология ЖКТ, нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, нейрогуморальные нарушения.

Проводимая диетотерапии была направлена на прекращение потери веса у пациенток и постепенное регулирование пищевого поведения. С этой целью соблюдалось рациональное соотношение пищевого потребления и энергетических затрат. Порции постепенно увеличивались по объему и калорийности, начиная с 200 кКал в день. Назначалась диета 1200-1500 кКал в день и постепенно (в течение 1-2 недель) увеличивалась до 2500 кКал. Дальнейшее увеличение соответствовало прибавке массы тела пациенток и их энергетическим затратам. За месяц прибавка в весе у 63% пациенток составляла от 1 до 3 кг, у 37% – от 3 до 5 кг. С момента поступления в стационар с пациентами еще на этапе обследования проводилась психотерапия. Целями последней были коррекция представлений пациенток об идеальном весе, формирование навыков рационального питания и методов поддержания желаемого веса, осознание пациентками роли эмоционально-личностных проблем в генезе нарушений пищевого поведения. Целью фармакотерапии являлась коррекция соматоэндокринных нарушений с одновременным применением психотропных препаратов (постепенно наращивались дозы нейролептиков, по показаниям добавлялись транквилизаторы и антидепрессанты). Проводимое комплексное лечение было безопасным и эффективным даже в небольших дозировках. Продолжительность курса лечения зависела от состояния больной и составляла в 59% случаев 2 месяца, в 27% – 1 месяц, в 14% – 3 месяца.

Результаты проведенного исследования указывают на высокий уровень риска развития синдрома нервной анорексии у лиц женского пола в препубертатном и пубертатном возрастных периодах. В формировании данной патологии несомненна роль преморбидных особенностей (как характерологических, так и соматоэндокринных), микросредовых влияний, психогенных и соматических факторов. Почти в 100% случаев в преморбиде у больных преобладают тревожные и истерические черты характера, у 73% обследованных выявлены склонность к полноте, тенденция к ускоренному половому созреванию.

Анализ пищевого анамнеза обследуемых показал, что все пациентки, госпитализированные в НПЦ ПЗДП, обратились за помощью на поздних сроках заболевания (у 77% больных – выраженный дефицит массы тела с ИМТ < 16). Потеря массы тела в 41% случаев составила от 10 до 20 кг, а в 36% – более 20 кг. Соматический статус был отягощен провоцированием рвоты в 45% случаев, приемом слабительных и диуретических средств в 18% случаев, наличием отеков у 14% пациенток, применением физических нагрузок в 73%. При оценке нутритивного статуса стало известно, что 68% пациенток отказались от употребления мяса, а еще 41% – от употребления в пищу молочных продуктов, что свидетельствует о наличии выраженной белково-энергетической недостаточности. Продолжительность курса лечения (с назначением медикаментозной терапии и психотерапии) зависела от состояния больной и составляла в 59% случаев 2 месяца, в 27% – 1 месяц, в 14% – 3 месяца.

Реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, с помощью дифференцированного подхода к решению вопроса дееспособности

Гуськова М.Г.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Целью реабилитации в медицине принято считать полное или частичное восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больного, его личностного, социального и трудового статуса. Для успешной социальной реабилитации душевнобольного в общественной среде, прежде всего, требуется решение его правовых вопросов. Главным из них является вопрос о дееспособности.

Цель работы – исследование возможных подходов к решению вопроса дее-, недееспособности лиц, страдающих психическим расстройством, в том числе с учетом изменений законодательства в этой области, вступающих в силу в марте 2015 г.

Признание гражданина недееспособным и установление над ним опеки преследует цель защиты прав и законных интересов душевнобольного, когда самостоятельное осуществление им своих прав наносит или может нанести ему или другому лицу серьезный ущерб. Институт недееспособности в РФ многократно подвергался критике в связи с несоответствием международно-правовым стандартам, отсутствием альтернатив полной недееспособности.

На протяжении последних лет произошли изменения в отечественном законодательстве, улучшающие положение недееспособного лица. В настоящее время рассмотрение дела о признании гражданина недееспособным в отсутствие самого гражданина допустимо лишь при наличии особых обстоятельств. Признанному недееспособным гражданину предоставлено право лично и через выбранных им представителей (не обязательно опекуна) обжаловать решение суда о признании его недееспособным, обращаться в суд с заявлением о признании его дееспособным. В Законе о психиатрической помощи закреплено общее требование о получении у недееспособного гражданина добровольного информированного согласия на оказание ему любого вида психиатрической помощи (или отказа от нее), если состояние недееспособного позволяет ему выразить свою волю. Изменился и порядок помещения и выписки недееспособного из психоневрологического интерната, одним из условий которых теперь является его личное заявление, если недееспособное лицо по своему состоянию может подать личное заявление.

Кроме того, Федеральным законом 30 декабря 2012 г. № 302-ФЗ внесены изменения в ГК РФ, в соответствии с которыми для лиц с психическими расстройствами закреплена возможность признания их ограниченно дееспособными. «Гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности», – так звучит новая редакция абз. 1 п. 2 ст. 30 ГК РФ, вступающая в силу со 2 марта 2015 г.

Необходимость реформирования института дееспособности возникла после принятия Конституционным судом РФ Постановления от 27 июня 2012 г. № 15-П, в котором Конституционный суд указал на необходимость «дифференциации гражданско-правовых последствий наличия у гражданина нарушения психических функций при решении вопроса о признании его недееспособным, соразмерным степени фактического снижения способности понимать значение своих действий или руководить ими». Обращает на себя внимание то, что в принятом Федеральном законе № 302-ФЗ законодатель не оперирует определением «степень» (глубина) утраты лицом способности понимать значение своих действий или руководить ими.

По действующему законодательству при ограничении дееспособности ограничивается лишь сделкоспособность, в результате чего гражданин не вправе совершать никакие сделки самостоятельно (кроме мелких бытовых) без согласия попечителя и распоряжаться своими доходами. «Поскольку ограниченно дееспособные могут самостоятельно совершать только мелкие бытовые сделки, их самостоятельность в гражданском обороте уступает даже возможностям малолетних» (Комментарий к ГК РФ, 2011). Ограничение дееспособности не затрагивает деликтоспособность, не препятствует вступлению в брак, но препятствует усыновлению. Обязательного назначения судебно-психиатрической экспертизы в порядке подготовки дела о признании гражданина ограниченно дееспособным не предусмотрено законом, в отличие от порядка подготовки к судебному разбирательству дела о признании гражданина недееспособным.

При обсуждении института дееспособности в РФ в юридических публикациях часто приводятся в пример законодательства зарубежных стран, в которых исходят из принципа максимального сохранения дееспособности, либо используются альтернативные меры поддержки, которые, в отличие от опеки, не предусматривают ограничений в правах.

В связи с указанным интерес представляет ст. 41 ГК РФ (патронаж над совершеннолетними дееспособными гражданами). В соответствии со ст. 41 ГК РФ над совершеннолетним дееспособным гражданином, который по состоянию здоровья не способен самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности, может быть установлен патронаж.

При установлении патронажа необходимы: желание дееспособного гражданина иметь помощника, выраженное путем подачи заявления в органы опеки и попечительства (при этом наличие у нуждающегося в помощи гражданина родственников не лишает его права ставить вопрос об установлении патронажа); установившиеся между помощником и подопечным лично-доверительные отношения; положительное решение органов опеки и попечительства и наличие заключенного договора поручения или доверительного управления. Все юридически значимые действия лицо, находящееся под патронажем, может совершать самостоятельно.

По мнению правоведов, учреждение патронажа преследует сугубо имущественные цели, в чем, по нашему мнению, находит много общего с институтом ограниченной дееспособности. Важным является тот факт, что при патронаже в задачи органов опеки и попечительства входит контроль за исполнением

помощником совершеннолетнего дееспособного гражданина своих обязанностей.

Таким образом, уже в настоящее время существует институт, который исходит из принципа максимального сохранения дееспособности и может служить альтернативой нормы об ограничении дееспособности вследствие психического расстройства. Полагаю, что изложенное может быть учтено при решении вопроса об обращении в суд с заявлением о признании недееспособным лица, страдающего психическим расстройством.

Сравнительный анализ используемых копинг-стратегий в этнических группах детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья

Дашиева Б.А.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

При исследовании психического здоровья лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, актуальными являются вопросы, связанные с изучением копинг-стратегий, механизмов психологических защит, связи стратегий совладания с показателями эмоционального интеллекта (Люсин Д.В., 2004, Barrett L.F., Gross J.J., Christensen T.C., Benvenuto M., 2001; Орме Г., 2003). Особенно важным этот вопрос становится при изучении подростков с инвалидизирующими расстройствами.

Хроническая болезнь ставит подростка в кризисную ситуацию, главными особенностями которой являются противоречия между стремлением осуществить важную для него деятельность и возникающими преградами, определяемыми ситуацией болезни. Такие условия могут стать почвой для множества внутри- и межличностных конфликтов, являющихся этиопатогенетическими факторами развития невротических состояний. Для разрешения этих конфликтов индивидум применяет «поведенческие и когнитивные усилия, чтобы справиться с взаимоотношениями человек-среда» (Frydenberg, 2002; Lewis, 2000). Эти усилия, или копинг-стратегии, по своей сути могут быть как продуктивными, функциональными (адаптивными), так и непродуктивными, дисфункциональными (неадаптивными). В последних случаях изменение копинг-поведения является существенным терапевтически ориентированным фактором при невротических расстройствах (Александровский Ю.А., 1997; Карвасарский Б.Д., 2002; Шкловский В.М., 2007; Чехлатый Е.И., 2007).

Нами был проведен сравнительный анализ копинг-стратегий, используемых подростками 12-18 лет бурятской и русской национальностей, имеющими инвалидность по соматическому или психоневрологическому заболеванию. В поведенческой сфере буряты чаще всего отдают предпочтение относительно адаптивной стратегии «отвлечение» (70,0%); на втором и третьем месте адаптивные стратегии «обращение» (60,0%) и «альтруизм» (50,0%). Русские, так же как и буряты, чаще всего используют относительно адаптивную стратегию «отвле-

чение» (63,6%), но более половины респондентов предпочитают адаптивную стратегию «сотрудничество». Более широкий выбор предпочитаемых адаптивных поведенческих стратегий отмечен в группе русских мальчиков и группе девочек-буряток. Менее предпочтительными, вне зависимости от национальной принадлежности, стратегиями являются «компенсация» (85,0% буряты и 54,5% русские), «конструктивная активность» (60,0 и 45,4% соответственно) и «отступление» (45,0 и 54,5% соответственно).

В когнитивной сфере кроме «сохранения самообладания» (55,0% буряты и 63,6% русские) группы обеих национальностей предпочитают использовать неадаптивные стратегии, такие как «игнорирование» (40,0 и 45,4% соответственно); «смирение» и «диссимуляция» (40,0 и 27,3% соответственно). Использование относительно адаптивной стратегии «придание смысла» характерно только для лиц русской национальности (36,4%). Среди непопулярных стратегий в когнитивной сфере как у бурят, так и у русских определены «религиозность» (55,0% – буряты; 63,6% – русские) и «растерянность» (35,0 и 72,7% соответственно).

В эмоциональной сфере как для бурят, так и для русских ведущей явилась адаптивная стратегия совладания «оптимизм» (70,0 и 54,5% соответственно). Отличительной особенностью для ½ респондентов бурятской национальности явился выбор неадаптивной стратегии «подавление эмоций» (50,0%). Равное количество русских предпочитали выбирать относительно адаптивные стратегии, такие как «эмоциональная разгрузка» и «пассивная кооперация» (по 54,5%). «Покорность» – реже всего используемая неадаптивная стратегия, вне зависимости от национальности (60,0% – буряты; 63,7% – русские). Буряты реже используют «эмоциональную разгрузку» (50,0%), а русские «агрессивность» (54,5%).

В целом, можно сказать, что большая часть респондентов обеих групп предпочитают пользоваться неадаптивными или относительно адаптивными стратегиями совладания во всех сферах. Выявленные особенности использования подростками тех или иных копинг-стратегий могут стать одним из общих ориентиров психотерапии в системе реабилитации психических и психосоматических нарушений и могут быть использованы в качестве психотерапевтической мишени.

К вопросу о лечении больных шизофренией с сопутствующей патологией

Денисенко И.А.

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1», г. Ставрополь

Психические расстройства нечасто связывают с преждевременной смертностью и высоким ее риском, но при этом достаточно высоким является процент умерших, имеющих психиатрический диагноз, в общей популяции. Это положение особенно отчетливо проявляется у больных с диагнозом «шизофрения», а высокий уровень смертности объясняется повышенной частотой сопутствующих соматических заболеваний. S. Brown (1997) методом мета-анализа установил, что смертность таких больных в 1,5 раза выше в сравнении с общей популяцией.

Исследование ученых первой половины XX столетия (Кречмер Э., 1930; Андреев М.П., 1926; Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н., 1973) пишут о том, что среди больных шизофренией преобладающим является астенический тип конституции, которая сочетается с общей слабостью и повышенной заболеваемостью и приводит к высокому уровню смертности от истощения, туберкулеза легких, инфекционных заболеваний. В настоящие время мы отмечаем, что причины смертности при данном заболевании изменялись, преобладающими являются сердечно-сосудистые заболевания – это подтверждают современные исследования (Волков В.П., 2009; Brown S., 1997; Bushe C.J., Tayljr M., Naukka J., 2010; Montout C., 2002 и др.).

Несмотря на значительное число исследований, до настоящего времени все еще имеется много спорного и неясного во взаимном влиянии шизофрении и соматических заболеваний при их сочетании. Необходимость точного знания распространенности определенных соматических болезней среди больных шизофренией, особенностей их течения и исходов, а также причин смерти вызвана, прежде всего, тем, что подавляющее большинство этих больных погибают от интеркуррентных соматических патологических, процессов (Kay S.R., Murril L.M., 1990; Mukherjee S., Decina P., Bocola V., Saraceni F., Scapiechio P.L., 1996; Волков В.П., 2009).

Важно отметить, что количество отечественных исследований причин смертности при шизофрении ограниченно, и в основном мы располагаем показателями, полученными зарубежными авторами, преимущественно без учета нозологической принадлежности. В связи с этим встает вопрос о перспективах проведения отечественных исследований данной проблемы, которые помогут вести работу по снижению уровня риска преждевременной смерти, повышению продолжительности жизни и ее качества у больных шизофренией с сопутствующей патологией.

На современном этапе развития знания по проблеме лечения пациентов с данной патологией можно отметить, что «неясно, психиатры или врачи общей практики лучше всего оборудованы для лечения соматических заболеваний у людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами. Пока это не решено, ответственность за заботу о физическом здоровье каждого пациента должна быть явно распределена и принята, и все доктора должны тревожиться по поводу симптомов физической болезни» (Brown S., 1997).

Мы видим решение проблемы ответственности и последовательности проведения медицинских услуг пациентам больных шизофрений с сопутствующей соматической патологией в создании для данного вида больных определенного алгоритма оказания помощи. Формулировка таких стандартов поможет объединить и структурировать современные данные научного и практического знания в области психиатрии, терапии, фармакологии и других наук и тем самым привести структуру алгоритма к оптимальному варианту.

При лечении шизофрении следует не только оптимизировать психофармакотерапию и мониторинг соматического состояния пациентов, но и шире использовать общебиологическую терапию, оказывающую воздействие на общую и специфическую иммунологическую реактивность организма, а также нефармакологические методы терапии и психотерапию (Сыропятов О.Г., 2014).

Многие случаи смерти больных шизофренией, обусловливающие избыточную смертность, можно предупредить, осуществляя более качественное лечение соматических заболеваний и устраняя факторы риска. К факторам, которые приводят к избыточной естественной смертности, относятся: нездоровый образ жизни, особенно курение сигарет, несвоевременная диагностика соматического заболевания и недостаточное его лечение, несоблюдение лечебного режима. Некоторые факторы, увеличивающие показатель избыточной смертности при шизофрении, невозможно устранить с помощью медицинского вмешательства (Brown S., 1997).

Таким образом, другим важным направлением работы в области сокращения смертности у больных с шизофренией с сочетанной патологией является пересмотр и оценка образовательных оздоровительных программ, которые показали свою эффективность при реализации в общей популяции, они должны быть апробированы и для пациентов с шизофренией. Естественно, что сами программы должны быть пересмотрены и переструктурированы в соответствии с контингентом больных, но при этом должны сохраниться их основные цели, задачи, принципы.

На основе теоретического анализа современных исследований по проблеме лечения больных шизофренией с сопутствующей патологии можно сделать следующие выводы:

1. Лечебно-реабилитационная работа с больными шизофренией, имеющими сопутствующие заболевания, должна иметь определенные стандарты, отражающие алгоритм действий по оказанию помощи пациенту.

2. Лечебно-реабилитационная работа с такими пациентами должна производиться полипрофессиональной бригадой, где присутствует психиатр, терапевт, узкие специалисты, медицинский психолог.

3. Использование современных антипсихотических препаратов и антидепрессантов с минимальными побочными эффектами под контролем ЭКГ, показателей крови; предпочтительное использование пролонгированных антипсихотиков для улучшения приверженности к терапии больных со значительным снижением критики и отказом от лечения (Тюркина Т.А., 2011).

4. Включение активной психотерапии, направленной на восстановление социального функционирование пациента с учетом того, что «психотерапия психозов должна соотноситься (быть релевантной) с «моделью болезни», которая предполагает, что симптом является, прежде всего, следствием церебральной патологии и имеет своей целью не «окончательное» излечение пациента, а приобретение им нового опыта существования с психической болезнью как проблемой, не поддающейся полному устранению и доступной только ограниченному сознательному регулированию».

Инвалидность при болезни Альцгеймера: эпидемиологический анализ

Дудук С.Л.
Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Среди психической патологии пожилого возраста ведущее место в плане распространенности сегодня принадлежит деменции при болезни Альцгеймера (БА). Известно, что деменция – необратимый процесс, однако современные методы терапии лишь несколько смягчают симптомы, но пока не позволяют ни остановить, ни замедлить развитие заболевания, не допуская или отодвигая во временном промежутке необходимость постоянного ухода за больным.

Именно лицо, осуществляющее уход за пациентом, является значимым источником социально-экономических потерь государства. По данным ряда исследователей, показатели инвалидности лишь на 20% зависят от заболеваемости и на 13% обусловлены деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Остальные 2/3 контингента инвалидов сопряжены с социально-экономическим состоянием общества, нормативно-правовой базой государства, демографической ситуацией (Андреева О.С., 2000; Дыскин А.А., 1996).

Традиционно структура первичной инвалидности при психических расстройствах зависит от своевременности диагностики заболевания, качества и доступности специализированной психиатрической помощи (Гришина Л.П., 2006). Непрямые затраты государства на оставшихся дома пациентов с деменцией, в частности при БА, под присмотром сиделок из числа родственников не поддается подсчету, потому что нет точных данных, сколько родственников больных с деменцией берут частые больничные листы, сколько из них пропускают работу или работают со сниженной производительностью труда, как часто получают пособие по уходу. По данным российских авторов, на долю таких «домашних» пациентов приходится свыше 50% пациентов с умеренной и тяжелой деменцией вследствие БА, поэтому очевидно, что эти затраты сопоставимы с прямыми затратами и измеряются в десятках миллиардов рублей (Гришина Л.П., 2005).

Объектом исследования является население западной части Республики Беларусь (Гродненская область) старше 40 лет.

Цель работы – изучить особенности выхода на инвалидность и структуру тяжести первичной инвалидности вследствие БА населения старше 40 лет, проживающего в Гродненской области в течение 10 лет, как один из аспектов бремени медико-социальных проблем в связи с деменцией при БА.

Материалы и методы исследования: для получения необходимых сведений об инвалидах производилась выкопировка данных из актов медицинского освидетельствования, направлений на освидетельствование Медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК), а также дел освидетельствования во МРЭК. Проведен сплошной ретроспективный анализ сведений о пациентах данного профиля, состоящих на учете в специализированных психиатрических кабинетах учреждений здравоохранения Гродненской области. Для расчета

интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа всех лиц с деменцией при БА, освидетельствованных и впервые освидетельствованных Психиатрической медико-реабилитационной экспертной комиссией Гродненской области за 10 лет с 2002 г. Структура, динамика, процессы формирования контингентов инвалидов в связи с БА изучены сплошным методом среди городского и сельского населения Гродненской области с общим числом наблюдений 262 обращений.

За единицу наблюдения в работе приняты:

1. Вышедшие на пенсию по возрасту, получившие инвалидность в связи с деменцией при БА.
2. Рабочий и служащий, вышедший на инвалидность в связи с деменцией при БА.
3. Инвалид, страдающий деменцией при БА, подлежащий переосвидетельствованию в связи с окончанием срока инвалидности.

Изучаемые контингенты были разделены на группы по полу, возрасту, месту жительства. Рассчитаны характеристики интенсивного показателя: коэффициент наглядности, абсолютный прирост. Для статистического анализа применена программа SPSS v17.

Область применения. Новые полученные данные могут быть внедрены в учебный процесс в высших медицинских учреждениях образования на кафедрах психиатрии, неврологии, медицинской психологии. Анализ возрастно-половой структуры инвалидности населения конкретного региона позволяет предвидеть изменения в естественном движении населения, а также использовать эти закономерности в планировании (экономическое и социальное развитие, обеспеченность медицинскими кадрами и пр.) системы здравоохранения.

Результаты исследования. Средний возраст зарегистрированных инвалидов в связи с БА равен 74,5 года, из них средний возраст мужчин составляет 68 года, женщин – 74,6 лет. При этом обращает на себя внимание неравномерный выход на инвалидность у мужчин в послепенсионном возрасте, что связано с истинным ростом деменций у этой группы населения.

Одной из закономерностей инвалидизации является нарастание интенсивности выхода на инвалидность с увеличением возраста. Наибольшее число первично вышедших на инвалидность, в связи с БА, было зарегистрировано в 2004 г. – 6,552 на 100 тыс. населения (35 чел), наименьшее – в 2010 г. – 0 на 100 тыс. единиц населения. Удельный вес инвалидов, которым группа инвалидности устанавливается бессрочно, составляет 89,3%, с определенным сроком переосвидетельствования 10,7%. Структура тяжести первичной инвалидности характеризуется выставлением I группы в 88,77%, II группы в 10,7%, III группы в 0,53% случаев.

Среднегодовое число впервые признанных инвалидами составляет 3,458 на 100 тыс. населения сельских жителей и 2,58 на 100 тыс. населения городских. В основном устанавливается I группа инвалидности и мужчинам и женщинам в независимости от места жительства. III группа инвалидности встретилась только у мужчин в сельской местности. Наибольший показатель абсолютного прироста был зарегистрирован в 2004 г., наименьший – в 2010, а наибольший коэффициент наглядности – в 2012 г.

На первичную инвалидность в связи с деменцией при БА ежегодно в среднем выходят около 17 чел. в области. За 10 лет инвалидами стали 187 чел. Средний возраст зарегистрированных инвалидов составляет 74,5 лет. В ходе исследования выделены следующие особенности. Во-первых, группа инвалидности в 2,6 раза чаще устанавливается у женщин, чем у мужчин. Во-вторых, общее количество инвалидов, состоящих на учете, из года в год увеличивается, что связано с первичным выходом на инвалидность; практически не ощутимы результаты реабилитации данного контингента в связи с прогрессированием и необратимостью БА. В-третьих, инвалидность при рассматриваемой патологии характеризуется особой тяжестью. При выходе на инвалидность практически 100% больных признаются полностью нетрудоспособными (устанавливаются I и II группы). В-четвертых, выход на первичную инвалидность не имеет какой-либо определенной системы.

Курительные смеси – актуальная проблема современного общества

Егорова Н.М., Осипова Н.В.
КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Растения, влияющие на сознание людей, появились в глубокой древности. Их использовали знахари, колдуны и шаманы в своих обрядах исцеления, предсказания будущего и общения с миром мертвых. В Азиатских странах дым курительных смесей использовался для медитации и вхождения в состояние транса. Для современного человека открытие курительных смесей (миксов) произошло совсем недавно.

Впервые о появлении курительных смесей в России заговорили в 2007 г. Но массовое распространение и употребление их относится к началу 2009 г. Этому способствовали два фактора: легальность ароматических миксов для курения и тот эффект, подобный конопле, который они производят при курении. Курительные смеси реализовывались в доступных местах (в киосках, магазинах и т.п.), через интернет и другие средства связи, а также отдельными физическими лицами в местах массового скопления людей (вокзалы, аэропорты, станции метрополитена, торговые комплексы, рынки) и на прилегающих к ним территориях.

Все курительные смеси имеют растительное происхождение. Как правило, для их производства используются листья, семена, корни, стебли или цветы различных растений. В дальнейшем для приданий психотропного эффекта натуральное сырье может подвергаться химической обработке. Курительные смеси не имеют научной классификации. Их исследование не проводилось из-за отсутствия законодательной базы. Условно они делятся на две группы в зависимости от состава:

1. Натуральные. К данной группе можно отнести множество растений, произрастающих в средней полосе России: алтей, кувшинка белая, роза, клевер луговой, пустырник, шалфей и др. В составе курительной смеси эти растения разбавляются экзотическими травами: канавалия морская, индейский воин, голу-

бой лотос, макона брава и т.д. Многие из перечисленных растений содержат в своем составе наркотические и психотропные вещества. Так, лист шалфея предсказателей содержит в себе сильнодействующее галлюциногенное вещество – сальвинорин. Семена гавайской розы оказывают ЛСД-воздействие, проявляющееся в стойкой депрессии, нарушении восприятия, мышления, отсутствии ориентации в пространстве. Цветки и листья голубого лотоса проявляют эффект экстази, в связи с большой концентрацией апоморфина.

2. Химически насыщенные. Из наиболее популярных курительных смесей, полученных методом химической обработки, можно выделить: Chillin, ZoHai, Spice Diamond, Yucatan Fire, ZoHai. Эти миксы содержат в себе синтетический каннабиноид, созданный в США. Его название JWH-018 содержит в себе инициалы разработчика Джона Хоффмана. Его синтетический каннабиноид JWH-018 в пять раз сильнее натурального аналога и в два раза быстрее вызывает зависимость у человека.

Медицинские последствия употребления курительных смесей:

1. Центральные реакции. Обусловлены воздействием компонентов курительной смеси на головной мозг человека. Поражение ЦНС: снижение памяти, внимания, интеллектуальных способностей; нарушения речи, мыслительной деятельности (понимания); координации движений, режима сна, потеря эмоционального контроля (резкие перепады настроения). Тяжелые нервные расстройства по типу депрессивного синдрома, суицидальных попыток. Психозы, психические нарушения различной степени тяжести вплоть до полного распада личности (подобные при шизофрении). Развитие психической и физической зависимостей, таких же, как и при употреблении других видов наркотических веществ.

2. Токсические реакции. Неконтролируемый прием в дыхательные пути большого количества токсичного дыма приводит к учащенному сердцебиению, повышению артериального давления, рвоте, судорогам, потере сознания. Отравление от передозировки, смерть.

3. Местные реакции на слизистые оболочки. Курение миксов, как и обычных сигарет, вызывает раздражение дыхательных путей. Последствия продолжительного вдыхания дыма: осиплость голоса, кашель, слезотечение. Возможно развитие хронических воспалительных заболеваний дыхательных путей: ларингиты, бронхиты, фарингиты. Не исключено возникновение злокачественных опухолей бронхов, гортани, глотки и ротовой полости.

Социально-психологические последствия употребления курительных смесей: разрушение социальных связей: потеря семьи, друзей; потеря работы, учебы, запрет на некоторые виды профессиональной деятельности, ограничения в получении специальности; связь с криминальными кругами, воровство, риск вовлечения в незаконный оборот наркотиков и привлечение к уголовной ответственности и другие преступления; разрушение своей личности: равнодушие к самому себе, своему будущему и близким людям, ослабление воли, преобладание единственной ценности по имени «наркотик», потеря смысла жизни, опустошенность, одиночество.

Проблемой борьбы с распространением курительных смесей озабочен весь цивилизованный мир. 22 января 2010 г. Постановлением Правительства РФ был введен запрет на производство, хранение и сбыт курительных смесей, в составе

которых содержатся семена розы гавайской, лист шалфея предсказателей, цветок или листья голубого лотоса. В перечень веществ, которые могут оказать вредное воздействие на здоровье человека при использовании их для изготовления биологически активных добавок к пище, внесены 298 растений, содержащих сильнодействующие, наркотические или ядовитые вещества. Это такие известные растения, как акация, багульник (розмарин лесной), барвинок, белена, бузина травянистая, верблюжья колючка, горчица полевая, дельфиниум, дурман, кислица обыкновенная, ландыш, лютик, магнолия, мак, молочай, табак, тысячеголов, чистотел и др. Кроме того, в новый перечень наркотических и психотропных веществ вошли 23 синтетических каннабиноида, которые применяются в процессе изготовления курительных миксов. В соответствии с действующим законодательством лица, потребляющие и распространяющие курительные смеси, содержащие в себе указанные выше вещества, подлежат уголовной ответственности за совершение преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков.

Но главная проблема в том, что производители наркотиков и курительных смесей не дремлют. Они постоянно развиваются в своем стремлении обойти закон. Продавцы курительных смесей в настоящее время очень активно, в наглядной и доступной форме, часто используя интернет-ресурсы, рекламируют свой товар теперь уже как корм для рыб, соли для ванн, добавки для роста растений, порошки для выведения пятен, средства защиты от насекомых и т.п. Таким образом, в настоящее время на территории Российской Федерации сохраняется неблагополучная ситуация, связанная с распространением курительных смесей, поэтому оказание медицинской помощи таким больным остается актуальной задачей в наркологии.

Модели превентивной наркологической помощи несовершеннолетним

Еремеева А.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А.
БУЗ Архангельской области «Архангельский психоневрологический диспансер», г. Архангельск
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск
Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова, г. Архангельск

В течение последних десятилетий менялись основные стратегии профилактики формирования химической зависимости; сравнение их эффективности и явилось целью настоящей работы. В 60-е гг. XX столетия широко использовалась тактика запугивания с акцентом на негативные последствия потребления психоактивных веществ (ПАВ). С 1970-х гг. использовалась тактика распространения информации об опасности употребления алкоголя и наркотиков для повышения уровня знаний и изменения отношения к употреблению ПАВ; информирование чаще всего реализовывалось через семинары и дискуссии в школах, а также посредством кампаний в средствах массовой информации; как правило, эти интервенции носили однонаправленный характер и не подразумевали обратной связи.

В 1980-х г.г. основным профилактическим направлением стала «альтернативная профилактика», основанная на создании возможности участия детей и подростков в позитивной, здоровьесберегающей, свободной от ПАВ деятельности. В 1990-х гг. усилился интерес к комплексному, разнонаправленному подходу к профилактике, включающему все перечисленные выше превентивные направления. Последнее десятилетие характеризуется тем, что в профилактике формирования зависимости специалисты стали все шире использовать целенаправленные научно обоснованные подходы, сформированные на базе доказательной медицины и ориентированные на создание здоровой окружающей среды (Брюн Е.А., 2010).

Профилактический подход считается научно обоснованным, если он соответствует определенным критериям, в частности, должен основываться на научных теориях и концепциях, демонстрировать положительные и измеримые результаты, а также продолжать производить установленные положительные эффекты в течение длительного времени. Примером современной научно обоснованной модели профилактики является теория доменов (Elaine P., 2007). Домены – области деятельности человека, каждая их которых обладает характеристиками, функционирующими в качестве факторов риска или факторов защиты, и является возможным фокусом для превентивных вмешательств (Julie Caffel, Stuart Bartley, Sian Price, 2010).

Выделяют шесть доменов: личность (человек), семья, друг (ровесник, коллега, партнер), школа, сообщество и окружающая среда. На основании более чем 30 лет исследований, ученые описали конкретные подкатегории риска в каждом домене. К факторам риска домена «Личность» относят биологическую предрасположенность, психологические особенности, положительное отношение к употреблению и раннее начало употребления ПАВ, отсутствие знаний о негативных последствиях употребления, асоциальное поведение и отсутствие контроля со стороны взрослых. Вмешательства обычно направлены на выработку конструктивных социальных навыков, на информирование и изменение отношения к алкоголизму и наркомании, что опосредованно влияет на поведение ребенка. Семейные факторы риска включают употребление или одобрение употребления ПАВ родителями, братьями или сестрами, дисфункциональные типы воспитания, безучастность родителей к жизни детей, семейные конфликты.

Исследования показывают, что образовательные профилактические подходы, направленные на семью, эффективны в профилактике употребления ПАВ подростками (Elaine P., 2007). Употребление ПАВ друзьями увеличивает риск злоупотребления; повышенная опасность может быть в том случае, если род занятий друга связан с высокой доступностью ПАВ. В жизни любого ребенка важную роль играет домен «Школа». Он включает в себя такие факторы риска, как отсутствие интереса к учебе, плохие оценки, неуспеваемость, негативный школьный климат и мягкая школьная политика или неясные нормы, регулирующие употребление ПАВ; риск употребления возрастает, если учащиеся не получают удовлетворения от школьных достижений.

К факторам риска домена «Сообщество» – местности, где человек живет, учится или работает, относятся отсутствие информации о проблемах употребления ПАВ в сообществе, либеральность общественных норм и терпимость к употреблению ПАВ, отсутствие ресурсов для поддержки профилактических программ. Основными инструментами для снижения факторов риска этого домена

являются средства массовой информации, органы здравоохранения, правоохранительные органы.

Домен «Окружающая среда» представляет собой комплекс внешних социальных, культурных и экономических условий, влияющих как на отдельного человека, так и на общество в целом: нормы, толерантные к употреблению ПАВ, политика, позволяющая употреблять ПАВ, отсутствие законов, направленных на предотвращение злоупотребления – являются основными факторами риска. Влияние окружающей среды и, в частности, политики государства на общественные нормы – это наиболее важное направление в борьбе с распространением наркомании, токсикомании и алкоголизма (Essau, Cecilia, 2008).

Все домены не являются статичными, они постоянно изменяются и взаимодействуют друг с другом. Человек развивается, совершенствуется его мировоззрение, меняются способы его взаимодействия с членами семьи, со сверстниками, изменяется ситуация в школе, на работе, модернизируются общественные нормы и правила, меняется политика и обновляются законы. Выстроив все шесть доменов в схему, где в центре помещен домен «Личность» и показаны взаимосвязи между ним и остальными «внешними» доменами, создадим Модель «Сеть влияний» («Web of Influence model»), иллюстрирующую сложную серию взаимодействий между различными областями активности человека, которые могут привести к многообразным вариантам девиаций: употреблению ПАВ, агрессивному поведению, правонарушениям, самоубийствам, подростковой беременности и т.д. Эта интерактивная модель также указывает и на эффективное преобразование факторов риска в защитные факторы. Созданная схема показывает, какие домены должны служить мишенями при разработке и реализации профилактических программ.

Клинико-психологические механизмы апато-абулического синдрома

Еремкина А.И.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан, г. Бишкек

Цель: изучить характер и тяжесть продолжительности апато-абулического синдрома в зависимости от продолжительности заболевания при шизофрении.

Задачи: 1) выделить фокусные группы и их клинические особенности с преобладанием апато-абулического синдрома; 2) изучить продолжительность и особенности апато-абулического синдрома в зависимости от продожительности процесуального расстройства; 3) идентифицировать структуру апато-абулического синдрома и его клинико-психологические особенности на фоне течения параноидной шизофрении с непрерывым типом; 4) идентифицировать процессы закономерности трансформации клинико-психологических механизмов при параноидной шизофрнии с непрерывным типом течения.

Материал и методы исследования: 60 пациентов с обострением основного заболевания, проходящих стационарное лечение на базе РЦПЗ г. Бишкек. Когорту, составленную из всех респондентов, наблюдали на протяжении ближайших трех недель после повторной госпитализации в связи с обострением основного расстройства.

Методы исследования: полуформализованное интервью; опросник индекса жизненного стиля Келлермана-Плутчика-Конте; шкала PANS.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования респонденты распределились следующим образом: по гендерному признаку – мужчины и женщины составили 50% в каждой группе соответственно. В возрастном аспекте среди мужчин доминировала возрастная группа 35-55 лет (63,3%), среди женщин – 20-35 лет (56,6%). В социальном аспекте среди мужчин доминировали лица, не состоящие в браке (86,6%), тогда как для женщин доминирующим являлось замужнее семейное положение (93,3%).

В ходе факторного анализа позитивных и негативных симптомов были выделены следующие факторные группы: 1 группа – галлюцинации (0,928), соматическая озабоченность (0,903), бред (0,882), чувство вины (0,839), загруженность психическими переживаниями (0,783), напряженность (0,768); 2 группа – притупление аффекта (0,947), моторная заторможенность (0,864), малоконтактность (0,826), активная социальная устраненность (0,806), эмоциональна отгороженность (0,765), расстройство мышления (0,674); 3 группа – нарушение внимания (0,855), идеи величия (0,760), подозрительность (0,752), тревога (0,642), враждебность (–0,637), трудность в общении (–0,569); 4 группа – дезориентированность (0,878), нарушение абстрактного мышления (0,838), ослабление контроля импульсивности (0,564); 5 группа – стереотипность мышления (0,926), нарушение спонтанности и плавности речи (0,760), снижение критичности к своему состоянию (0,637).

В ходе статистической обработки данных было установлено, что продолжительность заболевания не имеет какой-либо достоверности в зависимости от пола респондентов, тогда как для пациентов, состоящих в браке, этот период составлял 4,00 ± 0,356 года с доминированием 3-го фактора (0,372493 ± 0,0), в отличает от пациентов, не имеющих семьи (6,56 ± 0,693), где доминировал фактор 1 (0,16 ± 0,178). Стоит отметить, что в зависимости от продолжительности заболевания имеет место закономерная динамика чередования факторных групп: фактор 3, фактор 4, фактор 2, фактор 5, фактор 1 ($r = 0,70$ ($p < 0,01$)).

Что касается механизмов психологических защит, то между их общей напряженностью и продолжительностью расстройства статистически достоверных связей обнаружено не было. Однако была определена прямая зависимость между ОНЗ и фактором 3 $r = 0,37$ ($p < 0,05$) и обратная зависимость между ОНЗ и фактором 4 $r = –0,56$ ($p < 0,01$).

Апато-абулический синдром в своей структуре имеет ряд фокусных симптомо-групп:

- 1 фактор: преимущественно параноидного спектра;
- 2 фактор: преимущественно аутистического спектра;
- 3 фактор: преимущественно неврозоподобного спектра;
- 4 фактор: доминирование аффекта растерянности;
- 5 фактор: преимущественно нарушение функций когнитивного спектра.

Динамика изменения факторных групп симптомокомплексов позволяет рассматривать апато-абулический процесс не как исход процессуального образования, а как динамическое образование, имеющее свои внутренние законы патопсихологического и патогенетического процесса.

Пациенты, состоящие в браке, имеют доминирование неврозоподобных симптомов в отличие от пациентов, не имеющих семьи, для которых более характерна параноидная симптоматика. Данное явление обусловлено, по всей видимости, условиями социализации, которые оказывают непосредственное влияние на течение основного заболевания. Кроме того, отмечаются кореляционные зависимости между ОНЗ и факторными группами неврозоподбного спектра симптомов и аффектом растерянности ($r = 0,37$ ($p < 0,05$) и $r = –0,56$ ($p < 0,01$)), что позволяет судить о данных фазах как о личностной реакции пациента на наличие у себя психического заболевания.

Характерное доминирование неврозоподобного и параноидного фактора, возможно, свидетельствует как о процессе адаптации пациентов на социальном уровне в виде самостигматизации, в то время как остальные факторные группы симптомов являются проявлением процесса адаптации на интрапсихическом уровне (С.О. Федяй «Клинико-психологические механизмы, обусловливающие особенности структуры апатоабулического синдрома при параноидной шизофрении»: сборник материалов IV Российской (итоговой) научно-практической конкурс-конференции студентов и молодых ученых «Авиценна-2013», г. Новосибирск).

Выявленные клинико-психологические и патогенетиеские закономерности апато-абулического процесса предоставляют возможность оптимизации дифференциально-диагностического и терапевтического процесса для пациентов, страдающих параноидной шизофренией.

Клиническая характеристика детей, поступивших в дневной стационар психоневрологического диспансера для детей

Ефименко Н.Н., Сартакова О.В.

КГУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», г. Барнаул

С целью получения эпидемиологических данных, необходимых для планирования объема лечебно-диагностической помощи, было проведено исследование детей и подростков, поступивших в дневной стационар Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей в период с января 2013 по октябрь 2013 гг. Всего поступило 615 детей в возрасте от 2 до 17 лет. Из них было 483 мальчика и 132 девочки. Наиболее частой причиной госпитализации было смешанное специфическое расстройство психологического развития (F 83) – у 244 детей, в клинической структуре которого наблюдаются когнитивные расстройства, расстройства развития речи. Расстройства развития речи были диагностированы логопедом как общее недоразвитие речи I, II, III степеней либо моторная алалия (отсутствие речи).

Из анамнеза у большинства детей имеет место неблагополучная социальная среда, в которой находятся дети (неполные семьи; дети, рожденные вне брака; у части детей родители лишены родительских прав; дети находятся под опекой близких родственников или взяты под опеку из детских домов и приютов, так как родители таких детей отбывают наказание в местах лишения свободы; в

одном случае мать больна шизофренией). Также из анамнеза известно, что беременность в части случаев протекала тяжело на фоне токсикоза I или II половины, на фоне отслойки плаценты, угрозы прерывания в 8-12 или 30 недель. В половине случаев дети рождены путем кесарева сечения.

На втором месте умственная отсталость (F 70) 74 ребенка. Из них 27 человек с умственной отсталостью легкой степени: 10 мальчиков без нарушений в поведении и 8 мальчиков с нарушениями в поведении. Девочек 9 без нарушений в поведении. Возраст мальчиков и девочек составил от 5 до 14 лет. С умеренной умственной отсталостью и значительными нарушениями поведения 47 человек, из них 43 мальчика в возрасте от 5 до 12 лет и 4 девочки от 4 до 5 лет.

Значительно реже диагностировалась шизофрения, детский тип – 49 детей. В этой категории также преобладали мальчики – 42 чел.: (F 20) – 18 чел., (F 20,8) – 24 чел.; девочек 7 чел. (F 20) – 5 чел. и 2 чел. (F 20,8). 21 ребенок был диагностирован с детским аутизмом: 19 мальчиков и 2 девочки, возраст детей – от 2 лет 9 мес. до 8 лет.

Остальные 227 приходятся на гиперкинетическое расстройство поведения – 61 случай, заикание – 33, органическое эмоциональное расстройство – 22, тикозные расстройства – 10, неорганический энурез – 4, расстройства личности – 3, деменция – 2, расстройства приема пищи – 1, фобическое тревожное расстройство в детском возрасте – 1, агорафобия – 1, специфические изолированные фобии – 1 и другие фобии.

Результаты проведенного исследования расширяют представления о психических расстройствах у детей и могут быть полезны детским психиатрам, неврологам, детским психологам, психотерапевтам и организаторам психиатрической службы.

Особенности психологической диагностики аутистических расстройств, связанных с генетическими аномалиями: исследование детей с синдромом Ретта

Зеленова М.А., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Казьмин А.М., Юров И.Ю.
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва
ФГБУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России», г. Москва
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», г. Москва
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», кафедра медицинской генетики, г. Москва

В настоящее время аутистические расстройства являются одной из самых актуальных проблем детской психиатрии и клинической психологии. Частота аутизма в общей популяции составляет приблизительно 1%. Примечательно, что значительный вклад в этиологию аутизма вносят генетические аномалии, проявляющиеся в виде геномной и хромосомной патологии. Несмотря на значительный прогресс за последние десятилетия в области клинической и биологической

психиатрии, психологии и психиатрической генетики связь генетических и психологических аспектов аутистических заболеваний остается мало изученной (Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б., Сильванович А.П., Демидова И.А., Юров И.Ю., 2013, Тиганов А.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., 2012, Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. 2013).

К сожалению, на данный момент не существует как обучающих, так и абилитационных программ для большинства детей с генетическими синдромами, учитывающих специфику оказания медицинской помощи пациентам с аутистическими расстройствами, обусловленными генетической патологией. Каждому заболеванию, связанному с генетическими нарушениями, соответствуют определенные возможности ребенка, особенности его здоровья. Это необходимо учитывать при разработке соответствующих коррекционных программ. Для подробного анализа взаимодействия генетических и психологических составляющих необходима совместная работа специалистов из различных областей биомедицины и психологии с целью накопления информации.

Для создания индивидуального коррекционного плана работы с ребенком с генетически обусловленным заболеванием аутистического спектра необходимо наличие диагностических методов, специально разработанных для данной категории детей. Многие дети с выявленными генетическими аномалиями страдают как тяжелыми формами аутистических расстройств, так и умственной отсталостью или врожденными пороками развития. В данном случае использование для их психологической диагностики стандартных методов, не рассчитанных на оценку детей с подобными нарушениями психики и врожденными пороками, затруднено. Проведение диагностического психологического обследования детей с генетическими нарушениями является необходимым для составления индивидуальной коррекционно-развивающей программы ребенка, учитывающей его достижения и возможности, обусловленные особенностями нарушения, а также адекватного информирования родителей.

В данной работе мы провели исследование 12 детей с синдромом Ретта, у которых молекулярно-генетическими методами не было обнаружено мутаций в гене MECP2 (Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Voinova V.Y., 2013). Синдром Ретта (Rett syndrome, RTT, OMIM 312750) – прогрессирующее заболевание нервной системы. Частота встречаемости синдрома 1:10000. Причиной классической формы этого синдрома являются мутации в гене MECP2, расположенном на длинном плече хромосомы X в участке Xq28. Ген кодирует белок MeCP2 (methyl-CpG-binding protein 2), необходимый для развития нейронов и регуляции активности других генов. По результатам исследования у пяти детей из 12 отмечались субмикроскопические микроделеции в участке Xq28 (Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Voinova V.Y., 2013).

При анализе полученных данных было отмечено, что дети с микроделециями, приводящими к потере одной копии гена *MECP2*, имели стертые проявления болезни. Суммарная оценка фенотипа в баллах согласно разработанной ранее количественной клинической шкале у детей с синдромом Ретта была значительно ниже по сравнению со случаями синдрома, вызванного мутациями в гене *MECP2*. При микроделециях хромосомы X, связанных с потерей гена *MECP2*, отмечались менее выраженные нарушения внимания, понимания обращенной речи, предметно-игровой деятельности, ходьбы, преодоления препятст-

вий, нарушения целенаправленных движений рук, относительно легкое течение или отсутствие эпилептиформных проявлений.

Таким образом, был сделан вывод о том, что у девочек с RTT и делециями в участке Xq28 наблюдается особый подтип заболевания, проявляющийся в виде клинически более легких форм по сравнению с классическим вариантом. Для проведения психологической диагностики в данной работе была предложена методика, направленная на оценку детей с низким уровнем развития навыков вследствие наличия генетической патологии. Несмотря на то что синдром Ретта относят к аутистическим расстройствам, дети с этим заболеванием обладают характерными признаками, несвойственными для детей с «классическим» аутизмом. Девочки с этим заболеванием демонстрируют более высокие показатели по субшкале, направленной на невербальную коммуникацию, и более низкие показатели по субшкалам на вербальную коммуникацию; их показатели по шкалам общей моторики, самообслуживания и исследовательской и игровой деятельности также ниже, чем у детей с «классическим» аутизмом. Последнее свидетельствует о необходимости развития в первую очередь у детей с синдромом Ретта невербальной коммуникации.

Несмотря на то что показатели ресурсов развития («зрелость психофенотипа») детей с синдромом Ретта и с «классическим аутизмом» не отличаются, можно сделать предположение о том, что дальнейшее развитие детей с синдромом Ретта останется на том же уровне, в то время как потенциал развития детей с аутизмом будет реализовываться. Данное предположение основано на известных в настоящее время данных о генетической природе нарушений при синдроме Ретта. Поскольку одной из фенотипических характеристик этого заболевания являются нейромышечные нарушения, обосновано предположить, что соответствующий симптом мешает реализации ресурсов развития у данной группы испытуемых. Следовательно, разработка психологических методик, направленных на оценку детей с ограниченными возможностями, из-за врожденных пороков развития, обусловленных генетической патологией, представляется крайне актуальной. В заключение необходимо отметить, что совместные психологические и генетические исследования являются значимыми для психологической диагностики различных форм аутистических расстройств.

Исследования в лабораториях авторов проводятся при поддержке грантов Президента Российской Федерации (МД-4401.2013.7) и РФФИ (12-04-00215-а).

Опыт работы эпилептологического кабинета в г. Барнауле за 10 лет: клинико-экономические итоги «правильного» лечения эпилепсии

Зылёв Б.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Эпилептологический кабинет в г. Барнауле был открыт 12 января 2004 г. на базе диспансерного отделения Алтайской краевой клинической психиатрической

больницы им. Ю.К. Эрдмана в составе двух врачей-психиатров (Зылёв Б.В., Катюшина Н.В.), прошедших специализацию по эпилептологии в Москве (на кафедре неврологии в МОНИКИ). Данное сообщение подводит некоторые итоги работы кабинета за прошедшие 10 лет в клиническом и экономическом аспектах. Но прежде чем говорить об итогах, необходимо тезисно, кратко пояснить, что мы понимаем под «правильным» лечением эпилепсии.

Во-первых, «правильное лечение» – это следование рекомендациям Международной противоэпилептической лиги проводить лечение наиболее эффективными современными препаратами с учетом формы эпилепсии и типа приступов.

Во-вторых, лечение следует начинать с монотерапии, особенно у первичных больных, и лишь при необходимости переходить на комбинации двух и очень редко трех препаратов.

В-третьих, лечение следует проводить на достаточно высоких дозировках, точнее, на дозировках, дающих клинический эффект. В настоящее время общим правилом является интенсивное, своего рода «агрессивное», лечение эпилепсии на максимально допустимых для данного препарата дозировках и с учётом массы тела больного. Назначение малых, неэффективных дозировок («мазня» в лечении) – это пустая трата времени и денег.

В-четвертых, в процессе лечения необходимо стремиться создавать в организме больного максимальную концентрацию противоэпилептического препарата на тот период суток, когда наиболее высока вероятность появления приступов, то есть создавать своего рода крепкую «химическую узду» для приступов. Это положение следует пояснить более подробно. Так, известно, что приблизительно у 25% больных эпилепсией приступы возникают только во время ночного сна, часто ближе к утренним часам. В этих случаях нет необходимости назначать лекарство традиционно «три раза в день», а назначать следует только на ночь, ближе ко сну, по принципу «выпил таблетку и выключил свет». Делается это для того, чтобы к утру, когда появление приступов наиболее вероятно, концентрация препарата в крови была максимальной, «химическая узда» к утру должна быть наиболее крепкой. Дозу препарата следует повышать постепенно, до полного исчезновения приступов.

У других больных приступы могут возникать только вскоре после вечернего засыпания, через 20-30 минут, в этом случае лекарство назначается сразу после ужина, т.е. за 2-3 ч до отхода ко сну, чтобы к моменту засыпания концентрация препарата в крови была достаточно высокой. У некоторых больных приступы бывают только во второй половине дня, ближе к вечеру, и тогда максимальная суточная доза назначается в обеденное время, чтобы «узда» была наиболее крепкой к вечеру. Но чаще всего приступы у больных возникают в разное время суток («диффузно»), тогда суточная доза распределяется в течение суток более или менее равномерно. Все эти «нюансы» необходимо учитывать при назначении лечения.

И, наконец, в-пятых, следует повышать резистентность организма в борьбе с эпилептическими приступами, проводя 2-3 раза в год курсы сосудистой, рассасывающей (лидаза + алоэ внутримышечно через день, всего 30 инъекций), ноотропной (пантокальцин, пантогам актив, фенотропил, но не ноотропил и пираце-

там!), дегидратационной терапии. Рекомендуется соблюдать здоровый образ жизни, для чего всем больным вручается памятка «Десять правил для больных эпилепсией» с указанием диетических предписаний, гигиены сна и обязательной двигательной активности, умеренных физических нагрузок. Рекомендуется занятие любым интересным делом («хобби»), любой интеллектуальной активностью (чтение, разгадывание кроссвордов и прочее).

В своих рекомендациях мы исходим из концепции А.А. Ухтомского о доминанте как о господствующем очаге возбуждения в головном мозге, о необходимости стремиться к созданию новых доминант, тормозящих старую доминанту, то есть эпилептический очаг. И наиболее оптимально проводить формирование новой доминанты через мышечную активность. Недаром академик И.П. Павлов рекомендовал для снятия сильного возбуждения «страсть вогнать в мышцы»: сделать пробежку, наколоть дров, окатить себя холодной водой и пр. Рекомендации в духе идей Ухтомского и Павлова мы пытаемся внедрить в сознание больных (не всех, конечно), и частью больных они воспринимаются с полным пониманием и становятся руководством к действию.

Каковы же итоги проводимой работы?

Во-первых, за 10 лет существенно изменилась структура назначаемых противоэпилептических препаратов в пользу более современных: так, удельный вес препаратов первого поколения – барбитуратов – снизился с 60% в 2004 г. до 2,9% в 2013 г., доля современных, наиболее эффективных препаратов (вальпроатов, карбамазепина, топамакса, ламотриджина) повысилась с 40 до 97%.

Во-вторых, применение современных препаратов в адекватных дозировках привело к существенному улучшению клинических показателей. В частности, из 918 больных, состоящих на учете, у 296 больных приступы исчезли полностью на 1 год и более на фоне непрерывной терапии, т.е. медикаментозная ремиссия составила 32,2%. Среднее число приступов за один месяц у каждого больного в 2004 г. составляло 5,5 приступов, а через десять лет оно составило 1,5 приступа за месяц, то есть снизилось более чем в 3,5 раза. Приступы стали протекать легче, короче по времени, в результате больные получили возможность чаще выходить одни из дома, ездить за город в садовые участки, совершать дальние поездки к родственникам в другие города, о чем они раньше не могли даже мечтать. У приблизительно третьей части оставшихся больных приступы стали повторяться от 1-2 до 4-5 раз в год, а раньше они могли быть ежедневными. И около 30% больных имеют фармакорезистентные или совсем некурабельные формы эпилепсии, обусловленные грубой органической патологией мозга. Однако наличие подобной категории больных побуждает нас к поиску новых подходов в лечении.

В-третьих, важным итогом работы эпилептологического кабинета стало улучшение экономических показателей: впервые в Алтайском крае, начиная с открытия кабинета (с 2004 г.) первичный выход на инвалидность по эпилепсии снизился в 5,3 раза, а в г. Барнауле – в 7 раз. Если раньше, до организации кабинета, в крае ежегодно устанавливалась инвалидность в среднем у 60-62 больных эпилепсией за год, то за последние 3 года регулярно признается инвалидами только по 11-12 больных в год. Это официальные данные главного бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю. За последние 10 лет не было ни одного случая установления наиболее тяжелой первой группы инвалидности,

имеется четкая тенденция к снижению второй группы и увеличению частоты более легкой третьей группы. По нашим, сугубо приблизительным, подсчетам снижение первичного выхода на инвалидность по эпилепсии в Алтайском крае за последние 10 лет дало экономию государству не менее 12-15 млн руб.

Снижение первичной инвалидности по эпилепсии можно объяснить тем, что почти все труднокурабельные больные в крае и в г. Барнауле были консультированы в эпилептологическом кабинете, где они получали подробные схемы лечения по месту жительства. Кроме того, для повышения квалификации врачей края, для неврологов и психиатров, нами неоднократно читались на конференциях и семинарах лекции по клинике, диагностике и лечению эпилепсии. В результате районные врачи стали более грамотно лечить, реже применять малоэффективные барбитураты (например, бензонал), чаще назначать современные препараты в адекватных дозировках, что не могло не сказаться на результатах лечения. Следовательно, «правильное» лечение эпилепсии, а точнее – адекватное лечение эпилепсии, является не только важным ресурсосберегающим фактором, экономящим деньги государству, но и повышает качество жизни пациентов и их родственников.

Аффективные расстройства у больных с алкоголь-ассоциированным поражением печени

Зяблицев Д.В., Салмина-Хвостова О.И.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», г. Новокузнецк

Злоупотребление алкоголем является третьей ведущей причиной заболеваемости и смертности в молодом возрасте, уступая лишь табакокурению и гипертонии. Пик смертности, связанной с употреблением алкоголя, в Европе выпадает на возраст 15-29 лет. Как следует из доклада Минздравсоцразвития «Состояние и совершенствование наркологической службы РФ» (2010 г.), по уровню потребления алкоголя на душу населения наша страна по-прежнему лидирует в мире. Среди всех наркологических расстройств около 70% приходится на заболевания, вызванные употреблением алкоголя. Каждый добавочный литр сверх предела, установленного ВОЗ, уносит 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин.

Эксперты полагают, что в России 13,5 млн чел. больны алкоголизмом, алкогольными психозами и другими тяжелыми болезнями, вызванными последствиями алкогольной интоксикации. Актуальность этой проблемы увеличивается при коморбидных расстройствах, в частности зависимости от алкоголя, осложненной алкогольной болезнью печени. При таком сочетании происходит определенный патоморфоз клиники течения этих заболеваний, а своевременная или поздняя выявляемость имеющихся расстройств определяют эффективность, прогноз и приверженность к лечению.

Алкогольная болезнь печени (АБП) относится к распространенным заболеваниям, она развивается у 10-25% мужского населения большинства развитых

стран и несколько реже у женщин. АБП протекает на фоне явной стабильной алкогольной зависимости. Это состояние по терминологии ВОЗ звучит как «вредоносное потребление алкоголя», «хроническая алкогольная интоксикация», «пристрастие к алкоголю». Эта когорта пациентов может страдать любой стадией АБП до цирроза и карциномы печени.

Гепатотоксичными принято считать дозы алкоголя 40–80 г/сут. в пересчете на чистый этанол. Согласно указаниям ВОЗ, «стандартная доза алкоголя» («one drink») составляет 10 г 96%-го этанола (12,67 мл). Доза алкоголя рассчитывается при помощи формулы Widmark: об. % × 0,8 = количество алкоголя в граммах на 100 мл напитка.

Коморбидность алкоголизма и аффективной патологии у больных с алкоголь-ассоциированным поражением печени – распространенное явление, которое может иметь хроническое, волнообразное течение и оказывать существенное влияние на соматические и психические показатели здоровья, а также влиять на эффективность терапии зависимости. Оно вызывает также снижение трудоспособности и качества жизни и утяжеляет течение сопутствующих соматических заболеваний, приводя к увеличению затрат на ведение пациентов (Вельтищев Д.Ю., Марченко А.С., 2011).

Злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость чаще всего сочетаются с различными тревожными расстройствами либо с тревожно-депрессивными реакциями. Нередко злоупотребление алкоголем провоцирует первый приступ так называемого панического расстройства, возникая после многодневной алкогольной интоксикации (Краснов В.Н., 2010).

Распространенность расстройств аффективного спектра (в течение жизни): аффективные расстройства – 20,8%, в том числе большое депрессивное расстройство – 16,6%; дистимия – 2,5%; биполярное I, II – 3,9%; тревожные расстройства – 28,8%; в том числе паническое расстройство – 4,7%; генерализованное тревожное расстройство – 5,7%; посттравматическое стрессовое расстройство – 6,8%; соматоформные расстройства – 12,9% (Wittchen H.U. et al, 2011).

Целью настоящей работы явилась оценка распространенности аффективной патологии у больных с алкоголь-ассоциированным поражением печени.

Материалы и методы. Обследовано 116 пациентов с алкоголь-ассоциированным поражением печени, находящихся на стадии восстановительной и противорецидивной терапии алкоголизма. Из них 63 мужчины, 53 женщин в возрасте от 18 до 67 лет. Обязательными критериями включения в группу являлись наличие установленного диагноза «Зависимость от алкоголя» – F 10,2 и алкогольная болезнь печени К 70. Проводилась оценка всех пациентов на наличие аффективных расстройств в соответствии с критериями МКБ-10, лабораторное определение печеночных показателей: общий билирубин, прямой билирубин, холестерин, ПТИ, альбумин, щелочная фосфатаза, ГГТ, уровень аминотрансфераз. Проводилась оценка количественных и качественных характеристик течения заболевания с целью определения патоморфологических особенностей, психологическое обследование для выявления характерологических личностных особенностей. В группу сравнения вошли 85 чел.,

страдающих хроническим алкоголизмом без признаков алкогольного поражения печени.

Статистическая обработка проводилась с помощью пакета Биостат 4.03, различия считались значимыми при уровне значимости $p < 0,05$. Сравнение качественных признаков в несвязанных группах выполнено с помощью z-критерия. Проводилась количественная оценка употребления алкоголя в пересчете на алкогольные порции (по данным ВОЗ одна порция эквивалентна 150 г сухого вина, или 250 г пива, или 30 г 40%-го алкогольного напитка).

В работе использовались следующие опросники: шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), опросник ГТР-7(GAD-7), опросник аффективных нарушений (Hirchfeld R.M.,2002), диагностический алгоритм биполярности (Azorin J.M., Angst J., Bowden C., Perugi G., Vieta E., yong., 2009).

Результаты. В группе обследованных лиц (116 чел.) и в группе сравнения (85 пациентов) были выявлены различия выраженности аффективных расстройств у пациентов с алкоголь-ассоциированным поражением печени (см. табл.).

Различия выраженности аффективных расстройств в группе пациентов с алкоголь-ассоциированным поражением печени

Характер аффективных расстройств	Распространенность аффективной патологии, %. Исследуемая группа N = 116	Распространенность аффективной патологии, %. Группа сравнения N = 85	Значение критерия z	Вероятность справедливости нулевой гипотезы, *P*
БАР I	6,03	0,9	1,494	0,135
БАР II	15,7	1,8	3,031	0,002
Униполярная депрессия	24,2	15,3	1,369	0,171
Генерализованное тревожное расстройство	40,5	25,4	2, 060	0,038

Проведенное исследование показывает, что наиболее часто возникает связь алкоголь-ассоциированного поражения печени с генерализованным тревожным расстройством в 40,5% случаев в исследуемой группе и в 25,4% случаев – в группе сравнения. Униполярная депрессия встречалась в 24,2% случаев и в 15,3% случаев соответственно.

Расстройства аффективного спектра требуют быстрой и точной диагностики, а также назначения эффективной медикаментозной терапии, в том числе врачами-интернистами, так как зачастую именно они являются первым звеном в оказании медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированным поражением печени.

Наряду с медикаментозным лечением необходима психотерапия, проведение которой необходимо начинать с разъяснения пациенту того факта, что имеющиеся у него соматические и психические заболевания могут быть проявлением повышенной тревожности, и что сама тревожность – это болезненное состояние, которое поддается терапии.

Модернизация наркологической службы в Алтайском крае. Применение вивитрола в лечении опийной и алкогольной зависимостей

Иванов А.А.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Наркологическая служба края представлена КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», государственными диспансерами в г. Бийске, Заринске, Рубцовске, кабинетами психиатров-наркологов в медицинских организациях городов и районов края. Коечный фонд в крае составляет 205 коек, в том числе в г. Барнауле – 130 коек, г. Бийске – 30 коек, г. Заринске – 15 коек, г. Рубцовске – 30 коек. Обеспеченность наркологическими койками по краю ниже, чем по РФ в 2,1 раза. Отсутствие круглосуточных коек частично компенсируется наличием мест дневных стационаров (61 место).

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» является клинической базой кафедры психиатрии и наркологии АГМУ, кафедры психологии, психотерапии и педагогики АГМУ, Барнаульского базового медицинского колледжа. Приоритетами в модернизации службы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения РФ определены:

- развитие межведомственной профилактики наркологических заболеваний, направленной на сокращение спроса на психоактивные вещества;
- внедрение в деятельность наркологических диспансеров и кабинетов порядка и стандартов лечения наркологических расстройств, утвержденных Минздравом РФ;
- внедрение инновационных подходов в лечении наркологических расстройств;
- развитие медицинской реабилитации, участие в ресоциализации наркозависимых;
- совершенствование кадровой политики, дополнительного профессионального образования специалистов, занятых в оказании наркологической помощи;
- развитие материально-технической базы наркологических диспансеров.

В обеспечении деятельности наркологической службы более 10 лет используется программно-целевой подход за счет участия в ряде программ:

- краевой целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Алтайском крае» на 2009-2013 гг.», утвержденной Законом Алтайского края от 5 декабря 2008 г. № 128-ЗС. На 2013 г. предусмотрено финансирование в объёме 3347,0 тыс. руб.;
- ведомственной целевой программе «Профилактика, лечение и реабилитация лиц, больных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией» на 2012-2014 гг.,

утвержденной Постановлением администрации Алтайского края от 16 февраля 2012 г. № 74, с финансированием в 2013 г. в объеме 1000,0 тыс. руб. (2012 г. – 500,0 тыс. руб.);

- долгосрочной целевой программе «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Алтайском крае» на 2013-2016 гг., утвержденной Постановлением администрации Алтайского края от 26 февраля 2013 г. № 93, с финансированием на 2013 г. 540,0 тыс. руб. (2012 г. – 270,0 тыс. руб.).

В настоящее время проходит процедуру согласования проект государственной программы Алтайского края «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2014-2017 гг.», в соответствии с которой предполагается направлять в наркологическую службу ежегодно около 3500,0 тыс. руб. Участие наркологической службы края в 2011 г. в реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» во исполнение Постановления Правительства РФ от 31 декабря 2010 г. № 1237 «О финансовом обеспечении мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака», с софинансированием из бюджета Алтайского края, обусловило заметное развитие службы.

В КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» поставлено 40 единиц медицинского оборудования на сумму 14090,0 тыс. руб., в КГБУЗ «Наркологический диспансер, г. Бийск» – 22 единицы на сумму 3980,0 тыс. руб., в КГБУЗ «Наркологический диспансер, г. Рубцовск» – 17 единиц на сумму 2990,0 тыс. руб. В 2012-2013 гг. были проведены коррективы коечного фонда наркологических диспансеров края, ориентированные на потребности населения. В КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» перепрофилированы 8 детских коек на койки медико-социальной реабилитации и восстановительного лечения. В г. Бийске дополнительно развернуто 10 реабилитационных коек, в г. Заринске – 5 коек, кроме того, в Заринском наркологическом диспансере открыт дневной стационар на 6 мест. В результате все пациенты наркологического профиля при наличии медицинских показаний получили стационарную специализированную помощь.

На наркологических койках края пролечено в 2012 г. 6742 пациентов, в том числе с алкогольными психозами – 702, алкоголизмом – 3974, наркоманией – 553. За 9 месяцев 2013 г. пролечено 5554 чел., в том числе с алкогольными психозами – 849, алкоголизмом – 4992, наркоманией – 460 чел. Кроме того, в 2012 г. проведено 56988 наркологических освидетельствований лиц для определения состояния опьянения психоактивными веществами по направлению правоохранительных органов. Из них установлен факт алкогольного опьянения в 39987 случаев, наркотического опьянения у 4330 чел. За 9 месяцев 2013 г. проведено 52807 наркологических освидетельствований, из них установлен факт алкогольного опьянения в 41382 случаях, наркотического опьянения в 2549 случаях. Работа наркологической службы края комиссиями Минздравсоцразвития РФ (в 2011 и 2012 гг.) признана успешной, отмечено, что оказание помощи осуществляется поэтапно и последовательно.

Базовым нормативным правовым актом в сфере противодействия распространению наркомании и токсикомании является Закон Алтайского края от 14

сентября 2006 г. № 94-ЗС «О профилактике наркомании и токсикомании в Алтайском крае». В мае 2012 г. выполнение данного закона было рассмотрено на сессии Алтайского краевого Законодательного Собрания. В Постановлении АКЗС от 31 мая 2012 г. отмечается, что в крае сформировался комплексный системный подход к профилактике наркомании и токсикомании и пресечению незаконного оборота наркотиков всеми субъектами на территории Алтайского края.

Высокий уровень внимания Правительства Российской Федерации и администрации края определил достаточно высокий стартовый уровень для продолжения в крае модернизации наркологической службы. Поручение Президента Российской Федерации В.В. Путина о завершении модернизации наркологической службы РФ до 2016 г. (Указ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения») принято к безусловному исполнению.

В настоящее время лечение и реабилитация наркобольных осуществляются поэтапно в амбулаторных и стационарных условиях в соответствии с Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «реабилитация больных наркоманией (Z50.3)» и от 15 ноября 2012 г. № 929н «Порядок оказания медицинской помощи по профилю "Наркология"».

Оказание наркологической помощи населению края осуществляется в соответствии с Приказами Минздрава России № 124н-135н от 4 сентября 2012 г. «Об утверждении стандартов оказания наркологической помощи» и Приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Наркология"». Согласно данным приказам утверждены сроки лечения больных, объемы необходимого обследования, штатные нормативы.

В Алтайском крае сформирована 3-уровневая система оказания наркологической помощи населению. На первом уровне она представлена наркологическими кабинетами поликлиник городских и центральных районных больниц для обслуживания взрослого и детского населения. Второй уровень представлен краевыми государственными наркологическими диспансерами в г. Бийске, Заринске, Рубцовске, где осуществляют амбулаторную и стационарную наркологическую помощь. Третий уровень осуществляется в КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер». Наркологическим больным оказываются наркологическая помощь; проводится стационарная медико-социальная реабилитация (краткосрочная, среднесрочная и долгосрочная) в отделении реабилитации; реализуются амбулаторные, реабилитационные программы в диспансерном отделении; оказывается организационно-методическая помощь наркокабинетам и учреждениям 1 и 2 уровня; проводится экспертиза на состояние алкогольного и наркотического опьянения, химико-токсикологические исследования биосред; а также ведется профилактическая работа среди населения.

В целях закрепления кадров в наркологической службе края за счет краевого бюджета выплачиваются стимулирующие выплаты врачам и средним медицинским работникам, работающим в амбулаторном звене, и медицинским психо-

логам, а также анестезиологам-реаниматологам, врачам прочих специальностей и среднему медперсоналу наркологических стационаров края.

Из средств ведомственной целевой программы «Переподготовка и повышение квалификации медицинских работников» на 2012-2014 гг., утвержденной Постановлением администрации Алтайского края от 22 февраля 2011 г. № 466, в 2013 г. на повышение квалификации специалистов наркологической службы направлено 449,0 тыс. руб. Подготовка специалистов ведется на кафедрах психиатрии и наркологии, психотерапии, психологии и педагогики Алтайского государственного медицинского университета, а также в Национальном научном центре наркологии Минздрава России. За 2013 г. было проведено обучение 30 специалистов. С 1 сентября 2013 г. приступили к подготовке три интерна. С 2013 г. увеличено текущее финансирование наркологических диспансеров края. Так, стоимость медикаментозного обеспечения одного койко-дня в круглосуточном стационаре возросла с 35 до 65 руб., одного пациенто-дня в дневных стационарах с 18 до 25 руб.

В целях сокращения потребления наркозависимыми лицами дезоморфина Законом Алтайского края от 7 ноября 2011 г. № 140-ЗС «О внесении изменений в Закон Алтайского края "О профилактике наркомании и токсикомании в Алтайском крае"» в ст. 17 внесено дополнение в следующей редакции: «Лекарственные препараты с малым содержанием кодеина и его солей отпускаются по рецептам с обязательным его гашением или изъятием аптечными организациями». Данная норма в Алтайском крае вступила в действие с 1 декабря 2011 г. За 6 месяцев действия этого порядка реализация кодеинсодержащих препаратов в крае сократилась на 62%.

С 1 июля 2012 г. до 31 июня 2013 г. реализация указанных препаратов сократилась в рознице на 36%, а в оптовой торговле на 50%. Как результат, за первое полугодие 2013 г. по сравнению с аналогичным периодом 2012 г. первичная обращаемость больных, употребляющих дезоморфин, в наркологические диспансеры края уменьшилась в 3,2 раза (с 157 до 49 чел.).

Значительное внимание уделяется развитию химико-токсикологических исследований. В июле 2013 г. в химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» на газовый хроматограф была установлена библиотека масс-спектров новых психоактивных веществ. За 10 месяцев 2013 г. химико-токсикологической лабораторией было проведено 5274 исследования по направлению правоохранительных органов, у 2443 (46,3%) было подтверждено наличие наркотических средств и психотропных веществ.

За счет средств краевой целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Алтайском крае» на 2009-2013 гг. и дополнительного финансирования из бюджета края в IV квартале 2013 г. будет приобретен хроматограф с масс-селективным детектором МАЭСТРО стоимостью 4200 тыс. руб., характеризующийся высокой чувствительностью и селективностью (база данных содержит около 500,0 тыс. веществ).

На данном аппаратно-программном комплексе можно определять в биологических жидкостях человека наиболее распространенные на данный момент синтетические наркотические средства: курительные смеси, спайсы, соли, реа-

генты, миксы. Другим преимуществом прибора является отсутствие необходимости использования стандартных образцов наркотических веществ. За счет высокой чувствительности хроматограф позволяет выявлять отсроченные факты приема психоактивных веществ, когда в организме сохраняются лишь их остаточные количества.

Хроматограф МАЭСТРО с масс-селективным детектором позволит:

- выявлять скрытую наркотизацию у больных, проходящих лечение, и реабилитацию в амбулаторных и стационарных условиях;
- подтверждать ремиссию или отказ от употребления наркотических веществ;
- определять вид наркотического вещества с целью оказания специализированной медицинской помощи;
- осуществлять мониторинг видов наркотиков, употребляемых населением с целью принятия управленческих решений.

За внедрение современных высокоэффективных методов химико-токсикологической диагностики КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» был в 2013 г. удостоен диплома 1-й степени медико-экологической выставки «Человек. Экология. Здоровье».

С целью раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, факторов риска развития наркомании и в соответствии со ст. 18 «Выявление лиц, потребляющих наркотические средства, психотропные и токсические вещества» Закона Алтайского края от 14 сентября 2006 г. № 94-ЗС «О профилактике наркомании и токсикомании в Алтайском крае» с 2007 г. в наркологических диспансерах края организовано проведение на конфиденциальной основе добровольного тестирования несовершеннолетних на наличие наркотических веществ в биосредах. Обследуются дети и подростки «группы риска», которых самостоятельно приводят родители, а также направленные сотрудниками ОДН, администрацией учебных заведений.

За 9 месяцев 2013 г. в наркологических диспансерах края протестировано 1797 несовершеннолетних «группы риска», выявлено 4 подростка, употребляющих наркотические вещества (каннабиноиды). Протестировано добровольно выборочно 894 учащихся общеобразовательных учреждений и начальных профессиональных учреждений края. Выявлен один положительный результат употребления наркотических веществ (каннабиноиды). По результатам тестирования врачи психиатры-наркологи проводят индивидуальное консультирование лиц, имеющих положительный результат при тестировании.

За 9 месяцев 2013 г. в соответствии с Постановлением администрации края от 24 марта 2010 г. № 111 «О Порядке проведения медицинского осмотра в наркологических диспансерах Алтайского края» в наркологических диспансерах г. Барнаула, Бийска, Заринска, Рубцовска из 67363 обследованных выявлено 86 потребителей наркотических веществ, что составило 0,1% от всех обследованных.

Продолжаются ежегодные массовые профилактические акции, посвященные Всемирному дню борьбы с наркоманией (1 марта), Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков (26 июня). Традиционными стали акции, проводимые в молодежной среде: «Здоровье молодёжи – богатство России», «Родительский урок», «Летний лагерь – территория здоро-

вья», «Классный час "Наркотики. Закон. Ответственность"». За 9 месяцев 2013 г. массовыми профилактическими мероприятиями с участием психиатров-наркологов охвачено более 200,0 тыс. чел.

В сентябре 2012 г. и мае 2013 г. в целях пропаганды использования физической культуры для реабилитации и социальной адаптации лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, проведены на лучших площадках города (стадион КГБУ СДЮШОР по футболу А. Смертина и спорткомплекс «Обь») турниры по футболу и волейболу среди участников движения «Алтай без наркотиков и алкоголя».

Продолжение модернизации наркологической службы края будет осуществляться за счет текущего финансирования, а также вышеназванных целевых программ. Центральное место в этой работе займет исполнение долгосрочной целевой программы «Развитие здравоохранения в Алтайском крае до 2020 г.», утвержденной Постановлением администрации края от 26 июня 2013 г. № 331.

Программа предусматривает ряд значимых мероприятий:

- проведение обучающих семинаров для специалистов, работающих с молодёжью по профилактике наркологических заболеваний;
- проведение массовых акций для учащейся молодёжи и педагогов;
- тиражирование печатной продукции по профилактике потребления психоактивных веществ;
- открытие кабинетов лечения табачной зависимости;
- дополнительное оснащение наркодиспансеров оборудованием тест-полосками;
- внедрение новых технологий оказания медицинской помощи наркологическим больным и т.д.

Управление деятельностью, направленной на противодействие потребления психоактивных веществ, осуществляется антинаркотической комиссией Алтайского края, возглавляемой губернатором края А.Б. Карлиным. Результатом совместной межведомственной работы, направленной на сокращение как предложения, так и спроса на психоактивные вещества, явилась стабилизация наркологической ситуации, хотя она и остается напряженной.

За 2010-2012 гг. распространенность заболеваний наркологическими расстройствами среди населения края стабилизировалась (с тенденцией к снижению на 2,9%). Число зарегистрированных больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ (включая употребление с вредными последствиями), в 2012 г. составило 57361 чел., или 2,4% от общей численности населения края (РФ 2,1%). В 2012 г., по сравнению с 2011 г., общий показатель распространенности наркологических расстройств снизился с 2404,8 больных на 100 тыс. единиц населения до 2382,9, но остался выше среднестатистического показателя по РФ на 12,7% (РФ 2011 г. – 2114,5 на 100 тыс. ед. нас.).

Несмотря на достаточно широкое распространение потребителей наркотических веществ в крае в структуре наркологических расстройств преобладают алкогольные. Число потребителей алкоголя составило 45520 чел. (1891,0 на 100 тыс. ед. нас.), или 1,9% общей численности населения края (РФ 2011 г. – 2%). В 2012 г. число больных алкоголизмом (включая алкогольные психозы) составило 39184 чел. или 1,6% общей численности населения края (РФ 1,4%). Число зарегистриро-

ванных алкогольных психозов в 2012 г., по сравнению с 2011 г., снизилось с 1447 чел. до 1095, показатель составил 45,5 больных на 100 тыс. единиц населения.

В 2012 г. показатель первично выявленных больных с алкогольными расстройствами уменьшился на 6,6% с 225,2 на 100 тыс. единиц населения (5443 чел.) до 210,4 (5066 чел.) за счет снижения числа выявленных впервые в жизни больных алкогольными психозами на 25,8%, больных алкоголизмом на 4,6%. В 2012 г. в общей структуре первичной наркологической заболеваемости доля заболеваний, вызванных употреблением алкоголя, составила 72,7% общего числа заболеваний наркологическими расстройствами, в 2011 г. – 81,0%.

По данным КГКУЗ «Алтайский краевой медицинский информационно-аналитический центр», показатель смертности от острых отравлений алкоголем в 2012 г. по сравнению с предыдущим годом снизился на 11,5%, но остался выше показателя по РФ на 20,9%. Уровень смертности от острых отравлений наркотиками сократился в 2012 г. к уровню 2011 г. на 28,6%, оставаясь ниже показателя по РФ на 30%. Наркологической службой края на 1 января 2013 г. зарегистрировано 8738 больных наркоманией, или 0,36% общей численности населения. К уровню 2011 г. данный показатель сократился на 3,6% и составил 363,0 на 100 тыс. единиц населения (2011 г. – 376,7).

В 2012 г. к уровню 2011 г. отмечается рост показателя учтенных лиц, употребляющих наркотические вещества с вредными последствиями, на 15,8% (с 98,4 до 113,9 на 100 тыс. ед. нас.) и ненаркотические – на 5,1% (с 9,9 до 10,4 на 100 тыс. ед. нас.), что свидетельствует о достаточной ранней диагностике патологии в результате межведомственного взаимодействия наркологической службы с ГУ МВД России по Алтайскому краю, РУФСКН России по Алтайскому краю и Главным управлением образования и молодежной политики Алтайского края. За 2012 г. 5,3% больных были включены в программы стационарной реабилитации (РФ – 4,1%), в амбулаторную реабилитацию – 4,9% (РФ – 3,6%). Эффективностью использования реабилитационного комплекса является отказ от употребления ПАВ:

- ремиссия у больных наркоманией в 2012 г. от 1 года до 2 лет зарегистрирована у 32,4% пациентов (2011 г. – 31,1%), более 2 лет у 24% (2011 г. – 23,7%);
- ремиссия у больных алкоголизмом в 2012 г. от 1 года до 2 лет зарегистрирована у 33,7% пациентов (2011 г. – 33,4%), более 2 лет у 26% (2011 г. – 25,7%).

Вместе с тем следует обозначить проблемы. Первая из них – дефицит кадров в наркологической службе, наиболее выраженный в наркологических диспансерах г. Бийска и Рубцовска. Хотя за истекшие два года ситуация изменилась к лучшему (с 9 до 6 сократилось число районов, неукомплектованных врачами психиатрами-наркологами; в службу пришло 6 интернов). Ежегодно проводятся встречи с врачами интернами-психиатрами с целью их ориентации на работу в наркологической службе.

За счет средств программы «Профилактика, лечение и реабилитация лиц, больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», а также статьи краевого бюджета «Централизованный закуп лекарственных средств» приобретался инновационный препарат для лечения «вивитрол» на сумму 1530 тыс. руб. Блокируя опиоидные рецепторы, препарат заметно увеличивает период ремиссии. Всего за

2012 г. и 9 месяцев 2013 г. пролечен 61 больной алкоголизмом и наркоманией. Принципиально важным является сохранение возможности применения вивитрола в наркологической службе, хотя стоимость лечения одного пациента составляет 100 тыс. руб., эти затраты, несомненно, эффективны.

В настоящее время все больше внимания уделяется вопросу патогенетической терапии, которая базируется на современных представлениях о механизме наркологических заболеваний. Как мы понимаем, основу заболеваний, связанных с зависимостью, составляет психический дизонтогенез, включающий генетическую предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания, а также психологическую дисгармонию, этнокультурное и социальное рассогласование и др. Таким образом, современная наркология признает био-психо-социо-духовную природу наркологического заболевания, которое реализуется в связи с накоплением патогенных факторов.

Патогенетический подход подразумевает применение лекарственных средств (ЛС), блокирующих опиатные рецепторы, в качестве основных средств для лечения алкоголизма, наркомании. Наиболее ярким примером является пероральная форма налтрексона, которая уже более 20 лет используется для лечения алкоголизма. Применение налтрексона ограничивает употребление алкоголя и увеличивает период воздержания от него, уменьшая степень позитивного подкрепления, выраженность эффекта удовольствия и выраженность патологического влечения к алкоголю. Однако ретроспективные анализы терапии пероральной формы налтрексона показывают, что большинство пациентов не завершает курс лечения при приеме пероральной формы. Так, было показано, что только половина пациентов принимает пероральный налтрексон в течение первого месяца лечения, и только 15% пациентов продолжают принимать препарат на втором месяце терапии.

Стоит также обратить внимание, что подобные сложности часто характерны для больных алкоголизмом в силу отсутствия достаточной мотивации, нарушения когнитивных функций, негативного отношения к лечению. С целью решения подобных задач был разработан налтрексон длительного действия, который получил название Вивитрол, в июле 2008 г. препарат был зарегистрирован в России для лечения пациентов с алкогольной зависимостью, что соответствует Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 г., которая определяет развитие инновационных методов в наркологии, в соответствии с международными подходами к лечению наркологических заболеваний.

Новая форма налтрексона (вивитрол) представляет собой заключенный в микросферы налтрексон для внутримышечных инъекций пролонгированного действия. Вивитрол не является средством аверсивной терапии и не вызывает дисульфирамподобную реакцию при применении опиатов или алкоголя.

Таким образом, из приведенного выше можно сделать вывод, что инъекционная форма ЛС вивитрол способствует решению проблемы соблюдения терапевтических мероприятий при лечении алкоголизма, наркомании. Дополнительным клиническим преимуществом вивитрола также является возможность его комбинации с другими видами лечения, включая различные ЛС и психотерапию. В 2012-2013 гг. препарат вивитрол применялся иньекционно в Алтайском крае-

вом наркологическом диспансере при прохождении лечения больными алкоголизмом и наркоманией (стационарно и амбулаторно).

Критерии включения пациентов в исследование: возраст не старше 65 лет (мужчины и женщины); наличие зависимости от алкоголя или наркотиков в средней стадии; мотивированное согласие на участие в 6-месячном курсе лечения. Подбирались наиболее сложные больные, неоднократно проходившие лечение, без стойких ремиссий. Исследование предусматривало применение вивитрола в условиях, когда в результате предшествовавшего стационарного лечения у больных началось формирование терапевтической ремиссии. К этому моменту больные в течение минимум 15-20 дней не употребляли алкоголь, наркотики, у них были полностью купированы абстинентные расстройства и достигнута стабилизация эмоционального состояния. Больные основной группы в течение 6 месяцев ежемесячно получали внутримышечную инъекцию Вивитрола в дозе 380 мг.

У прошедших лечение отмечалось снижение в 4 раза влечения к алкоголю или наркотикам после первой инъекции и в 5 раз в течение дальнейшей терапии. У 21% пациентов – снижение в 3,5 раза длительности алкогольных запоев или наркотизации по сравнению с началом терапии, удержание в лечебном процессе в течение 6 мес. у 75% пациентов, полная трезвость в течение 6 мес. достигнута у 79%, 52% сообщают об улучшении семейных отношений, 48% пациентов восстанавливают трудовую деятельность.

Таким образом, препарат вивитрол в значительной мере снижал частоту употребления алкоголя, опиатов, не вызывал соматических осложнений сопутствующих заболеваний, имеет хороший профиль безопасности даже при длительном приеме, 60% пациентов, прошедших программу «Вивитрол», имеют ремиссию свыше 1 года, препарат хорошо переносился больными, было продемонстрировано существенное повышение качества жизни. Улучшение терапевтического результата наблюдается при комплексном использовании препарата с другими видами лечения (медикаментозными препаратами, психотерапией).

Применение препарата вивитрол доказало его эффективность и может быть рекомендовано для патогенетической и противорецидивной терапии пациентов с опийной и алкогольной зависимостью, с коморбидной заболеваемостью с интеграцией препарата в программы реабилитации.

Коморбидная соматическая патология у нетрудоспособных больных, страдающих параноидной шизофренией

Кадачегов А.С., Березовская М.А.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1», г. Красноярск

ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», г. Красноярск

В настоящее время нет единого мнения об этиологии и патогенезе шизофрении. Известно, что это мультифакториальное заболевание, на развитие которого влияют как биологические, так и психосоциальные факторы. Среди больных

шизофренией чаще, чем в общей популяции населения, встречаются симптомы соматических заболеваний. В последние годы отмечается тенденция к увеличению среди этих пациентов доли больных с сопутствующей соматической патологией. Наличие соматических заболеваний является предпосылкой для образования группы труднокурабельных больных, которые лечатся часто, длительно, недостаточно эффективно. Более того, присоединение какого-либо соматического заболевания к текущему шизофреническому процессу часто декомпенсирует состояние больного и приводит к рецидиву.

Цель исследования: выявить коморбидную соматическую патологию у больных параноидной шизофренией с доминированием в клинической картине галлюцинаторных расстройств и определить ее связь с наличием инвалидности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе стационара Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1. В исследование включено 196 больных (82 мужчины – 41,8%; 114 женщин – 58,2%) в возрасте 20-50 лет (средний возраст 36,7 ± 8,4 лет), страдающих параноидной шизофренией, в клинической картине которых ведущее место занимали вербальные псевдогаллюцинации. Длительность заболевания колебалась от 2 до 32 лет. Все больные находились на стационарном лечении повторно. Использовались клинико-психопатологический, соматический и статистический методы исследования.

Из 196 больных 111 пациентов имели вторую группу инвалидности по психическому заболеванию, 3 чел. – третью группу инвалидности. 82 пациента группы инвалидности не имели, большинство из них продолжали работать. У 118 пациентов были выявлены коморбидные соматические заболевания. Сравнение частоты встречаемости соматической патологии у больных, имеющих группу инвалидности, и без таковой показало большую распространенность коморбидных соматических заболеваний у нетрудоспособных больных. В первой группе сопутствующие соматические заболевания имели 76 чел., во второй – 42 пациента ($p < 0,05$).

Статистически значимым оказалось различие частоты гипертонической болезни у больных параноидной шизофренией: в группе трудоспособных больных она была диагностирована в 10 случаях, в группе пациентов, имеющих инвалидность – у 28 больных ($p < 0,05$). Различия в частоте встречаемости других заболеваний внутренних органов (болезней желудочно-кишечного тракта, дыхательной, выделительной системы, а также сахарного диабета) статистической значимости не имели. Зато выявлены значимые различия у больных, имеющих два и более сопутствующих соматических заболевания. Чаще других встречались сочетания желудочно-кишечных заболеваний (хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит) с гипертонической болезнью или болезнями почек (мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит), реже – болезни органов пищеварения и легких (хронический бронхит). Отмечены единичные случаи сочетания заболевания желудочно-кишечного тракта и хронического бронхита, сахарного диабета и пиелонефрита, атеросклероза и мочекаменной болезни. У двух пациентов было диагностировано одновременно 4 коморбидных заболевания, протекающих атипично, с минимальной выраженностью соматических симптомов (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический гастрит, хронический пиелонефрит). Среди больных с инвалидностью пациентов с двумя и более сопутствую-

щими заболеваниями оказалось 26 чел., в группе трудоспособных пациентов – 9 ($p < 0,05$).

Наличие заболеваний внутренних органов требовало назначения, направленного на соматическую патологию лечения, а также изменения комбинации психотропной терапии с использованием современных атипичных антипсихотиков, а иногда и полной отмены препаратов. Это, в свою очередь, часто сопровождалось обострением психотической симптоматики. Известно, что наличие подобной патологии мешает проведению адекватной психофармакотерапии и приводит к развитию терапевтической резистентности. Также доказано, что длительное применение нейролептиков – блокаторов центральных дофаминовых рецепторов – снижает защитные иммунные механизмы, что ведет к обострению соматических заболеваний. Образуется замкнутый круг.

Таким образом, у нетрудоспособных больных параноидной шизофренией с доминированием в клинической картине галлюцинаторных расстройств коморбидные заболевания внутренних органов встречаются достоверно чаще, чем у пациентов, сохранивших трудоспособность. Знание рисков коморбидности психических и соматических заболеваний важно и для клиницистов, и для больных шизофренией. Более пристальное внимание к профилактике, своевременному диагнозу и лечению коморбидных соматических заболеваний у больных шизофренией, возможно, уменьшит число обострений и улучшит прогноз заболевания.

Критерии прогноза при пароксизмальных состояниях

Казенных Т.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Уже в определении пароксизмальных состояний заложено их хроническое течение, что связано прежде всего с повторением припадков. Динамика заболевания, развернутая во времени, имеющая непосредственное отношение к его прогнозу, у каждого пациента различна. Десятилетний катамнез больных эпилепсией, наблюдающихся в МЦППС, позволил выделить 132 больного с прогрессирующим течением расстройств (группа пациентов с неконтролируемым течением эпилепсии), что составило 12,7% от всех случаев ЭБ. У этих пациентов отмечалось нарастание ядерных симптомов заболевания, прогрессирование психических расстройств в картине болезни и стойкая социальная дезадаптация, ведущая к снижению качества жизни. Прогрессирующее течение предполагает нарастание тяжести ядерных синдромов эпилепсии и снижение адаптации больного.

Прогрессирование пароксизмального синдрома состояло в увеличении частоты припадков, изменении их «расписания» с ночных или дневных на диффузные, нарастании тяжести их клинических проявлений, появлении феноменов трансформации и полиморфизма с развертыванием новых клинически завершенных пароксизмов, серий припадков или эпилептического статуса. Отмечалась резистентность к лечению и невозможность достижения ремиссии по припадкам.

Прогрессирование нарушений психики характеризовалось нарастанием эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических и характерологических нарушений. Психологическое тестирование, проведенное в динамике, выявляло нарастание когнитивного дефекта, снижение интеллекта с общим исходом в эпилептическое слабоумие.

ЭЭГ-картина характеризовалась изменением биоэлектрической активности мозга в виде усиления эпилептической активности и нарастания дизритмии. В большинстве случаев эпилептическая активность становилась диффузной и появлялась во всех отведениях; билатерально-синхронные разряды эпилептических графоэлементов регистрировались спонтанно либо при легкой провокации. Моноочаговая активность в динамике становилась многоочаговой, при которой выделение ведущего очага часто затруднено. На фоновую дизритмию, связанную с этиологическим органическим повреждением мозга и возрастом пациентов, накладывалась дезорганизация биоэлектрической активности, вызванная прогрессированием эпилептического процесса. На ЭЭГ таких больных признаки органических изменений в мозге сочетались с дезорганизацией и нарушением регионального распределения физиологических ритмов, общей тенденцией к синхронизации потенциалов и преобладанием медленной активности.

Стационарное течение относится к доброкачественному с известной долей условности. Действительно, оно предполагает определенную стабилизацию процесса, которая, с одной стороны, допускает отсутствие рассмотренных выше признаков прогрессирования заболевания, а с другой – включает в себя и резистентность к лечебным воздействиям. В наших наблюдениях эту группу составили пациенты с эпилепсией на фоне текущих заболеваний головного мозга, клиническая картина которых напрямую зависела от прогрессирования или стабильности основного заболевания. Таковых было 29 чел. (2,8% от всех больных с эпилепсией). Ремиттирующее течение характеризуется периодами обострений и ремиссий, определяемых прежде всего по наличию или отсутствию припадков. Эта разновидность течения не исключает, однако, явлений трансформации и полиморфизма припадков. Регрессирующее течение предполагает урежение или прекращение припадков, замену тяжелых пароксизмов на более легкие, порою атипичные, неразвернутые, трудно классифицируемые, регресс ЭЭГ-изменений и улучшение адаптации пациентов. Регрессирующее течение может закончиться у ряда больных полным выздоровлением. Следует отметить, что общим признаком для этих двух кластеров является терапевтический контроль приступов, что мы наблюдали у 605 больных эпилепсией (58,2% случаев).

Надежным критерием доброкачественности заболевания является достижение ремиссии по припадкам. Ремиссия очень часто сопровождается улучшением адаптации больного и всегда является желанной, несмотря на возможность сохранения при этом нарушений психики и ЭЭГ-изменений. Кроме того, наступление ремиссии всегда означает появление надежды на выздоровление. Согласно нашим данным, ремиссия приступов наступала у 16,7% пациентов с эпилепсией.

Меньшая типичность эпилепсии проявляется снижением частоты абсансов, бессудорожных форм припадков и увеличением количества больных с атипичными, клинически незавершенными, трудно классифицируемыми припадками. Признаки меньшей тяжести заболевания более многочисленные: достоверное

снижение частоты начала заболевания в раннем детском возрасте, увеличение частоты ремиссий и стационарного течения, редкость посещения больными вспомогательной школы и утраты обучаемости, преобладание очаговой, но не диффузной или генерализованной эпилептической активности на ЭЭГ, большая сохранность неврологического статуса и др. Эти данные можно расценить как свидетельство большей морфологической и функциональной сохранности мозга, включая и его естественные механизмы защиты, у таких больных, по сравнению с дебютом эпилепсии посредством типичных эпилептических припадков.

Более тяжелое течение эпилепсии отмечается при локализации очага в медиобазальных структурах лобно-височной коры и при преобладании судорожного характера припадков. Тяжесть течения лимбических вариантов эпилепсии связана не только с большой вероятностью появления психомоторных припадков и сумеречных состояний сознания, но и с грубыми нарушениями мнестического процесса, эмоциональной сферы, вегетативных и эндокринных функций, дезинтеграцией целостной поведенческой деятельности.

Распределение припадков в цикле «сон – бодрствование» имеет также определенное прогностическое значение в связи с некоторыми особенностями их патофизиологии. Известно, например, что высокий уровень бодрствования человека, более характерный для дневного времени суток, препятствует появлению припадков в связи с усиленным функционированием десинхронизирующих, активирующих систем мозга. И, наоборот, во время сна защита мозга от синхронизирующих влияний эпилептического очага ослаблена, особенно в начальных фазах «медленного» сна, что в свою очередь создает нейродинамические условия, благоприятные для появления припадков. В связи с этим эпилепсия, проявляющаяся только ночными припадками, считается более доброкачественной, по сравнению с теми ее вариантами, в которых припадки являются дневными или диффузными, то есть появляющимися и днем, и ночью.

Некоторое прогностическое значение имеет и наличие факторов, провоцирующих каждый или большинство припадков, что не является редкостью для эпилепсии у детей. Спонтанный или аутохтонный характер их косвенно свидетельствует о низком пороге эпилептической готовности мозга, который преодолевается мало выраженными, порою внешне незаметными колебаниями параметров внешней и внутренней среды, например, незначительным сокращением возрастной продолжительности ночного сна, случайным и небольшим увеличением продолжительности перерыва между приемами пищи и др. В свою очередь, низкий порог эпилептической готовности мозга обеспечивает известную легкость развертывания припадков, высокую их частоту и тем самым ухудшает течение и прогноз заболевания. Если же каждый или почти каждый припадок требует весьма заметного провоцирующего фактора, то это косвенно свидетельствует о высоком пороге эпилептической готовности мозга, об известной сохранности его антиэпилептических систем; указывает на относительную доброкачественность процесса и возможность предупреждения приступов посредством нейтрализации известных провоцирующих факторов.

Клиническая мономорфность повторяющихся припадков свидетельствует о функционировании одной эпилептической системы в мозге и указывает, таким образом, на относительную доброкачественность заболевания в отличие от транс-

формации и полиморфизма припадков, в основе которых лежит образование нескольких или многих эпилептических систем, что отражает прогрессирующий характер заболевания и тенденцию к формированию «эпилептического мозга».

Условия внешней среды также могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на динамику заболевания. Черепно-мозговые травмы, интоксикации, инфекционные заболевания мозга и общие инфекции, нарушения принципов антиконвульсантной терапии, погрешности режима, диеты, воспитания могут вызвать срыв компенсации и прогрессирование заболевания.

Из изложенного следует, что оценка течения заболевания и его прогноз по какому-либо одному из многочисленных факторов, влияющих на эпилептогенез, являются весьма рискованным делом и требуют учета как можно большего количества факторов. При этом в любом случае оценка тяжести заболевания и его исхода объективно, по не зависящим от врача причинам, справедлива лишь на данный момент времени и является поэтому в определенной степени метафизичной и приблизительной. Причем очевидно, что чем моложе заболевший, тем труднее у него прогнозировать дальнейшее течение заболевания и его исход.

Нехимические аддикции: нозология или симптом?

Калачев Т.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница №3», г. Барнаул

Поведенческая аддикция – это нехимическая аддикция, другими словами, зависимость от какого-то поведенческого шаблона. Любое увлечение человека, имеющее сверхценность, при котором объект увлечения или деятельность становится определяющим направлением поведения и оттесняет на второй план либо блокирует вовсе любую другую деятельность, и есть поведенческая аддикция. Поведенческая аддикция часто сочетается с какой-то другой психопатологией, например, расстройство личности, невроз, аффективное расстройство.

Игровая зависимость. Зависимость от азартных игр (гемблинг, лудомания или патологическая склонность к азартным играм). Вот основные признаки игровой зависимости:

1) постоянная вовлеченность, увеличение времени, проводимого в игре;

2) изменение круга интересов. Игра вытесняет прежние более важные мотивации человека игровой мотивацией. У человека присутствуют постоянные мысли об игре;

3) теряется контроль за собой. Человек не способен вовремя прекратить игру, например, в случае большого выигрыша или большого проигрыша;

4) развивается психологический дискомфорт, раздражение, беспокойство. Возникает состояние так называемой «ломки» в промежутке между играми (аналог абстинентного синдрома). Нарушается сон, возникают головные боли, постоянно присутствует желание вновь вступить в игру;

5) постепенно увеличивается частота сеансов игры, стремление к повышению риска;

6) быстро снижается способность сопротивления соблазну.

Важно заметить, что люди, участвующие в игре, часто злоупотребляют алкоголем, курением, то есть включаются в комбинированные формы аддиктивного поведения. Возникают трудности в семейной жизни, в работе.

Аддикции отношений. Существует три вида аддикций отношений – любовные, сексуальные аддикции и аддикции избегания. Все три вида тесно соприкасаются друг с другом.

Любовная аддикция – это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Обычно такие отношения возникают между двумя созависимыми людьми, или, другими словами, соаддиктивными. Наиболее характерные соаддиктивные отношения развиваются у любовного аддикта с аддиктом избегания. Признаки любовной аддикции:

1) очень большое количество времени и внимания уделяется объекту, на который направлена аддикция. Появляется навязчивость, от которой сложно избавиться;

2) аддикт находится во власти переживания выдуманых ожиданий в отношении другого человека;

3) аддикт перестает заботиться о себе. Отношение к родным и близким перестает играть какую-либо роль.

Признаки аддикции избегания:

1) уход от интенсивных отношений со значимым для себя человеком (любовным аддиктом). Проведение времени в другой компании, на работе, в общении с другими людьми;

2) стремление избегать интимного контакта, психологически дистанцируясь.

Любовный аддикт и аддикт избегания всегда тянутся друг к другу из-за знакомых психологических черт, которые могут быть неприятными, вызывать эмоциональную боль, но они привычны и напоминают переживания из детства. Возникает влечение к уже знакомому. Оба вида аддиктов обычно не увлекаются неаддиктами, которые кажутся им непривлекательными и скучными.

Признаки сексуальной аддикции:

1) потеря контроля над своим сексуальным поведением;

2) продолжение такого сексуального поведения, несмотря на негативные последствия.

Трудоголизм. Как и всякая аддикция, трудоголизм является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, которое достигается фиксацией на работе. Трудогоолик не стремится работать, чтобы зарабатывать деньги либо добиваться какой-то цели. Работа для него заменяет собой привязанность, любовь, развлечения и другие виды активности. Одна из важных особенностей трудоголизма – это компульсивное стремление к постоянному успеху и одобрению со стороны окружающих. У таких людей наблюдается постоянное отчуждение от семьи, друзей. В случае заболевания или увольнения с работы такая аддикция легко меняется на другую, чаще химическую зависимость. Но следует упомянуть, что трудоголизм может стать спасительной аддикцией для бывших наркоманов и алкоголиков на этапе реабилитации.

Интернет-зависимости. Есть пять основных типов интернет-зависимости (по К. Янгу):

1) обсессивное пристрастие к работе с компьютером (игры, программирование и др.);

2) компульсивная навигация по интернет-сайтам, поиски в удаленных базах данных;

3) зависимость от азартных интернет-игр, аукционов, электронных покупок;

4) зависимость от социальных сетей;

5) зависимость от интернет-порнографии.

Психологические симптомы: хорошее самочувствие или эйфория за компьютером; отсутствие возможности остановиться; увеличение количества времени за компьютером, пренебрежение семьей и друзьями; ощущение пустоты, депрессии, раздражения при нахождении вне компьютера; ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности; проблемы с работой или учебой; нерегулярное питание; пренебрежение личной гигиеной; расстройство сна, изменение режима сна.

Спортивная аддикция – это возможный путь создания социально приемлемой формы зависимости при проведении профилактики и реабилитации детей и подростков с другим аддиктивным поведением. Но спортивная аддикция, как и любая другая, может легко поменять форму и перейти в другую, в том числе и химическую. Именно поэтому существует такой высокий процент алкоголизма и наркомании среди бывших спортсменов.

Шопоголизм. Озабоченность покупками, внезапные порывы что-то купить, неадекватная трата времени, становятся очень серьезной помехой в повседневной жизни и в профессиональной сфере или влекут за собой финансовые проблемы.

Пищевая аддикция. Переедание и голодание относятся к группе промежуточных аддикций. Аддикция к еде – это одновременно психологическая зависимость и утоление голода. Проявляется в форме переедания и голодания.

Ургентная аддикция. Это привычка находиться в таком состоянии, когда постоянно не хватает ни на что времени.

Духовный поиск (религиозная аддикция*)*. Часто аддикция духовного поиска может служить социально приемлемой аддикцией. Ею могут быть замещены более пагубные наркотические, алкогольные и другие аддикции.

Итак, из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что поведенческие аддикции в большой степени покрывают практически весь спектр поведенческих действий человека, все стороны его жизни: любовь, секс, работу, деньги, спорт и т.д. Любой поведенческий акт человека кроет в себе потенциальную угрозу появления аддикции к нему. Это парадоксально, но все многообразие нашей жизни – это богатство возможных аддикций. С социальной точки зрения, нормальный человек успешно сочетает в себе варианты социально приемлемых форм зависимостей.

Любые аддикции транспонентны, поэтому трудно излечимы. Замещение одной зависимости другой в попытке избежать первую обычно приводят только к расширению аддикционального спектра, так же как и химические аддикции могут переходить в нехимические, служа спасительным замещением.

Такой взаимный переход, наличие множества общих черт различных аддикций говорит об их неспецифичности, наличии определенного психопатологического фундамента. Таким образом, аддикции являются одним из проявлений (симптомом) изначальной психической патологии. В связи с этим существование аддикций (в чистом виде) вызывает сомнения.

Стандартизация методики исследования особенностей восприятия интернета на основе ситуативных задач

Каминская О.В.

Ровенский областной институт последипломного педагогического образования, г. Ровно, Украина

Актуальность проблемы интернет-зависимости обусловливает потребность в дальнейшем ее рассмотрении как на теоретическом, так и на практическом уровне. На сегодняшний день существует недостаточно методик, которые позволяли бы выявить степень интернет-зависимости, в частности не разработаны проективные методики, предметом исследования которых был бы этот вид аддикции. Это побудило нас к созданию такой методики, которая прошла процесс стандартизации, описаный ниже.

В основу разработки легли труды таких ученых, как Н.Н. Алексеенко, Т.Ю. Больбот (2005), А.Е. Войскунский (2004). Методика содержит ряд ситуативных задач, которые позволяют исследовать особенности интернет-зависимости. Стимульный материал характеризуется нечеткостью, что позволяет оптанту давать свободные ответы, прогнозируя свою реакцию в той или иной ситуации. При разработке методики были использованы материалы оптантов в возрасте от 14 до 30 лет. Выборка включала лиц разного пола, имеющих разный уровень образования, социальный статус, место проживания и стаж работы в интернете. В целом было обследовано 400 чел. Использовались как индивидуальная, так и групповая формы проведения обследования.

Стандартизация методики осуществлялась по следующей схеме:

1. Проверка репрезентативности методики методом Колмогорова-Смирнова.

2. Проверка надежности с помощью коэффициента корреляции τ-Кэнделла.

3. Проверка валидности методики путем сравнения ее показателей с показателями известных методик.

Предметом исследования является валидность, надежность и репрезентативность методики исследования особенностей восприятия интернета на основе ситуативных задач.

Объектом является методика исследования особенностей восприятия интернета на основе ситуативных задач.

Методика содержит такие шкалы: восприятие интернета, восприятие себя в интернете, восприятие жизни без интернета, основная деятельность в интернете.

Статистическая обработка результатов производилась с использованием программ STATISTICA 6.0. и Microsoft Excel.

Критерий Колмогорова-Смирнова использовался для проверки нормативного распределения выборки.

Валидность методики проверялась за счет исследования корреляционной связи ее шкал с известными методиками, а именно:

- показатели по шкале «Восприятие интернета» сравнивались с данными, полученными по шкале опросника «Восприятие интернета» (Е.А. Щепилина);
- показатели по шкале «Восприятие себя в интернете» сравнивались с данными теста на интернет-аддикцию (Т.А. Никитина, А.Ю. Егоров);
- показатели по шкале «Восприятие жизни без интернета» сравнивались с данными, полученными по шкале «компульсивное симптомы» теста интернет-зависимости (Чен);
- показатели по шкале «Основная деятельность в интернете» сравнивались с данными теста на интернет-зависимость (К. Янг, адаптация В.А. Буровой).

Для определения валидности использовался метод ранговой корреляции Спирмена.

В результате стандартизации методики были получены следующие данные:

1. Исследование репрезентативности предложенной методики позволило получить следующие показатели: по шкале «Восприятие интернета» показатель репрезентативности по критерию Колмогорова-Смирнова при уровне достоверности 0,05 составил 0,054; по шкале «Восприятие себя в интернете» – 0,039; по шкале «Восприятие жизни без интернета» – 0,044; по шкале «Основная деятельность в интернете» – 0,028. Полученные показатели подтверждают репрезентативность методики.

2. Для исследования надежности использовался коэффициент корреляции t-Кэнделла, результаты которого представлены в таблице 1.

Таблица 1

Проверка надежности методики с использованием метода корреляции t-Кэнделла

Критерий оценки	Коэффициент корреляции
Восприятие интернета	0,78
Восприятие себя в интернете	0,43
Восприятие жизни без интернета	0,52
Основная деятельность в интернете	0,64

Коэффициент корреляции достаточно высок, что подтверждает надежность методики.

3. При определении валидности методики с помощью использования метода корреляции Спирмена были получены значения, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Проверка валидности методики с помощью метода корреляции Спирмена

Критерий оценки	Коэффициент корреляции
Восприятие интернета	r = + 0,521 (p 0,05)
Восприятие себя в интернете	r = + 0,371 (p ≤ 0,05)
Восприятие жизни без интернета	r = + 0,359 (p ≤ 0,05)
Основная деятельность в интернете	r = + 0,322 (p ≤ 0,05)

Полученные показатели указывают на валидность разработанной методики.

Итак, проверка методики подтверждает ее надежность, валидность и репрезентативность.

Психические расстройства у детей с сенсорными нарушениями

Карауш И.С.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Дети с наличием дефектов развития имеют много общих черт, что определяет основные подходы для их обучения и воспитания. И, тем не менее, каждая составляющая указанной категории детей (с нарушениями слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, умственной отсталостью) отличается особыми психологическими характеристиками, особенностями развития и социализации (Емельянов А.А., 2009, Лебедева И.Р., 2010, Jones C.R., 2010, Hogan A., Shipley M., Strazdins L. et all., 2011).

Объектом исследования были дети с нарушением онтогенетического развития по дефицитарному типу – дети с серьезными нарушениями слуха и зрения, обучающиеся в коррекционных школах I-II и III-IV вида.

Цель исследования: изучение психического здоровья детей указанной категории. Обследовано 205 детей в возрасте 7-17 лет, из них 100 имеют нарушения зрения (полная или частичная атрофия дисков зрительных нервов, катаракта, амблиопия, астигматизм, косоглазие и др.) и 105 имеют сенсоневральные нарушения слуха (тугоухость III-IV степени, глухота); 81% детей имеет статус детей-инвалидов. У детей с нарушением слуха выявлены расстройства психологического развития F83 (72,4%), умственная отсталость легкой степени F70 (20%), гиперкинетическое расстройство F90 (7,6%). Все эти дети также имеют расстройства речевого развития различной степени (F80.1, F80.2, F80.88).

Спектр нарушений и расстройств психического развития детей с нарушением зрения отличается большим разнообразием – психодезадаптационные состояния выявлены у 40% детей, смешанные специфические расстройства развития F83 у 37%, умственная отсталость легкой степени F70 у 7%, психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга F06.7 у

5,7%, расстройства адаптации F43.2 у 4,3%, гиперкинетические расстройства (СДВГ) F90 у 4,3% учащихся. Расстройства речи выявлены в 8,6% случаев.

В группе 14-17-летних учащихся (88 чел.) курят (от 1-2 до 10 сигарет в день) 26%, употребляют алкогольсодержащие напитки с регулярностью 1-2 раза в неделю 5%, 1-2 раза в месяц – 17%. Изучаются психологические характеристики – наличие различных психогений, уровень тревоги, агрессии, суицидального риска, актуальное эмоциональное состояние. По результатам клинико-психологического обследования сформированы программы психотерапии и психокоррекции, учитывающие клинические, социальные и психологические характеристики изучаемой группы детей. Эффективность реабилитационных программ будет оценена по динамике клинического статуса, психологических характеристик и уровня качества жизни по шкале PedsQL.

Коморбидность психических расстройств и соматической патологии

Картавых К.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Проблемы психических расстройств, сопряженных с соматической патологией, до настоящего времени актуальны как в теоретическом, так и в практическом отношении. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), те или иные психические нарушения имеют 30–57% больных, страдающих соматическими заболеваниями средней и тяжелой степени выраженности.

Просматривается тенденция перемещения больных с пограничными психическими расстройствами из сферы психиатрической службы в общую медицину. Этот процесс отмечен и мировым медицинским сообществом, что выразилось в интеграции психиатрического и психотерапевтического сервиса в систему общесоматической медицинской помощи. Как отмечено в докладе ВОЗ «Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», подобный подход дает ряд преимуществ:

- улучшается диагностика психических расстройств;
- терапия психических и поведенческих расстройств осуществляется одновременно с лечением общесоматических заболеваний;
- повышается эффективность лечения соматических пациентов, имеющих психические расстройства;
- существенно снижается стигматизация больных.

Многомерная обусловленность психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями требует необходимости лечения на разных уровнях, в связи с чем выбор терапии строится с учетом четко поставленных психиатрического и соматического диагнозов, преморбидных личностных характеристик, психосоциального статуса. Вопросы, стоящие перед пациентами с соматическими расстройствами, которые попадают в сложные жизненные обстоятельства,

часто требуют психологического консультирования. В таких ситуациях помощь врача-психотерапевта крайне необходима.

Степень участия в лечебном процессе психотерапевта и врачей-интернистов непосредственно связана с тяжестью психической и соматической патологии. План лечения предусматривает определенный алгоритм воздействия на симптомы и расстройства в зависимости от их значимости и первоочередности терапевтического воздействия на них.

Когда в состоянии пациента преобладает психическая патология, то основная роль в терапевтическом процессе отводится психотерапевту. Если же психопатологическая симптоматика является следствием соматического состояния, то ведущее участие в терапии принимают врачи-интернисты, а психотерапевт оказывает консультативную, психотерапевтическую, а при необходимости медикаментозную поддержку.

Психотерапия больных соматическими заболеваниями с коморбидными психическими расстройствами не заменяет соматическую терапию. Она дополняет ее, помогая пациенту мобилизовать внутренние резервы и ресурсы, восстанавливая нарушенные элементы системы отношений, которые участвуют в этиопатогенезе заболевания; уменьшает остроту переживания соматического заболевания; снимает невротические наслоения; уменьшает интенсивность клинических проявлений; повышает социальную активность больных, их адаптацию в семье и обществе

Клиническая психотерапия (в классическом ее понимании по М.Е. Бурно) показана при всех соматических заболеваниях с коморбидной психической патологией. При клиническом подходе психотерапевт учитывает особенности личности соматически больных, их реагирование на заболевание, регистр психических нарушений, выраженность соматоневрологического заболевания.

В психотерапевтической работе чаще всего используются интегративные техники. Основой психотерапевтического воздействия является гипносуггестия с ее огромным терапевтическим потенциалом в клинике психосоматических расстройств. Психосоматические симптомы достаточно устойчивы к «чистой» психотерапии, соответственно, психотерапевтические воздействия сочетаются с медикаментозными. При назначении медикаментозной терапии приходится учитывать, с одной стороны, свойства психофармакологических препаратов и особенности их взаимодействия с соматотропными медикаментами, а с другой – соматическое состояние пациента, а также измененную в связи с нарушениями функций внутренних органов толерантность к фармакологическим средствам.

Таким образом, прослеживается очевидная связь в совместном взаимодействии врачей разных специальностей, в зависимости от коморбидности патологии. Необходимо обследовать данную группу пациентов, определять тактику и методы лечения, учитывая не только психическую патологию, но и соматический профиль больного.

Психиатрия и гематология, основные нарушения

Картавых К.В., Шереметьева И.И.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Ограничение двигательной активности воспринимается больными гемофилией как стресс и приводит к формированию невротического отношения к жизни (Crodel H.W. et al, 1976; Jacobs S., 1977; Пожиленко Н.С., 1987). Оценка психического состояния у больных гемофилией в настоящее время должна быть, по мнению некоторых авторов, частью программы реабилитации (Celiker R., 2000). В этой связи необходим комплексный подход, учитывающий особенности личности больного, степень его эмоциональной напряженности, тревожности, характер взаимоотношений в семье и микросоциуме, что позволит оценивать эффективность медицинской и психотерапевтической реабилитации, а также качество жизни пациента. Подобные публикации в отечественной и зарубежной медицинской литературе немногочисленны и противоречивы.

Материалы и методы. На базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница», с участием сотрудников кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО АГМУ МИНЗДРАВА РФ, проводится обследование больных гемофилией. Цель исследования – установление клинико-динамических особенностей течения заболевания в зависимости от наличия психических расстройств; создание базы данных психических расстройств у больных гемофилией. Во время обследования ведется осмотр пациента, заполнение карты обследования, предлагаются психологические тестовые методики.

Результаты. Все обследуемые являлись жителями Алтайского края, находящимися на «домашнем» лечении – трансфузионно-заместительной терапией концентратами факторов свертывания. При клиническом осмотре пациенты предъявляли жалобы на выраженные ограничения двигательной активности, боли в суставах, слабость, усталость, легко возникающую раздражительность, быструю утомляемость при нагрузке, нарушения сна, головные боли, головокружение, неудовлетворенность собой, чувство тревоги и страха за свой социальный статус, апатию.

Количество обследованных больных с разными видами патологии: общее количество больных гемофилией – 40. Гемофилия А: 32 чел. Гемофилия В: 8. Из общего числа больных гемофилией с диагнозом «органическое заболевание головного мозга, психоорганический синдром» 26 чел. Один случай шизофрении, единичный случай олигофрении. Диагностировано у 4 больных гемофилией эпилептические пароксизмы полиморфного характера. У 20 пациентов из общей выборки диагностирована ситуационная депрессия. Состоят на диспансерном учете у психиатра 5 чел. Все пациенты являются инвалидами 2 группы по соматическому заболеванию. Обследуемые дети активно жалоб не предъявляли. Со слов родителей превалирует в клинической картине психопатические черты характера. Из объективных данных отчетливо выделялась гиперопека ребенка со стороны матери, социальная дезадаптация ребенка.

Был проведен анализ социального статуса и трудовой адаптации больных гемофилией: к квалифицированному труду подготовлены 58,6%, обучаются в средних и высших учебных заведениях – 26,8%, не имеют работы по различным причинам около 14,6%. Из них 78% проживают в городских условиях. 61% не состояли и не состоят в браке.

Ранняя активизация, после устранений тяжелых осложнений на ранних стадиях развития, улучшает психоэмоциональную адаптацию больных гемофилией к жизни. Переход на профилактическое и домашнее лечение помогли избежать инвалидизации пациентов. Дети, страдающие гемофилией, ограниченны в своих возможностях, таких как физическая нагрузка (различные виды спорта, связанные с повышенным травматизмом), выборе будущей профессии, снижен порог стрессоустойчивости.

На протяжении всего обследования прослеживается повышенный уровень тревоги, раздражительности, социальной дезадаптации при обострении гематологического заболевания. Снижено качество жизни пациента, вследствие чего возможно возникновение психической патологии.

Диагностирование у больных с хронической сердечной недостаточностью психовегетативных и невротических реакций

Кодирова Ш.С., Саидова М.М., Рахматова Д.Б.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, г. Бухара

В последнее время растет интерес к изучению роли психологических и психосоциальных факторов в становлении, клиническом течении и прогнозе сердечно-сосудистых заболеваний. Депрессия и тревога осложняют течение заболевания, влекут за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка, снижают качество жизни этих больных; приводят к повышению смертности, в том числе и внезапной; увеличивают количество и продолжительность госпитализаций; способствуют снижению профессионального статуса; приводят к раннему выходу на инвалидность. По мнению специалистов, традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, такие как гиперхолестеринемия, курение, артериальная гипертензия, наследственность, низкая физическая активность, избыточная масса тела, объясняют лишь половину случаев развития сердечно-сосудистых заболеваний. Психологические же факторы риска в преобладающем большинстве случаев играют роль своего рода катализатора при дебюте ССЗ, а в последующем включаются в сложную патогенетическую цепь прогрессирования патологии.

Цель исследования: диагностирование у больных ССЗ психовегетативных расстройств.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 74 больных с сердечно-сосудистой патологией. Критериями исключения явились инсульт в анамнезе в течение полугода, сахарный диабет I и II типа, нарушение функции почек, злокачественные новообразования. Среди них 32 женщины и 42 мужчины в возрасте от 52 до 66 лет. Из общего чис-

ла на основании жалоб, анамнестических данных у 32 больных, из них 14 женщин и 18 мужчин, диагностирована гипертоническая болезнь, в среднем с более 10-летней давностью, у 24 больных (10 женщин и 14 мужчин) ИБС, перенесенный острый инфаркт миокарда давностью более одного года, у 18 больных, из них 6 женщин и 12 мужчин, сочетание ИБС и гипертонической болезни.

Диагноз соматических заболеваний был верифицирован на основании клинико-лабораторного обследования. Всем больным проводили следующие обследования: сбор анамнестических данных, жалоб, клинический осмотр больных, биохимические (исследования липидного спектра общего холестерина, ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов) инструментальные исследования ЭКГ в покое в 12 отведениях, ЭхоКГ, велоэргометрическая проба.

Психовегетативные нарушения были установлены с использованием методов психодиагностики: клинические – по типу беседы-интервью; целевые клинические оценочные шкалы (Зайцева В.П., Цунга, Спилберга-Ханина), гемодинамические – определяющие корреляты психоэмоционального напряжения (АД, ЧСС, ОПСС).

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у больных ССЗ часто наблюдаются невротические нарушения по типу тревожно-депрессивной, кардиофобической, депрессивно-ипохондрических реакций. У больных с сочетанием ГБ и ИБС наблюдались более тяжелые реакции, нежели чем у остальных больных. Все эти реакции влияют на течение основного заболевания, как на клиническом, так и на биологическом уровне, в то же время эти реакции приводят к прогрессированию болезни, ухудшая качество жизни больных, ведут в дальнейшем к инвалидизации. Своевременная профилактика и диагностика психовегетативных нарушений может привести к стойкой и длительной стабилизации клинического состояния.

Изучение связи между вегетативным статусом больных с постинфарктным кардиосклерозом и тяжестью течения заболевания

Кодирова Ш.С., Саидова М.М., Ширинов Д.К.
Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан
Кафедра ЮНЕСКО традиционной медицины, г. Бухара

Цель исследования: изучить взаимосвязь между психологическим состоянием и тяжестью течения заболевания у больных постинфарктным кардиосклерозом, осложненным I-IIФК ХСН.

Материалы и методы. В исследование было включено 42 мужчины с ИБС, с постинфарктным кардиосклерозом, осложненной I-IIФК ХСН по NYHA. Оценку психологического статуса проводили с применением методики самооценки депрессии (шкала Цунга) и шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. Для оценки психологической защиты использовали методику «Индекс жизненного стиля» – Plutchik-Kellerman LSI.

Результаты исследования. Для больных с ХСН была характерна повышенная степень отрицания существующих проблем, вытеснения (исключение из сознания идеи и связанных с ней эмоций), проекции, сопряженной с агрессией, и интеллектуализации, отличающейся контролем эмоций и чрезмерной зависимостью от рациональной интерпретации ситуации. Аффективные расстройства в виде тревоги и депрессии оказались тесно сцепленным ($r = 0,50$; $p < 0,001$) и были типичны для больных более молодого возраста ($r = –0,46$; $p < 0,05$ и $r = –0,66$; $p < 0,001$ соответственно).

Возникновение депрессии было пропорционально выраженности клинических симптомов по ШОКС ($r = 0,46$; $p < 0,05$). С наличием отрицания были связаны выраженность компенсации: чем выше оказывался показатель отрицания у больных с ХСН, тем выраженнее были тревожно-депрессивные расстройства. Сочетание этих признаков носило устойчивый характер ($r = 0,9$; $p < 0,001$). Как благоприятный фактор рассматривалось наличие интеллектуализации, поскольку больным с сердечной недостаточностью с таким типом механизма психологической защиты не были свойственны аффективные расстройства ($r = 0,59$; $p < 0,05$). Выявлена зависимость между механизмами психологической защиты и степенью тяжести таких клинических симптомов, как сердцебиение (связь с отрицанием $r = 0,42$; $p < 0,05$), боль (зависимость от выраженности регрессии $r = 0,46$; $p < 0,05$). Взаимосвязь депрессии и тяжести соматического состояния больных носила устойчивый характер ($p < 0,05$).

Таким образом, выявлена связь между выраженностью депрессивных расстройств и тяжестью заболевания у больных с хронической сердечной недостаточностью. Для молодого возраста более характерны аффективные расстройства.

Проблема инфантильной личности в современной медицине (клинико-психологический аспект)

Королев А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В последние годы как в научной среде, так и среди обывателей активно используется понятие «инфантильность». Данный термин отличает кажущаяся легкость его понимания, что связано, прежде всего, с мультидисциплинарностью данной проблемы. В ее разработке принимают участие специалисты различных профилей (психиатры, психотерапевты, психологи, врачи-интернисты), закономерно использующие разные подходы к ее изучению.

Так, в литературе по психиатрии и психологии традиционно описывается три варианта психического инфантилизма. Биологический, или «истинный», связан с отставанием в развитии лобных отделов головного мозга ребенка, при этом биологический дефект дополняется нередко неправильным воспитанием. Второй вариант предполагает наличие органической патологии, за счет которой происходит редукция волевой деятельности, когда высшие формы рационального поведения – оценка ситуации, планирование, борьба мотивов, выбор решения, настойчивость в достижении поставленной цели – почти недоступны пациенту. Данный вариант подробно описан Г.Е. Сухаревой (1974), ей же предложен термин «орга-

нический инфантилизм». Третий вариант развития инфантилизма обусловлен неправильным стилем семейного воспитания, когда здоровый, с точки зрения физиологии, ребенок приобретает психический дефект, по сути, искусственным образом.

Данные варианты психического инфантилизма рассматриваются, как правило, с позиций детской психиатрии и специальной психологии, что оставляет ряд неразрешенных вопросов. В частности, в литературе не удается найти специальных исследований, посвященных психическому функционированию взрослых с чертами инфантильности.

Вместе с тем быстрая эволюция общественной жизни, сопровождающаяся стремительно меняющимися социально-экономическими и психологическими условиями жизни, которые предъявляют к индивиду новые, все возрастающие требования, влияющие на его психическое состояние и социальную адаптацию, привела к смещению его ценностно-смысловых ориентаций. Эти изменения, прежде всего, неоднозначно отразились на личности современного человека, наиболее характерными ее чертами на сегодняшний день следует признать недостаточно развитый уровень ответственности и способности прогнозирования результатов собственных поступков. Иллюстрацией тому могут служить такие прочно вошедшие в публицистику понятия, как: «общество потребления», «дети-бумеранги» и др.

С учетом изложенного на сегодняшний день представляется целесообразным выделение автономного понятия – личностный инфантилизм. При этом необходимо подчеркнуть, что предлагаемый термин не является абстрактным, а определяет существенное личностное свойство, клинико-психологическое значение которого остается в полной мере не раскрытым. Это, разумеется, ставит перед исследователями множество новых вопросов, решение которых, однако, необходимо для психологической науки и медицинской практики.

Как показывает повседневная практика, среди больных, страдающих пограничными формами психической патологии, растет число лиц, не отвечающих на психотерапию, так называемых нон-респондеров. Эти пациенты отличаются трудностями межличностного взаимодействия, недостаточно глубоким самопониманием, неспособностью к рефлексии, отсутствием готовности к ответственному поведению. Данные поведенческие и личностные особенности могут быть обусловлены, в частности, личностной незрелостью – личностным инфантилизмом.

Таким образом, всестороннее и глубокое исследование теоретического конструкта инфантильности в рамках психологической науки, внесет, вероятно, весомый вклад в дело совершенствования психолого-психиатрической помощи больным.

Апеллируя к авторитету, позволим себе привести здесь призыв Гиппократа «лечить не болезнь, а больного», реализация которого как раз требует всестороннего рассмотрения личности пациента, оценки уровня антипода личностной инфантильности – ее синтонности.

Анализ деятельности медико-социальной службы психоневрологического диспансера

Короткова В.В., Самойлова И.А.
ФГБУЗ «Клиническая больница № 81 ФМБА России», г. Северск

Стандартом оказания психиатрической помощи во всем мире считается не только психофармакотерапия, но и психосоциальные методы. Психосоциальные подходы – не альтернатива биологической терапии, они дополняют друг друга и преобразуются в бригадный метод в работе. При нивелировании психотической симптоматики неизбежно возникают вопросы реабилитации и адаптации. Помощь пациентам в решении социальных проблем, тренинги социальных навыков положены в основу социальной реабилитации, которая служит одной цели – успешному социальному функционированию в конкретной социальной среде, в которой находится или будет находиться пациент. Для проведения мероприятий социальной адаптации и реабилитации в психоневрологическом диспансере создана медико-социальная служба (МСС), в состав которой входит специалист по социальной работе, социальные работники. Цели и задачи МСС:

- повышение уровня социальной адаптации пациентов психоневрологического диспансера (ПНД), психиатрического отделения (ПО), наркологического отделения (НО), поста психиатрических больных (ППБ);
- определение форм работы по улучшению социального функционирования пациентов в различных социальных группах (семья, школа, неформальные группы и др.);
- предотвращение повторных госпитализаций у пациентов;
- разработка мероприятий по социальной защите и поддержке пациентов;
- выявление совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан, информирование органов опеки администрации ЗАТО Северск;
- организация работы комиссии по оформлению граждан на ППБ;
- совместно с врачами разработка и реализация индивидуальных планов медико-социальной реабилитации пациентов, их трудовое и бытовое устройство;
- организация совместно с психологами мероприятий по созданию терапевтических сообществ пациентов, групп по интересам, проведение клубной работы;
- организация индивидуальной и групповой работы, направленной на улучшение социальной адаптации пациентов, проведение тренингов коммуникативных навыков;
- организация мероприятий по социально-правовой защите пациентов;
- оказание помощи структурным подразделениям КБ № 81 в выписке одиноко проживающих пациентов не психиатрического профиля, лиц без определенного места жительства, взаимодействуя с социальными учреждениями города и области;
- осуществление взаимодействия учреждения с государственными, общественными и частными организациями, средствами массовой информации и населением с целью формирования адекватного отношения к лицам, страдающим психическими расстройствами.

В 2012 г. в рамках программы «Защищенное жилье» достигнута договоренность с Управлением ЖКХ ТиС администрации ЗАТО Северск о передаче в поднайм выписывающимся из ПО больным муниципального жилья, в котором зарегистрированы недееспособные больные граждане, опекаемые КБ № 81. Предварительно заключается трехстороннее соглашение о передаче в поднайм жилья: администрация, наниматель жилья (опекун в лице КБ № 81), выписывающийся из ПО больной без определенного места жительства. В рамках той же программы на 12 месяцев заключен договор найма муниципального жилья по адресу ул. Транспортная, д. 54, кв. 5 между администрацией и выписанным из ПО больным без определенного места жительства. В случаях ущемления интересов пациентов ПНД, связанных с жилищными вопросами, информация передается в отдел УФСБ по Томской области в г. Северске.

Преемственность в работе между ПО, ППБ и МСС в виде социального сопровождения после выписки из психиатрического отделения дает свои положительные результаты: 6 пациентов, выписанных из ПО в 2012 г. и взятых на социальное сопровождение, в течение года не поступали в стационар.

Оказывается помощь структурным подразделениям КБ № 81 в выписке одиноко проживающих пациентов не психиатрического профиля, утративших социальные связи, лиц без определенного места жительства, взаимодействуя с социальными учреждениями города и области. Осуществляется выявление совершеннолетних недееспособных граждан; подбор и подготовка граждан, выразивших желание стать опекунами недееспособных граждан; информирование администрации ЗАТО Северск о выявленных совершеннолетних недееспособных гражданах и о подборе лиц, выразивших желание стать опекунами; ведение личных дел, социальное сопровождение совершеннолетних подопечных, помещенных под надзор в ФГБУЗ КБ № 81 ФМБА России. Организована систематическая работа по формированию очереди на ППБ, а также работа комиссии по оформлению граждан на ППБ.

В течение шести лет продолжается работа по проекту «Помоги себе сам» с клубом молодых инвалидов «Ровесник». В рамках проекта еженедельно проводятся тренинги по социальной адаптации; обучение на ПК; еженедельная секция по общефизической подготовке на базе школы № 88; ежеквартальные спортивно-развлекательные программы; участие в работе ежегодного Фестиваля для лиц с ограниченными возможностями «Северские зори» на базе оздоровительного лагеря «Восход».

Сильная сторона Медико-социальной службы – тесные партнерские отношения с ОГУ «Центр занятости населения ЗАТО Северск», ОГУ «Центр социальной поддержки населения ЗАТО Северск», ОГУ «Комплексный центр социального обслуживания ЗАТО Северск», Управлением ПФР в г. Северск, а также отклик и понимание проблем со стороны администрации и депутатского корпуса ЗАТО Северск.

Регулярно ведется работа по трудоустройству пациентов ПНД:

- еженедельно обновляется альбом вакансий для пациентов ПНД;
- по рекомендации сотрудников МСС специалисты ЦЗ направляют пациентов ПНД на квотируемые для инвалидов или безработных рабочие места;

- заключено соглашение о сотрудничестве между КБ № 81 и ЦЗ в целях реализации планов реабилитационного дневного отделения для наркологических больных.

Для получения материальной помощи нуждающимся пациентам ПНД оказывается содействие в ее получении через социальный отдел администрации, а также Центр социальной поддержки населения. МСС тесно сотрудничает с Пенсионным фондом по оформлению пенсий и льгот, Комплексным центром социальной помощи на дому и другими социальными учреждениями города, осуществляет сбор документов больных и определение в социальные учреждения области (ШПНИ «Забота», Д-И «Лесная дача», Д-И «Луч надежды»).

Продолжается работа по сбору стихов и иллюстраций к ним. Издан ежегодный, третий по счету сборник стихов пациентов ПНД «Иные». Спонсорскую помощь оказал депутат городского собрания народных представителей А.В. Цынгалов.

Впервые в 2012 г. апробирована новая форма работы – через социальную сеть объявлена акция по сбору новогодних подарков пожилым, одиноко проживающим пациентам ПНД, а также находящимся в психиатрическом отделении. Подарки вручены в психиатрическом отделении и по месту проживания социально сопровождаемым пациентам. Организован новогодний концерт в психиатрическом отделении. В течение всего года продолжается акция по сбору вещей для малоимущих психиатрических больных.

Актуальность изучения непсихотических психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и вопрос психотерапии в этой нозологии

Коршняк Е.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), психическими заболеваниями страдают более 450 млн людей. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства войдут в мировую пятерку болезней-лидеров. Именно поэтому их изучение, при различных соматических заболеваниях, становится все более актуальной проблемой и привлекает все большее внимание. Значительный рост этой группы обусловлен увеличением числа непсихотических психических расстройств (НПР), которые в свою очередь становятся более резистентными к медикаментозной терапии и отличаются клиническим патоморфозом.

О распространенности НПР в настоящее время судить довольно трудно, однако за последние годы отмечается значительный рост этого контингента больных. Интересен тот факт, что соотношение мужчин и женщин составляет примерно 1:4. Такие данные сформированы не только за счет низкой частоты заболеваемости среди мужчин, но и низким процентом обращений последних за психиатрической помощью и, как следствие, увеличением недиагностированных случаев. Соматические заболевания приобретают самостоятельное значение в

возникновении расстройств психической деятельности. НПР нередко провоцируются психогенными и физиогенными факторами. Среди экзогенных психических расстройств черепно-мозговая травма (ЧМТ) занимает второе место после алкоголизма. Частота психических расстройств, возникающих непосредственно вслед за ЧМТ, зависит от условий травмы.

Порог физиологической и психической выносливости строго индивидуален, поэтому и патогенность негативных переживаний тоже индивидуальна. В структуре психогенной реакции физиогенные и психогенные факторы представлены в сложной совокупности, которая сохраняется на протяжении всего болезненного состояния. Частота, устойчивость и выраженность психических нарушений зависят от пола, возраста, соматического состояния больных, тяжести травмы, недостаточности лечения на предыдущих этапах (в начальном, остром и подостром периодах). В отдаленном периоде психические нарушения нередко ведут к снижению или потере трудоспособности – инвалидность наступает в 12-40% случаев. Психогенные механизмы, возникающие в остром периоде травмы, усложняя картину заболевания, не играют еще ведущей роли. В дальнейшем они часто приобретают главенствующее значение. Обострение посттравматических органических расстройств может снова изменить соотношение психогенных и физиогенных факторов. Это положение имеет большое значение и должно быть принято во внимание при выборе терапевтических мероприятий.

Трудности разграничения органического и функционального факторов сказываются на систематизации непсихотических травматических расстройств в отдаленном периоде. В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что при травматических поражениях головного мозга необходимо сочетать медикаментозные и психосоциальные методы лечебного воздействия. Но какой именно метод более приоритетен – решается индивидуально на том или ином этапе лечения. Тем не менее именно психотерапия является непременным элементом лечения больного человека, независимо от того, чем он болен. Психотерапия адресована к личности человека и направлена на изменение его реакции, отношения и установок, то есть воздействуя на личность, мобилизуем человека на борьбу с болезнью.

Большую группу пациентов, которые обращаются за помощью к психотерапевту, составляют пациенты, в анамнезе которых имеется ЧМТ или ее отдаленные последствия. Психиатры, которые имеют дело преимущественно с отдаленными последствиями ЧМТ, выделяют три степени их тяжести. Однако при этом они опираются в первую очередь на данные анамнеза и значительно реже имеют возможность сопоставить их с медицинской документацией, отражающей особенности перенесенной травмы. Таким образом, механизм травмы часто остается неизвестен. Расстройства отдаленного периода отсутствуют или обусловливают отдельные церебрально-органические жалобы, чаще всего головные боли. Психопатологические синдромы в отдаленном периоде ЧМТ остаются через несколько месяцев и лет после травмы и не поддаются полному обратному развитию как отдельные их последствия. Непсихотические функциональные и функционально-органические нарушения в отдаленный период ЧМТ представлены астеническим, неврозо- и психопатоподобным синдромами.

Как показывает опыт, использование психотерапевтических методик распространяется в основном на больных, перенесших ЧМТ легкой и средней степени тяжести. К основным видам такой психотерапии относятся рациональная, суггестивная, поведенческая психотерапия и методы аутогенной тренировки. Одним из важных факторов в комплексной системе восстановления работоспособности и снижения тяжести инвалидизации является диспансеризация с проведением в случае необходимости курсов патогенетического и симптоматического лечения, включая психотерапию, в амбулаторных, стационарных, санаторно-курортных условиях.

Наиболее благоприятный трудовой прогноз у больных с астеническим синдромом, относительно благоприятный – при психопатоподобном синдроме в случаях отсутствия выраженной прогредиентности. У больных с пароксизмальными нарушениями трудовой прогноз зависит от степени выраженности и характера изменений личности. Трудовая адаптация возможна только в специально созданных условиях. Профессиональное переобучение должно осуществляться с учетом особенностей заболевания, трудовых навыков, интересов и функциональных возможностей больных. При лекарственной экспертизе следует использовать все возможности восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий.

Психотерапевтическое сопровождение пациентов с психосоматическими расстройствами гастроинтестинальной системы

Костин А.К.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Важным аспектом превентивной психиатрии является изучение условий формирования стрессоустойчивости личности и факторов, определяющих личностную уязвимость (Положий Б.С., 2000). Роль психологических особенностей, психогенных и семейных факторов в генезе психических, психосоматических расстройств подчеркивалась многими исследователями (Авдеенок Л.Н., 1996; Семке В.Я., 1988; Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., 2001). В нашем исследовании мы решили уделить им существенное внимание, поскольку психосоматический процесс возникает, протекает и видоизменяется в тесной взаимосвязи с личностью пациента.

Цель исследования: изучить влияние психологических особенностей на формирование психосоматических соотношений при коморбидном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и/или язвенной болезни желудка и синдрома раздраженной толстой кишки у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами и разработать оптимальный для данной группы пациентов комплекс психотерапевтического сопровождения.

Материал и методы. На базе отделения пограничных состояний обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст 40,4 ± 4,5 года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки. Использовались клинический, клинико-

психопатологический методы исследования. Верификация диагноза язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки основывалась на данных эндоскопического обследования, синдрома раздраженной толстой кишки – согласно Римских критериев II. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ 10.

Результаты. У всех 150 пациентов с психосоматическими расстройствами желудочно-кишечного тракта, обследованных в отделении пограничных состояний ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, были обнаружены пограничные нервно-психические и аффективные расстройства. Удельный вес невротических, связанных со стрессом, расстройств составил – 45,3% (пролонгированная депрессивная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций, соматизированное, ипохондрическое, паническое и генерализованное тревожное расстройство); аффективных – 25,3% (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство); личностных – 18,7% (зависимое, истерическое расстройство личности); органических – 10,7% (органическое астеническое) расстройств.

Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее стрессогенное значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. На психогении пациенты реагировали, как правило, появлением «привычных» симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта, тревоги, беспокойства, напряженности, раздражительности, слабости. Одной из ключевых особенностей вегетативной регуляции желудочно-кишечных функций было то, что она, в частности, предохраняет желудочно-кишечный тракт от непосредственного реагирования на стрессоры окружающей среды, но, если такие реакции происходят в случаях тяжелого дистресса, их последствия выражены чрезмерно (Mackner L.M., Crandall W.V., 2005). Это согласуется с данными собственных исследований – абдоминалгии в меньшей степени были связаны с приемом пищи, сопровождались симптомами диспепсии.

Различные патогенные факторы (в том числе психогенные воздействия – 95,4%, соматогении – 63,4%, дополнительные экзогенно-органические вредности – 16,8%) часто выступали в роли «триггера» в возникновении пограничной патологии либо декомпенсировали уже имеющиеся расстройства. Их вклад в происхождение и течение психосоматических заболеваний со временем менялся: нарастало влияние личностных факторов в процессе углубления социальной, семейной, профессиональной дезадаптации. Среди пациентов отмечался феномен семейного накопления, при котором несколько членов семьи страдают от одного и того же заболевания, он был отмечен у пациентов с СРК, что согласуется с данными Levy R.L., Jones K.R., Whitehead W.E., 2001; Pace F., Zuin G., Di Giacomo S., 2006. По данным зарубежных исследователей (Mohammed I., Cherkas L.F., Riley S.A., 2005), это социально детерминированное обучение гастроинтестинальным симптомам под давлением внешних обстоятельств, передача патологических паттернов поведения от родителей к их детям.

В психологическом «портрете» пациентов с психосоматическими заболеваниями пищеварительного тракта в ходе обследования обнаруживался высокий удельный вес значимости наиболее важных патохарактерологических качеств: ригидность (75,3%), тревожность (71,3%), мнительность, (67,3%), «ипохондрический эгоцентризм» (66,0%), астеничность (65,3%), раздражительность и дистимичность

(63,3%), сенситивность (52,0%), демонстративность и «жажда внимания» (48,7%), алекситимичность (45,3%). Отмечено большое количество сочетаний патохарактерологических черт, совместно создававших «фасад» пациента, с которым приходилось сталкиваться в первую очередь врачам соматического профиля и лишь затем, чаще через несколько лет, пациент попадал к психиатру. Переплетение «фасадных» черт чрезвычайно затрудняло формирование комплайентных отношений в диаде «врач – больной», понимание пациентом сути своего страдания, выявление и разграничение психических и соматических симптомов и расстройств, утяжеляло течение и ухудшало прогноз реабилитационных мероприятий.

Психотерапевтический комплекс (ПТК) включал различные модификации аутогенной тренировки, позволяющей снизить уровень тревожности пациентов, обучить их самостоятельно стабилизировать вегетативные показатели, в ряде случаев ей предшествовало ознакомление человека с ощущениями, возникающими в теле, научение их вербализации (преодоление алекситимичности), рациональной, когнитивной психотерапии (работа с личностными и средовыми ресурсами для повышения уровня адаптации и самоактуализации пациента в социуме, семейной и производственной сферах, анализ и коррекция копинг-стратегий), элементы бихевиоральной терапии (обучение анализу типичных стрессовых ситуаций, составлению планов деятельности с использованием правил составления аффирмации и нарабатывание навыков поведения в них, обучение методикам отреагирования агрессивных побуждений, эмоций), элементы НЛП (фиксация соматических состояний, утилизация трансов). Также использовались групповая и семейная психотерапия.

Групповая психотерапия давала пациентам возможность избавиться от ощущения уникальности собственных проблем, что было важным шагом на пути к преодолению социальной изоляции. Групповая сплоченность позволяла им ощутить поддержку других людей, способствовала развитию «базовых навыков общения» (Куттер П., 1998; Ялом И., 2001). Семейная психотерапия оптимизировала взаимоотношения в семье пациента, устраняя один из важнейших патогенетических факторов возникновения и развития психосоматической патологии, снимала связанные с этим напряжение, тревогу, беспокойство, что позволяло предотвратить повторные обострения. После окончания стационарного этапа лечения большая часть пациентов (преимущественно второй и третьей групп), нуждались в поддерживающем лечении. С этой целью использовалась комбинация психофармакотерапии (пролонгированный до 6 месяцев прием антидепрессантов с анксиолитическим эффектом) и психотерапии (когнитивная, поведенческая или психоаналитическая психотерапия).

Итак, психологические, личностные особенности пациентов вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию, оказывают существенное влияние на формирование психосоматической предиспозиции, клинической картины и определяют показания для психотерапевтического сопровождения пациентов.

Медико-социальные и профилактические аспекты суицидов среди сотрудников МВД

Кох Т.А., Перерядова Т.Н., Тютюнников С.В., Полякова Н.Н., Антонов Ю.А.

ФКУЗ МСЧ МВД России по Алтайскому краю, г. Барнаул

Переоценить важность изучения деструктивного поведения невозможно, так как смертность среди трудоспособного населения от суицидов занимает третье ранговое место (после смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований). Частота завершенных суицидов (на 100 тыс. населения) в мире составляет 14,5, а в России – 29,0 (по данным ВОЗ на 2007 г. критический показатель равен 20,0). По уровню смертности от суицидов Алтайский край занимает 63-е ранговое место среди субъектов РФ, то есть уровень самоубийств в 1,7 раза превышает критический (по определению ВОЗ). Смертность от суицидов в Алтайском крае среди населения, в том числе трудоспособного, представлена таблице 1.

Таблица 1

Смертность от суицидов в Алтайском крае в 2009-2012 гг.

Население	Количество суицидов (абс. число)				Кол-во на 100 тыс. ед. населения			
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Все население	1039	910	893	807	41,7	37,6	36,9	33,6
Трудоспособное	820	823	678	602	51,5	45,3	46,5	41,3

Несмотря на значительное количество суицидологических исследований в России и за рубежом, проблема своевременного выявления лиц с высоким риском суицидальных реакций остается недостаточно изученной. Особую значимость эта проблема приобретает в органах внутренних дел МВД РФ, так как каждый такой случай подрывает авторитет и престиж силовых структур перед гражданским населением. Средний показатель смертности от суицидов среди сотрудников МВД РФ в 2008 г. составил 15 на 100 тыс. чел. Смертность от суицидов среди сотрудников МВД в Алтайском крае представлена в таблице 2.

Таблица 2

Суициды среди сотрудников МВД РФ в Алтайском крае в 2008-2013 гг.

Суициды	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Абсолютные цифры	4	3	2	1	0	0
На 100 тыс. сотрудников	25	17,6	14,2	7	0	0

Многочисленные исследования, проводимые психологами МВД России в различных регионах, выявили, что суицидальным тенденциям подвержены сотрудники в возрасте 25-38 лет, имеющие среднее или среднеспециальное образование, со стажем работы в органах внутренних дел от 3 до 10 лет, связанные с семейно-бытовыми конфликтами, вызванными материальными затруднениями, реже с профессиональными конфликтами. В 60% случаев аутоагрессивное поведение совершалось в состоянии алкогольного опьянения. Можно было бы

возразить, что такая частота суицидов среди «силовиков» обусловлена «шаговой доступностью» табельного оружия, однако, как показывает статистика, наиболее частым способом совершения самоубийства является повешение (см. табл. 3).

Таблица 3

Способы совершения суицидов по данным МВД

Способ совершения суицидов	Количество суицидов в %
Повешение	60,73
Огнестрельное ранение из табельного оружия	22,27
Огнестрельное ранение из другого оружия	9,3
Самопорезы	2,43
Отравления	0
Другие способы	5,26

Способ и место совершения самоубийства являются косвенным указанием на причину конфликтной ситуации, как представлял ее суицидант. Так, для самоубийства на почве семейно-бытовых конфликтов характерно повешение, при конфликтах, связанных со сферой служебной деятельности, более характерны самоубийства из табельного оружия. Специфическими для системы МВД чертами суицидов являются: наличие медицинского и психологического отбора в органы внутренних дел, что позволяет отсеять большую часть лиц с нервно-психической патологией. Преимущественно мужской состав профессиональных коллективов приводит к изменению соотношения между завершенными самоубийствами и попытками самоубийств в пользу первых, что обусловливает выбор наиболее летальных способов самоубийства. Нельзя обойти молчанием и наличие длительно воздействующих стрессогенных факторов со стороны служебной деятельности: возможность экстремальных ситуаций, необходимость использования мер принуждения, деятельность в конфликтных ситуациях и связанные с этим отрицательные эмоции, высокая ответственность и напряженность работы, осуществление властных полномочий, ношение оружия, ненормированный рабочий день.

Следует отметить ряд факторов служебной деятельности, которые могут оказывать профилактическое влияние на уровень самоубийств среди сотрудников: определенный социальный статус, социальная стабильность, наличие сплоченных профессиональных коллективов. Причем последний фактор является одним из наиболее существенных в современном обществе, препятствующих развитию суицидального поведения.

Нами совместно с кадровым аппаратом ГУ МВД по Алтайскому краю с 2000 г. ведется активная работа по сохранению нервно-психического здоровья сотрудников органов внутренних дел, разрабатываются мероприятия по снижению нервно-психической заболеваемости, и осуществляется их внедрение в практическую деятельность. Методы психопрофилактики в условиях деятельности органов внутренних дел включают:

- тщательный кадровый и медико-психологический отбор лиц для работы в полиции, то есть проведение специального профессионального отбора;

- использование сотрудников с учетом их психологических особенностей, установок и состояния нервно-психического здоровья, то есть проведение мероприятий по профессиональной ориентации;

- формирование сплоченных, работоспособных служебных коллективов;

- своевременное разрешение конфликтных ситуаций на службе и в быту;

- раннее выявление лиц с нервно-психическими расстройствами или неустойчивостью, отнесение их к «группе риска», постановка на учет, динамическое наблюдение;

- обследование, лечение и экспертиза в соответствии с медицинскими показаниями.

Анализ медицинской и иной документации показал, что во многих случаях обострение сопутствующих заболеваний наступает после очередной психотравмирующей ситуации, а отсутствие эффекта от чистого терапевтического лечения, в комплексе с присоединением подавленного настроения, может привести сотрудника к совершению суицида. Поэтому одной из целей ежегодных профосмотров является выявление на момент осмотра транзиторных, преходящих, единичных нарушений, которые в последующем могут и не сформироваться в конкретную психическую патологию, но быть постоянным «фактором риска» для данного сотрудника. Врачи лечебно-профилактических учреждений МВД принимают во внимание и детально анализируют все объективные сведения, поступающие от кадровых аппаратов и руководителей подразделений, в которых служат такие сотрудники, и совместно с психологической службой разрабатывают рекомендации по созданию оптимальных условий профессиональной деятельности.

Таким образом, профилактика суицидального поведения среди сотрудников органов внутренних дел привела в последние годы к снижению количества суицидов (см. табл. 2). Четкое взаимодействие и полное взаимопонимание между руководителями подразделений, работниками кадрового аппарата и медико-психологической службой будет способствовать профилактике суицидов.

Влияние особенностей клинической картины аффективных расстройств на прогнозирование переносимости антидепрессантов СИОЗС сбалансированного действия

Кошелев В.В., Наркевич Е.М.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 12», г. Москва

Департамент здравоохранения г. Москвы, ФГБЛПУ «ЛОЦ МИД РОССИИ», г. Москва

Известно, что на фоне приема СИОЗС в течении первых недель возможно развитие серотонинового синдрома (СС) – диспептических и неврологических (тремор, акатизия, миоклонии) расстройств. Иногда возникают спутанность сознания, гипертермия, сердечно-сосудистые расстройства.

В патогенезе аффективных расстройств лежит симпатоадреналовая и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая гиперреактивность (САГ) с повышением концентрации АКТГ и кортизола. Последние приводят к снижению мозгового нейротрофического фактора (BDNF), его регулирующего влияния на нейромедиаторные системы – серотониновую, норадреналиновую и дофаминовую. Наличие САГ может повлиять на возникновение СС.

Цель: выявить связь особенностей клинической картины аффективных расстройств и характера переносимости СИОЗС сбалансированного действия.

Материалы и методы: когортное исследование пациентов с аффективными расстройствами, наблюдающихся в общемедицинской сети и в клинике неврозов, получающих СИОЗС сбалансированного действия. Исходная когорта 20 чел. – 12 пациентов с паническими атаками (ПА), 8 пациентов с соматоформным расстройством (СР), 10 чел. с генерализованным тревожным расстройством (ГТР), в клинической картине которых наблюдалась САГ. Психовегетативный синдром у них сопровождался артериальной гипертензией, тахикардией, нарушениями ритма и другими признаками активации симпатоадреналовой системы.

Результаты: признаки СС разной степени выраженности наблюдались у 6 пациентов с ПА (30% всей когорты), у 1 пациента с СР (5%), 4 пациентов с ГТР (20%). Признаки СС выявлены у 55% пациентов с САГ. Один пациент с ПА и одна пациентка с ГТР по причине СС отказались от дальнейшего приема СИОЗС.

Выводы: несомненно, можно ожидать возникновение СС на фоне аффективных расстройств с признаками САГ. Для его купирования с первых дней приема дополнительно должны быть назначены анксиолитические препараты. Для выявления доказательных закономерностей необходим дальнейший анализ клинических проявлений аффективных расстройств, наличие противопоказаний к назначению СИОЗС, а также преморбидных, гендерных и возрастных особенностей пациентов.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами: анализ белорусского законодательства

Кралько А.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь

В психиатрии особое место занимает проблема обеспечения и соблюдения прав пациента, так как психически больные люди часто лишены возможности защиты своих прав. Понимая важность этой проблемы, большинство постсоветских стран в 90-е годы прошлого столетия приняли соответствующие законы о психиатрической помощи, предусмотрев в них нормы, обеспечивающие соблюдение прав психически больных лиц.

В Республике Беларусь Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999 г. действовал более 10 лет, но практика показала необходимость совершенствования нормативно-правовой базы в области психиатрии, следствием чего явилось принятие нового Закона Рес-

публики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» от 7 января 2012 г. (далее – Закон).

Отличительной особенностью нового закона является установление презумпции отсутствия психического расстройства. Смысл этой презумпции заключается в том, что лицо считается не имеющим психического расстройства, пока наличие психического расстройства не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным законом.

В Законе установлен ряд государственных гарантий лицам, страдающим психическими расстройствами: оказание бесплатной психиатрической помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения; оказание скорой (неотложной) и (или) плановой психиатрической помощи; оказание психиатрической помощи в амбулаторных и (или) стационарных условиях; проведение экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, военно-врачебной экспертизы, независимой медицинской экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы; обеспечение доступности образования в соответствии с состоянием их здоровья и познавательными возможностями на всех уровнях основного образования и при получении дополнительного образования; содействие в трудоустройстве; решение вопросов опеки и попечительства; социальное обслуживание. Следует отметить, что подобные гарантии содержатся и в российском законодательстве.

Для обеспечения этих гарантий государство обязано принимать меры по созданию: организаций здравоохранения для оказания психиатрической помощи; условий для получения лицами, страдающими психическими расстройствами, образования; условий для труда таких лиц; лечебно-производственных организаций для трудовой терапии, обучения новым специальностям (профессиям) и трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами; стационарных учреждений социального обслуживания.

В Законе конкретизировано понятие «пациент». В качестве пациента психиатрического профиля Закон называет: лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием); лицо, совершающее действия, дающие основания предполагать наличие у него психического расстройства; лицо, обратившееся за оказанием психиатрической помощи; лицо, получающее психиатрическую помощь.

Права пациентов при оказании им психиатрической помощи определены статьей 21 Закона. При этом набор прав полностью соответствует правам пациента, закрепленным в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении», но при этом учтены особенности оказания психиатрической помощи. Например, пациенты имеют право на:

- дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, объектом которых является их психическое расстройство (заболевание), в образовательном процессе, в ходе которого изучается их психическое расстройство (заболевание), на фото-, видео- и киносъемку и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи;

- приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи;

- обжалование действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения.

Следует отметить, что пациент при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов в порядке, установленном законодательством. Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего пациента, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители.

Пациентам, находящимся в психиатрическом стационаре, установлены дополнительные права: находиться в условиях, соответствующих санитарным нормам и правилам, гигиеническим нормативам; обращаться непосредственно к заведующему отделением или руководителю психиатрического стационара по вопросам оказания психиатрической помощи, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, установленных настоящим Законом и иными актами законодательства; направлять обращения в соответствии с законодательством; выписывать и получать журналы и газеты; иметь при себе религиозную литературу, предметы религиозного культа; хранить при себе документы и записи, касающиеся вопросов осуществления их прав.

Некоторые права могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или руководителем психиатрического стационара в случае, если их осуществление представляет непосредственную опасность для этих пациентов и (или) иных лиц: вести переписку; отправлять и получать телеграммы, письма, денежные переводы, посылки и бандероли, получать передачи; пользоваться телефоном; принимать посетителей; иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

В трех случаях Законом установлены ограничения в отношении лиц, страдающих психическим расстройством:

- признание временно (на срок не более пяти лет с правом последующего психиатрического освидетельствования) непригодным к выполнению работ по отдельным специальностям (профессиям), к работе с источником повышенной опасности;
- отказ в приеме на государственную службу;
- отказ в допуске к государственным секретам.

Ограничение указанных прав периодически вызывает споры о соответствии Закона Конституции Республики Беларусь. Мы полагаем, что приведенные положения Закона согласуются с частью первой статьи 23 Конституции Республики Беларусь, согласно которой ограничение прав и свобод личности допускается только в случаях, предусмотренных законом, в интересах национальной безопасности, общественного порядка, защиты нравственности, здоровья населения, прав и свобод других лиц. Указанные ограничения пропорциональны защищаемым общественным и государственным интересам, правам и свободам личности, исключают какую-либо дискриминацию лица по признаку наличия психического расстройства (заболевания), допускаются в общепризнанных для таких случаев целях.

Таким образом, нормы анализируемого Закона направлены на обеспечение максимальной защиты прав лиц, страдающих психическими расстройствами,

прав медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь, а также обеспечение защиты здоровых граждан от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.

Структура деятельности делинквентной личности (на примере лиц, обвиняемых в совершении особо тяжких преступлений)

Кузнецова О.В., Образцов С.В., Ключников М.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Поведение и мотивация обусловлены в первую очередь психологическими, а не патопсихологическими закономерностями (Фелинская Н.И., 1968). В связи с этим противоправное поведение возможно рассматривать, опираясь на системный анализ деятельности и поведения, что позволяет оценивать иерархическую регуляцию деятельности на различных этапах поведения (Сафуанов Ф.С., 1998).

Исходя из того, что всякое поведение человека есть форма взаимодействия личности с социальной средой, можно выделить несколько этапов такого взаимодействия (Кудрявцев В.Н., 1982). Первому, *личностному*, этапу соответствует высшее (регулятивное) звено мотивации – ценности личности, социальные установки. Следующему уровню формирования конкретной (ситуативной) мотивации (*мотивационный* этап) соответствует умение и способность адекватно соотносить ее субъективные моменты с объективно существующими условиями окружающей актуальной действительности. Звену планирования и принятия решения (*целевой* этап) соответствует процесс целеполагания. Последний этап (*операциональный*) – реализация принятого решения. На этом этапе происходит выбор способа достижения цели, интегративная коррекция поведения с учетом личностных и ситуативных факторов.

В рамках схемы произвольного поведения, предложенной В.А. Иванниковым (1991), при анализе способности к произвольному поведению по уголовным делам необходимо учитывать возможность нарушений произвольности как на уровне личностном (смысловая сфера, ценности, установки), так и на уровнях принятия решения и реализации (целевом, операциональном) (Кудрявцев В.Н., 1982). Это позволило бы отличать нарушения контроля поведения с учетом изменения условий ситуации от нарушений контроля, проистекающих вследствие изменения отношения к возможным социально-опасным последствиям совершаемых действий.

Нами было проведено исследование на базе отделения судебно-психиатрических экспертиз Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдмана, которое реализовало попытку анализа структуры деятельности лиц в криминальной ситуации (в частности, их способности к произвольной регуляции деятельности на уровне принятия решения и его реализации), обвиняемых в особо тяжких преступлениях. В исследовании участвовали подэкспертные, находящиеся на данный момент на судебно-психиатрической

экспертизе и обвиняемые в совершении особо тяжких преступлений (28 лиц, обвиняемых в совершении преступлений против жизни и здоровья; 11 лиц, обвиняемых в совершении преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних).

В психологическом экспертном исследовании предпочтительнее использовать экспериментальные ситуации, моделирующие определенные аспекты деятельности, релевантные юридически значимым процессам. Экспериментальную ситуацию можно рассматривать как модель реальной жизненной ситуации подэкспертного. В нашем исследовании такой моделью реальной деятельности как сложного акта выступило выполнение подэкспертными методики «Кубики Кооса». Анализ результатов отражал структуру деятельности подэкспертных на разных этапах выполнения методики и включал оценку ориентировочной части действия, исполнительной части действия, контрольной части действия.

Также потенциальная способность испытуемых к произвольной регуляции деятельности нами исследовалась при помощи специально отобранных проб, применяемых при нейропсихологическом обследовании функций блока программирования, регуляции и контроля деятельности. Нами была разработана система количественной оценки выполнения данных проб, направленная на получение информации о степени произвольности деятельности подэкспертных. Изучение реальной деятельности в юридически значимых ситуациях (предкриминальной, криминальной, посткриминальной, следственной) нами проводилось на основании психологического анализа уголовного дела. Данные были обработаны в программе SPSS 17.0 при помощи корреляционного анализа, кластерного анализа, однофакторного дисперсионного анализа, таблиц сопряженности.

По результатам корреляционного анализа суммарных баллов выполнения нейропсихологических проб и методики «Кубики Кооса» подэкспертные, более успешно выполняющие построение фигур из кубиков, также успешнее справлялись с нейропсихологическими пробами ($r = 0,574$; $p = 0,000$). Данные результаты подтверждают то, что обе методики (и нейропсихологические пробы, отобранные нами, и методика «Кубики Кооса») измеряют один конструкт, то есть потенциальную способность испытуемых к произвольной регуляции, программированию и контролю деятельности. По результатам однофакторного дисперсионного анализа лица, обвиняемые в преступлении, направленном против жизни и здоровья, хуже справлялись с заданиями методики Кооса, чем лица, обвиняемые в преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности ($p = 0,033$). Их ориентировка в задании чаще была хаотичная, они чаще применяли наглядно-действенный способ решения (метод проб и ошибок).

В общем, согласно полученным нами результатам, подэкспретным с более выраженными нарушениями функций программирования, контроля и регуляции деятельности более характерны неорганизованные характеристики криминальной деятельности, чем лицам с сохранными функциями программирования и контроля деятельности. Преступники с более выраженными нейропсихологическими нарушениями чаще непоследовательно использовали выбранную стратегию защиты, чем этой стратегии вообще не имели ($p = 0,033$), более часто совершали насильственные действия сексуального характера, чем развратные действия ($p = 0,004$, $p = 0,000$). Преступная деятельность чаще прерывалась случайным

появлением свидетелей, либо свидетелей не было по ситуативным причинам, независящим от самого преступника (p = 0,044, p = 0,052). Они гораздо реже заранее заботились об отсутствии свидетелей преступления.

В преступной деятельности более характерно сокрытие следов преступления (p = 0,048), наличие комплекса фиксированных действий, ритуализации, клиширования, двигательных автоматизмов в виде совершения нескольких правонарушений за короткий промежуток времени (p = 0,024, p = 0,023) либо неоднократности, множественности нанесенных повреждений жертве (p = 0,051). Испытуемые чаще непоследовательно использовали стратегию защиты (p=0,023). Жертва, как правило, не перемещалась (p = 0,008), освобождалась там, где ее тело не обнаружат (p = 0,008). Подэкспертные чаще пытались скрыть следы преступления (p = 0,045), подговаривали случайных свидетелей дать показания в их пользу (p = 0,045).

Далее нами было проанализировано, какие характеристики криминального поведения соответствуют поражению определенной зоны лобных долей головного мозга. Деятельностью заднелобных отделов мозга обеспечивается кинетический (динамический) нейропсихологический фактор. При поражении этой зоны имеют место характеристики криминального поведения, содержащие ригидность (ригидное последовательное следование стратегии защиты). Подэкспертный, однажды избрав конкретную стратегию защиты, не в состоянии переключиться, скорректировать свое поведение, если даже ситуация изменилась и его версия была опровергнута показаниями свидетелей, данными биологических и медицинских экспертиз и т.д., так как поражен нейропсихологический фактор, отвечающий за плавную смену звеньев процесса.

Ведущим признаком в структуре синдрома нарушения регуляции, программирования и контроля деятельности при поражении префронтальных отделов является диссоциация между относительной сохранностью непроизвольного уровня активности и дефицитарностью в произвольной регуляции психических процессов. При поражении этих отделов характерны черты преступного поведения, отражающие сниженную произвольность, импульсивность, непоследовательность (сокрытие следов преступления, совершение нескольких правонарушений за короткий промежуток времени, неоднократность, множественность нанесений повреждений жертве, наличие криминального прошлого, непоследовательное использование стратегии защиты), синдром нарушения памяти и сознания при поражении медиальных отделов лобных долей мозга, деятельность которых обусловливает работу модально-неспецифического (энергетического) фактора. Нами было выявлено, что подэкспертные с поражением данной зоны демонстрировали черты криминального поведения, зависящие от ситуативных причин (нет свидетелей по ситуативным причинам, не зависящим от преступника, появление свидетелей прерывает ход преступного поведения, совершение насильственных действий). Это, на наш взгляд, обусловлено тем, что противостояние ситуативным влияниям требует значительных энергетических затрат, осуществление которых становится затруднительным при поражении данного фактора.

Также данные были обработаны при помощи таблиц сопряженности. Мы сравнили характеристики криминального поведения лиц, обвиняемых в совершении преступлений против жизни и здоровья и лиц, обвиняемых в совершении

преступления против половой неприкосновенности. Согласно полученным результатам, выявлены различия на всех этапах преступного поведения лиц, обвиняемых в совершении преступления против жизни и здоровья, и лиц, обвиняемых в преступлениях против половой неприкосновенности. На предварительном этапе криминального поведения выявлены значимые различия в следующих характеристиках: постановка цели и задачи преступления, место атаки жертвы, метод привода жертвы. Таким образом, лица, обвиняемые в совершении преступления против половой неприкосновенности, чаще имели прямой умысел, чем лица, обвиняемые в совершении преступления против жизни и здоровья (p = 0,000). Также обвиняемые в преступлениях против жизни и здоровья имели более ограниченный выбор мест атаки и методов привода жертвы.

Преступления против жизни и здоровья совершались преимущественно в том месте, где находилась в тот момент жертва, то есть жертва никуда не перемещалась (p = 0,000). Преступления против половой неприкосновенности, кроме того, что совершались там, где жертва находилась в данный момент, также совершались в том месте, которое было доступно для правонарушения и в изолированной зоне (квартире) (p = 0,000). В то же время при совершении преступлений против жизни и здоровья правонарушители не использовали никаких специальных способов привода жертвы в отличие от лиц, обвиняемых в совершении преступления против половой неприкосновенности, которые использовали такие методы привода жертвы, как «обман/ложь», «физическая жестокость», «угроза», «соблазн/обольщение», «игра» (p = 0,003).

В собственно криминальном периоде выявлены следующие различия в характеристиках преступного поведения: алкогольное опьянение во время правонарушении, наличие свидетелей, комплекс фиксированных действий, продолжительность преступной деятельности, тип агрессии. Преступления против жизни и здоровья совершались преимущественно в состоянии алкогольного опьянения, а преступления против жизни и здоровья в трезвом виде (p = 0,000). Обвиняемые в преступлениях против половой неприкосновенности значимо чаще заботились об отсутствии свидетелей своего преступного деяния, чем лица, совершившие преступления против жизни и здоровья (p = 0,017). Также преступления против жизни и здоровья совершались в гораздо более длительное время (более 30 минут), чем преступления против половой неприкосновенности (менее 30 минут) (p = 0,047). При совершении преступления против жизни и здоровья подэкспертные чаще демонстрировали экспрессивный тип агрессии. В отличие от лиц, обвиняемых в совершении преступлений против половой неприкосновенности, которым более свойственна инструментальная агрессия (p = 0,000).

В посткриминальном периоде выявлены различия в следующих характеристиках криминального поведения: выбор места освобождения жертвы, степень признания собственной вины, раскаяние в содеянном. Лица, обвиняемые в преступлении против жизни и здоровья, не обращали никакого внимания на сопротивление жертвы. Тогда как лица, обвиняемые в преступлении против половой неприкосновенности, прерывали свою преступную деятельность при сопротивлении и побеге жертвы (p = 0,025). Подэкспертные, обвиняемые в совершении преступлений против половой неприкосновенности, гораздо реже признавали

вину в совершении правонарушения (p = 0,031) и также реже раскаивались в содеянном (p = 0,010).

Таким образом, в результате вышесказанного можно сделать следующие выводы:

1. Подэкспретным с более выраженными нарушениями функций программирования, контроля и регуляции деятельности более характерны неорганизованные характеристики криминальной деятельности, чем лицам с сохранными функциями программирования и контроля деятельности.

2. Выявлена специфика криминального поведения при поражении различных зон лобных долей головного мозга. Ригидность при поражении заднелобных отделов, сниженная произвольность, импульсивность, непоследовательность при поражении префронтальных отделов, ситуативность при поражении медиальных отделов.

3. Выявлены различия на всех этапах преступного поведения лиц, обвиняемых в совершении преступления против жизни и здоровья, и лиц, обвиняемых в преступлениях против половой неприкосновенности.

Исследования эмоциональных нарушений

Кулакова Т.И.

КГБУЗ «Краевой психоневрологический диспансер №1», Красноярск

Эмоции являются сигналом для субъективной оценки происходящего вокруг и внутри. Многообразие взглядов на природу эмоций, их структуру, функции, материальный субстрат является следствием сложной организации психических функций. Любой психический компонент представляется звеном в иерархической организации системы, склонной к саморегулированию, достижению внутреннего гомеостаза, равновесия с окружающей средой.

Эмоциональная сфера является элементом многоуровневой системы организации поведения. Изменение состояния эмоций отражается на функционировании других уровней, влечет за собой изменения во всей системе регуляции. От тяжести и продолжительности эмоциональных нарушений зависит и функционирование целостной системы.

В формирование эмоций вносят вклад структуры головного мозга, нейротрансмиттерная система, гормоны, психологические факторы.

Каждый человеческий организм уникален. Только ему свойственен определенный спектр церебрального метаболизма, морфологические структуры, определенный тип детско-родительских отношений, этап социализации. По этой причине не может быть единственного взгляда на депрессивные нарушения. Каждая точка зрения будет преломляться через призму определенного пациента. Анализ нарушений у каждого пациента должен носить индивидуальный характер. При этом на основании знаний общей организации адаптационной системы необходимо выявить, какие метамодели вносят дезорганизацию в функционирование целостного.

Для уточнения психопатологической структуры постшизофренической депрессии в КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1»

было проведено исследования больных шизофренией. Были исследованы 100 чел. Средняя продолжительность заболевания 10 лет. Критерии включения в группу исследования – нозологическая принадлежность, состояние ремиссии (стабильность состояния), длительность заболевания (более 12 месяцев). Данная группа была обследована следующими методиками: «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (SCL-90-R, L.R. Derogatis, адаптация Н.В. Тарабриной), «Рисунок человека» (К. Маховер), опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI), тест 20 высказываний (Twenty statements selfattitude Test – Kuhn M, McPartland T., 1966; модификация Т.В. Румянцевой), статистическая обработка результатов.

Анализ результатов исследования показал наличие у части обследованных пациентов (29%) дисфункциональных характеристик: тревожность, обсессивно-компульсивность, параноияльность, занижено-негативную, неустойчивую самооценку идентификации. Данные особенности являются источником негативного восприятия окружающей действительности, уязвимости, источником эмоционального дисстресса. Депрессию в этих случаях можно рассматривать как личностную реакцию на происходящее вокруг, на самого себя. Расширение диапазона дисфункциональных расстройств у одного пациента сочетается с более высокой степенью выраженности депрессии.

Выявленные психологические характеристики носят устойчивый характер, что делает возможным предположение об их существовании в период предшествующий болезни. Однако данные личностные черты связаны не только с психологическими моментами, но могут быть обусловлены морфологическими особенностями этой группы пациентов. Такой вывод свидетельствует о необходимости системного подхода в исследованиях эмоциональных нарушений с последующим индивидуальным подходом в оказании медицинской помощи.

Психологический аспект системы биопсихосоциальной реабилитации больных шизофренией

Куликова О.С.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», г. Оренбург

Системный подход к проблеме реабилитации в психиатрической клинике был заложен уже в работах М.М. Кабанова, который под реабилитацией психически больных понимает их ресоциализацию, возможно более полное восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса; при этом основополагающей является апелляция к личности больного (Кабанов М.М., 1978). В условиях реализуемого в настоящее время системного биопсихосоциального подхода к лечению психических больных (Вид В.Д., 1993; Карвасарский Б.Д., 2004) представляется обоснованным говорить о биопсихосоциальной системе реабилитации психически больных.

По мнению М.М. Кабанова, объединение медицинской (биологической), психологической и социальной модели в системной концепции реабилитации является особой методологической установкой, позволяющей избежать односто-

ронности в подходе к больному человеку вообще, к психически больному человеку в частности (Кабанов М.М., 1985). Рассмотрение реабилитации психических больных как биопсихосоциальной системы позволяет, таким образом, выделять ее отдельные подсистемы: клинико-биологическую, социально-экономическую, этическую, юридическую и ряд других (Кабанов М.М., 1985). Здесь нас будет интересовать только психологический (социально-психологический) аспект системы реабилитации, основным элементом которого является отношение – как «сознательная, избирательная, основанная на опыте психологическая связь человека с различными сторонами объективной действительности, выражающаяся в его действиях, реакциях и переживаниях» (Мясищев В.Н., 1966). Иными словами, психологическая подсистема системы реабилитации представляет собой психокоррекционное воздействие на систему отношений человека как главную характеристику его личности.

Немаловажным элементом системы отношений является отношение к факту собственного психического заболевания и к сопутствующим социальным изменениям и ограничениям. Нам представляется, что одним из глубинных проявлений отношения психически больного к своему заболеванию являются система актуализируемых им психологических защит и копинг-стратегий, влияющая на уровень социальной адаптированности больного. В свою очередь, формирование того или иного отношения к факту собственного психического заболевания определяется, несомненно, некоторыми личностными, и в частности, интеллектуальными, ресурсами. Мы рассматриваем в качестве такого интеллектуально-личностного ресурса как определенные личностные особенности, так и когнитивно-стилевые характеристики индивида, понимаемые как индикаторы сформированности непроизвольного интеллектуального контроля и способности к построению объективированной ментальной репрезентации реальности (Холодная М.А., 2004).

Экспериментальное исследование связи между когнитивно-стилевыми особенностями и уровнем адаптации и системой используемых психологических защит, копинг-стратегий и личностных особенностей проводилось нами на выборке больных параноидной шизофренией с давностью заболевания не более 1 года, проходящих курс лечения в общепсихиатрических отделениях ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2».

Было обследовано 50 пациентов (30 женщин, 20 мужчин); средний возраст обследованных – 33 года. На момент проведения исследования все обследуемые характеризовались отсутствием продуктивной психотической симптоматики; в то же время имели место эмоционально-личностные изменения различной степени выраженности.

В процессе обследования применялись следующие методики: методика «Фигуры Готтшальдта» для определения когнитивного стиля «полезависимость/поленезависимость», методика Струпа для определения когнитивного стиля «ригидность/гибкость познавательного контроля, методика «Сравнение похожих рисунков» для определения когнитивного стиля «импульсивность/рефлективность», методика «Свободная сортировка объектов (модификация В.А. Колги) для определения когнитивного стиля «узкий/широкий диапазон эквивалентности», методика «Индекс жизненного стиля» (Плутчик Р., Келерман

Г., Конте Г., 1979; Вассерман Л.И., 1998); копинг-тест (Лазарус Р., 1988); Я-структурный тест Г. Аммона (1998); многоуровневый опросник «Адаптивность» (Маклаков А.Г., Чермянин С.В., 1993).

На этапе статистической обработки полученных результатов вычислялись корреляционные связи (коэффициент корреляции Пирсона) между показателем «личностный адаптационный потенциал», вычисленным по результатам применения методики «Адаптивность», с одной стороны, и когнитивно-стилевыми характеристиками, показателями выраженности психологических защит, копинг-механизмов, а также личностных черт, определяемых методикой «Я-структурный тест Аммона», – с другой. Следует заметить, что высокое количество сырых баллов по показателю «личностный адаптационный потенциал» свидетельствует о низких адаптационных возможностях испытуемого.

Из исследованных когнитивно-стилевых характеристик значимые положительные корреляции с показателем «личностный адаптационный потенциал» обнаружили: индекс полезависимости по методике Готтшальдта ($p < 0,05$), общее количество ошибок (методика «Сравнение похожих рисунков») ($p < 0,05$); отрицательная корреляционная связь выявлена между показателем «личностный адаптационный потенциал» и коэффициентом категоризации (методика «Свободная сортировка объектов») ($p < 0,05$). То есть относительно высокие адаптационные возможности (низкий показатель «личностный адаптационный потенциал») связаны с высоким уровнем категоризации, точностью перцептивного сканирования (малое количество ошибок при выполнении методики «Сравнение похожих рисунков», рефлективный когнитивный стиль), преобладанием полезависимого когнитивного стиля. Эти когнитивно-стилевые характеристики (за исключением полезависимости) являются маркерами относительной высокой степени сформированности непроизвольного интеллектуального контроля.

Выявлены значимые положительные корреляционные связи показателя «личностный адаптационный потенциал» со степенью напряженности таких примитивных психологических защит, как «проекция» ($p < 0,05$), «отрицание» ($p < 0,05$), «регрессия» ($p < 0,001$), «вытеснение» ($p < 0,001$), «замещение» ($p < 0,001$), а также с интегральным показателем «напряженность психологической защиты» (Вассерман Л.И., 1998) ($p < 0,001$), то есть низкий уровень социальной адаптации связан с высокой степенью напряженности психологической защиты вообще и перечисленных относительно примитивных психологических защитных механизмов в частности. Кроме этого, высокие адаптационные возможности предполагают более активное использование таких конструктивных копинг-механизмов, как «поиск социальной поддержки» ($p< 0,05$) и «планирование решения проблемы» ($p < 0,01$).

Из личностных особенностей, препятствующих адаптации, следует отметить дефицитарное и деструктивное внутреннее Я-отграничение ($p < 0,05$ и ($p < 0,001$), деструктивную и дефицитарную тревогу ($p < 0,001$ соответственно), деструктивное и дефицитарное внешнее Я-отграничение (нарушение границ между «Я» и внешним миром) ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно), деструктивный и дефицитарный нарциссизм ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно), деструктивную и дефицитарную агрессию ($p < 0,001$).

Полученные данные позволяют говорить о необходимости такого системного построения психологического аспекта реабилитационной работы, который был бы направлен на определенную совокупность психологических показателей, включающую когнитивно-стилевые характеристики (как маркеры возможностей интеллектуальной регуляции), неадаптивные личностные особенности, используемые пациентами защитные механизмы и копинг-стратегии.

Биологические, клинические и психологические основы формирования психического здоровья детей с особыми образовательными возможностями

Куприянова И.Е.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Алкоголизм матери и употребление алкоголя во время беременности является причиной дизонтогенеза корковой пластинки головного мозга легкой, умеренной и тяжелой степени у плодов 9-12 недель развития, что проявляется возникновением в ее структуре зубцов, каверн и ниш, а также участками удвоения и изменением толщины в результате нарушения миграции нервных клеток. Это изменения функционального и пролиферативного характера, а также элементы ускоренного развития. Первый компонент включает в себя различные по степени выраженности изменения ядра, митохондрий и включений. К элементам пролиферативного характера относятся увеличение протяженности внутренней и наружной ядерных мембран с образованием выростов, появление внутриклеточных мембранных структур с образованием многочисленных мембранных телец.

В пренатальном периоде алкоголь не влияет на время появления и структуру капилляров мозга, но изменяет характер васкуляризации мозга за счет увеличения числа капилляров на единицу площади, снижения их периметра и площади. Обнаруженные проявления повреждающего действия алкоголя на ультраструктуру клеточных элементов мозга в период их продолжающейся дифференцировки являются структурной основой нарушения формообразования мозговых структур и разного рода аномалий, определяющих в дальнейшем нарушения психического развития и поведения больных.

Мультидисциплинарное исследование семей детей с психическими расстройствами с последующей разработкой принципов комплексной реабилитации и семейно-генетической превенции позволило впервые с применением разработанной методологии на основе клинико-генетического подхода комплекса методов семейно-генетического исследования в регионе Сибири изучить социально-репродуктивные характеристики и генетико-демографические особенности семей с психически больными детьми в период демографического воспроизводства, выявить репродуктивные установки в семьях, исследовать социально-психологические особенности родителей детей с инвалидизирующими психиче-

скими расстройствами, разработать и применить технологию оказания специализированной медико-генетической помощи и семейно-генетической превенции.

В результате применения дифференцированных реабилитационных программ для детей с аффективной патологией, нарушениями адаптации, умственной отсталостью отмечено улучшение у 29,3% детей и подростков, стойкое улучшение – у 10,3%. При наличии психических расстройств у детей с врожденными пороками сердца улучшение социальной адаптации чаще регистрировалось у детей в группе реабилитации, чем в группе сравнения (64,5 и 22,2% соответственно, $p < 0,01$). Ухудшение социальной адаптации достоверно чаще происходило в группе детей, которым не проводилась реабилитация, чем у детей с реализованными реабилитационными программами (38,9 и 4,4% соответственно, $p < 0,001$).

Выявленные клинические особенности психопатологических нарушений в разных этнических группах определяются существующими в данной популяции позициями культуры, традициями и укладом жизни. В группе русских детей прослеживается тенденция в сторону превалирующего влияния социальных факторов, и как следствие, увеличение показателей распространенности пограничных НПР. У бурят влияние биологических факторов так же значимо, как и социальных.

Современные технологии реабилитации и профилактики психических расстройств у детей и подростков включают межведомственный принцип взаимодействия, активную работу с социальными государственными структурами, педагогами, родителями. При исследовании детей-инвалидов (ДЦП, слабовидящие, слабослышащие дети) было выявлено большое число детей, у которых родители страдают алкоголизмом. Высок процент детей, воспитывающихся в неполных семьях. При изучении психического статуса педагогов, работающих с детьми-инвалидами, у 24,5% учителей выявлен синдром эмоционального выгорания, а 60% определен комплекс симптомов формирующегося выгорания. Создание для ребенка зоны психологического комфорта, психотерапевтическое и психокоррекционное сопровождение, психофармакологическое воздействие препаратами нового класса, повышающего адаптационные возможности организма на всех этапах реабилитации, а также формирование здорового окружения в семье и микросоциальных коллективах способствует оптимальному развитию индивидуума.

Новационный подход в терапии органического тревожного расстройства

Курышов В.Н., Маслова Н.В., Щербина Р.Ю., Майер О.Н., Белов Ю.Г.
Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии,
Клиника профпатологии и гематологии, г. Саратов
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

В структуре нарушений органического спектра тревожное расстройство занимает значительный удельный вес. Оказание терапевтической помощи данной группе пациентов осложняется наличием у них сочетанной соматоневрологической патологии, затрудняющей адекватный выбор многих психотропных препаратов.

Под нашим наблюдением находилось 47 чел. с диагнозом «органическое тревожное расстройство» в возрасте 49-3 лет, из них 31 женщина и 16 мужчин. Давность заболевания составляла от 2 до 8 лет. Ранее им назначались транквилизаторы, оказывавшие лишь временный положительный эффект, либо один из селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, который отменялся пациентами самостоятельно, не дождавшись положительного результата.

В связи с этим нами была предпринята попытка изучения эффективности аналога ГАМК – прегабалина (Лирика) при органическом тревожном расстройстве. Прегабалин назначался в течение 8 недель, начиная с дозировок 25-50 мг в сутки, с постепенным увеличением на 25-50 мг через каждые 3-4 дня в зависимости от особенностей клинической картины заболевания пациентов. Состояние пациентов оценивалось клинически и с помощью шкал тревоги Гамильтона CGI в динамике.

У части больных (10 чел.) субъективное улучшение самочувствия отмечалось уже с первых дней приема прегабалина. Однако очерченная редукция тревожной симптоматики обнаруживалась у них к 14-му дню терапии, а максимальные терапевтические эффекты проявлялись при достижении дозировки 150-250 мг в сутки. В то же время у большинства больных (24 чел.) отчетливая редукция тревоги обнаруживалась лишь к 4-й неделе от начала приема препаратов. При этом максимальный терапевтический эффект наступал при достижении дозировок 300 – 450 мг/сут. У 13 пациентов наметилась лишь частичная редукция тревожных проявлений, что, предположительно, может быть обусловлено недостаточной длительностью терапии, а также необходимостью применения более высоких доз препарата.

Таким образом, проведенное нами наблюдение показало достаточно высокую эффективность и хорошую переносимость прегабалина при органическом тревожном расстройстве.

Коморбидная патология как фактор, определяющий качество жизни пациентов с депрессивными расстройствами

Кучаева А.В., Семенихин Д.Г., Карпов А.М., Михайлова Е.Б.
КГБУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань
Министерство здравоохранения Российской Федерации

Наличие у больных с непсихотической депрессией сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта уменьшает комплаентность и отрицательно влияет на качество жизни пациентов.

Цель: изучить заболевания желудочно-кишечного тракта как коморбидный фактор, определяющий качество жизни пациентов с депрессивными расстройствами.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 250 пациентов с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство (МКБ 10-F33)», находившихся на стационарном лечении в психиатрическом стационаре г. Казани. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, для оценки качества жизни

применяли опросник SF-36. Статистическая обработка материалов проведена с использованием стандартного пакета программ Statistica 6 for Windows. Достоверными считали различия при уровне статистической значимости 95% ($p < 0,05$).

Результаты. У 68% изучаемых нами пациентов с депрессивными расстройствами были выявлены функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта, представленные сочетанием явлений гипомоторной дискинезии толстой кишки с абдоминалгиями ($p < 0,05$). Пациенты с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта, на фоне депрессивного расстройства, принимающие антидепрессанты в терапевтических дозах (трициклические и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), имели достоверно большее число баллов, по шкале SF-36, по сравнению с пациентами, которые не получали антидепрессанты ($p < 0,05$).

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта коррелируют с депрессивными расстройствами, оказывая негативное социальное влияние. Своевременное выявление и лечение коморбидной патологии у пациентов с депрессивными расстройствами позволит повысить качество жизни пациентов и эффективность лечения.

Экстрапирамидные нарушения, возникающие при применении рисперидонов, и их коррекция

Леонова Л.Ю.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Практически все лекарственные средства, оказывая лечебное действие, могут вызывать нежелательные реакции, приводящие в ряде случаев к тяжелым осложнениям и даже летальному исходу. По данным литературы, частота возникновения побочных реакций при применении лекарств составляет около 30%. Актуальность проблемы побочного действия лекарственных средств возрастает с появлением препаратов, обладающих высокой биологической активностью, к числу которых относится большинство психотропных средств. Современная психо- и нейрофармакология включает около 11 групп лекарственных препаратов: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики, психостимуляторы, ноотропные препараты (препараты нейрометаболического действия), аналептики, психодезлептики (галлюциногены), снотворные средства (гипнотики), противопаркинсонические средства, антиконвульсанты.

В одних случаях возникающие в процессе психофармакотерапии побочные расстройства выражены незначительно и быстро исчезают после уменьшения дозы принимаемых препаратов, в других – более стойки и продолжительны, в-третьих – сопровождаются развитием опасных для жизни состояний, протекающих с тяжелыми соматическими расстройствами.

В отличие от быстро проходящих побочных эффектов, связанных с прямым фармакологическим действием препаратов (экстрапирамидным, антихолинергическим, гипотензивным, каталептогенным и др.), осложнения характеризу-

ются включением новых патогенетических звеньев развития болезненного процесса, собственными законами течения, требуют применения интенсивной терапии и полной отмены психотропных средств.

Основной группой препаратов, использующихся в психиатрическом стационаре, являются нейролептики. С учетом преобладающих лечебных эффектов, нейролептики условно подразделяются на четыре группы: нейролептики с преимущественно седативным действием, атипичные нейролептики, нейролептики с преобладанием антипсихотических свойств, нейролептики-корректоры поведения.

По имеющимся литературным данным, на фоне приема нейролептиков у 30-50% больных наблюдается развитие побочных эффектов, отличающихся между собой частотой возникновения, временем проявления, механизмом развития, клиническими симптомами и лечением. Одним из видов побочных эффектов нейролептиков являются экстрапирамидные расстройства. Виды нейролептических экстрапирамидных расстройств: паркинсонизм, острая дистония, поздняя дистония, акатизия, поздняя дискинезия, злокачественный нейролептический синдром.

Нами рассмотрены нейролептические экстрапирамидные расстройства, возникающие на фоне лечения рисперидонами (дженерики) в стационарном подразделении АККПБ. Была проанализирована частота возникновения экстрапирамидных расстройств при применении рисперидонов за 10 мес. 2013 г. За указанный период времени в отделении было пролечено 340 пациенток, из них принимали рисперидоны 31% женщин (галоперидол принимали 26%, трифтазин – 20%, другие нейролептики – 23%). Возраст пациенток колебался от 20 до 70 лет. Из них первичных пациенток 57,5% (рисперидон изначально назначался без корректора), повторных 42,5% (в 41,2% рисперидон назначался изначально с корректором, в связи с плохой переносимостью нейролептиков в анамнезе). У 21% пациенток, принимающих рисперидоны, отмечались те или иные экстрапирамидные нарушения.

Отмечались следующие экстрапирамидные нарушения:

- острая дистония – 2,5% пациенток (развивалась в течение первых двух суток приема препарата);
- акатизия – 27,5% (развивалась на 2-3 неделе приема препарата);
- вторичный лекарственный паркинсонизм – 37,5% (на 1-4 неделе приема препарата);
- сочетание акатизии и лекарственного паркинсонизма – 32,5%.

В литературе описано несколько подходов к коррекции нейролептических экстрапирамидных расстройств: назначение витаминов группы В и ноотропов, корректоров (амантадин, тригексифенидил), бензодиазепинов, сочетанное использование вышеуказанных групп препаратов, а также снижение дозы нейролептика либо его полная отмена и перевод на другой атипичный нейролептик.

По результатам проведенного нами исследования купирование проявлений экстрапирамидных расстройств на фоне приема рисперидонов происходило при назначении следующего лечения:

- в 12,5% случаев при назначении витаминов группы В и ноотропов;
- в 25%случаев при назначении корректора (тригексифенидил, амантадин, акинетон);
- в 20% случаев при назначении корректора и бензодиазепинов;

- в 30% случаев при сочетанном назначении витаминов, ноотропов, бензодиазепинов, корректоров;

- в 12,5 % случаев требовалась отмена препарата и замена на другой атипичный нейролептик.

Таким образом, частота возникновения экстрапирамидных расстройств на фоне применения дженериков рисперидона не превышает таковых при использовании других нейролептиков.

Лечебно-реабилитационная тактика в отношении больных с сочетанными формами психической патологии

Лещенко Л.В.

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул

Лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия сочетанных форм психических заболеваний до настоящего времени являются наименее разработанными, что определяется недостаточной изученностью этой патологии в целом, с одной стороны, и своеобразием их клинико-динамических проявлений: патоморфозом, утяжелением течения, труднокурабельностью – с другой.

При этом они имеют большое разнообразие вариантов, образующихся практически всеми известными заболеваниями. По данным литературы и нашим исследованиям, в общей структуре сочетанных форм психической патологии значительное место занимают такие их варианты, в которых в качестве одного из сосуществующих заболеваний выступает экзогенно-органическое поражение головного мозга. Необходимо отметить, что качество диагностики экзогенно-органических заболеваний головного мозга в повседневной психиатрической практике далеко от совершенства. Зачастую данные болезненные формы нередко вообще не выявляются. Особенно это относится к тем случаям, когда экзогенно-органические психические расстройства скрываются за «фасадом» других заболеваний, в первую очередь тех, что социально резонансны либо психологически понятны, например, шизофрении (Пивень Б.Н., 2013).

С учетом изложенного хотелось бы поделиться некоторыми результатами изучения такого сочетания психической патологии, как шизофрения и экзогенно-органические заболевания головного мозга. Безвыборочным методом были изучены:

1. Медицинская документация всех больных четырех врачебных участков диспансерного отделения Алтайской краевой клинической психиатрической больницы (всего 3079 чел.), получавших лечебно-консультативную помощь либо состоящих на диспансерном наблюдении. У 434 из них имелась шизофрения. На основании анализа документации с учетом как врачебных диагностических заключений, так и содержащихся в ней описаний признаков, отражающих органическую патологию, было установлено, что из общего числа больных шизофренией у 91(21%) чел. имелись и экзогенно-органические заболевания головного мозга.

2. Архивные истории болезни (всего 788) выбывших из дневного стационара для психотических расстройств. У 332 пролеченных пациентов выставлен

диагноз «шизофрения». Из них в сочетании с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга – 86 (26%) чел.

3. Истории болезни круглосуточного стационара психиатрической больницы (всего 76). У 56 чел. – диагноз шизофрения, из них в сочетании с экзогенно-органическими заболеваниями – 19 (33,9%).

Клинико-психопатологически обследовано 52 чел., страдающих шизофренией в сочетании с экзогенно-органической патологией различного генеза и разной степени выраженности. В исследование включались пациенты с определенной долей критики к своему состоянию (период ремиссии шизофрении).

Лечение больным диспансерного отделения, как показывает анализ медицинской документации, назначалось преимущественно по поводу обострения или в качестве поддерживающей терапии основного заболевания – шизофрении, при этом органическая симптоматика учитывалась не всегда или вообще не бралась во внимание. Так, из 91 чел. только 26 (28,6%) регулярно, хотя бы 1 раз в год, получали лечение и экзогенно-органической патологии головного мозга, 24 (26,4 %) получали лечение от случая к случаю (эпизодически), остальным 41 (55%) больным лечение не назначалось. По-видимому, это было связано с тем, что шизофрения в силу своей социальной значимости в диагностическом процессе привлекает основное внимание, а органическая симптоматика остается вне поля зрения, либо отсутствует определенная нацеленность врачей на выявление экзогенно-органических заболеваний головного мозга.

При проведении анализа терапии больных с таким сочетанием психической патологии, получавших лечение в условиях дневного и круглосуточного стационара, оказалось, что пациентам дневного стационара назначались как атипичные (69%), так и типичные (31%) нейролептики, а в круглосуточном чаще традиционные – типичные (97%), что объясняется недостаточной способностью современных нейролептиков купировать психотическую симптоматику, несмотря на их основные преимущества (низкий риск возникновения экстрапирамидных симптомов и влияние на негативную симптоматику шизофрении). Всем пациентам, получавшим типичные антипсихотические нейролептики (трифтазин, галоперидол, клопиксол, клопиксол – акуфаз, мажептил и др.) как в дневном стационаре, так и в круглосуточном, назначались корректоры (циклодол), причем значительно выше (до 8-12 мг/сут.), чем больным с шизофренией, не отягощенной экзогенными органическими факторами. Однако и при назначении современных нейролептиков, особенно рисперидона, в большинстве случаев также применялся корректор. Для редукции побочных эффектов нейролептиков неврологического характера использовались транквилизаторы.

Спектр препаратов в стационарах для лечения психоорганической симптоматики на сегодняшний день ограничен (традиционный набор – это пентоксифиллин или венпоцетин, пирацетам, раствор магния сульфата, раствор никотиновой кислоты, витамины группы В) и часто зависит от их наличия в больнице. А такие группы препаратов, как антиоксиданты и церебропротекторы, – большая редкость. В результате для категории больных, имеющих группу инвалидности по психическому заболеванию, приобретение их с целью комплексного лечения представляет большие сложности из-за дороговизны препаратов.

При традиционном клинико-психопатологическом исследовании 52 больных наглядно проявлялся полиморфизм клинической картины, когда эндогенная

симптоматика тесным образом переплеталась с психоорганической, что усложняло течение заболевания, удлиняя сроки пребывания в стационаре. Больные предъявляли жалобы, относящиеся к разным нозологиям. В ряде случаев образовывались сложные психопатологические комплексы, что их трудно было квалифицировать с позиций классической феноменологии, так как они не укладывались в синдромы, принятые в психиатрии. При расспросе о переносимости нейролептиков у данной категории больных 39 (75%) чел. говорили об их плохой переносимости, наличии побочных эффектов в виде тех или иных проявлений нейролептического синдрома. Часть больных, у которых во время нахождения в стационаре отмечались побочные эффекты терапии, отказывались от дальнейшего продолжения лечения на амбулаторном этапе.

Таким образом, следует отметить необходимость своевременной диагностики этих сочетанных заболеваний для раннего начала терапии и органической патологии головного мозга с целью исключения взаимоутяжеления клинических проявлений.

При выборе лечения для больных шизофренией, одновременно страдающих экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, необходимо учитывать сосуществование двух болезненных образований. Поскольку стойкий, а нередко прогредиентный характер экзогенно-органических заболеваний требует их регулярного курсового лечения даже в случаях стабильного улучшения. Целесообразно проведение курсовой комплексной терапии антиоксидантами, церебропротекторами, дегидратирующими препаратами не менее двух раз в год. Оптимальное время для этого – весна, осень. В данные временные периоды наиболее велика вероятность обострений как самих органических заболеваний, так и сосуществующих с ними, поэтому выполняемые лечебные мероприятия будут одновременно иметь и профилактическую направленность. Также необходима коррекция дозировок и назначение нейролептических препаратов с минимальным спектром побочных действий.

Информационная модель суицидального поведения подростков

Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З.

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск
Вычислительный центр ДВО РАН, г. Хабаровск

Цель исследования. Разработка информационной модели формирования и развития суицидального поведения подростков (11-19 лет).

Материалы и методы. Снижение доступной качественной медицинской помощи привело к росту числа запущенных форм социально значимых заболеваний. На фоне неблагополучия соматического здоровья наблюдается резкий рост подростковых социально-психиатрических болезней. Низкий уровень психического здоровья при рождении с последующим снижением адаптационных сил юного организма, ускоренным формированием хронической патологии характерен для здоровья сегодняшнего подросткового населения и обусловлен накоп-

ленным эффектом экономических и социально-психологических просчетов предыдущих лет. Психофизиологическая и социальная незрелость подростков в условиях дисгармоничного воспитания в социально нездоровой или неполной семье, незанятости общественно полезным трудом и учебой, деструктивного воздействия средств массовой информации, сети Internet, киберагрессии, навязывания нетрадиционных для России моделей межличностных отношений и общественных норм – обусловливают формирование поколения с деформированным сознанием и нарушенным психическим здоровьем.

Хроническое игнорирование обществом личностных проблем подростка вызывает его протест в виде негативно-агрессивных реакций, направляемых как на общество, отдельных его членов, так и на самого себя. Подростки активно принимают внешние атрибуты взрослой жизни, часто саморазрушающего типа; демонстрируют эмансипированность; но в сложных жизненных ситуациях проявляют свою несостоятельность, реализующуюся в реакциях гиперкомпенсации, негативизма, агрессии, ухода от разрешения ситуации; обнаруживают ранимость, незащищенность. Развивается стойкая психофизическая дезадаптация, которая препятствует формированию полноценной и социально-значимой личности.

Нередко подростки интуитивно находят замещающие модели поведения, в частности, становятся потребителями психоактивных веществ – жертвами сложившейся системы криминального наркооборота, находят себя в псевдомузыке, субкультуре, нетрадиционных формах секса, экстремальных молодежных ритуалах или совершают суицидальные действия. Чаще всего накладывают на себя руки подростки, не справляясь со стрессами, связанными с учебными нагрузками и проблемами общения с родителями и сверстниками.

С целью выявления факторов, формирующих суицидальное поведение в подростковой среде, было проведено анкетирование в одном из заведений г. Хабаровска. Для этого применялись эпидемиологический и этнографический методы исследования. Из числа обследованных четверть лиц имела склонность к суицидальному поведению, более трети задумывались о возможности совершения самоубийства. Среди факторов, формирующих суицидальное поведение, главенствует социально-экономический (сложности с поступлением на учебу и трудоустройством, низкая социальная защищенность), межличностный фактор (разрыв с другом или подругой), наиболее весомый для учащихся, психопатологически отягощенная наследственность, депрессия, тревожные расстройства, алкоголизация и употребление наркотических средств, факторы социальной зрелости (ответственность, самостоятельность) и одиночество. Можно констатировать общее ухудшение психического здоровья в подростковой среде.

Даже простое перечисление проблем подросткового возраста красноречиво говорит о сложности научного подхода к корректному моделированию суицидального поведения подростков. Существующие модели социально-психологических систем, их возникновения, эволюции, поведения и изменений состояния отдельных личностей до сих пор в целом носят главным образом описательный характер, причем детерминированные методы не отражают стохастичности процессов, в том числе внешних случайных возмущений, а вероятностные методы ограничены в силу существования объективной непознанной неопределенности. Этих недостат-

ков во многом лишены теоретико-игровые информационные модели (ТИМ), использующие сильные стороны обоих методов и имеющие практически неограниченную сферу приложения в связи с известной общностью моделей. Методологически целостный подход к социуму, простота и четкость формулировок и алгоритмов делают метод информационного моделирования уникальным в плане перспектив исследования социально-психологических систем.

В рамках теоретико-игрового подхода к распознаванию образов предлагается теоретико-игровая модель реальных задач социологии, психологии и социальной психиатрии и способы ее встраивания в модели решения некорректных и плохоформализуемых (по информации и методам) социально-экономических и медико-психологических проблем по выявлению качества жизни популяции человека. Метод информационного теоретико-игрового (стратегического) моделирования, обогащенный средствами современной прикладной конфликтологии, позволяет создать формальные модели поведения отдельной личности и группы в виде коалиционной игры нескольких лиц, стремящихся к удовлетворению индивидуальных и групповых потребностей. Сочетание подобного подхода и аппарата теории игр позволяет корректно моделировать поведенческие и коммуникативные процессы в молодежных и этнических группах риска суицидального поведения, закономерности возникновения, развития и реализации этой формы асоциального поведения. Математическая модель социально-психологических процессов на основе теоретико-игровых методов базируется на следующих концепциях:

1. Социум находится в одном из некоторого набора функциональных состояний, характеризующихся равновесием.

2. Переход социума из одного состояния в другое происходит в результате переходного процесса от одного состояния равновесия к другому.

3. Модель социально-психологической системы адаптации должна состоять из двух частей: модели равновесного состояния; модели переходного процесса.

4. Модель равновесного состояния описывается посредством теоретико-игрового метода в виде игры с реализациями.

5. Модель равновесного состояния описывается или посредством марковских, полумарковских цепей, потоковых моделей, либо также с помощью коалиционной игры с реализациями.

Тогда подобную социально-психологическую систему можно промоделировать посредством ТИМ. Приведем основные концептуальные соотношения между социобиологическими понятиями адаптации и терминами коалиционной теории игр:

активные начала социума	- коалиции;
естественные цели, к которым он стремится	- цели коалиции;
действия начал	- коалиционные стратегии;
гомеостазис	- ситуация равновесия в коалиционной игре;
произвольное состояние	- ситуация в коалиционной игре.

Основная задача моделирования процесса социально-психологической адаптации еще несформировавшейся личности в социуме заключается в том, чтобы по экспертным данным и результатам наблюдений для определенного

множества лиц, испытывающих однотипные перегрузки, построить значения ситуаций равновесия, выделить в этих построенных ситуациях управляющие и управляемые параметры, найти критерии и воздействия на связи между параметрами с целью приведения системы в априори требуемое состояние. Затем в математической модели устанавливаются устойчивые статистические закономерности между управляющими и управляемыми параметрами, процесс психологической адаптации рассматривается как игра с реализациями, определяются функции выигрыша игроков коалиций, находятся нужные управляющие воздействия для сохранения первоначального состояния организма или же перевода его в некоторое заданное в соответствии с требованиями приспособления к условиям окружающей среды и характером деятельности.

При анализе подавляющего большинства социально-психологических конфликтов можно выделить следующие его основные компоненты: участник, группа участников, состояние конфликта, реализация конфликта, исход реализации, интересы участника, цели участника. Ранее была дана содержательная интерпретация каждой компоненты конфликта (Золотов Е.В., Ионичевский В.А., Кондратьев А.И., Савин С.З., 1991). При этом задача прогнозирования сформулирована в виде задачи распознавания в следующем виде: пусть множество исходов реализаций конфликтов разбито на конечное число классов; пусть задан конечный набор описаний реализаций конфликта вместе с заданием для каждой реализации ее исхода; пусть задана некоторая реализация, не входящая в заданный набор реализаций; необходимо для указанной реализации определить ее принадлежность к одному из классов исходов.

Разработка ТИМ суицидального поведения осуществлялась на группах риска коренного и пришлого населения региона количеством до 250 чел. каждая. Для определения стратегии построения информационной модели психического здоровья подростков проведен мониторинг социально-психологической ситуации по результатам медико-социологического исследования состояния здоровья респондентов, их оценки ситуации со здравоохранением в городах и поселках, доступностью и качеством медико-психологической помощи и т.д. Методом сбора эмпирических данных в исследовании являлся анкетный опрос, дающий массовую репрезентативную картину относительно изучаемого предмета. При заполнении анкет респондент подбирал для себя удобное время и скорость заполнения анкеты. Опрос проводился в учебных группах разнопрофильных учебных заведений г. Хабаровска, прочих городов и поселений Хабаровского края.

Выявлено, что формирование психических нарушений и патологических влечений во многом зависит от условий, в которых живет и воспитывается ребенок из числа представителей коренных народностей. Так, у 62% воспитанников интернатов выявляются задержка физического и психического созревания, нарушения интеллекта, у 43,7% детей-сирот и 77,3% детей из конфликтных семей – различные психосоматические расстройства, затяжные реакции на стресс, у 23% – стойкие отклонения поведения с пато-характерологическими реакциями. Эта статистика свидетельствует о недостаточном уровне первичной психиатрической профилактической работы: у преобладающего большинства детей и подростков отсутствует превентивная психологическая защита, а также минимальные ценно-

стные барьеры, препятствующие проявлению суицидального поведения. Определен половозрастной контингент подростков, имеющих риск возникновения склонности к суициду и развития иных психических заболеваний.

Заключение. Информационные модели позволяют выявить психические заболевания на ранних стадиях, дать индивидуальную оценку состояния психического здоровья и суицидальные наклонности. В результате проведения комплекса необходимых медицинских и психосоциальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием психического здоровья населения усилена работа по санитарно-гигиеническому воспитанию подростков, повысились уровень пропаганды здорового образа жизни (ЗОЖ), степень осознания юной личностью того, что охрана психического здоровья – не только его личное дело, но и персональный вклад в общественную безопасность. На основании анализа психологических и возрастных особенностей субъектов генеральной совокупности выявлено, что поведение учащихся школ, техникумов и вузов по отдельным аспектам имеет существенные различия. Для подробного анализа результатов и формирования на их основе полноценной пропаганды ЗОЖ и профилактики психических заболеваний учтены особенности поведения молодежи каждой социальной группы. Полученные результаты можно распространить на социальные группы (молодежь города, обучающаяся в 11-х классах общеобразовательных школ, учащиеся первых курсов вузов и техникумов), что позволит увидеть срез широкомасштабных социальных процессов (отношение к ЗОЖ среди молодежи) и вызванных ими проблем.

Трудности исследований усугубляются этнокультуральными факторами, что диктует необходимость создания более высокого качества комплексных программ профилактики и лечения суицидального поведения. Тем не менее проведенное исследование способно позитивно повлиять на уровень заболеваемости, а также содействовать социальной адаптации и реабилитации подростков с прочими факторами риска или уже имеющих проблемы с психическим здоровьем. Требуются совместные усилия ученых и политиков, чтобы гарантировать осуществление законодательных изменений и государственных инициатив, направленных на укрепление психического здоровья подрастающего поколения страны.

Комплексный подход к реабилитации несовершеннолетних с аддиктивными расстройствами

Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Кирина Ю.Ю.
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Кемерово
ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», г. Кемерово

В Кемеровской области с начала 1990-х гг. наблюдался значительный рост употребления наркотических средств и психотропных веществ несовершеннолетними. В настоящее время несмотря на тенденцию к снижению употребления психоактивных веществ детьми и подростками, количество несовершеннолетних, употребляющих наркотические средства, токсические вещества и алкоголь как эпизодически, так и систематически, продолжает оставаться одним из самых вы-

соких в Российской Федерации. В связи с этим важным направлением в работе с этим контингентом населения является комплексная реабилитационная помощь, позволяющая обеспечить практическое выздоровление и восстановление полноценного функционирования в обществе несовершеннолетних, имеющих аддиктивные расстройства.

Специфика аддиктивных расстройств у несовершеннолетних предусматривает участие в данной проблеме специалистов различных сфер: образования, здравоохранения, социальных служб, правоохранительных органов. В целях реализации комплексного подхода к реабилитации несовершеннолетних с аддиктивными расстройствами в г. Кемерово была создана модель межведомственного реабилитационного отделения для детей и подростков. В рамках работы реабилитационного подразделения оказывается не только медицинская помощь, но и воспитательная, психологическая, образовательная, социальная, правовая и трудовая. Разработанная структура межведомственного отделения обеспечивает взаимодействие управлений образования, социальной защиты, здравоохранения, молодежной биржи труда и учреждения образования.

Отделение социально-медицинской реабилитации для детей и подростков с аддиктивными расстройствами располагается на базе образовательного учреждения и является структурным подразделением наркологической медицинской организации. Финансирование отделения осуществляется совместно Департаментом здравоохранения Кемеровской области и Департаментом образования и науки Кемеровской области.

В отделении социально-медицинской реабилитации параллельно с наблюдением врача психиатра-нарколога, психолога и воспитателя на фоне психотерапевтических мероприятий несовершеннолетние получают учебные и профессиональные навыки по рабочим специальностям. Мастера производственного обучения в дополнении к своим непосредственным обязанностям выполняют функции воспитателей, входя в штатное расписание отделения. При необходимости знания по программе средней школы в соответствии с индивидуальным образовательным уровнем пациенты отделения получают на базе общеобразовательного учреждения.

Молодежная биржа труда обеспечивает трудоустройство несовершеннолетних в летний период, а также трудоустройство пациентов, окончивших реабилитационную программу и получивших профессиональные навыки. Для подростков, заключивших договор с центром занятости на обучение по специальностям, социальной службой г. Кемерово выплачивается ежемесячная стипендия. Координацией работы отделения занимается ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер».

Длительный период работы межведомственного отделения (с 2000 г.) позволяет оценить отдаленные результаты комплексной реабилитации. С этой целью было обследовано 163 пациента отделения социально-медицинской реабилитации спустя пять и более лет после выписки из межведомственного отделения. Медицинская эффективность реабилитационных мероприятий оценивалась по длительности терапевтических ремиссий, улучшению состояния физического и психического здоровья пациентов.

При обследовании пациентов, завершивших курс реабилитации, выявлены значительные улучшения клинического состояния в 84,3% случаев. Перестали проявляться в поведении обследуемых реакции протеста, эмансипации, имитации, группирования со сверстниками. Отмечается положительная динамика в проявлениях грубых поведенческих расстройств: уменьшились проявления антидисциплинарного и антисоциального поведения (посещают занятия в школе, регулярно ходят на работу, перестали уходить из дома, из семьи). В состоянии ремиссии находились 91 пациент (83,48%) из окончивших курс реабилитации полностью. Социальная эффективность оценивалась по стабильности семейной и социальной адаптации. Межличностные отношения в ближайшем социальном окружении, в том числе отношения в семьях, со сверстниками, улучшились в 67,8 % случаев.

Спустя 5 и более лет после выписки из отделения социально-медицинской реабилитации семейный статус обследуемых представлен следующими данными: 56 чел. (34,4%) холосты, 13 пациентов женаты (7,9%), 34 проживают в гражданском браке (20,9%), 60 чел. проживают с родителями (36,8%). Отношения в семьях благоприятные, спокойные, конфликтные ситуации редки.

Прохождение реабилитационного курса в межведомственном отделении в большинстве случаев способствовало социальной адаптации пациентов. Социальная адаптация определялась по трудоустройству, продолжению обучения (в школе, среднем профессионально-техническом учреждении, высшем учебном заведении), службе в рядах российской армии.

Социально адаптированы – 139 чел. (85,3 %), из них 22 работают по специальности, приобретенной в отделении (13,5%), 66 чел. трудоустроены по иной специальности (40,5%), 40 чел. (24,6%) продолжают обучение, в том числе по программам средней школы, получают среднеспециальное и высшее образование, 11 чел. служат в армии. Социально дезадаптированы (не заняты, продолжают употреблять психоактивные вещества) 24 чел. (14,7%) (в то время как на момент поступления процент дезадаптации составлял 51,5%).

На момент поступления социокультурные интересы присутствовали только у 14 пациентов (9,0% наблюдений). На момент обследования (спустя 5 и более лет после выписки из отделения социально-медицинской реабилитации) социокультурные интересы присутствуют у 74 чел. (45,4%).

Из пациентов с девиантным поведением и сопутствующими аддиктивными расстройствами после завершения программы реабилитации 34 чел. (20,9%) при прохождении призывной медицинской комиссии признаны годными к службе в армии. Ограниченно годные / не годные к службе в армии – 129 чел. (79,1%), но только 37 чел. (22,7 %) в связи с наркологическим расстройством.

Таким образом, анализ наблюдений показал достаточно высокую эффективность созданной и внедренной модели межведомственного отделения социально-медицинской реабилитации на базе образовательного учреждения. Наличие образовательного и социального с опорой на занятость компонентов реабилитационной программы способствовали повышению эффективности в рамках социальной адаптации.

Философские аспекты психотерапевтической помощи

Лукин-Григорьев В.В.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

Современная психотерапия – многомерное понятие, которое включает в себя многообразие психологических теорий и практик, варьирующихся от различных вариантов терапевтической беседы, до многообразных психотехнологий индивидуальной и групповой работы с пациентами. Принципиально важным представляется то, что психотерапевтическая помощь всегда несет в себе и личностное измерение, без которого живая ткань отношений психотерапевта и его пациента легко разрушится, а сам процесс работы превратится либо в бесплодную раздачу советов, либо – в механическое применение «техник».

К сожалению, в настоящее время подготовка психотерапевтов зачастую смещена от «духа» к «букве» деятельности специалиста и не учитывает глубинных методологических и философских ее основ. На практике это проявляется сверхценным отношением психотерапевта к результатам клинической и патопсихологической диагностики пациента (что зачастую приводит к представлениям о психотерапевтической «некурабельности» многих психиатрических пациентов), «интерпретационным зудом», чрезмерным технологическим насыщением процесса помощи и рядом других «профессиональных» действий, за которыми исчезает рефлексия целей помощи, а по большому счету – пациент как таковой.

Чем может помочь философия специалисту, оказывающему психотерапевтическую помощь? Во-первых, философия подразумевает целостный взгляд на природу человека и на реальность, в которой он обитает. Во-вторых, философская традиция – это своего рода основополагающая структура, определяющая смысл самой психотерапевтической помощи. И, наконец, в-третьих, психология как концептуальная основа психотерапии возникла в контексте философской мысли, и нарушение этой преемственности чревато появлением своего рода «ремесленной» психотерапии.

Концептуальность философского видения, на которое может опираться психотерапевт, может помочь избежать появления многообразных современных «психотерапий», зачастую отличающихся лишь названиями. В то же время философский подход к сути человека не только обогащает мировоззрение психотерапевта, но и повышает критичность его мышления, организует логику психотерапевтической помощи.

Разумеется, по отношению к проблемам психотерапевтической помощи речь идет не об общефилософском взгляде на природу человека (скорее всего, он в принципе невозможен), а о взгляде парадигмальном. Исторически сложилось так, что психотерапия существует на стыке двух парадигм – естественнонаучной и гуманитарной. В то же время для решения задач психотерапевтической помощи более предпочтительна ориентация на гуманитарный парадигмальный подход. Это обусловлено, как минимум, двумя причинами. Во-первых, это наличие субъективных аспектов опыта человека, не вытекающих из его биологической природы. И, во-вторых, рефлексивность и произвольная активность человека, что

определяет невзаимосвязанность мотивов человека и условий окружающей среды, в том числе и социальной.

Безусловно, психотерапевту как представителю медицинской специальности следует ориентироваться в вопросах анатомии и физиологии ЦНС, нормального и аномального развития, пато- и психопатологии и ряда других дисциплин, задающих профессиональный уровень подготовки. Но в то же время также следует учитывать, что далеко не все явления психической жизни непосредственно проистекают из процессов, происходящих в мозге индивида, либо в его социальном окружении. Редукционизм – сведение сложного явления к простому объяснению – является одной из серьезных проблем, порожденных естественнонаучной парадигмой, применяемой к душевной жизни человека. Когда психотерапевт, воспитанный исключительно в духе детерминистских представлений, сталкивается с очевидными противоречиями между собственными знаниями и опытом клиента, он начинает искать ответы в областях, которые также следуют детерминистской логике, но не имеют никакого отношения ни к психологии, ни к медицине, а именно – экстрасенсорике, парапсихологии, астрологии, язычестве и оккультизме.

Пожалуй, наиболее полно выразил философскую сущность психотерапии основатель феноменологической теории личности и клиент-центрированного подхода в психотерапии Карл Роджерс. Он утверждал, что встречу психотерапевта с пациентом следует в первую очередь рассматривать как экзистенциальную встречу двух людей. Соответственно, успех помощи во многом определяется качеством этой встречи. Продолжая эту мысль, следует отметить, что искусство специалиста – это не искусство техник или интерпретаций, а в первую очередь создание условий для раскрытия потенциала клиента, а главным инструментом работы является личность психотерапевта. Постулируя важность контакта, Роджерс тем самым заново открывает искусство «сократического диалога», при котором вопросы, обратная связь в виде реплик, отражения смысла сказанного пациентом создают уникальные условия для более глубокого понимания им своей ситуации и расширяет перспективы решений.

Весьма близкими по духу являются подходы гештальттерапии и экзистенциальной психотерапии. Общими концептуальными параметрами для этих традиций психотерапии помощи являются следующие акценты:

- на чувствах клиента (в противовес объяснениям);
- на актуальном настоящем и учетом потенциального будущего (в противовес исследованиям прошлого как причины настоящего);
- на личности и ее развитии (в противовес акценту на симптоме и избавлению от него);
- на ответственности пациента как автора собственной жизни (в противовес жертвенно-манипулятивной позиции);
- на профессиональных отношениях «Я – Ты» (в противовес отношениям «Я – Оно»);
- на целостности переживания (в противовес акценту на дискретность опыта);
- на личном творческом ресурсе пациента (в противовес акценту на когнитивный ресурс психотерапевта.

Тем самым можно принципиально иначе сформулировать само понятие психотерапии – не как процесса избавления от симптомов (или решения проблем), а как расширения границ опыта пациента, повышения осведомленности о своих возможностях и ресурсах, а также понимания психотерапевтом границ своей профессиональной компетенции, которое можно обозначить как отказ от позиции воздействующего в пользу позиции взаимодействующего.

Хроническая усталость как симптом эмоционального выгорания у медицинских работников

Малегонова С.А., Пеккер И.Б.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В профессиях, связанных с взаимодействием человек – человек, профессиональная усталость – это, прежде всего, усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, психолога, медицинской сестры, так как она предъявляет большую требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. В значительной степени появлению усталости могут способствовать особенности работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам, работа в психиатрических больницах, чрезмерно большой прием и др.). Основной причиной профессиональной усталости у медицинских работников является требование профессии в эмоциональном отношении к жизни в целом, что предполагает определенное отношение к врачебной деятельности, мотивацию этого отношения, взаимоотношения с коллегами, стиль жизни медработника и его проблемы, не связанные с работой.

«Астения переутомления» обычно всегда развивается постепенно (в течение 6 и более месяцев от начала напряженной работы), ей предшествует более или менее длительный период волевого усилия, умственного напряжения и продолжения работы в условиях утомления. Утомление снижает работоспособность человека и эффективность его труда, что создает постоянную психотравмирующую ситуацию в виде ощущения им собственной несостоятельности и может привести даже к невротическому срыву. Наиболее частым симптомом астении является раздражительность. Она проявляется в повышенной возбудимости, нетерпеливости, обидчивости и несдержанности. Проявления раздражительности чаще носят характер кратковременных вспышек, которые нередко сменяются раскаяниями, извинениями перед окружающими, ощущениями вялости и усталости. Также страдающие астенией жалуются на рассеянность, плохой сон, тревожность, неустойчивость настроения, головные боли.

Утомление специалиста медицинской сферы отрицательно сказывается на его профессиональной деятельности и тем самым на его пациентах. Врач сокращает время приема каждого пациента, стремится как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу. А у пациента при этом создается впе-

чатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно. Производительность труда у врача снижается и замедляется из-за трудностей концентрации внимания, трудностей при постановке диагноза и выборе метода лечения. И таким образом перечисленные признаки могут привести специалиста к «синдрому эмоционального выгорания».

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности. СЭВ – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Так же это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Это приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального, поведения. Выгорание – отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда выгорание отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами.

Главной причиной СЭВ считается психологическое, душевное переутомление. Когда требования (внутренние и внешние) длительное время преобладают над ресурсами (внутренними и внешними), у человека нарушается состояние равновесия, которое неизбежно приводит к СЭВ. У ряда специалистов стрессогенность взаимодействия обусловлена тем, что общение длится часами, повторяется в течение многих лет, а реципиентами выступают больные с тяжелой судьбой, неблагополучные дети и подростки, преступники и пострадавшие в катастрофах, рассказывающие о своем сокровенном, страданиях, страхах, ненависти.

К основным организационным факторам, способствующим выгоранию, относятся: высокая рабочая нагрузка; отсутствие или недостаток социальной поддержки со стороны коллег и руководства; недостаточное вознаграждение за работу; высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы; невозможность влиять на принятие решений; двусмысленные, неоднозначные требования к работе; постоянный риск штрафных санкций; однообразная, монотонная и бесперспективная деятельность; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие реалиям; отсутствие выходных, отпусков и интересов вне работы.

Развитию СЭВ способствуют и личностные особенности: высокий уровень эмоциональной лабильности; высокий самоконтроль, особенно при волевом подавлении отрицательных эмоций; рационализация мотивов своего поведения; склонность к повышенной тревоге и депрессивным реакциям, связанным с недостижимостью «внутреннего стандарта» и блокированием в себе негативных переживаний; ригидная личностная структура.

В общем, синдром эмоционального выгорания проявляется в следующем:

а) чувстве безразличия, эмоционального истощения, изнеможения (человек не может отдаваться работе так, как это было прежде);

б) дегуманизации (развитие негативного отношения к своим коллегам и клиентам);

в) негативном самовосприятии в профессиональном плане – недостаток чувства профессионального мастерства.

Профессиональная деятельность работников сферы психического здоровья несет в себе потенциальную угрозу развития СЭВ. Личностные черты эмоциональной неустойчивости, робости, подозрительности, склонности к чувству вины, консерватизма, импульсивности, напряженности, интроверсии имеют определенное значение в формировании СЭВ. Деятельность психотерапевта и психолога также является публичной, подразумевает необходимость работы с большим количеством людей и предполагает оказание услуг клиентам. Причем последние отличаются от лиц основной массы населения психической неуравновешенностью и девиантным поведением в той или иной форме. Провоцировать СЭВ могут болезни, переживание тяжелого стресса, психологические травмы (развод, смерть близкого или пациента).

Профилактические и лечебные меры при СЭВ во многом схожи: то, что защищает от развития данного синдрома, может быть использовано и при его лечении. Профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия должны направляться на снятие действия стрессора: снятие рабочего напряжения, повышение профессиональной мотивации, выравнивание баланса между затраченными усилиями и получаемым вознаграждением. При появлении и развитии признаков СЭВ у пациента необходимо обратить внимание на улучшение условий его труда (организационный уровень), характер складывающихся взаимоотношений в коллективе (межличностный уровень), личностные реакции и заболеваемость (индивидуальный уровень).

Предлагаем следующие рекомендации:

1) определение краткосрочных и долгосрочных целей (это не только обеспечивает обратную связь, свидетельствующую о том, что специалист находится на верном пути, но и повышает долгосрочную мотивацию; достижение краткосрочных целей – успех, который повышает степень самовоспитания);

2) использование «тайм-аутов», что необходимо для обеспечения психического и физического благополучия (отдых от работы);

3) овладение умениями и навыками саморегуляции;

4) профессиональное развитие и самосовершенствование (одним из способов предохранения от СЭВ является обмен профессиональной информацией с представителями других служб, что дает ощущение более широкого мира, нежели тот, который существует внутри отдельного коллектива, для этого существуют различные способы – курсы повышения квалификации, конференции и пр.);

5) уход от ненужной конкуренции (бывают ситуации, когда ее нельзя избежать, но чрезмерное стремление к выигрышу порождает тревогу, делает человека агрессивным, что способствует возникновению СЭВ);

6) эмоциональное общение (когда человек анализирует свои чувства и делится ими с другими, вероятность выгорания значительно снижается или процесс этот оказывается не столь выраженным);

7) поддержание хорошей физической формы.

Этнокультуральные особенности интеллектуальной деятельности при психотических формах алкогольной зависимости

Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадыргы И.О.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск
ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер», г. Кызыл, Республика Тыва

Большинство исследований, предметом которых является алкогольная зависимость в этнокультуральном ее аспекте, выполнены преимущественно в медицинской парадигме, интерес которой составляют, главным образом, эпидемиологические и клинико-динамические аспекты алкоголизма. Эти исследования касаются и познавательной сферы больных алкоголизмом с наличием общих интеллектуально-мнестических снижений. Менее подробны данные в отношении когнитивных особенностей лиц различных этнических групп с алкогольной зависимостью, сопровождающейся алкогольными психозами.

Республика Тыва представляет собой пример территории, показатель учтенной распространенности алкоголизма (включая алкогольные психозы) на которой продолжает оставаться высоким, исследования особенностей развития алкоголизма – немногочисленными, а клинико-психологические аспекты алкогольной зависимости у лиц тувинской и русской национальностей – изученными в еще меньшей степени. В контексте изложенного определилась цель исследования: изучение особенностей интеллектуальной деятельности больных алкоголизмом различных этнических групп.

Материал и методы исследования. Клиническому и психологическому обследованию были подвергнуты 155 больных алкоголизмом и алкогольными психозами (АП), состоящих на учете в Республиканском наркологическом диспансере (г. Кызыл), а также проходивших лечение в ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (г. Томск), из которых 91 чел. – лица тувинской национальности и 64 чел. – русской национальности, составившие группу сравнения. Для изучения интеллектуальной деятельности больных использовалась методика «10 слов», направленная на исследование памяти (Лурия А.Р., 1962; Рубинштейн С.Я., 1970) и методика пиктограмм, так как деятельность, связанная с выполнением рисуночных тестов, позволяет нивелировать трудности языковых ограничений, проявиться когнитивным и личностным особенностям (Херсонский Б.Г., 1988; Венгер А.Л. 2003). Обработка полученных результатов проводилась с применением пакета прикладных программ для статистической обработки данных STATISTICA 6.0. Сопоставление групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Анализ корреляций осуществлялся при помощи критериев r-Спирмена, τ-Кендалла.

Результаты исследования. Этнокультуральные особенности интеллектуальной деятельности лиц с алкогольной зависимостью находят свое отражение в отношении снижений памяти. Основной показатель методики – воспроизведение слов спустя час, являющийся показателем неопосредованного запоминания, или собственно памяти, в группе тувинцев достоверно ниже ($p = 0,017$), чем в группе

русских, и составляет в среднем 4,65 ± 0,41 слов, у русских же в среднем он равен 6,88 ± 0,09 слов.

Патологическим изменениям подвергаются, прежде всего, операциональные характеристики мышления. Уровень абстракций у лиц с алкогольной зависимостью невысок, ассоциативный репертуар составлен преимущественно из конкретных ассоциаций – пиктографический образ представляет собой прямое изображение ситуации, связанной с понятием, например, «тяжелая работа» содержательно воплощается в рисунке человека, занятого физическим трудом; «разлука» – в изображении прощающихся людей.

Вместе с тем мышление у больных алкогольными психозами достоверно более конкретно по сравнению с мыслительными операциями больных люцидным алкоголизмом. Доля конкретных образов у пациентов с АП в среднем составляет 60% всех пиктографических изображений и уменьшается в случае люцидного алкоголизма до 39,3% за счет образов более высокого уровня абстрактности – атрибутивных и метафорических.

С другой стороны, снижение уровня абстрактности образов пиктограммы у больных алкоголизмом характеризуется высокой степенью стереотипизированности ассоциаций. Повторение человеческих фигур в пиктограмме (типическая стереотипия) отражает «естественную тенденцию к единообразному решению единообразных задач» (Херсонский Б.Г., 1988). Однако чрезмерная выраженность типической стереотипии (изображение человеческих фигур на 7 и более понятий), наблюдающаяся в пиктограммах 40,3% тувинцев и 31,8% русских с АП, характеризует снижение доступного уровня обобщения, однообразие ассоциативных связей, а также выступает одним из признаков, указывающих на наличие органического поражения головного мозга. При люцидном алкоголизме подобное усиление стереотипизирующей установки встречается в два раза реже (в 21,4 и 12,5% пиктограммах соответственно).

Кроме того, для ряда пиктограмм пациентов с алкогольными психозами характерно смещение стереотипизирующей установки – атипическая стереотипия. В этих случаях стереотипия проявляется в повторении выхолощенных символов, атипических мелких деталей человеческой фигуры, архитектурных сооружений и т.п.

Умеренную абстрактность, четкость и реалистичность мышления, способность найти близкий понятию образ характеризует показатель адекватности пиктограммы. Значения показателя являются отрицательными в обеих группах испытуемых, свидетельствуя тем самым о неспособности больных алкоголизмом найти адекватный понятию пиктографический образ, что ведет к воспроизведению ими неадекватной символики. Содержание психотических переживаний не нашло отражения в рисунках пиктограммы пациентов с алкогольными психозами.

Таким образом, мышление больных алкогольными психозами достоверно более конкретно по сравнению с мыслительными операциями больных с люцидным алкоголизмом: больные АП испытывают трудности обобщения, вследствие чего абстрагирование достоверно чаще ($p = 0,0003$) опирается на конкретные ситуации из реальной жизни или собственного опыта испытуемых в ущерб более сложным ассоциативным связям.

Больные, перенесшие алкогольные психозы в анамнезе, достоверно чаще (p = 0,005) испытывают затруднения в построении реалистичной и содержательной ассоциативной связи, вследствие чего продуцируемые ими ассоциации оказываются неадекватными. Кроме того, на снижение адекватности мышления больных с АП оказывает влияние построение ими нетипичных, нестандартных, являющихся не оригинальными, ассоциативных связей.

Снижение уровня абстрактности мышления у больных АП сопровождается высокой степенью стереотипизированности ассоциаций. Усиление стереотипизирующей установки выступает индикатором органического поражения головного мозга и встречается у пациентов с АП в два раза чаще, чем у пациентов с люцидным алкоголизмом (в 40,3 и 31,8% против 21,4 и 12,5% случаев соответственно). Графическая дестабилизация рисунков, свидетельствующая о наличии органических поражений головного мозга, наблюдается у 77,3 и 72,6% русских и тувинцев с АП соответственно, в то время как в группах пациентов с люцидным алкоголизмом ее доля не превышает 50,0%.

Таким образом, признаки снижения доступного уровня обобщений и адекватности мышления, графические феномены-индикаторы органического поражения головного мозга наиболее выражены у больных алкогольными психозами вне зависимости от их этнической принадлежности.

Новые возможности в терапии тревожных расстройств у больных височной эпилепсией

Маслова Н.В., Курышов В.Н., Щербина Р.Ю.

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, Клиника профпатологии и гематологии, г. Саратов

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

В межприступном периоде у больных эпилепсией достаточно часто обнаруживаются тревожные расстройства, которые нередко могут служить провоцирующим фактором, способствующим возникновению очередного припадка. Целью настоящего исследования стало изучение противотревожного эффекта этифоксина у больных эпилепсией.

Под нашим наблюдением находилось 19 пациентов с криптогенной височной эпилепсией в возрасте от 20 до 52 лет. Обследованные пациенты были социально сохранны, не имели признаков выраженного когнитивного снижения. Все больные получали базовую терапию антиконвульсантами (карбамазепины, вальпроаты, топираматы) в адекватных суточных дозировках. Тревожные расстройства в большинстве случаев были обусловлены возможностью широкой огласки заболевания, страхом возникновения очередного припадка. Всем наблюдаемым пациентам дополнительно к базовым противосудорожным препаратам назначалась терапия этифоксином (стрезамом) в дозе 100-200 мг в сутки. Исследование динамики состояния проводилось с помощью шкалы тревоги Гамильтона и шкалы общего клинического впечатления.

После присоединения этифоксина (стрезама) у большинства больных (15) удалось практически полностью редуцировать тревожную симптоматику (отмечалась редукция показателей по шкале по HAM-A с 24,8 до 9,8), на фоне чего частота приступов у 10 сократилась более чем на 50%. У пяти пациентов также удалось достичь положительной динамики, но лишь в виде сглаживания проявления тревожных расстройств (редукция показателей по шкале HAM-A с 24.3 до 16.8) и, соответственно, урежения частоты припадков на 20-25%. В четырех случаях тревожная симптоматика сохранилась в прежнем объеме, что также коррелировало с показателями по шкалам, и течение заболевания практически не изменилось.

Таким образом, назначение противотревожной терапии этитфоксином (стрезамом) больным височной эпилепсией обеспечивает не только отчетливую редукцию тревожной симптоматики, но и может рассматриваться как один из факторов, способствующих урежению приступов.

Клинические проявления нервной анорексии

Медведева О.С.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Нервная анорексия (anorexia nervosa) – заболевание, возникающее преимущественно у девочек-подростков и юных девушек (весьма редко у лиц мужского пола этого же возраста) и выражающееся в сознательном, чрезвычайно стойком и целеустремленном стремлении к похуданию, нередко достигающему выраженной кахексии, с возможным летальным исходом. Мотивом такого поведения, обычно тщательно диссимулируемого, является болезненная убежденность в собственной излишней («безобразной», «уродливой», «неэстетичной») полноте всего тела или отдельных его частей.

Нервная анорексия обычно тесно связана с дисморфоманией – болезненной убежденностью в каком-либо мнимом или чрезвычайно переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень упорным стремлением этот «недостаток» исправить. Для больных с болезненными мыслями об «излишней полноте» методом такой «коррекции» является стремление «худеть любым путем».

Основные точки зрения нервной анорексии, которая воспринимается как:

1) проявление того или иного известного невроза или психопатии;

2) совершенно особый невроз пубертатного возраста;

3) затяжное состояние, возникающее на фоне тяжело протекающего пубертатного периода;

4) патологическое развитие личности;

5) проявление шизофренического процесса;

6) самостоятельное заболевание.

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого (более высокий уровень был снижен или так и не был достигнут), или индекс

массы тела Кетле составляет 17,5 или ниже (этот индекс определяется соотношением веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах). В препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста;

б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая «полнит», и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков;

в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой и/или сверхценной идеи и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес;

г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина;

д) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы); при выздоровлении подростковый период часто завершается нормально, но поздно наступает первая менструация.

Клинические проявления. В динамике типичного синдрома нервной анорексии условно можно выделить четыре этапа: 1) первичный, инициальный; 2) аноректический; 3) кахектический; 4) этап редукции нервной анорексии.

Клиника первого этапа, как правило, исчерпывалась совершенно особым вариантом синдрома дисморфомании (в классическом варианте в этот синдром входят бредовые или сверхценные идеи недовольства собственной внешностью, идеи отношения, депрессия и стремление к коррекции мнимого недостатка). Особенностью этого синдрома при нервной анорексии является относительно меньшая выраженность идей отношения и депрессии при особенно интенсивной деятельности по «исправлению физического недостатка». Идеи физического недостатка содержали убежденность в излишней полноте, подросткам могла не нравиться либо их «поправившаяся фигура» в целом, либо отдельные части тела, «круглые щеки», «толстый живот», «округлые бедра». Возникновение недовольства собственной внешностью совпадало, как правило, с реальным изменением форм тела, типичным для пубертатного возраста. Мысли об излишней полноте могут быть либо сверхценными, либо бредовыми. Типичные для этого синдрома идеи отношения при нервной анорексии весьма рудиментарны.

Третий типичный для классического синдрома дисморфомании компонент – аффективные нарушения – при данной патологии, как уже отмечалось, также имеет особенности. Депрессивные расстройства в целом менее выражены и на более отдаленных этапах тесно связаны со степенью эффективности коррекции внешности, проводимой больными. К числу особенностей дисморфомании при нервной анорексии следует отнести и то, что возможность коррекции мнимого или реального физического недостатка находится в руках самого больного, и он всегда теми или иными способами реализует ее. Первый этап нервной анорексии

длится от 2 до 4 лет и сменяется вторым этапом, на котором синдром нервной анорексии приобретает клиническую завершенность.

Второй этап начинается с активного стремления к коррекции внешности и условно заканчивается похуданием на 20-50 % исходной массы, развитием вторичных соматоэндокринных сдвигов, олигоаменореи или аменореи. Способы похудания могут быть весьма разнообразными и тщательно скрываются в начале коррекции избыточной полноты. На начальном этапе большую физическую нагрузку, активные занятия спортом больные сочетают с ограничением количества пищи. В дальнейшем способ похудания изменяется в зависимости от характера и выраженности «дефекта внешности», а также преморбидных особенностей личности, но ведущее место занимает ограничение в еде. Сокращая объем пищи, больные вначале исключают ряд продуктов, богатых углеводами или белками, а затем начинают соблюдать жесточайшую диету и едят преимущественно молочно-растительную пищу.

Наряду с ограничением пищи к более адекватным методам относятся, как уже отмечалось, и физические упражнения. Чувство голода может отсутствовать в первые дни ограничения в еде, но чаще достаточно выражено уже на ранних этапах, что существенно препятствует собственно отказу от еды и требует от больных поисков иных способов похудания. К ним относятся прием слабительных, нередко в очень больших дозах, реже применение клизм. Эти меры могут привести к слабости сфинктера, выпадению прямой кишки, порой весьма значительному.

Другим весьма распространенным способом похудания при выраженности чувства голода является искусственно вызываемая рвота. Выбор этого метода чаще всего носит сознательный характер, хотя иногда больные приходят к нему случайно: не удержавшись от желания есть, они съедают сразу очень много пищи, а затем из-за переполнения желудка не могут ее удержать. Возникшая рвота и приводит больных к мысли есть в достаточном количестве и быстро освобождаться от пищи, пока не произошло всасывания, с помощью искусственной рвоты. Вначале некоторые больные жуют, а затем сплевывают пищу, заставляя комнату пакетами и банками с пережеванной едой.

К пассивным способам похудания следует отнести также использование ряда медикаментозных средств, снижающих аппетит, а также психостимуляторов, в частности сиднокарба. С целью похудания больные начинают много курить, пьют в больших количествах черный кофе, используют мочегонные средства. Подобное пищевое поведение приводит к снижению массы тела. Похудание сопровождается постепенным нарастанием вторичных соматоэндокринных изменений. В среднем, через 1-2 года от начала «коррекции» предполагаемой избыточной полноты наступает аменорея. Клиника психических нарушений на этом этапе заболевания, кроме активной «коррекции» внешности, – включает в себя боязнь поправиться, что и приводит больных к дальнейшему похуданию. Каждый съеденный кусок вызывает у больных тревогу. Имеется аффективная неустойчивость, причем настроение в значительной степени зависит от того, насколько успешно идет «коррекция» внешности; любая, даже незначительная, прибавка массы тела сопровождается резким снижением настроения. Сложные внутрисемейные отношения в связи с неправильным пищевым поведением боль-

ных становятся психо-травмирующим фактором, также вызывающим патологические реакции на создавшуюся ситуацию.

Таким образом, в формировании аффективной патологии на этом этапе заболевания ведущая роль принадлежит психогенным факторам. На фоне нарастающей кахексии идеи отношения в значительной степени редуцируются, а нередко даже практически отсутствуют. Важное место в клинической картине заболевания занимают ипохондрические расстройства. Вторичные гастроэнтероколиты, опущение практически всех внутренних органов и прежде всего гастроэнтероптоз, развивающиеся в результате ограничения в еде или неправильного пищевого поведения, сопровождаются болями в области желудка и по ходу кишечника после приема пищи, упорными запорами. Происходит фиксация больных на неприятных ощущениях в желудочно-кишечном тракте. Типичный для этого этапа нервной анорексии страх перед едой обусловлен не только боязнью поправиться, но и возможностью появления тягостных ощущений в эпигастральной области.

К психопатологическим расстройствам этого периода относятся своеобразные навязчивые явления. Они неразрывно связаны с дисморфоманическими переживаниями и проявляются в виде навязчивого страха перед едой, ожидания появления чувства сильного голода, необходимости вызывать рвоту, а также навязчивого подсчета калорий, содержащихся в съеденной пище. На аноректическом этапе нервной анорексии заостряются имевшиеся до заболевания психопатические черты характера. Нарастают эксплозивность, эгоизм, чрезмерная требовательность, больные становятся «тиранами» в собственных семьях. Несмотря на значительное похудание, выраженность вторичных соматоэндокринных сдвигов, у больных практически отсутствует физическая слабость, они оставались очень подвижными, деятельными, работоспособными. Долгое отсутствие у больных нервной анорексией астенических явлений в виде физической слабости, сохранение большой двигательной активности служит важным диагностическим критерием, прежде всего для исключения первичной соматической патологии.

Клиническая картина болезни на аноректическом этапе нередко включает в себя также вегетативные расстройства в виде приступов удушья, сердцебиения, головокружения, усиленной потливости. Пароксизмальные вегетативные расстройства чаще возникают спустя несколько часов после приема пищи. Длительное целенаправленное ограничение в еде, а также другие формы особого пищевого поведения приводят, как правило, к значительному похуданию (50 % и более) и к кахексии – третьему этапу заболевания. В этот период болезни в клинической картине преобладают соматоэндокринные нарушения. После наступления аменореи похудание значительно убыстряется. У больных полностью отсутствует подкожная жировая клетчатка, нарастают дистрофические изменения кожи, мышц, развивается миокардиодистрофия, а также имеют место брадикардия, гипотония, акроцианоз, снижение температуры тела и эластичности кожи, уменьшается содержание сахара в крови, появляются признаки анемии. Больные быстро мерзнут, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадают волосы, разрушаются зубы. В период выраженной кахексии больные полностью утрачивают критическое отношение к своему состоянию и по-прежнему продолжают упорно отказываться от еды. Будучи крайне истощенными, они нередко утверждают, что

у них имеется избыточная масса тела или бывают довольны своей внешностью. Иными словами, имеется бредовое отношение к своей внешности, в основе чего, по-видимому, лежит нарушение восприятия собственного тела.

На фоне выраженной астении периодически могут возникать деперсонализационно-дереализационные явления. По мере нарастания кахексии больные становятся малоподвижными, залеживаются в постели, у них имеются упорные запоры, значительно снижается артериальное давление. Выраженные водно-электролитные сдвиги могут приводить к развитию болезненных мышечных судорог, иногда возможны полиневриты (алиментарные полиневриты). Такое состояние без медицинской помощи может иметь летальный исход. Обычно в состоянии тяжелой кахексии по витальным показаниям, нередко насильственным путем, поскольку больные не понимают серьезности своего положения, их госпитализируют. Следует особенно подчеркнуть, что нередко в связи с диссимуляцией больные оказываются под наблюдением врачей разных специальностей, им устанавливают ошибочные диагнозы, в том числе: болезнь Симмондса, болезнь Килина, синдром Шиена. Адекватное лечение они начинают получать только после консультации психиатра, в условиях психиатрического стационара.

На кахектическом этапе клиническая картина бедная, однообразная и практически однотипная для всех вариантов синдрома нервной анорексии любой нозологической принадлежности. Явления дисморфомании на этапе кахексии теряют прежнюю аффективную насыщенность, способы похудания ограничиваются лишь тщательно разработанной диетой, а в ряде случаев – приемом слабительных и рвотой. Упорный отказ от еды на стадии кахексии в связи с непониманием больными тяжести своего состояния и боязнью поправиться создает большие трудности для лечения этого крайне тяжелого состояния. Больные не только боятся, но и не могут нормально питаться из-за патологии желудочно-кишечного тракта. Это требует комплексной терапии, включающей частое дробное питание. При этом даже при самой тщательно разработанной системе пищевой реабилитации возможно временное появление отеков.

В период выведения из кахексии ведущее место в клинической картине принадлежит астенической симптоматике, страху поправиться, фиксации на патологических ощущениях со стороны желудочно-кишечного тракта. При незначительной прибавке массы тела вновь актуализируется дисморфомания, появляется стремление к «коррекции» внешности, нарастает депрессивная симптоматика. По мере улучшения соматического состояния физическая слабость быстро исчезает, больные вновь становятся крайне подвижными, стремятся выполнять сложные физические упражнения, могут прибегать к большим дозам слабительных средств, после кормления пытаются вызвать рвоту. Все это требует тщательного надзора за больными в стационаре. За 1-2 месяца при правильном лечении больные полностью выходят из кахексии, набирая от 9 до 15 кг, однако нормализация менструального цикла требует значительно большего времени (6 месяцев – 1 год от начала интенсивного лечения). До восстановления менструаций психическое состояние характеризуется неустойчивостью настроения, периодической актуализацией дисморфоманических явлений, эксплозивностью, склонностью к истерическим формам реагирования. В течение первых двух лет

возможны выраженные рецидивы синдрома, требующие стационарного лечения. Этот этап следует рассматривать как редукцию синдрома.

Особенности и принципы проведения психосоциальной реабилитации детей и подростков с элементами анималотерапии

Михайлов Б.В., Вашките И.Д., Алиева Т.А., Водка М.Е.,
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина
Международный благотворительный фонд «Фонд Александра Фельдмана», Украина, г. Харьков

Проблема детского психического здоровья в Украине – это одна из наиболее актуальных проблем в здравоохранении страны.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается увеличение числа детей и подростков с нарушениями психической сферы и девиантными формами поведения (гиперкинетические расстройства, детский аутизм, ДЦП, синдром Дауна, социализированное расстройство и другие нервно-психические расстройства). Уже в начальных классах такие дети не в состоянии усвоить школьную программу, адаптироваться к специфическим условиям школьной среды.

Ускорение темпа жизни, введение различных образовательных инноваций, повышение учебных требований часто приводят к росту напряженности, тревожности, низкой успеваемости, нарушениям поведения и межличностного взаимодействия, то есть появлению школьной дезадаптации у детей различных возрастных групп. Последнее можно рассматривать как одну из форм более широкого явления – социальной дезадаптации: для ребенка становится невозможным осуществление своей позитивной социальной роли в конкретных микросоциальных условиях.

Единственно перспективным путем является интегративная система психосоциальной реабилитации детей и подростков с учетом био-психо-социального единства человеческой личности на основе ранней диагностики и психосоциальной реабилитации детей и подростков с различными нарушениями психического развития.

Особенно важным является использование различных природных факторов в современную эпоху постиндустриального развития общества.

Международный благотворительный фонд «Фонд Александра Фельдмана» на территории Ecopark создает Центр психосоциальной реабилитации для детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами (далее – Центр). Приоритетной задачей является восстановление био-психо-социальной гармонии человека в условиях современной урбанистически-деформированной среды обитания.

На сегодняшний день увеличение распространенности нарушений психического здоровья и психологического развития у детей в мире в целом и в Украине в частности является наиболее актуальной за счет большой стрессогенности окружающей среды. В век технического прогресса так важно уделять больше времени общению с природой и творчеству во всех их проявлениях. Поэтому

специалисты Центра используют в своей работе уникальные методы анималотерапии, ландшафт- и гардентерапии, игровой психотерапии, арт-терапии (студия для рисования, лепка, «песочная» терапия, глинотерапия), трудотерпии. Используются различные элементы когнитивно-бихевиоральной, рациональной, детской аналитически-ориентированной, релаксационной и других методов психотерапии в индивидуальной и групповой формах.

К основным принципам оказания медико-психологической коррекции детям и подросткам с психологическими, поведенческими и эмоциональными расстройствами относятся:

- комплексное психокоррекционное оказание помощи детям и семье в целом;

- длительность проведения и последующее сопровождение семьи как социальной ячейки (возможность участвовать в юннатских программах, которые включают в себя: проведение конкурсных творческих соревнований, волонтерские акции, научную деятельность на базе работы с животными; проведение закрытых групп у родителей по типу обратной связи, которые направлены на поддержание результатов коррекции и психопрофилактики возникновения новых трудностей в семейных и социальных взаимоотношениях);

- принцип мультимодальности (осуществляется одновременный и разносторонний подход к решению психологических проблем в консультируемых семьях такими специалистами, как психотерапевт, врач психолог / практический психолог, невропатолог, логопед, дефектолог);

- вся система оказания медико-психологической коррекции детям и семьям проводится на базе эко-системы с преимущественным использованием в работе анималотерапии.

Программа по реабилитации для детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами явилась следствием проведенного комплексного исследования уровня качества жизни на большом количестве семей.

В исследовании принимали участие дети с гиперкинетическими расстройствами, расстройствами социального функционирования, специфическими расстройствами развития школьных навыков и специфическими расстройствами развития двигательных функций.

Таким образом, апробация полученных результатов после проведенной медико-психологической коррекции на первичном этапе работы Центра показала свою эффективность у 74,5% детей с гиперкинетическими расстройствами, у 86,0% детей с расстройствами социального функционирования, у 50,0% детей со специфическими расстройствами развития школьных навыков и у 48,1% детей со специфическими расстройствами развития двигательных функций.

Психотерапия в условиях стационарного лечения больных

Михайлова Л.А., Колмаков В.Г.
КГБУЗ «Наркологический диспансер», г. Бийск

Актуальность психотерапии и психологической коррекции трудно переоценить. Они сокращают сроки выздоровления больных, увеличивая сроки ремиссии.

Используется этапность психотерапевтического подхода, начиная с поступления больного в стационар уже в остром периоде, проводя телесно-ориентированную и рациональную психотерапию, продолжая ее на этапе выхода из острого психотического состояния, затем в реабилитационном отделении и далее в поликлинике отделения амбулаторной реабилитации.

В основе психотерапии используются методы, направленные на коррекцию структуры личности и ее системы отношений. В основе практически всех методов лежит воздействие на эмоциональную сферу, как звено когнитивных, физиологических и поведенческих процессов, влияющих на мотивационную сферу и сферу влечений.

Психотерапия в условиях стационара имеет свои особенности в связи с разнообразием клинических форм наркологической патологии: преобладанием острых невротических и психотических форм в общем потоке больных, динамикой болезненного процесса, ригидностью некоторых психопатологических состояний, активностью медикаментозного лечения (нейролептики, транквилизаторы), влияющие на психотерапевтический процесс, а иногда блокирующие его, ограниченность пребывания больного в стационаре по срокам, но все же психотерапия является частью общего процесса.

Ставится задача максимального использования стационарного периода пребывания больного, подключение психотерапевтического лечения на более ранних этапах болезненного процесса.

Отбор больных ведется совместно с лечащим врачом психиатром-наркологом, учитываются клинические особенности больных, их потенциальные возможности в плане психотерапевтического вмешательства. Противопоказанием для психотерапии является деменция, неспособность больного по этой причине плодотворно работать. Острый же период является относительным противопоказанием для активных методик психотерапии, но не противопоказана рациональная и телесно-ориентированная психотерапия. Подбираются для каждого больного адекватные для их состояния методы психотерапии, частота (ритм) психотерапевтического процесса, интенсивность, сроки начала лечебного процесса, его длительность, сочетание приемов.

На первых встречах с больным проводится разъяснительная беседа, рациональная психотерапия, используется суггестия и приемы релаксации для снятия эмоционального напряжения и позволяющие установить доверительный контакт. Рациональная же психотерапия опирается на логическую аргументацию, с помощью которой последовательно разрушают искаженную «внутреннюю картину болезни», корректируя противоречия и непоследовательность в представлениях. Значительное место в рациональной психотерапии занимает разъяснение сущно-

сти заболевания, причин его возникновения. Что немаловажно в дальнейшей мотивации на трезвый образ жизни.

Далее, с учетом особенностей личности больного и его диагноза подбираются психотерапевтические методики, подходящие в данном случае и воздействующие на личность больного, что способствует изменению отношения к болезни и течению болезненного процесса.

В связи с многообразием нозологических форм у больных применяются и разнообразные психотерапевтические подходы: мотивационная, рациональная, семейная, аудиовизуальная гипносуггестивная психотерапия.

Во время курса лечения больного последовательно используются разные психотерапевтические приемы, в зависимости от личностных характеристик.

Для больных психотического уровня больше подходит индивидуальная психотерапия, ближе к выписке больные объединяются в небольшие группы от 3 до 5 человек.

Эффективность психотерапии повысилась с применением нового оборудования, полученного по программе модернизации. Это аудиовизуальный комплекс «Диснет». Создан для проведения сеансов психологической разгрузки и мобилизации, а также компьютерного тестирования текущего психологического состояния обследуемых. С помощью специальной лечебно-диагностической программы проводится тест-контроль и параллельно корректируется психическое состояние. Аудио-визуальная вибротактильная система «Сенсориум» на базе кресла нулевой гравитации. Профилактические эффекты системы: снижение уровней хронического психоэмоционального стресса, снижение уровней тревоги и депрессии, нормализация цикла сон-бодрствование, улучшение качества переживаемых эмоций, улучшение внимания и эффективности переработки информации, повышение общей устойчивости к стрессу, SPA-капсула.

Результат всего психотерапевтического процесса оценивается лечащим врачом психиатром-наркологом при выписке больного.

Таким образом, психотерапия является неотъемлемой частью общего лечебного процесса, позволяющего сократить процесс выздоровления, закрепления результата комплексного лечения больного, увеличения ремиссии, адаптации и ресоциализации больного в семье, обществе.

Работа с созависимыми в процессе реабилитации больных алкоголизмом

Михайлова Л.А., Чувашова Л.В.
КГБУЗ «Наркологический диспансер», г. Бийск

Алкоголизм – прогрессирующее заболевание с чередованием стадий и фаз развития, на которых появляются и трансформируются симптомы и синдромы. Возникают изменения личности пьющего, нарушаются его поведение, социальная и трудовая адаптация. Все это следует учитывать при составлении конкретных индивидуальных программ лечения, реабилитации и профилактики алко-

гольной зависимости, в том числе оказания медико-социальной помощи семьям зависимых пациентов, члены которых являются созависимыми.

Требуется кропотливая работа с пациентами и другими значимыми лицами, как на этапе купирования алкогольного абстинентного синдрома, так и, что особенно важно, на этапе лечебно-реабилитационных мероприятий, оказываемых страдающему алкоголизмом. Реабилитационная программа в обязательном порядке включает работу с семьей больного (терапия созависимости), так как проблема алкоголизации больным порождает проблемы, не разрешив которых невозможно ожидать благоприятного течения лечебно-реабилитационного процесса, а в дальнейшем – и длительной ремиссии.

У страдающего алкогольной зависимостью жизнь концентрируется на том, где достать деньги, где выпить. Выпивки занимают значительный промежуток времени в течение дня, больной придает им большое значение, ищет поводы для алкоголизации. Все это отрывает его от семьи. Супруги, родители, дети (так называемые значимые для него лица) безусловно, реагируют на пьянство члена семьи, но зачастую не обрывают пьянство и долгое время скрывают от окружающих его алкоголизацию. У них также вследствие хронической стрессовой ситуации формируются психические и психосоматические заболевания.

При проведении лечения больного, а особенно реабилитационных мероприятий, изучается реакция семьи на пьянство ее члена, а также определяется возможность участия значимых для него лиц в восстановлении нормальных жизнедеятельности и поведения больного, страдающего зависимостью, для профилактики рецидива и длительной ремиссии. Изучаются социальные условия больного, его семейные взаимоотношения, возможность их восстановления, если они прерваны, и вовлечения семьи в процесс реабилитации. Проводятся в обязательном порядке индивидуальное консультирование и психодиагностика вторых членов семьи, психокоррекция, их антиалкогольное обучение, ориентация их на восстановление семейных отношений.

Нарушенные внутрисемейные отношения являются болезнью семьи, а в качестве симптома болезни выбирается пьянство одного из ее членов. Алкоголик считает себя «жертвой», а значит, при неадекватной помощи семьи идет усиление давления на его дезинтегрированную часть личности, что не приводит к успеху лечебно-реабилитационного процесса. При алкогольной зависимости «нажим» со стороны родственников часто не устраняет алкоголизацию больного, а наоборот, усиливают ее. Жена или другие члены семьи не должны заниматься перевоспитанием алкоголика, так как изменения в поведении пьющего можно вызвать лишь коррекцией собственного поведения. Необходима рациональная психотерапия как с больным, так и с созависимыми родственниками. Без осознания пьющим последствий своего пьянства, осознания своей слабости перед алкоголем и ответственности его за изменение своего образа жизни трудно помочь больному. Это осуществляется индивидуальной и групповой работой с психологом, психиатром-наркологом и психотерапевтом. В процессе совместной работы с больным и другими созависимыми появляется положительная динамика в изменении формы пьянства на более доброкачественную, которая в некоторых случаях становится приемлемой в конкретной семейной ситуации. Отмечается потепление внутрисемейных отношений, возвращение эмоциональных контак-

тов, что приводит к появлению новых семейных достижений, повышает значимость пьющего в семье, его самооценку.

Психолог, психотерапевт добиваются, чтобы ситуация в семье перестала быть конфликтной, изменилось отношение к алкоголизму как к болезни. Для этого и проводится семейная психотерапия в наркологии.

В основу индивидуальных и групповых форм работы с пациентами и их супругами используют дискуссионные недирективные виды психокоррекции и психотерапии с применением дополнительных техник: телесно-ориентированной терапии, медитации, релаксации, дыхательной и психогимнастики, биоэнергетической коррекции, рациональной, доказательной.

На первом этапе психокоррекционной работы с супругами больного основным методом работы является вербальная дискуссия с пациентом и супругом, которая дополняется элементами поведенческой аутосуггестивной психотерапией, психосаморегуляцией. После первых занятий у пациентов появляется осознание и признание себя больным, снижается анозогнозия, появляется критика к себе и своему заболеванию. Пациент начинает осознавать отрицательное влияние алкоголя на собственную жизнь, свое физическое и психическое здоровье. Постепенно происходит формирование способности самостоятельно планировать свою жизнь без алкоголя, изменить взаимоотношения в семье. У второго члена семьи также появляется желание оказания поддержки больному, так как проходит осознание злоупотребление алкоголем у супруга как болезни, углубление понимания его проблем, появляется желание на семейное взаимодействие.

На последующих занятиях с больным и созависимыми отрабатываются вопросы распределения семейных домашних обязанностей, лидерства в семье, вопросы воспитания детей, взаимодействия друг с другом. В ходе занятий используются дискуссионные методы, приемы разыгрывания тематических ролевых игр, обмен ролями между супругами. Продолжается психокоррекционная работа, направленная на предотвращение рецидивов болезни, активацию супружеского взаимодействия. Дается информация о предвестниках срывов.

Групповая работа с пациентами проводится с целью осознания своей проблемы и причины алкоголизации, переработки этих проблем, коррекции системы отношений, форм поведения в том или ином случае, форм эмоционального реагирования, а также осознания себя самого, особенностей своей личности, своих отношений, собственных потребностей, осознания своих переживаний и обучение их озвучивания. Групповые психокоррекционные занятия позволяют каждому пациенту почувствовать эмоциональную поддержку со стороны таких же, как и он, «алкоголиков», осознать свои проблемы и наметить пути их решения.

Внедрение реабилитационной наркологической помощи с учетом ее психологокоррекционных и психотерапевтичеких возможностей позволяет оказывать более качественную медицинскую помощь пациентам с алкогольной зависимостью.

Профилактика когнитивных нарушений

Михельсон З.Б.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В последние годы актуальность проблемы когнитивных нарушений постоянно возрастает в связи с известными демографическими тенденциями современного мира. Как известно, во второй половине XX в. возрастной состав населения претерпел значительные изменения. Увеличение средней продолжительности жизни привело к увеличению числа лиц пожилого возраста. Ожидается, что в дальнейшем указанная тенденция к «постарению населения» экономически развитых стран мира будет сохраняться и ожидается, что к 2030 г. относительное большинство населения экономически наиболее развитых стран составят пожилые лица. Впрочем, уже и сейчас более половины пациентов, обращающихся за врачебной помощью, – старше 65 лет. Поскольку возраст является самым сильным и независимым фактором риска когнитивных расстройств и деменции, число пациентов с этими расстройствами нарастает одновременно с увеличением числа лиц пожилого возраста.

Между тем серьезной проблемой как в России, так и в других странах мира является недостаточная диагностика когнитивных нарушений. Это связано, во-первых, с низкой информированностью населения. Большинство людей полагают, что снижение памяти и ухудшение других когнитивных функций являются нормой для старых лиц. Поэтому нередко пациенты и их родственники не обращаются за врачебной помощью вплоть до этапа крайне тяжелых нарушений, когда больные перестают узнавать окружающих или утрачивают навыки самообслуживания. Очевидно, что при подобной выраженности расстройств возможность помочь больному невелика. Между тем терапия когнитивных нарушений на ранних этапах патологического процесса имеет более существенные шансы на успех.

Помимо поздней обращаемости за помощью, причиной позднего выявления когнитивных расстройств является недостаточное знание неврологами, психиатрами, геронтологами и врачами других специальностей методов диагностики когнитивных нарушений. Сегодня существует объективная необходимость в овладении врачами простыми клинико-психологическими методами исследования – так называемыми скрининговыми шкалами когнитивных нарушений. Такие скрининговые шкалы просты в применении и интерпретации, занимают немного времени и имеют количественную оценку результатов, что позволяет проследить выраженность когнитивных расстройств в динамике на фоне проводимой терапии.

Применение скрининговых шкал всем пациентам, жалующимся на снижение памяти, позволяет значительно оптимизировать раннюю диагностику когнитивных расстройств.

Ведущими факторами риска когнитивных нарушений, связанных с состоянием сосудистой системы мозга, являются следующие.

Коррегируемые: артериальная гипертензия; атеросклероз, курение; избыточная масса тела; сахарный диабет; заболевания сердца, особенно сопровождающиеся нарушениями ритма сердечной деятельности; гиподинамия; снижение интелектуальной активности; недостаточность витамина B12 и фолиевой кислоты; повышение уровня С-реактивного белка; повышение уровня гомоцистеина.

Некоррегируемые факторы риска: пожилой возраст; женский пол; отягощенный семейный анамнез; ЧМТ в анамнезе.

Немедикаментозная профилактика.

К немедикаментозным методам профилактики когнитивных нарушений относятся диета, обогащенная природными антиоксидантами, систематическая тренировка памяти и внимания и рациональные физические упражнения.

Природными антиоксидантами являются витамины С и Е, которые содержатся в цитрусовых, растительных маслах, морепродуктах и других продуктах питания. Так называемая «средиземноморская диета», обогащенная натуральными антиоксидантами, способствует профилактике КН и деменции. С этой целью рекомендуется использовать в рационе больше овощей, фруктов и морепродуктов. Как здоровым пожилым, так и лицам с негрубыми нарушениями когнитивных функций показаны систематические упражнения по тренировке памяти и внимания. Эффективность систематической тренировки памяти и внимания доказана у пациентов с легкой деменцией, а также при недементных (легких и умеренных) когнитивных нарушениях.

Наблюдения свидетельствуют, что регулярная физическая активность также способствует уменьшению заболеваемости деменцией. Лица, регулярно выполняющие физические упражнения, имеют меньший риск развития деменции в пожилом возрасте. Вероятно, в основе данного феномена лежит благоприятное влияние физически активного образа жизни на сердечно-сосудистую систему, индекс массы тела, эмоциональную сферу.

Медикаментозная профилактика.

Лечение сердечно-сосудистых заболеваний и профилактика КН.

Как указывалось выше, артериальная гипертензия и гиперлипидемия являются доказанными факторами риска КН, причем как сосудистой, так и дегенеративной природы. Необходима своевременная и адекватная терапия данных патологических состояний. Весьма часто когнитивные расстройства в пожилом возрасте сочетаются с эмоциональными нарушениями тревожно-депрессивного ряда. При этом взаимосвязь между когнитивными и эмоциональными нарушениями может иметь причинно-следственный или параллельный характер. Так, известно, что тяжелая депрессия может вызывать когнитивные нарушения лобного характера. С другой стороны, начинающийся дементирующий процесс нередко сопровождается тревожно-депрессивными расстройствами как эмоциональной реакцией на болезнь при относительно сохранной критике. Наконец, нередко когнитивные и эмоциональные расстройства не связаны причинно-следственными связями, но объединены общим психофизиологическим субстратом, что наблюдается, например, при дисфункции лобных долей головного мозга. В любом случае, наличие эмоциональных нарушений требует фармакологической коррекции. При этом следует избегать антидепрессантов с холинолитическим эффектом.

Препарат выбора для своевременной коррекции УКР – агонист дофаминовых рецепторов с дополнительным норадреномиметическим действием пирибедил (Проноран), который можно применять в режиме монотерапии или в комбинации с другими средствами (нейротрофическими, нейрометаболическими, предшественниками ацетилхолина).

Таким образом, в настоящее время имеются наработанные терапевтические подходы к пациентам с когнитивными нарушениями на всех этапах патологического процесса. У пожилых лиц без когнитивных нарушений профилактикой их возникновения является правильное и своевременное лечение сердечно-сосудистых заболеваний, систематические интеллектуальные упражнения, рациональное питание и физическая нагрузка. При когнитивных нарушениях, не достигающих выраженности деменции, целесообразно проведение вазоактивной и нейрометаболической терапии. У пациентов с деменцией препаратами первого выбора являются ингибиторы ацетилхолинэстеразы и мемантин. На всех стадиях когнитивной недостаточности актуальными являются лечение сопутствующих соматических заболеваний и коррекция эмоционального состояния. Кроме этого, считаю необходимым врачам психиатрам, психологам вести активную психообразовательную работу с населением по формированию здорового образа жизни, используя СМИ, создание различных информационно-консультативных школ для пациентов, врачей интернистов, издание и распространение буклетов, сотрудничество с социальными службами, включение соцработников этих служб в психообразовательную работу. Народная мудрость гласит: «Береги здоровье смолоду», поэтому самым важным звеном в профилактике считаю проведение психообразовательной работы с детьми среднего и старшего школьного возраста, направленной на формирование представлений о здоровом образе жизни, формирование чувства ответственности за свободу выбора, возрождение духовно-нравственного потенциала. Тесное и грамотное взаимодействие врачей интернистов, психиатров, психологов, соцработников, педагогов, религиозных деятелей, возможно, облегчит бремя надвигающейся в ближайшие десятилетия на мировое сообщество «эпидемии» деменции. Обеспечение адекватной материальной базы, повышение престижности педагогической профессии и строгий отбор педагогов, особенно начальной школы (здоровых в нравственном плане), являющихся первыми «авторитетами», оказывающих огромное влияние на формирование представлений о здоровом образе жизни, закладывающих «фундамент» пока еще мягкой «пластилиновой» детской души, является важным условием предотвращения надвигающейся катастрофы.

Организация бригад специалистов, в которые могут входить работники различных ведомств и представители общественных организаций, ведущих активную работу среди населения, является важнейшим звеном в профилактике, где каждому специалисту найдется свое поле деятельности, без нездоровой конкуренции между врачами, имеющей место в последнее время (к вопросу о том, кто должен заниматься аффективной патологией и когнитивными нарушениями?).

Хотелось бы отметить, что личный опыт тесного взаимодействия с врачами интернистами, социальными службами, педагогами, священнослужителями, основанный на взаимоуважении приносит достойные плоды.

Алкогольная смертность как фактор депопуляции населения трудоспособного возраста

Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г.
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Введение. В начале XXI в. смертность от состояний, возникновение которых связано со злоупотреблением алкоголем (alcohol-attributable mortality, алкоголь-атрибутивная смертность, ААС), представляет угрозу чрезвычайного характера популяционному здоровью населения России. В оценках экспертов ВОЗ ежегодные глобальные алкогольные потери превышают 2,5 млн чел., или 4% общей смертности населения. Из них порядка 400-500 тыс. чел. приходится на долю российской популяции. Мета-анализ результатов многочисленных эпидемиологических исследований свидетельствует о том, что потребление алкоголя ассоциировано (то есть находится в причинно-следственной или контрибутивной взаимосвязи) с возникновением более чем 200 состояний, имеющих коды МКБ-10 (Мордовский Э.А., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г., 2012; Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А., 2012).

Цель исследования – оценить влияние ААС как фактора депопуляции населения трудоспособного возраста.

Материалы и методы. В Медицинском информационно-аналитическом центре Архангельской области были выкопированы данные из ф.106/у-08 умерших в г. Архангельске в период с 01.07.2011 г. по 30.06.2012 г. (всего 4137 чел.). Учитывались возраст человека в момент смерти, пол, первоначальная причина смерти. При проведении статистического анализа использовались количественные и качественные переменные. Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Обработка статистических данных выполнена с помощью пакета прикладных программ SPSS ver. 21 и WinPEPI (расчет 95% доверительных интервалов (ДИ) средних величин).

Результаты и их обсуждение. Анализ статистических данных по смертности населения г. Архангельска свидетельствуют о том, что даже регистрируемая часть ААС значительно превышает среднемировые показатели. Так, в 2011-2012 гг. доля алкоголь-атрибутивных состояний в структуре общей смертности населения составила 4,7% (95% ДИ: 4,1-5,4%), в том числе среди мужчин – 6,8% (95% ДИ: 5,7-7,9%); среди женщин – 4,0% (95% ДИ: 3,2-4,9%) (Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А., 2013). Средний возраст умерших в г. Архангельске от всех алкоголь-атрибутивных состояний составил в исследуемый период 50,8 года (95% ДИ: 49,2-52,5 лет); умерших от всех прочих состояний – 68,1 года (95% ДИ: 67,5-68,6). ААС является проблемой чрезвычайного характера для мужчин г. Архангельска практически во всех возрастных группах – инцидентность случаев смерти от алкоголь-атрибутивных состояний превышает соответствующий показатель среди женщин более чем в 2 раза. Максимальные значения показателя ААС среди мужчин приходятся на возрастную группу 40-59 лет (179,8 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста), то есть трудоспособный возраст; среди женщин – на 50-69 лет (78,2 на 100 тыс. женщин соответствующего возраста), то есть соответствует периоду выхода на пенсию. Максимальные

относительные потери от ААС население несет в возрасте 30-39 лет (19,7% от общей смертности населения). В старших возрастных группах выявлено последовательное снижение доли алкоголь-атрибутивных состояний в структуре общей смертности населения. В возрастной группе 70 лет и старше показатель ААС среди мужчин составляет 100,6 на 100 тыс. мужчин соответствующего возраста; среди женщин – 24,7 на 100 тыс. женщин соответствующего возраста (Соловьев А.Г., Вязьмин А.М., Мордовский Э.А., 2013).

Еще одним доказательством пагубной роли избыточной ААС в депопуляционных процессах на Европейском Севере России является значительное число случаев смерти от травм, отравлений и других последствий действия внешних причин, произошедших в состоянии алкогольного опьянения. Этот показатель среди мужчин составляет 63,3%; среди женщин – 42,3%. Для всех прочих состояний вероятность обнаружить этанол в крови при вскрытии значительно ниже и составляет для мужчин 24,7%; для женщин – всего 8,2%. Стоит отметить, что в Архангельской области и г. Архангельске в 1990-2000-е гг. травмы, отравления и другие последствия действия внешних причин устойчиво занимали второе место в структуре общей смертности населения после заболеваний сердечно-сосудистой системы. Алкогольный фактор был основной причиной данного явления. Средняя продолжительность жизни умерших от рассматриваемых состояний также зависит от того, находился ли человек в момент смерти в состоянии алкогольного опьянения. Значение данного показателя в группе умерших от травм, отравлений и других последствий действия внешних причин, в крови которых был обнаружен этанол, было почти на 10 лет меньше в сравнении с группой, умерших от тех же состояний, в крови которых этанол не был обнаружен.

Таким образом, ААС представляет собой серьезную демографическую проблему на Европейском Севере России, является основным фактором депопуляции населения трудоспособного возраста и в определенной степени объясняет сохраняющийся его отрицательный прирост.

Психогигиенический подход в профилактике аддикций от психоактивных веществ у детей и подростков

Москвитин П.Н., Новикова И.И., Ерофеев Ю.В.
ФБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены Роспотребнадзора», г. Новосибирск

Актуальность. В «Концепции развития здравоохранения России до 2020 г.» среди смысловых приоритетов выделена профилактика социально значимых заболеваний, направленная на формирование здорового образа жизни, борьбу с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурением, употреблением наркотиков), предупреждение возникновения заболеваний и возможно раннее их выявление. Медико-социальные последствия злоупотребления психоактивными веществами для здоровья нации в России достигли уровня национальной катастрофы, готовя почву для последующей наркотизации, моральной деградации и физической депопуляции страны.

Первичная профилактика в России осуществляется в основном методами санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни подросткам в досуговой, спортивно-оздоровительной и некоторых других видах деятельности. Психогигиеническое направление первичной профилактики зависимости от ПАВ представляется наиболее перспективным, однако здесь еще не вполне сформулирована методологическая платформа профилактики как системы превентивных экзистенциально-гуманистических методов, направленных на личность детей и подростков, в том числе влияние психопрофилактических тренингов на мотивировку снижения употребления ПАВ детьми и подростками. Активация саногенных психологических механизмов в данной модели направлено на «сдерживание спроса» на ПАВ незрелой личности несовершеннолетнего. В сообщении представлен опыт разработки нового психогигиенического подхода профилактики зависимости от ПАВ.

Материал и методы исследования. Сбор эмпирических данных и организация профилактической работы были построены в рамках договора о сотрудничестве со службой экстренной психологической помощи по «телефону доверия», Комитетом по социальной защите населения администрации г. Междуреченска и городской телерадиокомпании «Квант», оказавших поддержку в реализации телевизионной части проекта ведения тренингов со школьниками старших классов общеобразовательных школ г. Междуреченска. Для проведения групповых тренингов выбирались актуальные для этого возраста проблемы, связанные с употреблением наркотиков, алкоголя, сексуальным поведением подростков, уходом из дома, мелкое воровство, нечестность, злословие, зависть и др. Анализировалась динамика клинико-эпидемиологических и клинико-статистических показателей по трем контрольным городам, где такая работа не проводилась, территориально расположенных в 20 км (г. Мыски), в 60 км (г. Новокузнецк) и в 90 км (г. Прокопьевск) от г. Междуреченска. Клинико-эпидемиологические данные взяты из открытых источников, публикуемых в ежегодных аналитических отчетах Кемеровского областного наркологического диспансера за 2000-2011 гг.;

- на этапе 3-летнего изучения результативности модели профилактики аддикции от ПАВ данные были получены путем наблюдения, клинического интервьюирования, тестового психологического обследования и анкетирования экспериментальной группы, состоящей из 300 подростков (по 100 подростков 8-10-х классов) трех общеобразовательных школ Куйбышевского района г. Новокузнецка. Обследована сопоставимая контрольная группа из 300 школьников (по 100 подростков 8-10-х классов) из других школ того же района города, где профилактическая работа проводилась обычно принятым образом. Данные научно-практического сотрудничества получены в рамках социального партнерства авторского коллектива с муниципальным «Центром дополнительного образования детей и подростков, нуждающихся в психолого-медико-социальном сопровождении «Надежда» Куйбышевского района г. Новокузнецка.

Результаты и обсуждение. Экзистенциально-гуманистические технологии впервые стали предметом исследования в профилактической медицине. В научных дисциплинах и практике «медицинской психологии», «психотерапии» и «наркологии» сформировано новое экзистенциально-гуманистическое направление личностно-ориентированной профилактики. Впервые доказана эффектив-

ность экзистенциально-гуманистического подхода в первичной профилактике аддикции от ПАВ. Выявлен научно-практический феномен «шлейф социальной устойчивости позитивного эффекта мер первичной профилактики зависимости от ПАВ».

Разрабатываемый нами метод личностно-ориентированной профилактики аддикций от ПАВ – «профилактическая психодрама» – позволяет формировать систему экзистенциально-гуманистического психолого-медико-социального сопровождения контингента риска, направленную на воспроизводство, осознание и интериоризацию позитивных ценностей и смыслов, способствующих активизации антиаддиктивной мотивированности детей и подростков.

Новизну метода «профилактическая психодрама» составляют следующие элементы: «микродрама»; «стоп-действие»; «позитивное совещание»; методический прием визуализации «скрижаль мудрости»; экзистенциально-гуманистические особенности шеринга в момент остановки психодрамы, направленные на репродукцию позитивных ценностей и смыслов в условиях экзистенциально-гуманистического тренинга.

Результативность первичной профилактики зависимости от ПАВ на основе разработанной модели профилактики оценивалась путем изменения динамики показателей наркологической заболеваемости; снижением уровней предикторов риска злоупотребления ПАВ (невротизации, депрессивности, тревожности); стабилизацией самооценки состояния здоровья; навыков противодействия давлению групповых аддитивных норм; активизацией антиаддиктивной мотивированности; феноменом «шлейф социальной устойчивости позитивного эффекта мер первичной профилактики зависимости от ПАВ», что позволило сделать следующие выводы.

Разработан способ проведения группового психологического тренинга по методу «Профилактическая психодрама», зарегистрированного в государственном реестре изобретений РФ 20 ноября 2012 г. Сформирована система психогигиенического психолого-медико-социального сопровождения контингента риска, направленная на воспроизводство, осознание и интериоризацию позитивных ценностей и смыслов, способствующих активизации антиаддиктивной мотивированности детей и подростков. Результативность первичной профилактики зависимости от ПАВ на основе разработанной модели профилактики может оцениваться путем изменения динамики показателей наркологической заболеваемости; снижением уровней предикторов риска злоупотребления ПАВ (невротизации, депрессивности, тревожности); стабилизацией самооценки состояния здоровья; навыков противодействия давлению групповых аддитивных норм; активизацией антиаддиктивной мотивированности; феноменом «социальной устойчивости позитивного эффекта мер первичной профилактики зависимости от ПАВ», что позволяет считать психогигиенический подход в первичной профилактике результативно влияющим на несовершеннолетних и достоверно снизить риск употребления психоактивных веществ путем воспроизводства, формирования и закрепления в сознании ценностей и смыслов, позитивно влияющих на антиаддиктивную мотивированность подростков.

Сравнение результатов вербальных и невербальных методов психологического исследования когорты несовершеннолетних правонарушителей – потребителей психоактивных веществ

Назарова И.А., Аболонин А.Ф.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Применение проективных методов работы в психодиагностическом исследовании имеет определенные преимущества и свои недостатки по сравнению с вербальными методами. К основным свойствам рисуночных тестов можно отнести относительно закрытую информацию для испытуемого о результатах исследования; целостный подход к интерпретации и оценки личности, который позволяет выявить не просто набор психических свойств, а полную картину; проективные методы позволяют выявить те свойства личности, которые могут быть скрыты от самого испытуемого. К главным недостаткам проективных методик можно отнести неоднозначность результатов исследования, когда одни и те же результаты разные специалисты могут трактовать по-разному в зависимости от своих методологических предпочтений.

Исходя из вышесказанного, целью нашего исследования стало изучение личностных особенностей несовершеннолетних правонарушителей, имеющих зависимость от ПАВ, с помощью проективного метода исследования, и сравнение результатов исследования с другим методом, использующим вербализованный опросник.

Экспериментально-психологическому обследованию было подвергнуто 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст 16,1 ± 0,9) в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей. Выборка проводилась на основании наличия у подростка зависимости или указания на злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе. Преступления, совершенные юношами, соответствовали следующим статьям: 34,67% были осуждены за преступления против жизни и здоровья; 56,66% – преступления против собственности; за преступления, связанные с ПАВ, отбывали наказания 4,67%.

При проведении экспериментально-психологического обследования данной категории подростков были использованы метод «рисунок человека» (Венгер А.Л., 2003, Тейлор К., 2005), а также опросник Басса-Дарки, позволяющий выявить агрессивные тенденции личности. Данные методы были выбраны и по следующим причинам: исправительные учреждения ставят задачи перед психологической службой не только в коррекционной работе с данным контингентом, но и профилактики возможных агрессивного и суицидального поведения, а также групповых эксцессов. При выборе методик мы руководствовались невысоким интеллектуальным, образовательным и мотивационным уровнем испытуемых. Именно поэтому были выбраны методики, не требующие длительных временных и мыслительных затрат от испытуемых.

Анализ изображений показал, что рисунки в 14,7% случаев соответствовали возрасту от 3 до 7 лет; в 34,1% – от 8 до 10 лет; в 21,5% – интервалу от 11 до 13 лет. В 61,4% случаев рисунок был маленьким, что говорит о незащищенности и депрессивном фоне настроения. В 14,7% случаев изображение было очень большим, что свидетельствовало о нарушении внутреннего контроля и импульсивности, экспансивности. Выявленное в 56,8% случаев расположение рисунка у края листа коррелировало с низкой самооценкой, высоким уровнем тревоги у испытуемых. У 8% испытуемых человек нарисован в профиль, что характерно для выраженного негативизма. Присутствие большого количества украшений наблюдались в 62,5% рисунков, что соответствовало демонстративности. Некоторые варианты штриховки коррелировали с тревожностью и наблюдались в 29,5% работ. Слабая прорисовка линий в 35,2% свидетельствовала о пассивности, неуверенности в себе. Излишняя детализация и структурированность, как проявления ригидных черт, выявлена в 28,4% случаев. Признаки инфантильности выявились в 13,6%. Анализ пола изображенного человека показал, что на 51,1% рисунков был изображен человек мужского пола, в 4,55% – женского и в 44,35% пол определить было невозможно, что говорит о несформированности половой идентификации. Признаки собственного бессилия, невозможность влиять на ход событий (в виде незаконченных изображений) выявлялись в 15,9%. В 10,2% работ выявлялись признаки отказа от общения. В 34,09% работ встречались признаки физической агрессии, а у 14,77% испытуемых – признаки вербальной агрессии, в 63,64% – высокий уровень подозрительности, в 35,2% изображений отражали асоциальные тенденции.

При использовании опросника Баса-Дарки получены высокие показатели по шкалам: «физическая агрессия», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины».

При сравнении результатов данных методик обнаружены следующие корреляции. Корреляционная связь между такими параметрами, как излишне подчеркнутые уши и негативизм ($r = –0,32$) и подозрительность ($r = –0,22$), что собственно и является подтверждением интерпретации рисуночного теста, как излишняя озабоченность тем, что о тебе говорят окружающие (больше акцент делается на таких враждебных реакциях, как подозрительность). Взаимосвязи между размещением на листе и индексом враждебности ($r = –0,27$) и подозрительностью (–0,33), в основном это рисунки небольшого размера, что соотносится в интерпретации как депрессивные признаки. Пол персонажа рисунка связался с косвенной агрессией ($r = 0,24$) и раздражительностью ($r = 0,22$), это объясняется тем, что человек мужского пола, по мнению данной выборки, должен обладать именно агрессивными качествами личности. Такая характеристика, как вербальная агрессия, коррелировала у той и другой методики ($r = –0,22$). Анализ проявлений в рисунках признаков органического поражения головного мозга позволил выявить взаимосвязь с таким параметром (по тесту Баса-Дарки) как косвенная агрессия. Данная корреляция объясняется недостаточной способностью контролировать собственные эмоции выявляется в экспрессивных действиях, когда человек не может подавить (сублимировать) агрессивные реакции, а непосредственно выплескивает их на окружающие его предметы.

Оценивая такой параметр рисунка, как выражение лица, мы выделяли агрессивную, нейтральную и дружелюбную мимику, корреляционный анализ выявил взаимосвязь между агрессивной мимикой и такими параметрами, как обида (r = –0,27) и индекс враждебности (r = –0,23). Выявилась взаимосвязь между изображением человека с диспропорциями и агрессивными реакциями и раздражительностью (r = –0,34) и негативизмом (r = –0,29), что подтверждает интерпретацию теста «рисунок человека», характеризующую данную особенность как проявление асоциальных тенденций личности. Выявилась интересная взаимосвязь такого параметра, как изображение ремня и вербальной агрессии (r = –0,26), которая в дальнейшем может дать основания для расширения интерпретаций рисуночных методик.

Таким образом, проведенный корреляционный анализ рисуночного теста и вербализованного метода, направленного на выявление агрессивных и враждебных реакций, показал высокий уровень совпадения интерпретации данных методик. Интересной особенностью исследования стало выявление того, что депрессивные реакции личности в условиях лишения свободы проявляются в форме враждебных реакций, трудность совладания с эмоциями выражается в косвенном проявлении агрессии, направленном на немедленное отреагирование негативных эмоций. Выявлены новые направления интерпретации взаимосвязи изображений ремня (пояса обвязки шнуровки) и такого параметра, как вербальная агрессия, что в контексте данной категории подростков является сублимацией сексуального напряжения с реализацией последнего в вербальной форме или может служить указанием на закрытость, недоверие, сопротивление исследованию (в совокупности с другими элементами рисунка). Это зависит от того, что совокупность дополнительных деталей может в значительной степени модифицировать смысловое значение основных элементов рисунка, а у данной категории подростков может приобретать особый, отличающийся от традиционного смысл. Использование проективных методик у данного контингента подростков оправдывает себя и является достаточно информативным, но вместе с тем нуждается в дальнейшем исследовании.

Психофармакотерапевтическая резистентность

Насонова Е.С., Немчинова Т.Н.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», г. Барнаул

Вторую половину XX в. без особого преувеличения можно назвать психофармакологической эрой. Открытие, интенсивное изучение и широчайшее применение в практике психотропных средств имело поистине революционное значение для клинической психиатрии. Именно благодаря успехам психофармакотерапии лечение психических заболеваний оказалось возможным во внебольничных условиях, где она успешно сочетается с социально-реабилитационными и психотерапевтическими методами воздействия. Однако, несмотря на выявившиеся определенные границы эффективности, значительный прогресс в области

понимания механизмов действия, число терапевтически резистентных больных не уменьшается и стабильно составляет около 30%.

В классическом определении под терапевтической резистентностью подразумевается отсутствие ожидаемого (прогнозируемого) лечебного эффекта при применении адекватной психофармакотерапии.

Прогнозируемый, или ожидаемый, лечебный эффект понимают как максимально возможный в современных условиях уровень эффективности, характерный для определенной диагностической категории, типа течения заболевания и доминирующего синдрома. Это значит, что терапевтические возможности на сегодняшний день не безграничны и только у части больных можно ожидать 100% клинический эффект, а в большинстве случаев приходится рассчитывать лишь на определенную коррекцию состояния. При этом считать эти случаи резистентными было бы не совсем верно.

Второе важнейшее понятие терапевтической резистентности – адекватность психофармакотерпии, именно с этой причиной связано формирование первичной терапевтической резистентности. Под адекватной терапией понимают назначение лечения в соответствии с принятыми клиническими показаниями, то есть дифференцированный подход на основе правильной клинической диагностики и применение эффективной дозировки назначаемого психотропного средства. Однако на практике нередко используются более низкие в сравнении с рекомендуемыми дозы, в частности из-за опасения развития побочных эффектов. В результате желаемый терапевтический эффект не достигается.

Не менее важным является соблюдение достаточной длительности курса терапии, что часто нарушается врачами, нередко проявляющими необоснованный оптимизм при становлении ремиссии или, напротив, пессимизм – при отсутствии немедленного положительного эффекта, что влечет за собой преждевременную отмену психотропных средств («жонглирование» препаратами). Необходимо иметь в виду, что механизм действия большинства препаратов включает рецепторную перестройку, на которую требуется определенная экспозиция действия препарата. Следует набраться терпения и дождаться развития клинического эффекта, первичным проявлением которого, реализующимся в течение первых 2 недель терапии, является седация, или психомоторная активация.

Следующее положение определения терапевтической резистентности состоит в том, что для суждения об отсутствии ответа на терапию необходимы данные о неэффективности не менее двух последовательных курсов неодинаковых по механизму действия препаратов.

Терапевтическую резистентность можно подразделить на первичную, вторичную, псевдорезистентность и интолерантность.

Первичная резистентность (истинная) связана с прогнозируемой плохой курабельностью состояния или неблагоприятным течением заболевания. К этой же категории можно отнести и отсутствие эффекта, связанного с генетически детерминированными факторами, когда больные не реагируют на те или иные группы препаратов в силу пониженной чувствительности определенных нейрорецепторов.

Вторичная резистентность связана с развитием феномена адаптации к психофармакотерапии при длительном, особенно при шаблонном (без учета индивидуальных особенностей организма больного) ее применении.

К псевдорезистентности относится неадекватность терапии, при которой отсутствие эффекта связано не только с неточностью выбора препарата, недостаточностью его дозировки или несоблюдением длительности курса терапии, но и с другими факторами (соматогенными, фармакокинетическими и др.).

Особую проблему представляет отрицательная резистентность, или интолерантность, к терапии. Здесь речь идет о повышенной чувствительности к развитию побочных эффектов (экстрапирамидных, соматических, нейроинтоксикационных), выраженность которых превышает основное психотропное действие, следствием чего является невозможность применения адекватных доз и вытекающая отсюда невозможность добиться желаемого терапевтического эффекта.

Все вышеперечисленные формы резистентности взаимодействуют между собой. К примеру, когда у больных с первичной резистентностью все же удалось добиться определенного положительного эффекта, результаты лечения могут оказаться неудовлетворительными вследствие присоединения явлений адаптации к препарату или интолерантности из-за развития признаков аллергизации организма.

Важными предикторами терапевтической резистентности являются поздний возраст (склонность к формированию рецепторной нечувствительности и интолерантности), наличие расстройств личности, неблагоприятное социальное и семейное положение, частые стрессовые воздействия, неразрешающаяся психотравмирующая ситуация, соматические и неврологические расстройства, препятствующие становлению полноценной ремиссии. Значимыми факторами являются органическая стигматизация и общее снижение физиологической толерантности, способствующие возникновению ранних побочных эффектов.

Особо выделяется проблема комплаентности – несоблюдение режима терапии. По данным статистики, 25-60% амбулаторных больных нарушают режим рекомендованной терапии. Часто это происходит по причине недостаточного критического отношения к заболеванию или плохой переносимости препаратов. Немаловажно здесь отсутствие доверия, взаимопонимания и должного контакта с лечащим врачом. В этом плане важна психотерапевтическая поддержка и психообразовательная работа, во время которых в доступной форме обсуждаются цели и задачи лечения, действия и побочные эффекты препаратов.

К числу ятрогенных факторов относятся неоправданно длительные сроки содержания больных в стационаре, что формирует явления госпитализма и способствует развитию терапевтической толерантности. Нередким недостатком практической лечебной деятельности является полипрогмазия. Знание этих факторов позволяет не столько лечить, сколько предотвратить развитие терапевтической резистентности. Именно на профилактику резистентности должны быть направлены основные усилия врача.

Обсуждая методы преодоления терапевтической резистентности, следует отметить, что истинная резистентность встречается редко, а наиболее значимыми причинами терапевтической резистентности являются неадекватность терапии, недооценка факторов, способствующих хронизации состояния и препятствующих развитию клинического эффекта назначенных средств, недостаточность

контроля за соблюдением режима терапии, недовыявление признаков интолерантности.

Выбор средств и методов преодоления терапевтической резистентности осуществляется дифференцированно и последовательно. На первом месте – оптимизация и интенсификация психофармакотерапии, основанная на анализе причин терапевтической резистентности. Далее – адекватная комбинированная терапия, продуманная в плане усиления нейрохимического действия препарата, затем – одномоментная отмена, переход на парентеральное инфузионное введение препаратов с иным метаболизмом и иным механизмом действия. На следующем этапе – присоединение шоковых методов. В качестве самостоятельных видов борьбы с резистентностью выделяются нелекарственные методы (депривация сна, транскраниальная магнитная стимуляция, фототерапия, иглорефлексотерапия) и направленные на детоксикацию, поддержание гомеостаза методы, повышающие общую специфическую иммунологическую реактивность организма, как фармакологические (имуномодуляторы, антиоксиданты), так и не лекарственные (гемособция, плазмаферез, общее УФО, магнитотерапия, гипербарическая оксигенация).

Таким образом, проблема терапевтической резистентности далека от разрешения, а выбор методов ее преодоления должен осуществляться в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Личностные ресурсы в эффективности реабилитации больных наркологического профиля

Неверова Г.Ю., Рыбалко М.И.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, г. Барнаул

Важнейшим условием, выступающим в качестве основания возвращения к нормальной жизни людей, испытывающих (испытавших) зависимость от психоактивных веществ, является комплекс их личностных ресурсов, одно из ведущих мест в числе которых занимает психическая ригидность-флексибильность. Мы можем с уверенностью утверждать, что процессы медикаментозного лечения и психологической коррекции, идущие параллельно, также должны опираться на потенциалы личности – биологические, социальные и психологические. Базисным условием существования и развития индивида должна являться его способность сохранять равновесие с внутренним и внешним стимулами и событиями, что, безусловно, обеспечивается высоким уровнем выраженности психической флексибильности, а также рядом факторов (структура личности, характерологические особенности, семейные отношения и т.д.). С другой стороны, реабилитационная терапевтическая модель «12 шагов» в рамках поэтапного психотерапевтического воздействия на поведение больных в малых динамических группах предполагает комплексное изменение когнитивной, эмотивной и поведенческой активности личности. Изменяет отношение к себе, своему окружению и, конечно же, заболе-

ванию, что также говорит о необходимости целевого воздействия на интегративный личностный континуум «психическая ригидность-флексибильность». Кроме того, в связи со способностью зависимостей «перетекать» друг в друга требуется выработка у пациента ресурса чувствительности, сензитивности к изменениям своего состояния, к возникновению новых, неадекватных потребностей, ожиданий, ощущений, каковая (чувствительность) также базируется на выраженном уровне психической флексибильности.

Нами были обследованы больные наркологического профиля, состоящие на учете в Алтайском краевом наркологическом диспансере. Банк данных составили сведения о 216 испытуемых, из них 160 (74,08%) мужчины и 56 (25,92%) женщин.

Для решения поставленных задач проведено: исследование психической ригидности с применением Томского опросника ригидности Залевского (ТОРЗ), исследование психологических черт личности и межличностных отношений, темперамента, характерологических особенностей с использованием следующих методик: Личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ), Миннесотского многопрофильного личностного опросника (MMPI), произведено определение уровня невротизации и психопатизации (УНП), применен цветовой тест МЦВ М. Люшера, психологический анамнез и наблюдение, психологический катамнез, исследование ВКБ.

Изучены психологические факторы формирования, развития героиновой наркомании с учетом индивидуальных и личностных особенностей зависимых. На основе полученных данных разработаны новые подходы к дифференцированной психологической реабилитации больных с опийной наркоманией в ходе реализации программы «Поэтапное воздействие на поведение больных наркоманией и алкоголизмом в малых динамических группах» и программы «12 шагов».

На основании полученных данных разработана и внедрена комплексная модель психокоррекционной программы, включающая в себя три взаимосвязанных этапа мероприятий: предреабилитационный, собственно реабилитационный (основной части лечебно-реабилитационного процесса) и профилактический (постреабилитационный). Выявлен механизм влияния интегративного интраличностного ресурса психической ригидности на эффективность социально-психологической реабилитации и реадаптации больных наркологического профиля.

В качестве одного из наиболее патогномоничных типов акцентуации характера и психопатий (в отношении развития патологического пристрастия к психоактивным веществам) нами был выделен «неустойчивый тип», своеобразие которого определяется неустойчивостью мотивационно-потребностной сферы с сочетанием импульсивности и ведомости.

Было установлено, что предрасположение к зависимости кроется не только в конкретном спектре акцентуаций характера и психопатий, но и в отдельных личностных особенностях индивида. Эти уязвимые места обеспечивают своеобразную психологическую готовность к формированию патологического влечения к психоактивному веществу – в силу того, что оно быстро интегрируется в структуру индивидуальности таких людей, выполняя задачу компенсации личностных аномалий (выражаясь языком психиатрии) либо психологической защиты (согласно терминологии психотерапии) и своеобразной формы адаптации.

У обследуемых зависимых от алкоголя и наркотических веществ отличает крайне неустойчивая и поляризованная самооценка. У них отсутствует базовое чувство благополучия, внутренней гармонии и самодостаточности, которое создается, согласно психодинамической теории развития, как функция оптимальной успокоенности, сытости и защищенности в условиях сбалансированных отношений между родителями и развивающимся ребенком.

В области межличностных взаимодействий аддиктов отличает тенденция к формированию кататимно окрашенных сверхценных отношений с первостепенно значимыми близкими, получившая в наркологической литературе определение «созависимости». Такая тенденция восходит к ранним стадиям онтогенеза, в которых взаимосвязь с объектом сосредоточения основных жизненных потребностей (чаще с матерью) приобретает симбиотический характер. При оптимальном завершении данной стадии формируется зрелая, «нормальная» амбивалентность в отношении к значимым фигурам окружения, объединяющая в реальной пропорции восприятие их «плохих» и «хороших» сторон. Если процесс формирования «объектных отношений» по каким-то причинам (конституционально-биологического, посттравматического стрессового характера) нарушается, то последующие оценки близких людей сохраняют элементы двойственности, «расщепления», а поведение в наиболее актуальных интеракциях приобретает черты непредсказуемости и необязательности. Как показывают наблюдения, тенденция к формированию таких взаимоотношений не коррелирует с какими-либо патохарактерологическими типами преморбида и поэтому является относительно специфическим личностным фактором предрасположения.

Важно, что патологическое влечение к наркотическим веществам, помимо биологической составляющей, имеет определенные психологические функции, а употребление наркотических веществ представляет собой поведение, обладающее личностным «смыслом». При планировании психотерапевтической работы необходимо учитывать то, что влечение и прием ПАВ – это патологический способ саморегуляции, смещение нормальных влечений и потребностей человека на «суррогатный» объект. Употребление наркотиков обеспечивает защиту от невыносимых для осознания глубинных чувств одиночества, вины и стыда и удовлетворяет инфантильное стремление к незамедлительной разрядке потребности в удовольствии.

Психоактивное вещество создает иллюзию целостности Я (единства идентичности) и помогает справиться с фрустрацией нарциссических желаний. Оно временно обеспечивает аффективную толерантность, является патологическим средством модуляции настроения и в патологическом виде воссоздает картину ранних отношений созависимости (объектных отношений).

Из вышесказанного следует, что основная задача специалистов, в частности медицинских психологов в наркологических учреждениях, должна заключаться в том, чтобы помочь зависимому «запустить» продуктивные механизмы, обеспечивающие процесс его личностного развития в новых, порой неблагоприятных условиях, то есть сформировать необходимую адаптивность к текущим ситуациям. К таким механизмам относятся способность к позитивной дезинтеграции, принятие решений в направлении будущего, готовность к изменениям и способность видеть альтернативы, тенденция исследовать и эффективно исполь-

зовать свои ресурсы. Неслучайно именно поэтому в контексте данного исследования мы поставили перед собой задачу изучения возможностей развития психической флексибильности как адаптивного ресурса психической устойчивости зависимых от психоактивных веществ.

Развитие различных психокоррекционных форм помощи способствует стабилизации ремиссий у больных с зависимостью от ПАВ. Применение поэтапной формы психологической коррекции повышает противорецидивную устойчивость за счет приобретения новых поведенческих навыков, которые развиваются благодаря актуализации интраличностного ресурса психической флексибильности, что также способствует укреплению мотивации на отказ от употребления ПАВ, и в самом широком смысле повышает жизнеспособность индивида, обеспеченную полноценным развитием и функционированием психического аппарата. Нами было выявлено влияние интегративного интраличностного ресурса психической флексибильности на эффективность социально-психологической реабилитации и реадаптации больных наркологического профиля.

Методы ранней диагностики по выявлению наркомании в молодежной среде

Нейфельд Е.А.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Наркологическая ситуация, связанная с потреблением наркотических веществ населением Алтайского края, несмотря на тенденцию к стабилизации, остается актуальной проблемой и представляет серьезную опасность здоровью населения края. Общее число зарегистрированных больных наркоманией в 2012 г. составило 8738 чел. (0,4% от общей численности населения Алтайского края). Доля в структуре всех наркологических расстройств – 15,2%. В 2012 г. показатель распространенности наркомании составил 363,0 на 100 тыс. населения, что выше показателя по РФ в 1,6 раза, к уровню 2011 г. отмечается снижение данного показателя на 3,6%.

Самый высокий показатель зарегистрированных больных наркоманией отмечается в возрасте 20-39 лет – 88,5%, на втором месте больные в возрасте старше 40 лет – 9,8%, на третьем месте – молодежь 18-19 лет – 1,6%, доля подростков – 0,1%. Среди детей случаев наркомании не зарегистрировано.

Удельный вес женщин с зависимостью от наркотических веществ в общем числе наблюдаемых больных – 17,8%, доля мужчин – 82,2%, соотношение 1 : 5. Распространение наркологических расстройств среди женщин оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы, причем доля женщин среди учтенных больных остается на стабильно высоких цифрах. Индикатором сложившейся ситуации является показатель наркозависимых женщин, зарегистрированных в наркологии и обратившихся к гинекологу с целью прерывания беременности на поздних сроках, так, в сравнении с прошлым годом в 2011 г. обратилось в 2 раза больше.

Определение путей выявления контингента лиц, выявленных и зарегистрированных в наркологическом диспансере, выглядит следующим образом: с син-

дромом зависимости от алкоголя в основной массе выявляют на этапе лечения в стационарах либо при самообращении; с синдромом зависимости от наркотических веществ преобладают лица, доставленные на судебно-наркологическую экспертизу или зарегистрированные после лечения в наркологических и психиатрических стационарах.

В отношении социального положения по всем нозологиям преобладает неработающее население, при основных синдромах зависимости – наркотическом и алкогольном – не трудоустроены 50% зарегистрированных.

Одним из методов раннего выявления лиц, потребляющих психоактивные вещества (ПАВ), при обращении граждан на профосмотры и в связи с нестабильным характером формирования зависимостей, является тестирование на наличие наркотических веществ в биологических средах.

В наркологических диспансерах края в соответствии с Постановлением губернатора Алтайского края от 24.04.2010 г. № 111 «О Порядке проведения медицинского осмотра в наркологических диспансерах Алтайского края» данное обследование проводится всем гражданам, обратившимся за получением медицинского заключения.

Для осуществления социально-эпидемиологического мониторинга в КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» ведется регистр наркологических больных. С 2005 г. на базе ГУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» осуществляется мониторинг данных на потребителей наркотических веществ на территории Алтайского края с формированием единого регистра данных всех заинтересованных служб: станции «Скорой медицинской помощи», Роспотребнадзора, токсикологических отделений, ГУ МВД России по Алтайскому краю, краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, краевого адресного бюро, РУФСКН по Алтайскому краю. Анализируя данные межведомственного регистра на лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, можно сделать выводы о коэффициенте латентности скрытой наркомании 1 : 5.

Смертность от острых отравлений наркотическими веществами, по данным АКМИАЦ, в 2012 г. уменьшилась в 1,4 раза, показатель составил 2,0 на 100 тыс. населения, то есть 47 чел. (2011 г. – 2,8 на 100 тыс. населения, или 67 чел.).

По данным центра СПИД, основной группой населения, среди которой регистрируется ВИЧ-инфекция, по-прежнему остаются потребители инъекционных наркотиков. Из числа зарегистрированных наркологической службой края потребителей инъекционных наркотиков ВИЧ-позитивные составляют 2205 чел. (показатель – 91,6 на 100 тыс. населения), что составило к общему числу зарегистрированных ПИН – 26,5%. В г. Барнауле, соответственно, – 518 чел. (76,0 на 100 тыс. населения) – 13,4%.

Для выявления потребителей наркотических веществ в молодежной среде на базе КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» с 2005 г. проводится тестирование абитуриентов Юринститута БЮИ МВД, с 2007 г. совместно с военным комиссариатом Алтайского края обследуются граждане, устраивающиеся на военную службу по контракту, и поступающие в высшие военные училища.

Экспресс-диагностику проводят тестами для иммунографических анализов на наиболее распространенные группы наркотических веществ в Алтайском крае. При получении положительного результата подтверждение проводится в

химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

Сфера исследования	2011 г.		2012 г.		2013 г.	
	Число протестированных	Положительные результаты	Число протестированных	Положительные результаты	Число протестированных	Положительные результаты
Барнаульский юридический институт	61	1 (1,6%) опий	353	–	15	–
Иностранные граждане	3712	2 (0,05%) 1 – опий, 1 – каннабиноиды	3535	–	4240	–
ОАО «РЖД»	1786	13 (0,7%) 2 – опий, 11 – каннабиноиды	1804	24 (1,3%) 6 – опий, 18 – каннабиноиды	1683	2 (0,1%) каннабиноиды
Военный комиссариат Алтайского края	1166	12 (1,0%) 1 – опий, 11 – каннабиноиды	1261	52 (4,1%) 52 – каннабиноиды	1723	2 (0,1%) каннабиноиды
Краевые наркологические диспансеры «группа риска»	562	6 (1,1%) каннабиноиды	323	17 (5,3%) 16 – каннабиноиды, 1 – опий	1797	4 (0,2%) каннабиноиды
Профосмотры с добровольным тестированием учащихся общеобразовательных школ и ПУ	2718	9 (0,3%) 2 – опий, 7 – каннабиноиды	855	5 (0,6%) каннабиноиды	894	–
ИТОГО	10005	43 (0,4%)	8131	98 (1,2%)	10352	8 (0,08%)

При проведении тестирования граждан на выявление наркотических веществ наибольшая доля приходится на каннабиноиды – 32%. По направлению муниципальных учреждений здравоохранения, правоохранительных органов за 9 месяцев 2013 г. прошли исследования 5402 чел. (2012 г. – 6401) на наличие наркотических веществ. Из них 2142 (40%, 2012 г. – 3457, или 54%) человек, у которых подтверждено присутствие наркотических и психотропных веществ.

Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами в медико-реабилитационном отделении

Никитин Л.Н., Макарова М.Н.
БУ «Республиканская психиатрическая больница», Чувашская Республика г. Чебоксары

На основании приказа Минздравсоцразвития Чувашии в КУ «Республиканская психиатрическая больница» с 20 ноября 2013 г. открыто медико-реабилитационное отделение (МРО) на 50 коек. Медицинская помощь в данном отделении оказывается в условиях дневного стационара.

Целью работы отделения является осуществление широкого спектра психосоциальных воздействий, направленных на ресоциализацию пациентов, восстановление или формирование у них социальной автономии, независимого функционирования в обществе, расширение социальной сети. Лечение пациентов проводится в наименее стигматизирующих условиях на основе принципов партнерства с пациентами и их родственниками, использования активирующего влияния социума на пациента. Применение психосоциальных методов лечения одновременно с психофармакотерапией необходимо для формирования у пациентов ответственности за свое здоровье и поведение в социуме.

Модули психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психически больных, разработанные сотрудниками Московского НИИ психиатрии МЗСР РФ, взяты за основу работы отделения.

Отделение осуществляет свою деятельность в тесном взаимодействии со всеми подразделениями больницы, а также оптимизирует межведомственное взаимодействие с учреждениями, оказывающими социальные услуги или иные виды помощи пациентам, в том числе общественными организациями.

В состав полипрофессиональной бригады входят врач-психиатр, медсестра, психолог, специалист по социальной работе, художественный и музыкальный руководители, сестра милосердия, библиотерапевт (на должности трудинструктора). В необходимых случаях привлекаются к работе юристы больницы.

Наряду с лечением в отделении постоянно, с момента поступления, проводятся мероприятия по социальной и трудовой реабилитации больных. Больные с первых дней пребывания включаются в трудовые процессы на принципе «самообслуживания»: помогают медперсоналу в организации режима и распорядка в отделении, начинают работать на участках лечебно-трудовых мастерских больницы. Больные гладят белье, выстиранное в прачечной, в швейном участке шьют халаты, постельное белье и т.д., вяжут мочалки. Другие больные занимаются выращиванием сельскохозяйственных культур на территории больницы (летом). В 3 поликарбонатных теплицах с ранней весны выращивается рассада различных овощных культур (лук, огурцы, помидоры, салат, петрушка и т.д.). С наступлением устойчивого тепла начинается высадка этих овощей в открытый грунт. В результате этого с первых дней лета в рационе больных появляется салат, огурцы, редис, затем, помидоры, свекла, кабачки, капуста и другие овощные культуры. Посильными ремонтными работами в последние годы больные с удовольствием работают на ремонтном участке.

Преимуществом труда в условиях ЛТМ является то, что режим труда больных организован с учетом психофизических особенностей больных, сохранности их профессионально-трудовых возможностей, приобретения новых навыков трудовой деятельности. Работа проходит в коллективе, что немаловажно, так как это способствует установлению новых коммуникативных связей и отношений между пациентами, что также является важным компонентом реабилитации.

Состоящие в штате отделения и работающие на всю больницу сотрудники отделения, возглавляют различные реабилитационные направления: студия активного общения и досуга, музыкальная студия «Вдохновение», художественная студия «Акварель», литературная студия «Зеленая лампа», а также работа больничного Храма во имя преподобного Серафима Саровского.

Большое внимание обращено на проведение занятий по психообразованию. Два раза в неделю предусмотрены тренинговые занятия больных. По понедельникам и средам занимается одна группа больных, по вторникам и четвергам – другая. Обучающие семинары – тренинги направлены на получение навыков социального взаимодействия, в основном в виде тренингов общения, это модули: «Эффективное общение», «Общение в социуме», «Преодоление барьеров в общении», «Стресс», «Уверенного поведения». При необходимости проводим обучение навыкам самообслуживания в быту, тренинг навыков трудоустройства и др. В просветительские программы входят также вопросы приема поддерживающего лечения, влияние алкоголя, наркотических средств на течение психических расстройств, вопросы трудовой занятости, ведения здорового образа жизни, влияние микроклимата семьи на течение болезни. Обсуждаются социальные проблемы: своевременность переоформления инвалидности, социальный пакет, проблемы, связанные с трудоустройством.

Совместно с музыкальным руководителем ежемесячно готовятся постановки мини-спектаклей и концертов пациентами и для пациентов больницы, в основном приуроченные к памятным датам. Импровизированные декорации и детали к костюмам для спектаклей изготовляются пациентами арт-студии «Акварель» под руководством художественного руководителя. На занятиях в студии «Зеленая лампа» проводятся чтение литературных произведений, обсуждение цитат, литературных образов. В последнее время библиотерапевт и члены студии «Зеленая лампа» широко привлекаются для составления сценария концертов, сценок.

Медсестра, оказывающая социальную помощь совместно с социальным работником, участвуют в решении жилищно-бытовых проблем, возникающих у психически больных. Участвуют в восстановлении и оформлении паспортов, пенсионных удостоверений, страховых полисов и страховых свидетельств, восстанавливают и переводят пенсии больных, готовят документы для направления больных в ПНИ и оформления опекунства. Ими же оказывается помощь стационарным больным – длительно находящимся на лечении и тем, у которых опекуном является больница, по оплате коммунальных услуг, приобретению продуктов питания, одежды и мягкого инвентаря.

Священнослужителями в храме проводятся духовные беседы с пациентами, их родственниками и сотрудниками больницы, проводят божественные литургии с исповедью и причастием. В храме работают 2 сестры милосердия, во

время службы одновременно причащаются от 30 до 50 больных. Все это благотворно влияет на больных, улучшает их самочувствие и моральное состояние, дает верующим возможность отправления религиозных обрядов. Священник также посещает в отделениях больных, не имеющих возможности по состоянию здоровья посещать больничный храм.

Из 289 пролечившихся больных в 2013 г. был 261 (90,3%) инвалид с психическими расстройствами, 1 соматическим и 33 (11,4%) пенсионера. Мужчин было 176 (60,9%), женщин 113 (39,1%). В 71 случае (25,6%) инвалиды прошли полное обследование, психосоциальные мероприятия и направлены на МСЭК для продления группы инвалидности. Среди инвалидов, прошедших МСЭК 42 (59,2%), составили больные шизофренией, 16 (22,5%) – умственной недостаточностью. Двум больным умственной недостаточностью инвалидность не определена. 5 больных, имеющих 3-ю группу инвалидности, после прохождения полного курса лечения в отделении поступили на работу (с оформлением трудовой книжки).

Проведенная работа позволяет формировать у пациентов осознание необходимости регулярного посещения участкового врача и приема поддерживающего лечения; структурирование времени больных, возможности расширения их социальных связей; появление четких установок на будущее и реальных планов, обретение уверенности в себе; расширение социальных связей; приобретение навыков личностного общения и решения проблем; регулирование эмоций и поведения.

Патодинамическая модель развития психической адаптации-дезадаптации

Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Стоянова И.Я., Невидимова Т.И., Савочкина Д.Н., Филоненко А.В., Мосин Д.О.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск,

ФГБОУ ВПО «Национальный Томский государственный университет»

Проблема психической адаптации человека к постоянно меняющимся условиям жизнедеятельности является актуальной и требует комплексного подхода в современных условиях быстрых технологических, социально-экономических преобразований, которые в значительной степени превышают адаптационные возможности индивида. Это в свою очередь сопровождается болезненной ломкой социально-биологических механизмов приспособления, снижением психического и соматического здоровья населения. Базой адаптации является реактивность организма, в частности иммунная реактивность и особенности личностного реагирования на стресс. Особенно актуальным является изучение нарушений системных процессов психической адаптации на ранних стадиях психоэмоционального напряжения до формирования нозологических форм непсихотических психических расстройств. Результаты таких исследований могут послужить теоре-

тическим обоснованием для подходов к разработке прогностических моделей формирования невротических, связанных со стрессом расстройств.

Цель настоящего исследования – разработка патодинамической модели развития психической адаптации-дезадаптации в континууме от здоровья к напряжению психической адаптации и последующему срыву психического приспособления с переходом в клинически развернутую форму – невротические, связанные со стрессом расстройства.

Обследовано 310 человек в возрасте от 18 до 55 лет, оказавшиеся в проблемной ситуации, которая включала смену места жительства, новые условия учебы, труда, межличностные отношения, конфликтные ситуации в семье, на производстве и другие.

На первом этапе исследования проводили долабораторную диагностику клинических синдромов вторичной иммунной недостаточности (ВИН) с помощью карты «Диагностика иммунной недостаточности при иммуноэпидемиологических исследованиях взрослого населения» (Петров Р.В., Орадовская И.В., 1987), выявляли сопутствующие соматические заболевания.

Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных иммунологических тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета (Хаитов Р.М., 2001).

Экспериментально-психологическое обследование проводили с использованием теста «Нервно-психическая адаптация» (НПА) (Гурвич И.Н., 1992), опросника «Индекс жизненного стиля» (перевод и адаптация Клубовой Е.Б., 1998), «Шкалы самооценки» Спилбергера-Ханина.

При статистической обработке полученного материала использовали пакет Statistica 7.0 и SPSS 17.0 для Windows.

По тесту НПА и на основании клинико-динамической концепции формирования пограничных психических расстройств (Семке В.Я., 1999) все обследованные были распределены на четыре группы: 1-я группа – здоровые лица – 129 чел.; 2-я группа – лица с признаками психоэмоционального напряжения (ПАС) – 64 чел.; 3-я группа – лица с признаками психической дезадаптации (ПДАС) – 39 чел.; 4-я группа – пациенты с невротическими, связанными со стрессом расстройствами (расстройства адаптации на стадии реакции) – 78 чел.

Первая группа характеризовалась отсутствием симптоматики, свидетельствующей о патологических дезадаптивных проявлениях, обусловленных изменением функционирования защитной психологической системы.

Во 2-ю группу вошли испытуемые, психическое состояние которых классифицировалось как психоадаптационные состояния (ПАС). ПАС оценивались как относительно стабильные образования, при которых действия индивида в диапазоне меняющейся социальной, экологической среды не выявляли патологического склада личности и при напряжении адаптационных механизмов не было признаков их истощения.

3-ю группу составили лица, находящиеся в психодезадаптационном состоянии (ПДАС), которое характеризовалось снижением адаптивных возможностей индивида, наличием признаков истощения и незначительным ресурсом для восстановления психического здоровья.

В 4-ю группу вошли пациенты с расстройством адаптации (F 43.2) на стадии невротических реакций. Невротические реакции рассматривались как начальный этап расстройства адаптации. В клиническом плане они оценивались как малодифференцированные, преимущественно с соматовегетативными синдромами, с отсутствием целостной клинической картины, быстро исчезающей после разрешения психотравмирующей ситуации.

Для решения поставленной задачи применяли метод пошаговой логистической регрессии. В ходе построения уравнений модели учитывался пол испытуемых, данные о наличии или отсутствии клинических синдромов ВИН (инфекционный, аллергический, аутоиммунный) и сопутствующей патологии, параметры системы иммунитета, экспериментально-психологические показатели.

Так, из иммунологических показателей были выделены статистически достоверные переменные, вошедшие в модель: общий пул Т-лимфоцитов ($CD2^+$), зрелые Т-лимфоциты ($CD3^+$), натуральные клетки-киллеры ($CD16^+$), лимфоциты с маркерами поздней активации (HLA-DR), концентрация сывороточного иммуноглобулина класса G (IgG) и уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Из психологических показателей в модель вошли 4 из 8 механизмов психологической защиты, а именно: вытеснение, регрессия, компенсация, замещение; реактивная и личностная тревожность.

Различные комбинации значений этих показателей позволяют отнести обследуемого к одному из четырех вариантов классификации: «здоровье», «ПАС», «ПДАС», «невротические, связанные со стрессом расстройства».

По данным обучающей выборки среднее значение чувствительности модели (Se) составила 90,6%, а среднее значение специфичности (Sp) – 90,2%. Среднее значение прогностичности положительного результата – 93,0%; среднее значение прогностичности отрицательного результата – 92,4%.

Проверка модели была осуществлена на экзаменационной выборке, состоящей из 200 испытуемых. Из них 65 – здоровые, 35 – с ПАС, 32 – ПДАС, и 68 пациентов с невротическими, связанными со стрессом, расстройствами. По данным экзаменационной выборки среднее значение чувствительности модели (Se) составило 90,0%, среднее значение специфичности (Sp) – 89,2%. Среднее значение прогностичности положительного результата – 91,8%; среднее значение прогностичности отрицательного результата – 92,2%. Точность модели составила 96,5%.

Таким образом, на основе полученных клинико-иммунологических, экспериментально-психологических данных с помощью метода пошаговой логистической регрессии была разработана дифференциально-диагностическая модель развития психической адаптации-дезадаптации в континууме: здоровье – психическая адаптация-дезадаптация (ПАС-ПДАС) – невротические, связанные со стрессом расстройства. Данная модель позволит обосновать дальнейшую стратегию превентивных мероприятий, направленных на повышение адаптационных возможностей индивида и сохранение психического здоровья населения.

Исследование выполнено при поддержке гранта РГНФ № 12-06-00752 «Разработка патодинамической модели психической дезадаптации на основе иммунобиологических и психологических критериев».

Современная стратегия и тактика лечения эпилепсии у взрослых

Одерова Е.Э., Ефименко О.А.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», г. Барнаул

Актуальность проблемы. Заболеваемость эпилепсией высокая у детей младшего возраста, снижается у взрослых и вновь увеличивается в пожилом и старческом возрасте. После второго десятилетия жизни в подавляющем большинстве случаев причиной эпилепсии служат структурные изменения головного мозга, выявляемые (симптоматические эпилепсии) или не выявляемые (криптогенные эпилепсии) при помощи инструментального исследования. Удельный вес последних неуклонно увеличивается с возрастом, и уже на 3-4-м десятилетии жизни диагноз симптоматической (СПЭ) или криптогенной (КПЭ) парциальной эпилепсии устанавливается практически всем больным с дебютом эпилептических приступов. Основными причинами развития СПЭ и КПЭ служат приобретенные вследствие травм, воспалительных и сосудистых заболеваний, опухолей и других, в ряде случаев неизвестных, причин повреждения мозга. Многие пациенты отмечают, что приступы может спровоцировать стресс, недосыпание, прием алкоголя и другие факторы. Нередко у пациентов с СПЭ и КПЭ отягощен семейный анамнез по эпилепсии, что косвенно свидетельствует о генетически детерминированной предрасположенности к развитию заболевания. Таким образом, для возникновения СПЭ или КПЭ, очевидно, необходимо сочетание генетических, предрасполагающих (повреждение головного мозга) и провоцирующих факторов.

За последние десятилетия в клиническую практику введены десятки новых АЭП. Конечно, это существенно расширило возможности медикаментозной терапии эпилепсии, однако и породило ряд новых проблем, главная из них – лекарственное взаимодействие: индукция или, наоборот, ингибирование одного препарата другим, стимулирующий, аддитивный, позитивный и негативный эффекты взаимодействия.

Количество вновь синтезируемых противоэпилептических препаратов (ПЭП) с новыми клиническими свойствами постоянно пополняется, в то же самое время не теряют своей актуальности ПЭП предшествующих поколений.

При своевременно начатой, рацинально подобранной противоэпилептической терапии ремиссия может быть достигнута у 75% больных, у большинства оставшихся возможно значительное снижение частоты и тяжести приступов и улучшение качества жизни.

В целом стратегия лечения эпилепсии за последние годы не изменилась: раннее начало, комплексность, непрерывность, длительность, преемственность. Однако тактика претерпела определенные изменения. Главным все же остается максимальная индивидуализация терапии.

Положения современной эпилептологии:

1. Лечение эпилепсии должно быть начато без промедления, сразу после установления диагноза эпилепсия, так как эпиприступ запускает или поддержи-

вает механизмы функциональной и морфологической перестройки нейронных сетей, которые составляют основу для углубления процесса эпилептогенеза и развития резистентности эпиприступов к терапии.

2. Лечение должно быть максимально рациональным и адекватным с самого начала. Стартовая терапия наиболее эффективна и прогностически значима. Каждая последующая терапия дает меньший прирост эффективности.

3. Лечение должно быть максимально индивидуализированным и безопасным, так как терапия предполагает многолетний или пожизненный прием потенциально токсичных препаратов, нежелательные эффекты которых могут быть предсказуемыми в каждом конкретном случае.

В условиях отделения интенсивной терапии КГБУЗ «АККПБ им. Эрдмана Ю.К.» первичное назначение ПЭП проводится путем титрования. Титрование – обязательный принцип введения нового ПЭП, позволяющий выбрать оптимальную лечебную дозу для постоянного приема. Принцип титрования заключается в постепенном наращивания дозы до минимально эффективной. Чем короче период титрования, тем удобнее данный ПЭП для применения в клинической практике.

В случае если пациент уже получает лечение ПЭП, нередко приходится проводить их «взаимозамены». Замена одного ПЭП на другой осуществляется строго по показаниям: неадекватный выбор ПЭП, неэффективность ПЭП, плохая переносимость лечения, потенциальный риск для развития угрожающих побочных эффектов (заболевание печени с потенциальным риском гепатотоксичности), высокий потенциальный риск тератогенности принимаемого ПЭП в период подготовки к беременности.

В своей практике мы используем ряд общепринятых правил замены одного ПЭП на другой:

1. Не следует одновременно снижать дозу одного ПЭП и повышать дозу другого. Это может затруднить интерпретацию результата при возможной неудаче.

2. Сначала следует ввести новый ПЭП в соответствии с правилами его титрования под контролем эффективности и переносимости, затем постепенно отменить принимаемый ПЭП в соответствии с правилами отмены под контролем частоты эпиприступов.

3. Быстрая смена одного ПЭП на другой осуществляется в экстренных случаях: тяжелые побочные и токсические эффекты терапии ПЭП, развитие парадоксальных эффектов ПЭП (парадоксальная реакция), тяжелая декомпенсация эпилепсии: эпистатус.

4. При необходимости быстрой смены терапии целесообразно использование ПЭП с максимально коротким периодом титрования (кеппра, для которого стартовая доза 500-1000 мг может быть уже эффективной) либо внутривенных форм препаратов вальпроевой кислоты с последующим переходом к формам ВПА в таблетках или гранулах.

5. Особую осторожность следует соблюдать при отмене бензодиазепинов барбитуратов: 1/4 табл. 4-6 недель.

6. Недопустимы одномоментные переключения одного ПЭП на другой. Даже если они являются представителями одной группы (исключение Депакин-хроно с таблеток на Депакин-хроносфера гранулы).

Однозначно определенную трудность представляет проблема замещения одних противоэпилептических препаратов другими.

Помимо клинических факторов риска выделены и фармакокинетические: низкая водная растворимость, узкая терапевтическая широта, нелинейная фармакодинамика. Чем меньше факторов риска, тем благоприятнее проходит замена.

Следует также подчеркнуть, что при наличии относительно нечастых и неопасных для больного и окружающих припадков, простых парциальных и сложных парциальных без падения и автоматизмов действия, при отсутствии прогредиентности заболевания, добиваться их устранения любой ценой не следует, с учетом указанного ранее негативного влияния АЭП на организм, особенно при больших дозах и полипрогмазии. В целом в настоящее время в квалифицированных руках эффективность лечения эпилепсии достигает 67-80%.

Возрастные особенности социальных фобий

Окунев М.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница №3», г. Барнаул

Социофóбия (от лат. socius – «общий, совместный» и др. – греч. φόβος – «страх») – упорная иррациональная боязнь исполнения каких-либо общественных действий (например, публичных выступлений) либо действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц (боязнь находиться на улице, когда на тебя смотрят, невозможность заниматься чем-либо при наблюдении со стороны и т.п.). Эти страхи могут быть инициированы воображаемым или действительным наблюдением со стороны. Человек с социофобией может осознавать, что его страхи социального взаимодействия избыточны или беспричинны, тем не менее преодоление их не становится от этого более легким. Некоторые люди, страдающие социофобией, опасаются широкого круга социальных ситуаций, в то время как другие – только специфичных, например таких, в которых необходимо продемонстрировать свои способности наилучшим образом. В большинстве случаев социофобия начинает проявляться в раннем возрасте. 50% страдающих этим заболеванием обнаружили его симптомы до достижения ими 11 лет, 80% – до достижения 20-го возраста. Поскольку болезнь начинает проявляться столь рано, возможно возникновение еще и сопутствующих расстройств, таких как депрессия или злоупотребление психоактивными веществами. К психологическим симптомам социофобии, как правило, добавляются физиологические, такие как: покраснение кожных покровов, гипергидроз (потливость), тремор, учащенное сердцебиение, тошнота. Могут присутствовать ступор и быстрая, сбивчивая речь. В ситуациях, сопряженных с интенсивным стрессом, возможны панические атаки. Ранняя диагностика обычно помогает минимизировать симптомы и избежать возникновения дополнительных (коморбидных) расстройств, таких как депрессия. Многие, страдающие социофобией, используют алкоголь и другие вещества, что-

бы уменьшить тревогу и страх, связанные с социальными ситуациями, в особенности, если их недуг не диагностирован и не проводится соответствующая терапия. Социофобию иногда называют «болезнью упущенных возможностей».

Особую теоретическую ценность в современной науке составляют исследования, направленные на изучение страхов, связанных с возрастными особенностями. Изучаются особенности фобий, присущих возрастным категориям взрослых людей, от периода юности (17-21 год), до пожилого возраста (от 65 лет) (возрастная периодизация В. Квинна), в результате чего стало возможным представить широкую иерархическую сетку страхов, составленную по возрастному принципу, отражающую специфику настоящего времени.

В группе «Юность» (17-21 год) доминируют страхи: страх болезни и смерти близких людей, страх изменений в личной жизни, страх одиночества, страх изменений во внешности, страх животных. Наименее выражены страхи: страх самоубийства, страх вероятности стать родителем, страх самому совершить преступление, страхи, связанные с половой (сексуальной) функцией, страхи замкнутых пространств.

В группе «Молодость» (21-35 лет) доминируют страхи: страх болезни и смерти близких людей, страх животных, страх бедности, страх старости, страх высоты. Наименее выражены страхи: страх самоубийства, страх замкнутых пространств, страх смерти, страх показаться смешным, страх мистики.

В группе «Зрелость» (35-65 лет) доминируют страхи: страх болезни и смерти близких, страх заболеть каким-либо заболеванием, страх появления сильной боли, страх изменений в личной жизни, страх ответственности. Наименее выражены страхи: страх самоубийства, страх мистики, страх замкнутых пространств, страх показаться смешным, страх стать родителем.

В группе «Пожилой возраст» (от 65 лет) доминируют страхи: страх болезни и смерти близких людей, страх войны, страх стать жертвой преступления, страх заболеть каким-либо заболеванием, страх появления сильной боли. Наименее выражены страхи: страх родов, страх вероятности стать родителем, страхи связанные с половой (сексуальной) функцией, страх самому совершить преступление, страх самоубийства.

Вывод: доминирующим страхом во всех возрастных группах является боязнь за здоровье и жизнь близких людей. Этот факт положительно характеризует современное общество, указывая на высокое моральное развитие людей, связанное с такими фундаментальными чувствами, как любовь, дружба, преданность.

Развитие личности через развитие способности самовыражения и самопознания с помощью арт-терапии

Осипов С.В., Арапов А.С.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Под арт-терапией в широком толковании подразумевают терапию творчеством, искусством (Бурно М.Е., 1982). Ряд авторов сужают это понятие до использования прикладных разновидностей искусств (Хайкин Р.Б., 1977; Карвасарский Б.Д., 1985). Разные подходы к определению арт-терапии не отражаются на единой оценке ее позитивного влияния на глубинные процессы человеческой психики и позитивное влияние на больных с психическими расстройствами как пограничного, так и психотического уровня (Бетенски М., 1995; Семке А.В. с соавт., 2000).

Дать исчерпывающее определение арт-терапии довольно трудно, потому что оно в определенной мере зависит от теоретических представлений и области практической деятельности специалиста, от характерных для той или иной страны моделей арт-терапии и степени их «зрелости».

Нередко приходится сталкиваться с тем, что под вывеской «арт-терапевтической деятельности» скрывается посещение инвалидами музеев или концертов, занятия больных рукоделием, лечебной гимнастикой, надомным рисованием или художественной самодеятельностью». Все это может быть составной частью арт-терапевтической работы, однако ни один из этих видов деятельности или досуга пациентов сам по себе арт-терапией, конечно же, не является.

Рассмотрим, что такое арт-терапия. Арт-терапевты создают для клиента безопасную среду, каковой могут являться кабинет или студия, и обеспечивают ее различными изобразительными материалами-красками, глиной и т.д., находясь рядом с ним в процессе его изобразительного работы. Клиенты могут использовать предоставленные им материалы по своему желанию, стремясь в присутствии арт-терапевта выразить в изобразительной работе свои мысли и чувства. Арт-терапевт побуждает клиента к взаимодействию с изобразительными материалами и продукцией, благодаря чему арт-терапевтический прогресс представляет собой одну из форм диалога.

Весьма точное изложение основ арт-терапевтического метода содержится в работе М. Бетенски (Betensky, 1995); они, по ее мнению, заключаются в том, что в арт-терапии: 1) изобразительная деятельность является феноменом с определенной структурой; 2) клиент обучается видеть в своей изобразительной продукции некий смысл; 3) клиент обязательно дает своей изобразительной продукции точное вербальное описание; 4) он учится определенным образом связывать свою изобразительную продукцию со своим внутренним опытом.

Арт-терапия связана с использованием клиентом разнообразных изобразительных материалов с целью выражения с их помощью содержаний своего внутреннего мира.

Изобразительная работа клиента с изобразительными материалами протекает в определенных условиях – в арт-терапевтическом кабинете, художествен-

ной студии, ином специально предназначенном для этого помещении, – помогающих создать ощущение безопасности и способствовать свободному выражению клиентом содержания собственного внутреннего мира.

Работа клиента с изобразительными материалами протекает в присутствии специалиста, обладающего знанием природы и возможностей художественного творчества и, в то же время, способного к оценке содержания изобразительной продукции и поведения клиента. Кроме того, он выступает как посредник в «диалоге» клиента с изобразительной продукцией.

Арт-терапия предполагает использование психотерапевтом определенных приемов, помогающих клиенту осознать отраженное в его изобразительной продукции содержание своего внутреннего мира.

При всем этом конкретные формы и методы арт-терапевтической работы могут значительно различаться по способам вовлечения клиента в изобразительную деятельность; ее структурированности и управляемости со стороны арт-терапевта; способам осуществления им функции «посредника» в диалоге клиента со своей изобразительной продукцией; степени использования им вербальных интерпретаций и иных форм психотерапевтических интервенций; значению, которое придается фигуративным, материальным и эстетическим особенностям изображения, и т.д.

Приводимое ниже описание различных факторов психотерапевтического воздействия в арт-терапии синтезирует взгляды представителей самых разных ее школ и направлений. Все многообразие действующих в арт-терапии психотерапевтических факторов можно свести к трем наиболее важным, а именно: фактору художественной экспрессии; фактору психотерапевтических отношений; фактору интерпретации и вербальной обратной связи. Все они действуют не разрозненно, но взаимодополняя и усиливая друг друга, что и приводит к достижению психотерапевтического эффекта.

В современной арт-терапевтической литературе понятие арт-терапевтического процесса обозначает разнообразные изменения в поведении, состоянии и отношениях клиента и психотерапевта в ходе их совместной работы, приводящие в конечном счете к достижению определенных психотерапевтических результатов. Предполагается, что, как и любая психотерапевтическая работа, арт-терапевтический процесс также имеет начало, середину, совпадающую с моментом наиболее значимых для успеха психотерапии изменений, и завершение (терминацию). Признается также, что на динамику арт-терапевтического процесса оказывают влияние самые разные факторы, в связи с чем в одних случаях она может быть наиболее выраженной, а в других – минимальной.

Между наблюдениями за реальным арт-терапевтическим процессом и его теоретическим обоснованием существует тесная диалектическая связь... Наблюдения <...> обусловлены личным и профессиональным опытом специалиста, а также его теоретическими представлениями... В то же время он должен сохранить высокую степень восприимчивости к тому, что происходит в ходе сессий между психотерапевтом и клиентом, а также в их внутреннем опыте».

Различные факторы психотерапевтического воздействия и используемые в арт-терапевтическом процессе интервенции могут рассматриваться в качестве внутренних ресурсов и механизмов, необходимых для достижения определенных

психотерапевтических результатов, что связано с прогрессивной дифференциацией данной системы и проявлением механизма динамического равновесия.

На основе наблюдений за реальным арт-терапевтическим процессом можно говорить о его следующих основных этапах: подготовительном этапе; этапе формирования отношений и начала изобразительной деятельности клиента; этапе укрепления и развития психо-терапевтических отношений и наиболее продуктивной изобразительной деятельности клиента; завершающем этапе (терминации).

В работе с душевнобольными арт-терапию начали использовать раньше, чем в каких бы то ни было других областях. Обратив внимание на склонность некоторых пациентов к самостоятельным занятиям художественным творчеством, на яркость и самобытность их работ, а главное, на то, что эти занятия нередко благотворно отражаются на состоянии больных, передовые клиницисты стали поддерживать эту деятельность. Определенное значение для проникновения первых форм арт-терапевтической работы в психиатрические учреждения имела неудовлетворенность клиницистов «ограничивающими» и «подавляющими» подходами. В скромном арсенале методов лечения психических заболеваний XIX – начала XX вв. различные виды творческих занятий пациентов занимали не последнее место, хотя использовались главным образом с целью их социализации, занятости, «нравственного воспитания» или для получения дополнительной информации об особенностях их внутреннего мира и потребностях.

В зависимости от этапов лечебно-реабилитационного процесса можно говорить о следующих направлениях практического применения арт-терапии в психиатрии: применение арт-терапии на начальных этапах лечения, то есть в остром и подостром психотическом состоянии или в состоянии декомпенсации, проводимое в условиях психиатрической больницы или дневного стационара; применение арт-терапии на последующих этапах лечения и реабилитации, то есть в постпсихотическом состоянии, состоянии ремиссии или компенсации, применяемое в основном в амбулаторной практике, на базе дневных стационаров, диспансеров, социальных общинных центров, в рамках негосударственных программ помощи душевнобольным и инвалидам и т.д.

Анализ современной литературы позволяет констатировать наличие ряда проблем, связанных с использованием арт-терапии с целью лечения и реабилитации психиатрических пациентов. Одна из них – это противоречивость данных о влиянии художественного творчества? уа психическое состояние душевнобольных. Первые попытки использования исцеляющего потенциала художественного творчества в лечении психических заболеваний были связаны с поддержкой тех пациентов, которые проявляли к этому склонность, и выражалась в создании подходящих условий для их творчества.

Другой серьезной проблемой является недостаточно высокий уровень большинства современных арт-терапевтических исследований, а также недостаточная разработанность ее многих теоретических положений. Крайне противоречивыми и ограниченными являются не только сведения о влиянии спонтанного художественного творчества на психическое состояние душевнобольных, но и об эффективности разных форм арт-терапии при различных психических заболеваниях. Еще одной проблемой следует признать противоречия между традицион-

ными подходами к лечению психических заболеваний и арт-терапевтическим подходом.

Таким образом, притягательность и сила арт-терапии как метода заключается в ее способности выступать в качестве инструмента творческой коммуникации – внутри-личностной, межличностной и культурной. Идея о том, что творческая деятельность, в частности художественное творчество, обладает способностью исцелять людей, тесно связана с историей культуры. В то же время эта идея дополняется признанием того, что современные условия жизни, формализация и инструментализация человеческой деятельности и отношений негативно сказываются на здоровье людей, что требует более активного использования их творческого потенциала. Однако раскрытие этого потенциала, в том числе на основе арт-терапевтического подхода, вряд ли может быть достигнуто путем использования неких универсальных технологических приемов.

Современная арт-терапия не стремится к использованию стандартных способов решения и проблем. Она ориентирована на исследование внутреннего мира людей и системы их отношений и в случае необходимости – на их изменение. Арт-терапия вырастает из местных культур, в отрыве от которых она являлась бы не более чем эрзацем или очередной «душеспасительной утопией». Использование разных техник и подходов, с учетом конкретных условий жизни людей, их проблем и опыта, является отличительной чертой современной арт-терапии. Она призвана исцелять людей и делать их более свободными и счастливыми благодаря способности специалистов в этой области сохранять высокую степень открытости и сенситивности к множеству внешних и внутренних факторов, а также развивать и корректировать свои взгляды и методы работы.

Интерперсональные факторы суицидальной направленности у подростков и молодежи

Павлова Т.С., Краснова В.В.

Центр экстренной психологической помощи, Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Наличие антивитальных переживаний и суицидальных мыслей отмечают у себя все большее количество подростков и молодежи. По последним отечественным исследованиям, мысли о самоубийстве (без намерения его осуществления) присутствуют у 11,8-14% школьников, а желание убить себя – у 4-8,8% (Холмогорова, 2013).

Среди важных предикторов суицидального поведения у подростков и молодежи выступают факторы, связанные с общением с ровесниками и наличием эмоциональной поддержки в семье. В зарубежных исследованиях за последнюю декаду интерперсональным факторам суицидального поведения отводится ключевое место (Davidson, 2011; Joiner, 2005). Такие факторы, как низкий уровень социальной поддержки, повышенная социальная тревожность, дисфункциональные эмоциональные коммуникации в семье, сопряжены с высоким суицидальным риском в подростковом и юношеском возрасте (Холмогорова, 2013).

Целью исследования являлось изучение интерперсональных факторов суицидальной направленности у подростков и молодежи, а также выделение мишеней профилактики суицидального поведения.

В исследовании приняли участие 698 человек. Из них – 145 учащихся 7-10-х классов общеобразовательных школ г. Москвы в возрасте от 12 до 16 лет (76 мальчиков, 69 девочек) и 553 студента третьего курса московских гуманитарных вузов (246 юношей и 307 девушек), средний возраст студентов – 21 год.

Использовались следующие методики:

1. «Опросник детской депрессии» (CDI) M. Kovacs, адаптированный сотрудниками лаборатории клинической психологии МНИИ психиатрии. Использовался показатель наличия суицидальных мыслей (Воликова и др., 2011).

2. Для оценки степени выраженности эмоционального неблагополучия: Шкала депрессии (BDI, A.Beck et al., 1961; адаптация Тарабрина Н.В., 2001). Пункт суицидальных мыслей и действий.

3. Опросник социальной поддержки (Sommer E., Fydrich G., 1989; адаптация Холмогорова А.Б., Петрова Г.А., 2007).

4. Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Воликова С.В., 2006; Холмогорова А.Б., 2006).

По данным проведенного исследования 12% обследованных детей отмечают у себя наличие суицидальных мыслей, 6% заявляют о готовности совершить суицид. Среди студентов 26% обследованных имеют суицидальные мысли и намерения, 7% из которых готовы совершить самоубийство в подходящий момент.

Среди юношей больше студентов без суицидальных намерений (79%), но и больше готовых совершить самоубийство в подходящий момент (6%), чем среди девушек. Причем желание совершить самоубийство в подходящий момент у юношей встречается в три раза чаще, чем у девушек.

Исследуя связь суицидальной направленности с показателями социальной тревожности, было выявлено, что чем выше уровень социальной фобии, социального дистресса и избегания, тем выше показатель суицидальной направленности в виде мыслей и намерений. У подростков и студентов с высоким уровнем социальной тревожности суицидальные намерения более выражены, чем у опрошенных с низким и средним уровнем социальной тревожности соответственно ($p < 0,001$).

Социальная поддержка демонстрирует отрицательную связь с суицидальной направленностью, особенно параметром эмоциональной поддержки в обеих выборках. Это значит, что подростки, как и студенты с суицидальными мыслями, отмечают отсутствие людей, которые принимают их такими как есть, которым они могут довериться и которые могут их выслушать, им можно открыть свои чувства, не ощущая неловкости или неудобства, которые разделят горе и радость и по-настоящему помогут в трудной ситуации.

Для анализа совместного влияния социальной тревожности и социальной поддержки на суицидальную направленность был проведен регрессионный анализ. Конечная модель регрессии объяснила 58% дисперсии зависимой переменной «суицидальная направленность», что говорит об очень высокой степени влияния указанных переменных на суицидальную направленность. Как наиболее

значимые параметры влияния выделяются сильный дистресс в ситуациях общения и низкий уровень социальной поддержки, о котором говорилось выше.

Связь с суицидальной направленностью обнаруживают такие параметры дисфункциональных эмоциональных коммуникаций в семье, как факторы родительской критики и элиминирования эмоций. Согласно опроснику, фактор критики оценивает наличие критики в адрес ребенка, когда он проявляет негативные эмоции, допускает ошибки в какой-либо деятельности, особенно при сравнении с другими более успешными детьми. Фактор элиминирования эмоций тестирует запрет на выражение эмоций, прежде всего, негативных.

Модель регрессии объясняет 22% дисперсии зависимой переменной «суицидальная направленность», что говорит о значимости вклада совокупности дисфункциональных эмоциональных коммуникаций в семье. На первое место выходит фактор родительской критики. Таким образом, критика и недовольство родителей своим ребенком вносит значимый вклад в возникновение суицидальных мыслей у последних.

Полученные результаты очень хорошо укладываются в интерперсональную теорию суицида Томаса Джойнера. Очень кратко суть этой теории можно представить словами: истинная суицидальная попытка совершается только в том случае, если все три фактора совпадают: желание умереть из-за острого чувства одиночества, восприятие себя как бремени для близких людей, приобретенная толерантность к физической боли и редуцированный страх смерти. *Одиночество* складывается из отсутствия чувства принадлежности к группе людей и отсутствия поддержки, *восприятие себя как бремени* выражается в мыслях «я приношу людям только вред», «я ненавижу себя», «я бесполезен». Конструкт «высокая толерантность к боли и сниженный страх смерти», по мнению авторов, является ключевым фактором перехода от суицидальных намерений к суицидальному поведению.

По результатам исследования предложены следующие мишени психологической помощи: чувство одиночества, социальное избегание, страх негативной оценки и отвержения; неуверенность и негативное отношение к себе, к результатам своей деятельности; неспособность обратиться за помощью в сложной ситуации; низкий уровень доверия к людям; низкий уровень социальной интеграции, эмоциональной и интерперсональной поддержки.

Эгоцентрический тип регуляции поведения при истерическом расстройстве личности

Перчаткина О.Э., Лукьянова Е.В., Аксенов М.М.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

В истерической личности преобладает эгоцентрический тип регуляции. Понятие эгоцентризма многозначно и часто смешивается с родственными терминами, например: с эгоизмом, эготизмом, нарциссизмом, интроверсией и даже с аутизмом. Под эгоцентризмом мы будем понимать чрезмерное сосредоточение на своей особе, то есть высокую степень вовлечения «я» (деятельность предпри-

нимается только по отношению к собственному «я»). Эгоцентризм может возбуждать очень сильную мотивацию, благодаря чему способность к усилию необыкновенно возрастает. Отсюда упорство и терпение в достижении личных целей даже при объективно трудных условиях. Следствием сильного вовлечения «я» является характерное для истерических лиц умение добиться своего в трудных ситуациях, нарушающих ход деятельности, направленной к индивидуальной цели. Одновременно относительно быстрый и безболезненный отказ от внеиндивидуальных целей с появлением даже малейших препятствий связан со слабым вовлечением «я». Эгоцентрический тип регуляции у истерической личности обусловлен по крайней мере несколькими факторами:

1) неусвоенным в процессе социализации социально позитивным поведением (обычно из-за слабого внешнего контроля, то есть неэффективной системы поощрений и наказаний, применяемых окружающими);

2) низкой степенью интернализации норм;

3) отсутствием согласованной и реальной картины мира;

4) завышенным чувством собственной ценности;

5) неадекватным восприятием отношения окружающих к своей особе;

6) чрезмерный дифференцированностью «я» и «они», которая затрудняет выявление сходства других лиц с «я».

Это происходит от того, что основой регуляции эгоцентрического типа является недоразвитие структуры «я». Кроме того, задержка в развитии структуры «я» приводит к возрастанию потребности в поддерживающей информации и повышает сосредоточение на своей особе (сильное вовлечение «я»). Эгоцентрическое поведение в детстве считается закономерным (Piaget, 1966). В переходном возрасте сосредоточенность на собственных проблемах также является результатом характерного для этого периода инстинктивно-эмоционального напряжения, связанного с несформировавшимся еще понятием собственного «я».

Эгоцентрический тип регуляции – это поведение, направленное на защиту, поддержание или развитие собственной личности (Семке В.Я., 2010). Регуляция аллоцентрического типа характеризуется преобладанием действий, направленных на удовлетворение потребностей, защиту интересов и развитие других людей, а социоцентрического типа – на цели социальных групп, общественных учреждений и т.п. Об альтруистическом поведении можно говорить в том случае, если, действуя в пользу другого лица, приносят в жертву какие-то собственные ценности или отказываются от индивидуальных целей, хотя иногда благо для других является побочным продуктом осуществления собственных задач. Люди с эгоцентрическим типом регуляции в ситуации выбора учитывают внеиндивидуальную цель только в том случае, если могут осуществлять ее вместе с индивидуальной (Paszkiewicz, 1975). Развитие аллоцентрического типа регуляции зависит от следующих факторов:

1) эмпатии;

2) инструментального научения;

3) воспринимаемого сходства с «я»;

4) интернализации общественных норм.

В исследованиях, проведенных Paszkiewicz (1972), эгоцентрических личностей характеризовали как людей, у которых преобладают тенденции к господству, к демонстрации себя (разговоры о себе, хвастовство, привлечение к себе внимания), к соперничеству (желание занимать первые места, нетерпимость к неудачам). Reykowski (1971, 1976) различает две основные формы регуляции эгоцентрического типа:

1) асертивную (активную), направленную на распространение собственного «я», то есть на укрепление и развитие чувства своей ценности за счет «присоединения к я» различных элементов физической и социальной действительности (например, стремление к господству над окружающими, контролирование все более широкой сферы явлений, приобретение материальных благ, тенденция к увеличению престижа, славы и т.п.);

2) защитную (пассивную), которая ориентируется на охрану собственного «я», то есть на ликвидацию чувства опасности (страха) путем отступления, уступок, избегания неудач, защиты достигнутого положения или принадлежащих индивиду ценностей и т.п.

Асертивный тип регуляции проявляется тенденцией к активному достижению личных целей, высокой степенью сосредоточения на своей личности и самоодобрения, расчетом на снижение собственной ценности окружающими, низкой степенью переносимости фрустрации, агрессивной реакцией на события, почти исключительно касающиеся своей особы. Очевидно, манипуляционный тип регуляции, характерный для истерической личности (см. раздел 4.9), является патологической формой асертивного типа эгоцентрической регуляции. С точки зрения концепции эгоцентрического типа регуляции истерическую личность отличают следующие свойства:

1) рецептивное поведение, то есть поведение, направленное на получение чего-либо (получение благ), например: помощи, заботы, одобрения, восхищения, послушания, привилегированного положения, первенства и т.д.;

2) удовлетворение своих потребностей за счет других лиц, например: путем контролирования других, занижения их положения, сосредоточения на себе внимания и интереса окружающих;

3) восприятие действительности с точки зрения полезности предметов и событий для личных целей, например: избирательное восприятие и запоминание полезных сведений, мнимых обязанностей других по отношению к индивиду, событий, представляющихся обидными;

4) подчинение познавательных механизмов регуляции инстинктивно-эмоциональным механизмам, что проявляется, в частности, нереалистическим и фобическим мышлением, отсутствием эмоционального контроля, тенденциозно негативной оценкой намерений и планов других людей, неадекватной оценкой собственных возможностей (завышенный уровень самооценки и притязаний).

Чрезмерное расширение понятия психопатии, лучшим примером которого является монография Кемпиньского (1977), привело к тому, что этот диагноз ставят зачастую непродуманно. Поэтому в литературе, особенно англосаксонской, в последнее время наблюдается стремление уточнить диагностические критерии (Cleckley, 1964) «неправильной личности» (термин, предложенный вместо

отягченного осуждающим значением названия «психопатия»). В литературе довольно единогласно подчеркивается, что «осевым» проявлением психопатии является бесчувствие, проявляющееся отсутствием моральных чувств, неспособностью переживать чувство вины и стыда, невозможностью установить прочные позитивные эмоциональные связи с другими людьми, макиавеллистической позицией и крайней сосредоточенностью на собственной особе (Craft, 1966; Henderson, 1939; Jakubik, 1975d; McCordowie, 1956).

Знаток этой проблемы Cleckley (1964) приводит следующие диагностические критерии неправильной личности: стойкая неспособность к эмоциональным связям, безличное отношение к половой жизни, отсутствие чувства вины и ответственности, невозможность удержаться от удовлетворения потребности, фиксированное и неадекватное антиобщественное поведение, саморазрушающий образ жизни (например, разрушение имеющихся после периода хорошей приспособленности успехов и достижений по причинам, непонятным окружающим), неспособность к постановке далеких целей, к предвидению последствий своего поведения и использованию своего опыта (неэффективность процесса научения), необъяснимое логически прерывание предпринятой конструктивной деятельности, сохранный «технический» интеллект, неспособность отличить ложь от правды, отсутствие страха, нетипичная или необычная реакция на алкоголь, частое шантажирование самоубийством, тенденция к самоповреждению.

Предлагаемая концепция патогенеза и регуляционных свойств неправильной личности свидетельствует в пользу ее качественного, а не количественного отличия от классических расстройств личности.

Диагностико-коррекционные подходы в работе с аутичными детьми

Песоцкая Н.В., Третьякова Л.И.
КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Рубцовска»

Ранний детский аутизм – одно из самых загадочных нарушений развития.

Ранний детский аутизм (РДА) – это отклонение в психическом развитии ребенка, главным проявлением которого является нарушение общения ребенка с окружающим миром. В большинстве случаев развитие ребенка нарушено с младенчества, всегда в первые 5 лет.

Распространенность составляет 4-5 случаев на 10 тыс. детей. Преобладают перворожденные мальчики (в 3-5 раз чаще, чем девочки).

В психиатрической больнице г. Рубцовска наблюдается 9 детей с диагнозом аутизм. Все они мальчики, впервые попавшие под наблюдение детского психиатра в 3-4 года, 7 из них – первые дети в семье; все инвалиды детства, имеющие снижение интеллектуальных функций.

Ежегодно все дети проходят стационарное лечение в детском отделении КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Рубцовска», где большое внимание уделяется изучению данной категории детей: диагностированию, изучению клиниче-

ских особенностей, специфике построения коррекционных работ, реабилитации, работе с семьей.

С ребенком на протяжении всего периода амбулаторного и стационарного лечения работают психиатр, психолог, логопед, психотерапевт. Учитывается, что медико-педагогическая и психологическая помощь наиболее продуктивна на этапе формирования личности (до 5-7 лет).

За 10 лет отличается рост данной патологии, что прослеживается и по данным КГБУЗ «Психиатрическая больница г. Рубцовска», (2004 г. – 0 чел., 2005 г. – 1 чел.; 2006 г. – 3 чел., 2008 г. – 5 чел., 2010 г. – 12 чел., 2011 г. – 8 чел., 2013 г. – 9 чел.).

Однако увеличение количества детей с аутизмом обусловлено изменением подходов к диагностике.

Диагностические критерии расширены и распространены на большее количество детей. Многим детям, которым в прошлом поставили бы «умственную отсталость», сегодня ставят диагноз «аутизм».

Основные диагностические признаки по Kanner, используемые до настоящего времени:

- начало расстройства до 2,5-3 лет;
- аутистическое одиночество;
- расстройство навыков речи;
- «навязчивое желание однообразия»;
- причудливое поведение и манерность;
- отклонение в игре;
- атипичные сенсорные реакции.

Специфика построения коррекционной работы:

1. Важна гибкость педагога, психолога, логопеда, которые могут по ходу перестраивать занятие с учетом пристрастий и настроений ребенка. Можно заранее составить план занятия, но действовать придется в зависимости от ситуации и желания ребенка. Надо быть чутким к ребенку, и можно увидеть, что он сам подсказывает форму взаимодействия с педагогом.

2. На начальных этапах обучения важно подкреплять желаемое поведение ребенка, а также использовать его интересы для удержания его внимания.

3. Вначале следует подбирать доступные ребенку задания, создавая ситуацию успеха. Сложность увеличивать постепенно, после того как у ребенка появилась установка на выполнение задания, причем взрослый на первых порах действует за ребенка, управляя его руками.

4. Важна совместная деятельность: педагог рисует одно, ребенок заканчивает или наоборот. Также в аппликации, в лепке, в конструировании, в игре.

5. Используется разнообразный конструкторский материал, дидактические пособия и игрушки разборного характера, всевозможные двигательные игрушки (машинки, волчки, мячи), а также мягкие игрушки, куклы-рукавички для формирования социальных навыков.

6. Аутичный ребенок нетерпим к непредсказуемости. Ему легче жить, когда все определено. За одним столом делаем то, что требует педагог (произвольности), за другим – то, что разрешается. Здесь мы рисуем, здесь, на коврике – играем, делаем постройку. Так у ребенка обеспечивается надежность.

7. Переход из одного места в другое должен быть последователен. Переходить надо, когда ребенок пресытился контактом.

8. Любым играм придаем сюжетный эмоциональный смысл. Строим постройку из кубиков, рассказываем о том, что там будет жить мама, папа, ребенок; делаем мебель, говорим, что это мебель для ребят. Рисуем машинку – рассказываем о том, что это «папа едет за тобой в садик». В результате у ребенка появляется большая направленность на людей, интерес к окружающему миру, эмоционально окрашенным становится контакт с близкими.

9. Задачи интеллектуального развития определяются в зависимости от образовательного маршрута ребенка.

10. Принимаем во внимание ранний интерес к сенсорным эталонам и знакам: цифрам, буквам.

В системе коррекционной работы с аутичными детьми применяются: арт-терапия, куклотерапия, музыкальная и танцевальная терапия.

Логопедическая работа:

- логопедическая работа отличается от традиционной ввиду специфичности речевых расстройств;
- в работе с аутичными детьми не всегда применимы традиционные логопедические приемы;
- центральное место в формировании речевых и коммуникативных навыков занимает игротерапия;
- при обучении грамоте используется глобальное чтение;
- многие понятия дети усваивают на написанных на карточках словах. А некоторые дети общаются с опорой на карточки.

Таким образом, эффективность реабилитационной работы зависит от комплексного реабилитационного подхода на всех этапах с учетом особенностей данного заболевания, а также тесного взаимодействия с членами семьи.

Социально-демографическая характеристика пациентов с психотическими расстройствами, прошедших стационарное лечение в 2006 и 2011 годах

Петрачков И.В., Агарков А.А., Погорелова Т.В.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», г. Томск

Психическое здоровье – неотъемлемая часть благополучия человека и общества в целом (Мьюджин М., 2005). В начале 90-х годов в российском обществе проходили социально-экономические преобразования, что привело к ряду негативных явлений, которые сказались как на общем положении психически больных, так и на состоянии психического здоровья населения в целом (Краснов В.Н., 2001). Развитие новых форм социальной и экономической жизни привели к социальной уязвимости психически больных. Практически разрушена система социально-трудовой реабилитации, которая была создана отечественными пси-

хиатрами за многие годы (Шаломайко Ю.В., 2007). Малоразвитость системы социальной поддержки приводит к незащищенности психически больных. Больные, длительно страдающие психическим заболеванием, оказались в бедственном финансовом положении. Они испытывают серьезные трудности с приобретением продуктов питания, одежды (Гурович И.Я., 2000; Казаковцев Б.А., 2001). За последние десятилетия появилась отдельная группа психически больных, которые утратили свое жилье и оказались на улице (Лившиц А.Е., 2004; Мьюджин М., 2005). В 90-е годы наблюдался рост первичной инвалидности (почти в 2 раза), а также увеличение общего числа инвалидов в результате психического заболевания (Гурович И.Я., 2000; Лившиц А.Е., 2001). Социально-демографические характеристики позволяют провести более дифференцированную карину при различных вариантах психических расстройств.

Цель исследования – провести анализ социально-демографических показателей пациентов с психотическими расстройствами, прошедших стационарное лечение в 2006 и 2011 гг. на базе ОГБУЗ «ТКПБ».

Материал и методы исследования: статистические данные по основным социальным и демографическим характеристикам больных с расстройствами психотического уровня. Методы: клинико-динамический, катамнестический, статистический.

Задачи: определить уровень социально-демографических показателей среди больных-хроников, прошедших лечение в стационаре.

Проведен анализ главных характеристик пациентов с психотическими состояниями, которые проходили курс лечения в 2006 г. и пациентов из этой группы повторно, которые поступали на лечение в круглосуточный психиатрический стационар и стационарзамещающие структуры в 2011 г. Количество человек в первой группе составило 658 пациентов, во второй – 189.

Данные виды помощи оказывались жителям города в 2006 г. – 74,12%; в 2011 г. – 79,37%. Количество мужчин и женщин в 2006 и 2011 гг. в процентном соотношении существенно не менялось. Максимальный возраст исследуемых в 2006 г. превалировал у лиц старше 60 лет, что составило 14,89%. Возрастная группа от 37 до 42 лет обладала наименьшим удельным весом в группе и составила 10,33%. Возраст лиц, повторно проходивших лечение в условиях стационара и замещающих подразделениях, в 2011 г. приобрел значительные изменения. По данным исследования, на возраст 25-30 лет пришелся наибольший удельный вес и составил 15,87%, на возраст от 18 до 24 лет – наименьший и составил 2,65%.

Высшее образование среди пациентов имели 17,02% в 2006 г., 16,93% – в 2011 г. Средним образованием обладали 35,26 и 34,39% (соответственно 2006 и 2011 гг.), среднее специальное отмечается в 31,31% случаев в 2006 г. и 36,51% – 2011 г. В 2006 г. неработающие пациенты составили 77,81% от всех групп. В 2011 г. картина меняется существенным образом и доля лиц данной категории достоверно ($P < 0,001\%$) увеличилась и составила 90,48%.

В первой и второй группах в благоустроенных отдельных квартирах проживают 45,7 и 47,6% (соответственно 2006 и 2011 гг.) исследуемых пациентов. Из них доля лиц, проживающих с родителями или родственниками, колеблется от 30 до 40%.

В период с 2006 г. по 2011 г. количество больных с давностью заболевания более 15 лет увеличилась с 27,8 до 41,3%. В обеих группах наблюдалась умеренная прогредиентность заболевания и составила 77,8 и 86,7% в соответствующие годы. 5% составило злокачественное течение болезни. Отмечается резкое профессиональное снижение в обеих группах: в 2006 г. – 79,6%, в 2011 г. – 75,1%. Пациенты, не имеющие группу инвалидности по психическому заболеванию, составили 39,7 и 14,9% (соответственно 2006 и 2011 гг.). Вторую группу инвалидности имели 53,6 и 76,6% в соответствующих годах.

Количество лиц, поставленных на диспансерный учет, в период с 2006 по 2011 гг. увеличился с 9 до 16%. В 2006 г. доля первичных больных составила 20% от всех пациентов с психотическими состояниями, которые проходили курс лечения в течение года.

Выводы: исследования показывают, что уровень профессиональной адаптации снижается, в результате чего необходимы новые реабилитационные полипрофессиональные программы реабилитации пациентов с психотическими расстройствами. За период с 2006 по 2011 гг. увеличилась доля хронизированных пациентов с давностью заболевания больше 15 лет. За пятилетний период выявлено увеличение количества пациентов, состоящих на активном наблюдении с высоким риском совершения общественно опасных деяний.

К проблеме расстройств личности смешанного (мозаичного) типа

Платонова А.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В проблеме расстройств личности существуют разделы, нередко вызывающие противоречивые взгляды и оценки ученых. К ним относятся вопросы этиопатогенеза и клинической классификации расстройств личности.

Во многих классификациях смешанная форма расстройств личности отсутствует. В МКБ-10 выделены смешанные расстройства личности, тождественные мозаичным, где они определяются как «расстройство личности с чертами некоторых расстройств, но без доминирующего комплекса симптомов, позволяющего поставить более специфический диагноз».

По данным О.А. Трифонова и соавторов, среди клинических форм расстройств личности мозаичная (или смешанная) наиболее часто встречается, однако не всегда диагностируется. В.А. Гурьева и В.Я. Гиндикин отмечают, что распространенность расстройств личности смешанного типа составляет 7% у подростков и 18% у взрослых психопатических личностей. П.Б. Ганнушкин писал, что чистые формы психопатий в том виде, как их принято описывать, встречаются редко: в жизни преобладают формы смешанные – отсюда и необыкновенное разнообразие и большая неустойчивость отдельных симптомов.

Большинство ученых подчеркивают, что «чистые» группы расстройств личности представляют собой исключение, чем правило: реально чаще прихо-

дится сталкиваться с наличием особенностей, присущих более чем одному расстройству личности, которые до конца не отвечают критериям ни одного из расстройств и все же вызывают значительные нарушения социальной и профессиональной деятельности.

Диагностика расстройств личности смешанного типа становится уже возможной на стадии структурирования психопатии, совпадающей с началом позитивной фазы пубертатного криза. Мозаичность психопатической структуры в одних случаях остается на многие годы, в других – прослеживается только в период стадии структурирования, отражая лишь определенный этап формирования психопатии.

Б.В. Шостакович считает, что при расстройствах личности постепенно накапливаются черты иной психопатической структуры, что приводит к «сложному» психопатическому синдрому, взаимным переходам одних вариантов расстройств личности в другие.

Патоморфоз расстройств личности наблюдается в последнее время, в качестве одной из особенностей включает в себя нарастание количества нерезко очерченных, структурно сложных, полиморфных и мозаичных психопатий.

В отечественной психиатрии развивается концепция о текучести форм расстройств личности: речь идет не о ряде дискретных групп, а о непрерывном «континууме», следствием чего и является возможность наличия смешанных, амальгамных вариантов расстройств личности.

В настоящее время наиболее принята точка зрения о том, что биологические и средовые факторы действуют во взаимодействии друг с другом, и изменения удельного веса каждого из этих факторов могут усиливать или ослаблять расстройства личности. По мнению А.Е. Личко, расстройства личности смешанного типа чаще встречаются при наличии резидуально-органического заболевания головного мозга, полученного в раннем детстве. Г.В. Козловская и Л.Ф. Кремнева полагают, что с годами биологические факторы утрачивают свое значение, уступая место факторам социально-психологическим.

Таким образом, в основе этиопатогенеза смешанных расстройств личности лежит взаимодействие конституционально-биологических, органических и социально-психологических факторов. То есть мозаичность этиологии во многом обуславливает клиническую мозаику.

По данным наших исследований, диагностика расстройств личности смешанного типа чаще всего происходит на этапе позитивной фазы пубертатного криза. Этот этап характеризуется клиническим полиморфизмом, в клинической симптоматике ведущую роль играют то одни, то другие психопатические проявления. Наиболее часто сочетаются истерические, неустойчивые и возбудимые черты характера. При становлении расстройств личности смешанного типа подростки оказываются ближе то к одному типу психопатии, то к другому.

В результате изучения клинических особенностей расстройств личности смешанного типа у молодых людей можно выделить их общие признаки:

- полиморфизм симптоматики, выходящий за рамки одной формы;
- наслоение внешних сходных черт характера;
- чередование доминирования патохарактерологической симптоматики в разные возрастные периоды;

- взаимовлияние разнородных характерологических черт, усиление при отрицательных средовых воздействиях или ослабление – при позитивной микросоциальной среде.

Таким образом, полученные клинические данные расширяют представления о расстройствах личности смешанного типа и могут способствовать точности их диагностики на ранней стадии формирования.

Организация психиатрической помощи больным туберкулезом легких в Алтайском крае

Плотников А.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница №3», г. Барнаул

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайская краевая психиатрическая больница №3» оказывает специализированную медицинскую помощь психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, и осуществляет медико-социальную реабилитацию больных, перенесших специфический процесс легких. В стационаре получают лечение больные, страдающие двумя социально значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Больница располагает четырьмя психотуберкулезными отделениями, рассчитанными, в общей сложности, на 200 коек, отделением специализированного типа на 25 коек для осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих сопутствующим туберкулезом легких, отделением на 40 коек для длительного лечения психических заболеваний в сочетании с хроническим туберкулезом легких, лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики. В целях оптимизации лечебно-реабилитационного процесса Администрацией Алтайского края принято решение о присоединении с 2014 г. КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница № 3» к КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана».

Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путем тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров. В частности, согласно СП 3.1.1295-03 от 18.04.2003 г., все больные, состоящие на диспансерном учете у психиатра, два раза в год направляются на флюорографическое обследование.

Неблагополучная социальная ситуация, в которой находится большая часть больных, очевидно, создает определенные трудности не только для выявления патологии, но и для реабилитации после курса лечения в стационаре, высока частота повторных госпитализаций. Часто пациенты, выписанные после успешно завершенной интенсивной фазы противотуберкулезной терапии, не принимают противотуберкулезные препараты, и вскоре поступают с ухудшением состояния. Поэтому для данного контингента больных социальная поддержка является столь же, если не более, важной, чем медицинские мероприятия.

Кроме того, в Алтайском крае существует проблема недостаточного выявления туберкулеза легких среди психически больных, что обуславливает высокий процент «запущенного» туберкулеза у пациентов, поступающих в Алтайскую краевую психиатрическую больницу № 3.

Также немаловажной проблемой является отсутствие в Алтайском крае условий для осуществления специализированной медицинской помощи больным, страдающим болезнями зависимости, а также алкогольными (интоксикационными) психозами и туберкулезом легких. АКПБ № 3 не имеет лицензии на оказание наркологической помощи, наркологические учреждения края не располагают специализированными палатами для лечения больных туберкулезом.

Основные показатели КГБУЗ «АКПБ № 3» 2009-2012 гг.

Показатели	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Число сметных коек	265	265	265	265
План койко-дней	90100	90100	90100	90100
Выполнено койко-дней	95078	95183	95466	96525
Поступило больных	177	286	224	200
Выбыло больных	183	295	209	208
Количество койко-дней выписанных	50066	120451	50746	82473
Умерло больных	29	32	25	19
Количество койко-дней умерших	17530	24758	14942	15744
Летальность	15,8	10,8	11,9	9,1
Среднее пребывание на койке (фактическое)	434,4	322,6	440,9	464,0
Среднее пребывание на койке (выбывших)	369,3	492,2	314,2	472,1
Оборот койки	0,7	1,1	0,78	0,78
Работа койки	302,3	359,2	360,2	364,2

Как следует из таблицы, за последние три года отмечается планомерное уменьшение поступления больных, уменьшение числа пролеченных больных, снижение среднего фактического пребывания больных на койке, снижение оборота койки. Данные цифры говорят либо о снижении заболеваемости туберкулезом легких среди психически больных в Алтайском крае, либо об ухудшении выявления данной патологии. Вместе с тем положительным моментом представляется общее снижение летальности.

В заключение считаем нужным отметить, что, как показывает опыт работы в условиях КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница № 3», а также анализ литературы, течение туберкулеза легких больше зависит не от психического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных больных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулезной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности увеличивают риск прогрессирования туберкулеза легких за счет неэффективности амбулаторного лечения.

Этнокультуральные аспекты синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Полетаев В.В., Котеняткина А.А.
Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан, г. Бишкек

Этиология, диагностика и лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) были предметом активных дебатов и споров по меньшей мере с 1970-х годов. По многим причинам СДВГ остается одним из самых противоречивых психических расстройств, несмотря на то, что он является реальным медицинским диагнозом [МКБ-10, раздел F 90.0 ADHD]. Главными предметами противоречия являются вероятная гипердиагностика СДВГ, назначение стимулирующих средств детям (стимуляторы амфетаминового ряда) и методы, используемые при диагностировании и лечении СДВГ, а также немалое сопротивление оказывается со стороны родителей и опекунов, которые в большинстве случаев отрицают наличие заболевания у своего ребенка, ссылаясь на недостаточность данных, противоречивые критерии диагностики, страх беспричинного «навешивания социального ярлыка» на своего ребенка. Практически значимым остается исследование особенностей течения заболевания: дезадаптивных форм поведения, изменение психологических процессов у диагностируемых детей, тяжесть последствий и причин возникновения.

Целью исследования является изучить феномен СДВГ как следствие дисфункциональных объектных отношений в микро- и макросоциуме.

Задачи:

1) идентифицировать преобладающие психические процессы, способствующие формированию дезадаптивных форм поведения;

2) изучить этнокультуральные факторы с позиции формирования феномена СДВГ как оптимизирующего фактора, способствующего процессу дифференциальной диагностики;

3) разработать модель оценки тяжести феномена СДВГ с учетом прогноза последствий.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленных задач было исследовано 14 пар «мать-ребенок» (возраст детей 6-14 лет) с учетом порядка рождения ребенка и этнической принадлежности.

Методами исследования являлись: полуформализованное интервью, шкала анализа семейных взаимоотношений Э.Г. Эйдемиллера; стандартизованные шкалы по оценке тревоги Спилбергера-Ханина и депрессии Цунга, Оценочная шкала СДВГ (для родителей и педагогов), Методика Айзенка по определению типа темперамента.

Результаты и их обсуждение.

Большинство семей принадлежало к славянской группе – 43%, практически одинаковый процент пришелся на азиатскую и смешанную (метисованную) этнические группы (28 и 29%). Самые высокие показатели нейротизма по методике Айзенка приходились на семьи славянской и смешанной группы (71%), так же в смешанных семьях было выявлено наибольшее количество детей с повы-

шенной интровертированностью (21%), у которых единственных наблюдалась высокая ситуационная тревожность. Только в смешанных семьях было зафиксировано наличие гипопротекции (Г–) (14%) и высокий уровень (С+) (14%) по методике АСВ, что может привести к развитию «безднадзорного» типа воспитания или «жестокого обращения», такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного, неустойчивого и конформного типов. В семьях славянской группы у детей в возрастной группе 6-9 лет наблюдался самый низкий уровень депрессии (29%), однако в возрастной группе 10-14 лет зафиксирована легкая депрессия (14%). Самый большой процент экстравертированных детей приходился на славянскую группу семей (43%). Касательно АСВ был показателен высокий уровень гиперпротекции (Г+) и отсутствия запретов и требований (З–, Т–) у всех семей данной группы. В отношении азиатской группы были выделены высокие показатели нарушения воспитательных паттернов, в виде воспитательной неуверенности (ВН) (26%), неразвитости родительских чувств (НРЧ) (21%), предпочтения детских и женских качеств в своем ребенке (ПДК и ПЖК) (26%), проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК) (14%), что значительно повлияло на самые высокие показатели личностной тревожности у детей данной группы.

По общим данным в 29% случаев матери испытывают воспитательную неуверенность (ВН), 36% отдавало предпочтение детским качествам (ПДК), рассматривая ребенка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию и стимулируя развитие психического инфантилизма. У 50% пар «мать-сын» выявлено предпочтение матерью женских качеств (ПЖК) у ребенка.

Среди индивидуально-типологических свойств у ребенка выявлен высокий показатель личностной тревожности у 86% детей; отличительной особенностью стало возрастание уровня депрессии с возрастом, что доказывает отсутствие депрессии среди группы детей в возрасте 6-9 лет (71%) и появление легкой депрессии у детей возрастной группы 10-14 лет (28%). У 86% детей наблюдался высокий уровень нейротизма, причем показатель достоверно возрастал в зависимости от возраста ребенка ($p < 0,01$).

По результатам корреляционного анализа была обнаружено, что с повышением уровня отсутствия запретов (З–), недостаточности требований (Т–) повышается и уровень предпочтения детских качеств у своего ребенка (ПДК) ($r = 0,879$ и $r = 0,682$, $p < 0,01$).

Неустойчивость воспитания обуславливала предпочтение женских качеств, особенно в парах «мать-сын» ($r = 0,700$, $p < 0,01$). Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознанное неприятие в подростке атрибутов мужского пола. Предпочтение мужских или женских качеств в ребенке обусловливает формирование таких типов воспитания, как потворствующая гиперпротекция или эмоциональное отвержение.

Выяснилось, что высокая ситуативная тревожность детей находится в прямой зависимости с показателем неразвитости родительских чувств (НРЧ) ($r = 0,705$, $p \leq 0,001$), недостатком запретов (З–) ($r = 0,748$, $p < 0,01$), недостатком требований (Т–) ($r = 0,664$, $p < 0,01$).

Обратная зависимость наблюдается по отношению к нейротизму, так, высокий уровень нейротизма обуславливает понижение показателя игнорирования по-

требностей ребенка ($r = –0,732$, $p < 0,01$), а высокий показатель личностной тревоги коррелировал с показателем предпочтения мужских качеств ($r = –0,801$, $p < 0,01$).

На основании проведенных исследований можно заключить следующее:

1. Воспитание, характеризующиеся абсолютным отсутствием запретов со стороны родителей и вседозволенностью, стимулирует развитие гипертимного типа характера у подростка, в частности неустойчивого типа. При потворствующей гиперпротекции происходит стимулирование развития психического инфантилизма, характеризующегося демонстративными (истероидными) и гипертимными чертами характера у ребенка.

2. Динамика нарастания с возрастом аффективных сдвигов тревожно-депрессивного спектра, имеющая сильную корреляционную зависимость с факторами семейных взаимоотношений позволяет судить о поведенческих нарушениях как о личностной реакции ребенка на процессы коммуникации и адаптации в социуме.

3. На фоне СДВГ имеются отличительные особенности процессов внутрисемейного взаимодействия и их связь с психологическими параметрами ребенка в зависимости от этно-культуральной принадлежности семьи. Так, для славянских и семей смешанного этноса наиболее характерны высокие показатели нейротизма, что нехарактерно для семей азиатского этноса. В то же время в азиатских семьях у детей регистрировались наиболее высокие показатели личностной тревоги.

4. Мономорфность клинических проявлений СДВГ при наличии четких клинико-психологических различий в ключе этно-культурального аспекта позволяет говорить о данном синдроме не как об отдельно стоящей нозологии, а как о феномене являющимся предиктором развития тех или иных личностных расстройств, в частности психопатоподобного и диссоциативного типа.

5. Необходимо проведение дальнейших исследований в данном направлении с целью разработки новых и оптимизации существующих дифференциально-диагностических и терапевтических методик, а также методических пособий для специалистов, работающих в сфере детской психиатрии и школьного образования.

Психические расстройства и целиакия

Портнягина Т.В., Шкробова М.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Хочется обратить внимание врачей-психиатров на малоизученную проблему взаимосвязи психических расстройств и такого заболевания, как целиакия. Так как на практике встречаются труднокурабельные больные с полиморфной симптоматикой как психического, так и соматического спектра, у которых нельзя исключить заболевание целиакия, потому что нет информированности по данной нозоологии, а следовательно, и нацеленности на ее выявление.

Целиакия по определению ВОЗ – это энтеропатия, поражающая тонкий кишечник у генетически предрасположенных детей и взрослых, проявляющаяся

при употреблении пищи, содержащей глютен. Глютен – это группа белков пшеницы, ржи и ячменя, которые при запекании теста из этих злаков придают ему необходимые хлебопекарные свойства.

Распространенность целиакии среди здорового населения варьирует примерно с частотой 1 на 100 – 1 на 300 в большинстве районов мира, то есть встречается у 1% населения. Большинство пациентов с целиакией имеют минимальные симптомы, или болезнь протекает атипично. В тонком кишечнике происходит неполное расщепление глютена (белка клейковины злаков) из-за повреждения его слизистой оболочки токсичными продуктами обмена и недостатком особого фермента. Болезнь протекает с поражением всех органов и систем человеческого организма. Выявлено, что на 1 случай типичной тяжелой целиакии приходится на 6 случаев скрытого течения заболевания.

Целиакия может носить врожденный, аллергический, аутоиммунный тип, наследуется по аутосомно-доминантному типу.

Многочисленные исследования и работы последних лет позволяют говорить о целиакии как о системном патологическом процессе, вовлекающем в свою сферу все органы больного человека.

Клинико-лабораторные критерии диагностики целиакии: для установления диагноза целиакии необходимы: определение уровня антител (к глиадину и тканевой трансглютоминазе), двукратное морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки 12-перстной кишки с интервалом в 1 год.

Основные симптомы: боли в животе, рвота, снижение аппетита и/или повышение аппетита, отставание массы тела и роста, боли в костях, кариес зубов, желтизна и разрушение эмали, переломы костей более 2 раз при неадекватной травме, раздражительность, агрессивность, неспокойный сон, сноговорения, снохождения, бессонница, атопический дерматит, частые ОРВИ – более 3 раз в год, анемия, наличие жирных кислот, мыл в серии копрограмм, дисбактериоз кишечника.

Дополнительные: утомляемость, плохая память, стойкие запоры, хронические температурные состояния вплоть до длительных фебрильных, мышечная слабость, повторяющиеся мышечные судороги, обмороки, повторяющиеся парестезии, частые кровотечения из носа, ювенильные маточные и другие кровотечения, нарушения менструального цикла, фолликулярный гиперкератоз, нарушение сумеречного зрения, кожный зуд, выпадение волос вплоть до алопеции, витилиго, рецидивирующие стоматиты, герпетиформный дерматит, эписиндром неясного генеза, наличие у родственников сахарного диабета первого типа, полиэндокринопатий, заболеваний соединительной ткани, опухолей кишечника и других органов.

По литературным данным, может встречаться раздражительность, головная боль, депрессия, апатия, агрессивное поведение, замкнутость, синдром хронической усталости, проявляться шизофреноподобной или эпилептической симптоматикой, при этом желудочно-кишечные симптомы могут практически отсутствовать. Есть исследования, связывающие непереносимость глютена и тяжелую форму аутизма, синдром Аспергера, синдром дефицита внимания, шизофрению.

С нелеченной целиакией связывают некоторые болезни центральной и периферической нервной системы, так как происходит общее длительное отравление организма (эпилепсия с кальцификатами мозга, мозжечковая атаксия, пери-

ферические мио- и нейропатии). Эпилепсия с кальцинатами головного мозга или без них считается ассоциированным с целиакией заболеванием. Среди пациентов с эпилепсией целиакия встречается значительно чаще, чем в общей популяции (3,5-5,5%). Лечение целиакии значительно улучшает состояние больных на эпилепсию (снижается количество и улучшается контроль над эпилептическими приступами, снижаются дозы противоэпилептических средств).

Заведующая педиатрическим отделением № 4 СПбГПМА, доцент кафедры детских болезней СПбГПМА, врач высшей категории М.О. Ревнова предполагает, что одной из причин многочисленных случаев проявления агрессии в армии (самострелы, расстрелы товарищей по службе, избиения, издевательства и т.д.) является отсутствие своевременной диагностики целиакии и, как следствие этого, система питания в армии.

В качестве примера приводим одно из наших наблюдений.

Больной, 18 лет, в поле зрения психиатров попал 1,5 года назад с острым полиморфным психотическим расстройством; был госпитализирован в стационар; несмотря на проводимое лечение современными нейролептиками (рисперидон, затем солиан, а последние 10 месяцев переведен на сердолект 12 мг/сут.), сохранялась апатия, подавленность, замкнутость, рассеянность, трудности в общении со сверстниками, снизилась успеваемость. Учитывая, что у младшего брата целиакия, было предложено обследоваться на данное заболевание. Кровь на антитела к глиадину и тканевой трансглютаминазе были в пределах нормы, а биопсия тонкого кишечника показала изменения 2 стадии из 4. На строгую безглютеновую диету пациента перевели спустя год от начала заболевания. На фоне диеты улучшилось соматическое и психическое состояние: больной окончил школу, поступил в вуз, снизился ранее набранный вес на фоне приема нейролептиков, нормализовались показатели АД и сахара крови, прекратились головные боли.

На основании литературных данных и нашего небольшого опыта в данной сочетанной патологии нельзя исключать у некоторых труднокурабельных больных наличие целиакии, так как выявление целиакии и, самое главное, строгая пожизненная безглютеновая диета улучшат качество жизни больных, а их болезненные психические проявления будут лучше поддаваться терапии.

Психические расстройства у подростков (психодинамические и психотерапевтические аспекты)

Потапова В.А.

ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского» Минздрава России

В работе отечественных психиатров приводятся статистические данные, подтверждающие рост показателей заболеваемости и болезненности психическими расстройствами среди детей и подростков (Годовых Т.В. с соавт., 2001; Ковалевский В.Ф. с соавт., 2001; Вострокнутов Н.В., 1999, 2001; Мазаева Н.А. с соавт., 2005; Голенков А.В., 1998). Проблемы детей рассматриваются в несколь-

ких проекциях: клинической, психологической дизонтогенетической, в контексте макро- и микросоциальной среды. (Макушкин Е.В., 2008; Бардштейн Л.М., Можгинский Ю.Б., 1997; Буторина Н.Е., 2008). Сложности диагностики связаны с тем, что психическое и физическое развитие подростка подвергается выраженным изменениям; для этого периода развития характерны своеобразная дисгармоничность и неравномерность, нарушение физиологического и психологического равновесия, достигнутого на предыдущем этапе онтогенеза (Шевченко Ю.С., Венгер А.Л., 2006; Гурьева В.А. и др., 2007). Представляется малоизученной взаимосвязь специфических изменений подросткового возраста и комплекса факторов, влияющих на формирование психических расстройств у подростков (Eley T.C., Liang H., 2004; Brummelte S., 2006; Adewuya A.O., 2006).

Объектом исследования послужили подростки, обратившиеся амбулаторно за психокоррекционной и психотерапевтической помощью в медико-психологические Центры для детей и подростков «Строгино» (Москва), госпиталь Эскироля (Париж), консультативно-диагностический центр института Сербского, Областную психиатрическую больницу № 1 (Краснодар) в 1995-2013 гг. Возрастные рамки исследования – 12-18 лет. Критерии исключения из группы исследования – наличие психопатологической симптоматики, требующей стационарного лечения (расстройства психотического уровня).

Проведенное нами исследование с использованием клинико-психопатологического, психологического и психодинамического методов, выявило следующие основные феномены, играющие структурообразующую роль в формировании различных путей развития психосоматических расстройств в подростковый период.

1. Тип отношений с объектом:

А – зрелый, генитальный (объект – субъект сепарированы, объект символизирован и интернализирован в психический аппарат в целостном, интегрированном виде).

Б – симбиотический, незрелый (объект-субъект не разделены, объект не интегрирован в своей целостности в психическом аппарате).

В – анаклитический (по типу опоры на объект, но объект психически и эмоционально не доступен для субъекта, синдром «мертвой матери»).

Г – оператуарный, безобьектный (замена объекта на суррогатный объект).

2. Барьер защиты от перевозбуждения:

А – хорошо сформирован и способен к адекватному связыванию и переработке тревоги, символизирован в психическом аппарате.

Б – не отделен от объекта, его функцию по-прежнему выполняет объект, слабый, не справляется с функцией связывания и перерабатывания тревоги, несимволизирован.

В – не развит, не символизирован, представлен на телесно-органном уровне, то есть не способен связать и переработать тревогу, дренируя ее напрямую через тело.

3. Я как структура психического аппарата:

А – Я целостное, интегрированное, способное к зрелым защитам и переработке внешних и внутренних перевозбуждений.

Б – Я расщеплено, не интегрировано в своей амбивалентности. При перевозбуждении не способно к достаточной переработке и связыванию тревоги и влечений.

В – Я-субъект проецировано на Я-объект.

Г – Я психическое равно Я телесное.

4. Сверх-Я как структура психического аппарата.

А – Развитое, несет мораль, правила, запреты, запрет на инцест. В случае чрезмерной требовательности, может вызвать переживания запрет на реализацию влечений и невротический конфликт сопровождающийся псевдосоматизацией по типу конверсионного расстройства.

Б – Жестокое, архаическое, запрещающее разделение.

В – Сверх-Я равно идеальному Я, но идеальное Я – мертвое Я.

Знание факторов пато- и саногенеза, лежащих в основе разработанных профилактических и реабилитационных программ с использованием предложенной психотерапевтической модели, позволяют их применять в профилактической психиатрии. Выделение факторов предикции развития психических расстройств дает возможность сформировать среди подростков группы риска на начальных этапах наблюдения и предотвратить неблагоприятные тенденции развития психических расстройств.

Динамика распространенности наркомании, в том числе дезоморфина, в Алтайском крае за 2008-2012 гг.

Прокопьева Н.П.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) является одной из острейших проблем Алтайского края, представляющее собой угрозу здоровью населению, экономике, социальной сфере, правопорядку.

Особенно опасной представляется тенденция экспансии наркорынка с растущим удельным весом в его структуре синтетических наркотиков, таких как героин и его заменители, средства кустарного производства (дезоморфин, ПАВ амфетаминового ряда и др.). Их распространение формирует в молодежной среде наркотическую субкультуру. Рекламируемые некоторыми СМИ высокие стандарты индивидуального благосостояния, которые сформированы под влиянием зарубежной кино- и телепродукцией, приводят к формированию участия психически незрелой молодежи имитационных моделей поведения, роль в которых психоактивных и наркотических веществ обязательна.

Стратегической целью наркологической медицинской помощи является своевременное выявление и привлечение к лечению и медико-социальной реабилитации лиц, незаконно потребляющих наркотики, совершенствование наркологической медицинской помощи больным, повышение ее доступности и качества.

За период 2008-2012 гг. распространенность наркомании среди населения края несколько стабилизировалась (с тенденцией к снижению на 21%). Общее число зарегистрированных больных наркоманией в 2012 г. составило 8738 чел. (0,36% от общей численности населения Алтайского края). Несмотря на тенден-

цию к снижению, показатель зарегистрированных больных наркоманией превышает аналогичный показатель по РФ в 1,6 раза. Показатель учтенной распространенности по краю составил в 2011 г. – 376,7 на 100 тыс. населения, в 2012 г. – 363,0 на 100 тыс. населения, РФ – 237,51 на 100 тыс. населения в 2011 г.

Г. Барнаул повторяет краевые тенденции. Общий показатель распространенности наркомании уменьшился на 22,4% по сравнению с 2007 г. В 2012 г. зарегистрировано 4171 чел. с зависимостью от наркотиков.

В 2012 г. число впервые обратившихся за наркологической помощью больных наркоманией по краю составило 798 чел. К уровню 2008 г. данный показатель уменьшился на 15,5%, но остался выше среднестатистического показателя по РФ на 42,1% по 2011 г.

По г. Барнаулу за данный период выявлено 313 чел., показатель первичной заболеваемости уменьшился на 11,6%.

Удельный вес женщин с зависимостью от наркотических веществ в общем числе наблюдаемых больных – 17,9% – 1549 чел., доля мужчин – 82,1% – 7114 чел. В 2012 г. по сравнению с 2008 г. наметилась тенденция к росту числа женщин данной нозологии, соотношение составило 1 : 4,6.

В 2012 г. самый высокий показатель зарегистрированных больных наркоманией отмечается в возрасте 20-39 лет – 91,1% (то есть в трудоспособном возрасте), на втором месте – больные в возрасте старше 40 лет – 7%, на третьем месте – молодежь 18-19 лет – 1,7%, доля подростков – 0,1%. Среди детей случаев наркомании не зарегистрировано.

Особенностью сложившейся наркоситуации в Алтайском крае, начиная со второго полугодия 2010 г. и в течение 2011-2012 гг., является рост числа больных героиновой наркоманией, переходящих на употребление наркотического средства кустарного изготовления – дезоморфин.

Сырьем для изготовления наркотика являются кодеинсодержащие лекарственные препараты. Последствия дезоморфиновой наркомании: стремительное формирование наркотической зависимости, крайне высокая токсичность, соматические осложнения (тромбофлебиты, гангрена конечностей, флегмоны, гепатиты, поражение почек, ВИЧ-инфекция, сепсис), психические осложнения (энцефалопатия, деградация личности).

Определенную озабоченность вызывает распространение дезоморфина не только на территории краевого центра, но и в других городах и районах края.

В 2010 г. число обратившихся больных героиновой наркоманией в стационары КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» (АКНД) составило 62%, перешедших на употребление дезоморфина – 38%. Впервые в 2011 г. стали регистрироваться лица, изначально употребляющие дезоморфин, доля которых составила 2%.

В амбулаторную службу за 2010 г. обратилось 1,3% больных героиновой наркоманией, перешедших на употребление дезоморфина, и 98,7% героиновых наркоманов. В 2011 г. – 60% случаев поступления больных с героиновой наркоманией, перешедших на употребление дезоморфина; 35,8% случаев поступления больных с героиновой наркоманией и 4,2% случаев изначально употребляющие дезоморфин.

В 2012 г. процент изначально употребляющих дезоморфин увеличился до 5%. Преимущественный возраст впервые обратившихся лиц, которые начали наркотизацию с употребления дезоморфина, составляет 22-30 лет.

По данным Регионального управления ФСКН России по Алтайскому краю в 2008 г. объем реализации кодеинсодержащих препаратов в крае составил 1085292 упаковки, за 2010 г. было реализовано 2182565 упаковок кодеинсодержащих лекарственных препаратов. Только в первом полугодии 2011 г. было реализовано 1301956 упаковок кодеинсодержащих лекарственных препаратов.

В Алтайском крае по предупреждению потребления дезоморфина принята добровольная этическая хартия фармацевтических работников по правилам продажи кодеинсодержащих препаратов, с 01.12.2011 г. местным законодательным актом введен рецептурный отпуск кодеинсодержащих препаратов. После принятия указанного Закона аптечные организации края прекратили свободный отпуск указанных лекарственных средств. В результате реализация медикаментов с содержанием кодеина сократилась с 2,182 млн упаковок в 2010 г. до 0,584 млн в 2012 г.

Динамика числа обращений наркозависимых лиц в наркологические диспансеры Алтайского края

Обращения	с 01.01.2012 г. по 1.06.2012 г.	с 01.06.2012 г. по 1.10.2012 г.	с 01.10.2012 г. по 14.12.2012 г.
Обратилось больных с зависимостью от наркотиков	211 чел.	100 чел.	104 чел.
из группы опиатов: - дезоморфин	157 чел. (74,4%)	45 чел. (45%)	35 чел. (33,6%)
- героин	15 чел. (7,1%)	2 чел. (2%)	19 чел. (18,3%)
- другие виды наркотиков (отвар мака пищевого необработанного, «ханка»)	39 чел. (18,5%)	53 чел. (53%)	50 чел. (48,1%)

Таким образом, до 2012 г. в Алтайском крае идет увеличение потребления дезоморфина больными опийной наркоманией, что связано с его доступностью и дешевизной.

После прекращения аптеками безрецептурного отпуска кодеинсодержащих препаратов число потребителей дезоморфина снижается.

Особенности диагностики интернет-зависимости среди учащихся средних специальных учебных заведений

Пронин С.В., Чухрова М.Г., Авер А.А.
АНО Наркологическая больница «Витар», Новосибирск
ФГБОУ ВПО «Новосибирский государственный педагогический университет», г. Новосибирск

Интернет стал самым простым способом доступа, передачи и хранения практически любого вида информации. И он для большинства людей является средством коммуникации, получения новых знаний, является удобным инструментом работы, а также простым способом развлечься.

Дескрипция интернет-зависимости, как аддикции, была предложена в 1995 г. Ivan Goldberg, который за основу описания взял переработанную им модель патологического гэмблинга, так как последний входит в диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-IV), на которое обычно ориентируются в своей работе психологи и клиницисты (Internet Addictive Disorder (IAD) Diagnostic Criteria). Зависимое (аддиктивное) поведение характеризуется стремлением к уходу от реальной жизни, от проблем, при помощи химических веществ, либо с помощью определенных действий, инструментов, позволяющих сделать комфортным свое психическое состояние. Интернет, точнее, пребывание на его просторах, предоставляет такую возможность. Психологический комфорт, который испытывают аддикт «онлайн», становится состоянием, к которому он стремится. Это приводит к формированию стойкой зависимости, а интернет становится аддиктивным агентом, таким как алкоголь, наркотики и т.п. Среди психиатров продолжаются дебаты о необходимости включения в интернет-зависимость DSM-V и признания этого психическим расстройством, однако ряд последних исследований показывает важность проблемы этой зависимости. Так, проведенное учеными из университета Суонси и Милана исследование показало, что развитие интернет-зависимости может происходить по тем же законам, что и зависимость от алкоголя и наркотиков (Romano M., Osborne L.A., Truzoli R., Reed P., 2013).

Можно предположить, что у определенной категории лиц имеется искаженное восприятие действительности из-за преобладания у них особых психологических защитных механизмов, которые приводят к возникновению различных аддикций и, в частности, интернет-зависимости. Психологические защитные механизмы – это набор определенных действий, направленных на подавление негативных переживаний. Защитные механизмы характеризуются тем, что они действуют на бессознательном уровне и искажают действительность (Киршбаум Э.И., Еремеева А.И., 2005).

Цель исследования: диагностика интернет-зависимости на основе специализированных опросников, взаимосвязи с уровнем эгозащитных психологических механизмов и состоянием вегетативного баланса, вариабельностью сердечного ритма (ВСР).

Материал и методы исследования. В одном из колледжей Новосибирска были опрошены 168 чел. обоего пола в возрасте 16-20 лет (средний возраст 16,9 года), из них 42 девушки (25%) и 126 юношей (75%), которые регулярно пользовались интернетом. Для выявления интернет-зависимости применялась шкала Чена в адаптации К. Феклисова, В. Малыгина (Киршбаум Э.И., Еремеева А.И., 2005). Для изучения вегетативного баланса на основе оценки общей вариабельности сердечного ритма использован фотоплетизмографический пульс-детектор (М.Б. Штарк) и программа «BFB-тест» (НИИ МБиБ СО РАМН). Для статистических вычислений использовалось программное обеспечение SPSS версия 21. Было выявлено, что в целом пригодность данных шкал для выявления различий относительно приемлема, где альфа Кронбаха = 0,64. Также проведено построение деревьев решений методом CHAID, что позволило упростить определение значимых групп.

Этический аспект. Каждый участник исследования давал письменное согласие на участие в опросе и тестировании, информировался о целях и задачах исследовании.

Результаты исследования. Первая группа (отсутствие зависимости) характеризовалась по шкале Чена с общим баллом интернет зависимости (ОБИЗ) < 42 баллов, 87 чел. (52%), из них 22 девушки (25%) и 65 юношей (75%). Активными пользователями интернета считались лица (вторая группа), где оценка по шкале Чена составляла 42 ÷ 64 баллов, 66 чел. (39%), из них 17 девушек (26%) и 49 юношей (74%). К интернет-зависимым были отнесены лица, набиравшие 65 баллов и более (третья группа), это 15 чел. (9%), из них 12 юношей (80%) и 3 девушки (20%). Все испытуемые проходили тест Плутчика-Келлермана-Конте (Малыгин В.Л., 2010). Результат этого теста показывает напряженность каждого из восьми эгозащитных механизмов и общую напряженность психологических защит. В первой группе сразу несколько шкал будут свидетельствовать о принадлежности к ней: «общее напряжение защит» (площадь под ROC кривой ППК = 0,813 ± 0,170), «вытеснение» (ППК 0,844 ± 0,126; P = 0,001), «коммуникативность» (ППК 0,813 ± 0,17) и «рационализация» (ППК 0,813 ± 0,17). Во второй группе значимой будет только одна шкала – «отрицание» (ППК 0,917 ± 0,094). В третьей группе отличительной чертой ее от других будет шкала «замещение» (ППК 0,74 ± 0,153; ДИ 0,34 ± 1,0). Здесь можно говорить о диссоциированности психических защитных механизмов. Необходимо уточнить, что такой результат получается только при исключении влияния никотина, поскольку он будет «выравнивать» защиты, нивелируя отличия между группами. Можно заключить, что использование теста Плутчика-Келлермана-Конте позволяет прогнозировать степень интернет-зависимости. Далее мы использовали результаты анализа вариабельности сердечного ритма для выявления уровня вегетативного баланса у исследуемых лиц и возможности разделения на группы в зависимости от выраженности интернет зависимости. В анализе были использованы такие стандартные индексы ВСР, как показатели спектральных, арифметических и геометрических характеристик сердечного ритма. В последующем уточнены расчетные градации общего балла интернет-зависимости (шкала Чена) для них.

В заключение необходимо подчеркнуть, что применение статистической процедуры «деревья решений» по алгоритму CHAID позволило определить градации значимых групп для выявления интернет-зависимых лиц не только с помощью стандартной шкалы Чена, но и показать возможность диагностики таких состояний с помощью опросника оценки защитных психологических механизмов. Одновременно с этим выявлено, что использование индексов вегетативного баланса (индекс Кердо + индекс Кеттле) в уравнениях бинарной регрессии, или только применение индексов вариабельности сердечного ритма, позволяет диагностировать и ввести такие групповые градации интернет-зависимости, соотносимой со шкалой Чена: < 36 баллов отсутствие зависимости; 35 ÷ 46 баллов легкая степень; 46 ÷ 62 балла средняя степень; > 62 баллов выраженная степень интернет-зависимости, особенно если сопутствует табакокурение или прием алкоголя.

У начинающих пользователей интернета можно говорить о диссоциированности психических защитных механизмов, по сравнению с интернет-зависимыми. У последних отмечается ассоциация таких защитных механизмов, как «отрицание» и «замещение» с одновременной потребностью постоянного пребывания в информационном пространстве интернета как своеобразного компенсатора внутреннего психического вакуума или аутоагрессивности.

ЭЭГ-мониторинг сна в диагностике психических и поведенческих расстройств у детей

Пустовойт С.М.
МБУ «Центральная районная больница Новокузнецкого района», г. Новокузнецк

В практике детского психиатра и невролога особый интерес представляют психические и поведенческие расстройства, при которых психопатологическая симптоматика может быть обусловлена повреждающим действием эпилептических разрядов. Клиническая картина таких расстройств при отсутствии эпилептических приступов может проявляться синдромами аутизма, нарушениями поведения, задержкой психоречевого развития, которые ассоциированы с продолженной эпилептиформной активностью во сне и объединяются общим понятием «когнитивная эпилептиформная дезинтеграция» (термин введен на 5-м Европейском конгрессе по эпилептологии в Мадриде в 2002 г. Дж. Гобби (Gobbi G.)). Квалификация таких случаев не возможна без записи электроэнцефалограммы (ЭЭГ), что входит в стандарты диагностики эпилепсии и в нашей стране.

Тем не менее неоднократно отмечалось, что рутинная, обычная ЭЭГ, с одной стороны, может не выявить эпилептиформных паттернов, а с другой, ошибочная оценка широко распространенных в детском возрасте доброкачественных эпилептиформных паттернов детства (ДЭПД), которые регистрируются у 1-2% здоровых детей без эпилепсии в анамнезе (Ноговицын В.Ю. и соавт., 2004), может привести к гипердиагностике эпилепсии и серьезным психологическим и социально-экономическим последствиям (неадекватная терапия, социальные ограничения, финансовое бремя на семью и государство). «Рутинная межприступная электроэнцефалография является одним из наиболее часто злоупотребляемых методов исследования в клинической медицине и без сомнения ответственна за великие человеческие страдания», – так образно характеризует сложившуюся ситуацию профессор неврологии Ливерпульского университета Д. Чедвик (Chadwick D.).

Психические и поведенческие расстройства у детей, включенные в понятие когнитивной эпилептической дезинтеграции, характеризуются двумя важными электроэнцефалографическими феноменами: доброкачественными эпилептиформными паттернами детства (ДЭПД) и продолженной эпилептиформной активностью в фазе медленного сна (ПЭМС).

Доброкачественные эпилептиформные паттерны детства – электрографический эпилептиформный паттерн, представленный острой волной с последующей медленной волной, где начальный острый компонент всегда выше по амплитуде, и по морфологии комплекс похож на зубцы QRST на ЭКГ. Доброкачественные эпилептиформные паттерны детства встречаются при многих состояниях как эпилептической, так и неэпилептической природы и исчезают с наступлением пубертатного возраста. Индекс ДЭПД нарастает в состоянии дремоты и максимален в фазе медленного сна (особенно 1-2-й стадии). Разряды, идентичные ДЭПД, имеющие постоянный, продолженный характер и высокий индекс представленности, описываются как продолженная эпилептиформная активность

в медленном сне (ПЭМС). Именно ПЭМС составляет патофизиологическую основу некоторых форм эпилепсии и встречается исключительно в детском возрасте (Мухин К.Ю. и соавт., 2004).

Таким образом, дифференциальным критерием эпилептической природы психических и поведенческих расстройств у детей будут паттерны ЭЭГ во время сна. Диагностическая ценность данного метода подтверждена в многочисленных исследованиях. Так, по мнению известных американских нейрофизиологов супругов Гиббс (Gibbs F., Gibbs E., 1964), одна минута записи ЭЭГ во время поверхностного сна может дать больше информации для диагностики эпилепсии, чем целый час записи ЭЭГ в состоянии бодрствования.

ЭЭГ-мониторинг сна включает запись во время бодрствования с проведением всех стандартных функциональных проб и во время сна, с регистрацией хотя бы одного полного цикла сна и до тех пор, пока не будет получено достаточных диагностических данных (Рекомендации по длительному мониторингу при эпилепсии, принятые Американским обществом Клинической Нейрофизиологии). Констатация эпилептиформной активности в виде доброкачественных эпилептиформных паттернов детства, нарастающей и достигающей продолженной эпилептиформной активности в фазу медленного сна, в сочетании с психическими и поведенческими нарушениями у детей может предполагать диагноз эпилепсии и назначение противоэпилептической терапии.

Организация ЭЭГ-мониторинга сна в медицинских муниципальных бюджетных учреждениях и увеличение доступности этого перспективного диагностического метода в нашей стране значительно затрудняется из-за отсутствия необходимой нормативной базы. Этот метод не включен в номенклатуру функциональных исследований (приказ Минздрава России от 30.11.1993 г. № 283), не регламентированы его объем и условия проведения, отсутствуют расчетные нормы времени. Эта методика не включена в статистические формы отчетности, и нет данных, сколько вообще в нашей стране проводится этих исследований.

Считаем, что направление на ЭЭГ-мониторинг сна детей с психическими и поведенческими расстройствами, предположительно имеющими эпилептический генез, значительно улучшит качество дифференциальной диагностики и эффективность терапии, и этот метод должен быть включен в стандарты диагностики эпилепсии у детей и в номенклатуру функциональных исследований в нашей стране.

Неврологические синдромы при дисциркуляторной энцефалопатии в гендерном аспекте

Рахматова С.Н., Суюнова М.Х.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, г. Бухара

Кафедра неврологии и медицинской генетики

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – прогрессирующее органическое изменение головного мозга, развивающееся вследствие хронической мозговой сосудистой недостаточности, приводящий к неврологическому и когнитивному дефекту, а в конченом результате – к стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации больного. Проблема дисциркуляторной энцефалопатии с позиции

этиологического момента, клинического полиморфоза достаточно хорошо освещена. Но надо отметить то, что имеются различия в течении и клиническом проявлении ДЭ в возрастном и половом аспекте, на что на практике не уделяется достаточного внимания. Эти особенности, вероятно, обусловлены с различными влияниями фоновых факторов у лиц мужского и женского пола, в разных возрастных группах. В доступной литературе имеется ряд работ отечественных и иностранных авторов, посвященных распространенности ЦВЗ в популяции среди лиц мужского и женского пола (Маджидова Ё.Н., 1995; Гафуров Б.Г., 1998; Гусев Е.И., 2003; Веленский Б.С., 2003 и др.). Результаты исследования этих авторов показали, что частота заболеваемости острыми и хроническими формами ЦВЗ среди лиц женского пола возрастает к климактерическому периоду. Результатами исследований зарубежных авторов установлено, что в женской популяции чаще всего ДЭ являются психоэмоциональные расстройства, превалирующие над очаговыми неврологическими и когнитивными расстройствами. Таким образом, проблема ДЭ в аспекте полового диморфизма практический не изучена.

Цель исследования изучить особенности клиники и течения неврологических синдромов у мужчин и женщин, страдающих ДЭ.

Материалы и методы исследования. В работе были использованы архивные данные консультативно-диагностической поликлиники Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Проспективно проанализированы 120 случаев заболевания ДЭ, из них 60 случаев составили лица мужского пола, 60 – женского. Клинико-неврологические исследования осуществлены в динамике. Всем больным проведены инструментальные исследования: КТ, МРТ, ЭЭГ, УЗДГ, а также клинические методы исследования (общий анализ крови, мочи), ВСК, коагулограмма, биохимические анализы крови, липидный спектр. Количественные данные обрабатывали с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0 forWindows; использовали критерии t, χ^2. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных нами исследований было выяснено, что на ранних стадиях ДЭ больше жаловались на головные боли (соответственно 86,3 и 59,9%, $p < 0,05$), головокружения (у 71,2 и 33,67%, $p < 0,05$), шум в голове и ушах (82,2 и 62,6%, $p < 0,05$), неустойчивость при ходьбе (66,8 и 38,5%, $p < 0,05$), ухудшение памяти и внимания (79,9 и 53,2%, $p < 0,05$). Головная боль характеризовалась клинической гетерогенностью: у 82,3% женщин с ДЭ и у 45,6% мужчин ($p < 0,05$) выявлялась головная боль напряжения (ГБН), у 9,5% женщин и 17,3% мужчин – цервикогенная головная боль (ЦГБ), у 3,6% женщин – мигрень без ауры. Цефалгический синдром у женщин с ДЭ отличался от такового у мужчин разнообразием словесных дескрипторов; более высокими ($p < 0,05$) показателями частоты, длительности и интенсивности болевых эпизодов; сочетанием в большинстве случаев головной боли с коморбидными болевыми синдромами, среди которых преобладали артралгии и поясничные миофасциальные боли. У большинства пациентов боль была почти постоянной и проявлялась чувством тяжести в голове.

В структуре цефалгий у больных на ранних стадиях ДЭ доминировала хроническая форма ГБН (ХГБН); она встречалась у женщин (59,1 при 30,1% у

мужчин, $p < 0,05$), характеризовалась большей, чем у мужчин, представленностью ночных или утренних диффузных головных болей (соответственно 46,7 и 26,6%, $p < 0,05$), которые по своим клиническим особенностям могли указывать на участие венозной дисциркуляции в их развитии и хронизации. Второй по частоте была жалоба на головокружение. Головокружение несистемного характера с ощущением проваливания наблюдалось у 62,2% больных женщин, у 42,6% у мужчин, не зависящим от положения тела ($p < 0,01$). В соматическом статусе у женщин с ДЭ чаще, чем у мужчин, выявлялись нестабильное течение артериальной гипертонии (соответственно 90,2 и 49,6%, $p < 0,05$), внешние признаки нарушения венозного оттока из полости черепа – одутловатость лица, пастозность век, цианоз губ (71,8 и 39,6%, $p < 0,01$), холецистопатия и дискинезия желчных путей (40,0 и 33,8%, $p < 0,05$), тогда как больные мужчины отличались преобладанием ($p < 0,01$) язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (46,3 при 11,2% у мужчин). Женщины ($p < 0,05$-$0,01$) в основном предъявляли неспецифические жалобы, отражающие наличие эмоциональных (93,3 и 61,3% у мужчин) и вегетативных (соответственно 76,8 и 59,6%) нарушений. Преобладающий характер таких субъективных расстройств на ранних стадиях ДЭ у больных женщин, по-видимому, зависит не только от биологических особенностей их организма, но и от наличия в отличие от мужчин психологического и поведенческого профилей, определяющих разные реакции на одинаковые воздействия и ситуации. При МРТ головы: у женщин с ДЭ отличались от мужчин большей выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза (ЛА) всех локализаций ($p < 0,05$), симметричностью атрофических изменений мозга, преобладанием единичных и мелких (до 5 мм) ишемических очагов в веществе головного мозга (52,3 при 9,9% у мужчин, $p < 0,05$). Больные мужчины характеризовались большей ($p < 0,05$-$0,01$) выраженностью асимметричной внутренней церебральной атрофии с преимущественным вовлечением левого полушария, высокой представленностью множественных ишемических очагов размером > 5 мм в веществе головного мозга (45,6 при 9,4% у женщин, $p < 0,01$).

Таким образом, установленные особенности ранних клинических проявлений ДЭ у мужчин и женщин имеют значение для ранней диагностики и оптимизации лечения таких больных. При инструментальном обследовании женщин с ДЭ рекомендуется обращать внимание на ультразвуковые признаки затруднения венозного оттока из полости черепа (повышение ЛСК в базальных венах и прямом синусе) и МРТ-признаки лейкоареоза, а при обследовании мужчин – на наличие стенозирующих АТ-бляшек в МАГ, атрофических и очаговых ишемических изменений вещества головного мозга, что важно для планирования дифференцированной терапии.

Депрессивные расстройства и метаболические нарушения у пациентов с ишемической болезнью сердца

Розин А.И.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Цель исследования – изучить взаимосвязь депрессивных расстройств с ишемической болезнью сердца (ИБС), ассоциированной с артериальной гипертонией, нарушениями углеводного и жирового обменов для оценки эффективности комплексной терапии.

Материал и методы. Объектом исследования являлись пациенты с верифицированным диагнозом ИБС, прошедшие комплексное обследование в отделении реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии СО РАМН. Обследовано 376 больных ИБС, средний возраст 59,1 ± 10,3 года, их них стабильная стенокардия ФК II диагностирована у 47,4%, ФК III – у 40,2%, прогрессирующая стенокардия – у 12,4%. У 68,9% больных выявлена АГ, у 40,2% сахарный диабет типа 2 (СД) или нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 45,9% – ожирение, у 42,2% – дислипидемия.

Статистический анализ материала осуществлялся с использованием пакета стандартных международных прикладных программ Statistica for Windows (V. 8.0). Количественные данные представлены в виде среднего арифметического M ± SD, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение (соответствие нормальности распределения проводилось с использованием критерия Шапиро-Уилка); в случае распределения отличного от нормального количественные данные представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей. Применялись статистические методы: t-критерий Стьюдента, непараметрический критерий Манна-Уитни для независимых групп, непараметрический критерий Вилкоксона для зависимых групп, непараметрический метод сравнения трех и более независимых групп – ANOVA Краскела-Уоллиса, для сравнения групп по качественному признаку использовались таблицы сопряженности, критерий χ^2 Пирсона, метод корреляционного анализа (непараметрический метод Спирмена).

Результаты. Частота встречаемости депрессивных расстройств среди пациентов с ИБС специализированного кардиологического стационара составила 29,0% (у 109 из 376 больных ИБС). В группе с диагностированными депрессивными расстройствами женщины с ИБС составили большую часть – 54,1% (59 из 109 больных), тогда как среди пациентов без депрессивных расстройств женщин было значительно меньше – 21,7% (58 из 267) больных (p = 0,00001).

Наиболее частым психическим расстройством у больных ИБС было хроническое расстройство настроения – дистимия, диагностированная в 37,6% случаев, что указывало на преимущественно длительный характер существования депрессивных расстройств. В большинстве случаев отмечались депрессии легкой и умеренной степени тяжести (депрессивный эпизод (ДЭ) легкой степени – 3,7%, ДЭ умеренной степени – 19,3%, рекуррентное депрессивное расстройство, текущий ДЭ умеренной степени – 17,4%, смешанная тревожно-депрессивная реакция – 10,1%, органическое депрессивное расстройство – 10,1%), депрессивный эпизод тяжелой степени был диагностирован лишь у 2 больных (1,8%).

В группе пациентов ИБС с депрессией значительно чаще, чем в группе без депрессии выявлялись факторы риска коронарного атеросклероза и метаболические нарушения углеводного и жирового обменов, в частности, по частоте артериальной гипертензии (75,2 и 66,3%; p = 0,046), сахарного диабета типа 2 и нарушения толерантности к глюкозе (46,8 и 37,5%; p = 0,048), ожирения по ИМТ (30,7 ± 3,9 и 29,5 ± 4,5; p = 0,015), центрального ожирения по окружности талии у женщин (100,0 ± 10,7 и 92,0 ± 9,6 см; p = 0,02), дислипидемии (42,2 и 31,1%; p = 0,04). У больных ИБС с депрессией и сахарным диабетом 2 типа отмечены более выраженные нарушения метаболизма липидов крови. Уровень общего холестерина составил 6,03 ± 1,19 ммоль/л в сравнении с группой без депрессии 5,72 ± 1,31 ммоль/л (p = 0,033); уровень холестерина липидов высокой плотности 0,83 ± 0,18 ммоль/л в сравнении с группой без депрессии 0,94 ± 0,29 ммоль/л p = 0,0015; уровень холестерина липидов низкой плотности 4,33 ± 1,27 в сравнении с группой без депрессии 4,01 ± 1,09 ммоль/л (p = 0,018); уровень триглицеридов 1,94 ± 1,09 в сравнении с группой без депрессии 1,71 ± 0,89 ммоль/л (p = 0,034).

При сравнении степени тяжести депрессивных расстройств у больных ИБС с нарушениями углеводного и жирового обменов выявлены более высокие суммарные показатели по субъективным психометрическим шкалам: госпитальной щкале тревоги и депрессии HADS, p = 0,01 и шкале самооценки депрессии Бека BDI, p = 0,02 (что означает более тяжелое субъективное восприятие депрессии) при более низких показателя фракции выброса левого желудочка, p = 0,04. В динамическом наблюдении на 4-й неделе и через 6 месяцев терапии антидепрессантами класса СИОЗС по шкалам оценки депрессии отмечалась менее выраженная положительная динамика редукции депрессии у больных ИБС, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа, нарушением толерантности к глюкозе и дислипидемией.

Было установлено, что любой из факторов сердечно-сосудистого риска оказывал отрицательное воздействие на динамику общего состояния больных ИБС с депрессией по сравнению с пациентами без указанных факторов, что проявлялось более высокими уровнями средних баллов по шкале CGI-I на фоне антидепрессивной терапии и указывало на менее выраженную положительную динамику аффективных расстройств у больных ИБС с проявлениями метаболического синдрома.

Использование антидепрессантов в схеме базисной терапии больных ИБС приводило не только к редукции депрессии, но и к снижению риска сердечно-сосудистых осложнений, значимому улучшению клинико-функциональных показателей (табл.).

Динамика клинико-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у больных ИБС на фоне комплексной соматотропной и психотропной терапии

Клинико-функциональные показатели	Исходное значение	После лечения	Значимость различий (критерий Вилкоксона)
Количество табл. НТГ/нед.	23,4 ± 2,8	18,6 ± 2,9	P = 0,0001
ТФН, Вт (ВЭМ)	35 (25, 55)	39 (32, 65)	P = 0,004
ФВ ЛЖ, %	61 (52, 67)	67 (51, 76)	P = 0,016

ОХС, ммоль/л	6,03 ± 1,19	5,63 ± 1,08	P = 0,01
ТГ, ммоль/л	1,94 ± 1,09	1,68 ± 1,01	P = 0,07
ХС-ЛПНП, ммоль/л	4,34 ± 1,27	3,81 ± 1,09	P = 0,001
ХС-ЛПВП, ммоль/л	0,83 ± 0,18	0,98 ± 0,17	P = 0,0001
ИА	7,5 ± 1,2	5,7 ± 1,1	P = 0,0001
ИМТ, кг/м^2	28 (25, 32)	25 (23, 30)	P = 0,023
Окружность талии, см	96 (92, 101)	92 (88, 98)	P = 0,021

Выводы. Депрессивные расстройства, выявленные у пациентов с ИБС, ассоциируются с более тяжелым течением и прогрессированием коронарной патологии и более высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, проявляющимся усилением функционального класса стенокардии, учащением случаев нестабильной стенокардии, возрастанием потребности в нитратах короткого действия, снижением толерантности к физической нагрузке по тесту ВЭМ, снижением фракции выброса левого желудочка по данным ЭхоКГ.

Наличие клинических проявлений метаболического синдрома у больных ИБС с депрессивными расстройствами коррелирует с большей тяжестью депрессии и более тяжелым субъективным восприятием психического расстройства.

Проведение у пациентов с ИБС и депрессивными расстройствами комплексной программы вторичной профилактики и реабилитации, включающей, наряду с основными препаратами соматотропного действия, психофармакотерапию и психотерапевтическое сопровождение, обеспечивает не только редукцию депрессивной симптоматики, но и положительное влияние на течение ИБС у больных с депрессией: как на ее поведенческий компонент, способствуя редукции негативных проявлений депрессии и значительно повышая уровень социальной адаптации пациентов, так и на патогенетические механизмы прогрессирования коронарного атеросклероза.

Методологические подходы к изучению экологически обусловленных непсихотических психических расстройств

Рудницкий В.А.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Развитие психических нарушений у пациентов, подвергшихся воздействию факторов экологической катастрофы, сопровождается сложными изменениями как в биологическом, так и психосоциальном контексте. Количество негативных повреждающих факторов чрезвычайно многообразно и изменяется во времени как в количественном, так и в качественном отношении. Психические расстройства у пациентов, подвергшихся воздействию повреждающих факторов экологической катастрофы (на примере Чернобыльской аварии) в сочетании с поставарийными негативными воздействиями могут быть рассмотрены как типовая модель экологически спровоцированных психических заболеваний, своеобразная

«экологическая болезнь» и их дальнейшее изучение имеет большое значение для развития экологической, социальной и пограничной психиатрии.

Материалы и методы. Нами проанализированы научные данные о влиянии малых доз радиации и сочетанных с ней факторов у ликвидаторов аварии на ЧАЭС за 20-летний период и результаты собственных наблюдений. Материал исследования: 602 пациента, ликвидатора аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами, мужчин, в возрасте на момент обследования от 26 до 70 лет (46 ± 0,5 года). Было сформировано 4 группы пациентов, со схожими социальными и половозрастными характеристиками. В том числе 3 группы ликвидаторов; основная в количестве 464 чел., жителей города Томска, не имеющих специальной подготовке к работе с источниками радиации; 2 группы сравнения, состоящие из ликвидаторов, имеющих профессиональную подготовку к работе с источниками радиации в условиях производства и аварийных ситуаций (в первую входило 74 ликвидатора, работника основного производства СХК, во вторую – 64 пациента, работника аналогичных СХК производств западных регионов России (для изучения регионального аспекта проблемы). Группа сравнения 3 (148 пациентов) состояла из пациентов отделения пограничных состояний клиники ФГБУ НИИПЗ СО РАМН с психическими расстройствами органического регистра со схожими социальными и половозрастными характеристиками. Пациенты с эндогенными психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями в исследовательскую выборку не включались (критерий исключения).

Методы исследования: клинико-психопатологический, эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-катамнезтический, иммунологический, экспериментально-психологический, методы медицинской статистики.

Обсуждение результатов. У всех обследованных ликвидаторов (согласно критериям МКБ-10) были диагностированы психические расстройства органического регистра, более тяжелые расстройства были обнаружены у ликвидаторов основной группы. Проведенные комплексные исследования приводят к заключению об органической (сомато-органической) природе психических заболеваний с вовлечением в патогенез прогредиентного сосудистого процесса и комбинированных соматических нарушений. В основной группе в 21,34% наблюдений (257 чел.) было диагностировано органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство, в 14,74% (79 пациент) – органическое аффективное, в 2,6% (14 чел.) – органическое тревожное, в 34,7% (186 чел.) – органическое расстройство личности. В отдаленном периоде катастрофы в качестве сопутствующих психическим расстройствам органического регистра (или коморбидных, при относительно независимом течении нозологических вариантов психических расстройств) в 1,67% наблюдений (9 чел.) выявлялись диагностические критерии ПТСР; у 102 пациентов (18,96%) – диагностические признаки «Стойкого изменения личности после переживания катастрофы», у 108 пациентов (20,1%) – невротические и соматоформные расстройства, у 29 (5,39%) – депрессивный эпизод, у 33 (6,13%) – расстройства личности (исключая F07 и F62); у всех пациентов выявлялись множественные соматические заболевания, традиционно считающиеся психосоматическими, иммунологические нарушения. Среди ликвидаторов обеих групп сравнения преобладали органические эмоционально лабильные расстрой-

ства, сопутствующие психические нарушения были значительно менее частыми, ПТСР и изменения личности после переживания катастрофы не встречались.

Проанализировав полученные в ходе исследований научные данные, мы сформулировали некоторые методологического подходы и соображения. В качестве теоретико-методологической основы рассмотрения клинических вопросов экологической психиатрии может служить экологический базис психического здоровья (описано нами ранее Семке В.Я., 1994; Семке В.Я., Рудницкий В.А., 2008), определяющийся взаимодействием и динамическим равновесием патогенных и саногенетических факторов и влияний (предполагает комплексное изучение как внешнесредовых климато-географических, производственных, антропогенных влияний, так и личностно-типологических характеристик индивида, формирующих как особенности биологических ресурсов резистентности к негативным внешним экзогенно-органическим влияниям, как и психо-социальные возможности саногенеза при данных воздействиях.

Параметры личностного реагирования человека на экологический ущерб (биологический или чисто информационный) будет определяться личностно-типологическими особенностями пациентов и взаимосвязан с их психофизиологическими показателями. Для их оценки мы использовали концепцию психоадаптационного состояния (Семке В.Я., 1988), валеопсихологии, типологии Душевных кризисов современности (Семке В.Я., 2005). Психофизиологический подход в экологической психиатрии предусматривает изучение как отдельных нейрофизиологических показателей (церебральной гемодинамики, показателей иммунитета, апоптоза, состояния эндокринной системы, эндогенно-опиоидной и нейротрансмиттерной систем и т.д.), так и сложных взаимосвязей различных параметров организма. Вышеуказанные принципы, перекрещиваясь и взаимно дополняя друг друга, образуют следующий методологический аспект ЭП – психосоциальный. Человек, являясь биосоциальным существом, реализует себя в социальной среде, опосредует как внешние, так и внутренние «составляющие» через среду – социум. Проживание в условиях экологического неблагополучия (либо профессиональная деятельность и т.д.) формирует субъективное восприятие экологической опасности, часто не совпадающее с реальными экологическими рисками, приводящее как к аггравации, так и к диссимуляции, что требует объективной и точной оценки и интерпретации. В частности, в популяциях ликвидаторов радиационных катастроф это прослеживается в виде необоснованной радиотревожности, нарастания рентных установок.

Данный принцип предусматривает изучение состояния социальных характеристик в исследуемой популяции (возрастные, профессиональные, образовательные, культуральные, региональные и этнические различия), изменения демографической ситуации (рождаемость, болезненность, миграция, частота браков и разводов, создание новых субпопуляций со своими субъективными интересами), особенностей социальных условий (семейных, производственных, объединение в специфические социальные группы), развитости, доступности и устойчивости социальной инфраструктуры и возможности получения социальной поддержки.

Логическим завершением данного методологического подхода является клинический принцип, основанный на гармоничном сочетании эпидемиологического и клинико-динамического методов в психиатрии. Он позволяет с учетом

экологических данных, личностно-психологического, клинико-психопатологического анализа и психосоциального аспекта дифференцировать обследуемых лиц в континууме от здоровья к болезни, с выделением трех групп – «здоровые», «группа риска», «больные». Учитывая особенности экологически спровоцированных психических заболеваний в данном клиническом принципе, основой является экстранозологический подход, позволяющий объединить традиционные и новые течения в психиатрической науке и практике.

Состояние и перспективы развития реабилитационной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения в условиях КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана»

Рукина Н.Ю., Аносова Е.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Заболеваемость психическими расстройствами среди населения РФ, и в том числе Алтайского края, остается на высоком уровне. По официальным данным, в 2011 г. число больных психическими расстройствами, обратившихся в психоневрологические учреждения на территории РФ, составило 2894,4 на 100 тыс. населения, тогда как на территории Алтайского края эта цифра составила 5744,1 на 100 тыс. населения (статистические материалы, 2012, с. 26-37). Психически больные относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. При психических заболеваниях уменьшается возможность самостоятельного жизнеобеспечения потребностей, создания и сохранения семьи, значительно снижается социальный статус. Учитывая большую социальную значимость психиатрической службы и то, что контингенты лиц, страдающих психическими расстройствами, являются самыми незащищенными и потенциально опасными для общества, службу следует понимать как один из инструментов, с помощью которого должны решаться многие проблемы города: медицинские, социальные, правовые. В связи с чем в организации психиатрической помощи особую значимость приобретает обеспечение социальной и психологической поддержки как самого пациента, так и его родных. В настоящее время число пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи, остается на низком уровне. Это свидетельствует о недостаточном развитии в психиатрической практике медицинской реабилитации. Развитие реабилитационных мероприятий в области психиатрической службы заложено в государственной программе РФ, направленной на развитие здравоохранения.

Специалистами КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана» (далее АККПБ) регулярно проводится реабилитационная работа с лицами, страдающими психическими расстройствами. В течение многих лет на базе лечебного учреждения действуют лечебно-производственные мастерские на 60 мест (10 амбулаторных и 50 мест для больных круглосуточного стационара). С 2006 г. на этапе круглосуточного оказания специализированной психиатрической помощи стали разрабатываться и прово-

диться индивидуальные программы реабилитации в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. В сентябре 2006 г. была открыта клиника первого психотического эпизода (далее КПЭ) на 10 коек, осуществляющая свою работу в режиме дневного стационара с участием в оказании специализированной помощи полипрофессиональной бригады, в состав которой входят врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе. КПЭ – это особая форма психосоциальной реабилитации, направленной на больных шизофренией и их семьи. За период своей работы КПЭ показала положительные результаты. Пациенты, прошедшие лечение в КПЭ, более комплаентны к лечебному процессу – 82,6% в течение 6 месяцев после выписки продолжают принимать поддерживающую терапию, против 45,7% пациентов, не прошедших программу психосоциальной реабилитации. 28% пациентов продолжили обучение в образовательных учреждениях против 2% при традиционном лечении. Сохранили свои социальные достижения 73% пациентов КПЭ против 42% без реабилитации. Проводимые реабилитационные мероприятия с пациентами продолжаются и на амбулаторном этапе. Однако в реабилитационные программы включены всего около 1% пациентов, госпитализированных на лечение в круглосуточный стационар. Сохраняется высокий процент повторных госпитализаций в круглосуточный стационар (за последние три года рост – 1%). В связи с чем с января 2013 г. в АККПБ была проведена модернизация сети дневных стационаров при круглосуточном стационаре с перепрофилированием 75 коек дневного стационара в медико-реабилитационное отделение, в состав которого были введены и 10 коек КПЭ. Основными задачами медико-реабилитационного отделения были определены: проведение медико-психосоциальной реабилитации пациентов, страдающих психическими расстройствами, с одновременным установлением контакта с их семьями; осуществление комплекса организационных, клинико-терапевтических, психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на оказание помощи больным с впервые выявленной психической патологией, обострениями или декомпенсацией психического состояния, нуждающихся в активной комплексной реабилитационной терапии, ежедневном врачебном наблюдении и не требующих обязательной госпитализации, проведение им комплекса лечебно-восстановительных мероприятий. Проведение реабилитационных мероприятий большему числу пациентов (за 8 месяцев 2013 г. в медико-реабилитационном отделении было пролечено около 6% пациентов, от числа всех госпитализированных в круглосуточный стационар) позволило сократить число повторных госпитализаций в общепсихиатрические отделения на 4% за аналогичный период 2012 года.

Лица, страдающие психическими расстройствами, наиболее уязвимы и не защищены в обществе с жесткой конкуренцией на рынке труда и безработицей на фоне снижения способности государства обеспечить им социальную защиту и поддержку, что, в свою очередь, побуждает к социально опасным действиям, снижает возможности реабилитации и реадаптации лиц, страдающих психическими расстройствами, в обществе. Отмечается тенденция к утрате родственных связей (семьи психически больных в связи с социальной опасностью и/или дезадаптацией пациентов зачастую отказываются от них, оставляя на постоянное место жительства в психиатрическом стационаре).

Выходом из сложившейся ситуации может служить проведение реабилитационной работы не только с самими пациентами, но и с их родными. Категория пациентов, не имеющих собственного жилья или возможности проживать самостоятельно, в случае отсутствия опеки со стороны близких также нуждается в проведении реабилитационных мероприятий, но уже на этапе круглосуточного оказания психиатрической помощи. Учитывая важность существующей проблемы, с вышеуказанной категорией пациентов стали проводить реабилитационные мероприятия. С января 2013 г. 40 коек сестринского ухода перепрофилированы в медико-реабилитационное отделение для формирования навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. Основной задачей отделения определено восстановление или формирование социальной самостоятельности пациента. Большая часть пациентов данного отделения находится в состоянии, выраженного дефекта личности и нуждается в переводе в дома-интернаты. Однако те пациенты, которые утратили собственное жилье, социальные связи, но могут проживать самостоятельно остаются без социальной поддержки. Социальные службы Алтайского края не могут охватить всех нуждающихся в помощи. На уровне администрации АККПБ было принято решение об открытии с января 2014 г. на базе вышеуказанного отделения кабинета медико-социальной помощи. Планируется проведение реабилитационной программы, которая включает в себя квартиры с поддержкой, арендованные квартиры, квартиры, приобретенные в собственность. Работа кабинета будет направлена на оказание долговременной психиатрической (диагностической, лечебно-консультативной и реабилитационной) и медико-социальной помощи (социальная и бытовая реабилитация) психически больных, утративших жилье и социальные связи, а также обеспечение социальной поддержки в трудных жизненных условиях и изоляцию от неблагоприятной среды.

Таким образом, работа реабилитационных отделений направлена, в первую очередь, на улучшение качества жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами. Для выполнения поставленных задач необходимо гарантирование предоставления пациенту определенного набора услуг: информационно-правового, режимного, фармакологического, санитарно-гигиенического, социально-обеспечивающего, трудотерапевтического, спортивно-оздоровительного, культурно-просветительского, психотерапевтического. Реабилитационные ресурсы должны быть доступны для всех лиц, страдающих психическими расстройствами на территории г. Барнаула и Алтайского края, необходимо осваивать и внедрять новые формы реабилитационной работы с пациентами, стремиться к снижению госпитализма в психиатрических стационарах и стигматизации общества. Дальнейшее развитие лечебно-реабилитационной работы в АККПБ возможно только в контексте общего совершенствования психиатрической помощи одновременно по нескольким направлениям: усиление кадрового состава; укрепление и развитие материально-технической базы, проведение организационно-методических мероприятий.

Клиническая динамика расстройств личности смешанного типа у больных в различные возрастные периоды

Рыбалко М.И., Неверова Г.Ю., Рыбалко И.М.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» г. Барнаул, ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва

С целью повышения точности диагностики и прогноза расстройств личности смешанного типа было проведено клинико-динамическое изучение больных с указанной патологией в разные возрастные периоды (подростковом, зрелом и пожилом возрасте).

Среди клинических форм расстройств личности мозаичная (или смешанная) является одной из наиболее часто встречаемой (Трифонов О.А. и соавт., 1983; Смирнова Г.Г., 1995), однако не всегда диагностируемой. По данным Гурьевой В.А. и Гиндикина В.Я. (1980), распространенность расстройств личности смешанного типа составляет 7% у подростков и 18% – у взрослых психопатических личностей. Семке В.Я. (1976) указывает, что смешанная типологическая основа наблюдается у 27,2% лиц расстройствами личности истерического типа. Во многих классификациях типов расстройств личности смешанная форма отсутствует. В МКБ – 10 выделены смешанные расстройства личности (F-61), тождественные мозаичным, где определяется, как «расстройства личности, с чертами некоторых расстройств, но без доминирующего комплекса симптомов, позволяющего поставить более специфический диагноз».

Патоморфоз расстройств личности в последнее время в качестве одной из особенностей включает в себя нарастание количества нерезко очерченных, структурно сложных полиморфных и мозаичных психопатий (Шостакович Б.Д. и соавт., 1988). Однако число попыток клинического описания расстройств личности смешанного типа невелико (Гурьева В.А. и Гиндикин В.Я., 1980).

В отечественной психиатрии развивается концепция о текучести форм расстройств личности: речь идет не о ряде дискретных групп, а о непрерывном «континууме», следствием чего и является возможность наличия смешанных, амальгамных вариантов расстройств личности (Боброва И.Н. и соавт., 1980).

При всей разработанности МКБ-10 большинство авторов подчеркивает, что «чистые» группы расстройств личности представляют собой, скорее, исключение, чем правило. Реально чаще приходиться сталкиваться с наличием особенностей, присущих более чем одному расстройству личности, которые до конца не отвечают критериям ни одного из расстройств и все же вызывают значительные нарушения социальной и профессиональной деятельности.

С целью определения особенностей клинической динамики расстройств личности смешанного типа на этапе их становления нами проведено клинико-психопатологическое исследование 120 чел. в возрасте от 20 до 30 лет (80 лиц мужского пола и 40 – женского) с мозаичной психопатией.

В результате изучения было установлено, что начало становления расстройств личности смешанного типа у большинства лиц происходило в форме нарушения поведения в раннем школьном возрасте – 7-12 лет (в 64,29% случаев). В клинической картине было невозможно выделить доминирующий синдром. В

первой стадии (начальной) клинической динамики формирующихся расстройств личности смешанного типа наблюдались малодифференцированные отклонения, не отличающиеся от проявлений при других формах. Начало второго этапа, возникавшего чаще всего в негативной фазе пубертатного кризиса, также было подчинено общим закономерностям становления расстройств личности. Этот этап характеризовался клиническим полиморфизмом: клинически очерченные психопатические особенности усложнялись за счет расширения характерологических расстройств, включения в клиническую картину проявлений патологического пубертатного кризиса, невротических и неспецифически возрастных реакций (протеста, отказа, имитации), психогенных реакций и аутохтонных нарушений настроения. В клинической симптоматике ведущую роль играли то одни, то другие психопатические проявления, в зависимости от внешних условий, экзогенных факторов, биологических циклов, возраста и др. Наиболее часто сочетались у подростков истерический, неустойчивый и эксплозивный синдромы, которые усложнялись за счет присоединения расстройств влечений. Сочетание разнородных психопатических черт в большинстве случаев приводило к дополнительному резкому усилению какого-либо из психопатических качеств и определяло собой тип реакции данной личности на неблагоприятные внешние факторы. В отдельных случаях происходило ослабление определенного психопатического свойства. Клиническое наблюдение обнаружило большую затрудненность к жизненным ситуациям при расстройствах личности смешанного типа, чем при других типах психопатий, так как «непосильные» требования предъявлялись к разным сторонам личности, которые оказывались измененными. Труднее в этих случаях вырабатывались и компенсаторные механизмы. В большинстве случаев сосуществующие психопатические синдромы (особенно неустойчивый, эксплозивный) усугубляли дисгармонию характера, приводили к выраженным поведенческим нарушениям, социальной дезадаптации и определяли неблагоприятную динамику психопатии. При становлении расстройств личности смешанного типа подростки оказывались ближе то к одному типу психопатии, то к другому. Конституциональные, экзогенные и средовые факторы у них как бы суммировались. Третий (заключительный) этап клинической динамики расстройств личности смешанного типа с завершением формирования патологической структуры обычно наступал у большинства подростков к концу позитивной фазы пубертатного кризиса.

Клиническая динамика расстройств личности смешанного типа на заключительном этапе имела двоякий исход. В случаях неблагоприятного сочетания факторов микросоциальной среды и индивидуальных особенностей, а также неадекватности психокоррекционных мероприятий приобретенные патологические свойства личности окончательно закреплялись. При другом варианте постпубертатной динамики (при определенных благоприятных микросоциальных условиях и своевременном адекватном лечении) происходила ликвидация факультативных патологических проявлений, обнаруживалась тенденция к постепенному сглаживанию ведущих патологических черт личности, вплоть до ее частичной (по типу акцентуации характера) гармонизации.

Позитивной динамике расстройств личности смешанного типа способствовала небольшая глубина личностной патологии, разрешение психотравмирую-

щей ситуации, выход из-под негативного воспитательного влияния семьи, появление новых интересов (спортивных, учебных, профессиональных и др.). У 22,6% подростков по мере взросления и в процессе проводимой терапии наступило неполное выздоровление с частичной социальной адаптацией. Происходило нивелирование психопатических особенностей. Однако нередко благоприятная динамика оказывалась непродолжительной – психогенные, соматогенные, экзогенные вредности, особенно пролонгированные, приводили к оживлению психопатических проявлений. В 17,51% случаев наблюдалась стабилизация клинической картины, то есть сохранялась такая степень ее выраженности, которая имела место ко времени сформировывания расстройств личности смешанного типа.

Неблагоприятная динамика расстройств личности смешанного типа с постепенным утяжелением клинической картины, учащением патохарактерологических реакций, декомпенсаций и выраженной социальной дезадаптацией имело место у 13,56% подростков. Негативная динамика происходила, как правило, при сохранении психотравмирующей ситуации, неблагоприятной микросреде (асоциальное окружение, неполная семья, алкоголизм родителей и т.д.), выраженной микросоциально-педагогической запущенности, присоединении черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, алкоголизма, токсико- или наркоманией и др. Неблагоприятной динамике расстройств личности смешанного типа способствовали такие особенности «почвы», как резидуальная церебрально-органическая недостаточность, нарушения темпа полового созревания, психофизический инфантилизм, повторные соматические заболевания, а также, вероятно, психопатологическая и патохарактерологическая наследственная отягощенность.

В результате изучения клинических особенностей расстройств личности смешанного типа у молодых людей можно выделить их общие признаки: 1) полиморфизм симптоматики, выходящей за рамки одной формы; 2) наслоение внешних сходных черт характера; 3) чередование доминирования патохарактерологической симптоматики в разные возрастные периоды; 4) взаимовлияние разнородных характерологических черт: усиление – при отрицательных средовых воздействиях или ослабление – при позитивной микросоциальной среде.

В зрелом возрасте у больных со смешанным типом расстройств личности наблюдались частые декомпенсации. Это могло быть связано с отсутствием у них здоровых черт характера, на которые можно было опереться во время психотравмирующей ситуации.

В пожилом возрасте у больных со смешанным типом расстройств личности наблюдалаись клиническая динамика трех типов: 1) позитивная, с тенденцией к депсихопатизации при благоприятных социально-психологических условиях; 2) заострение психопатических черт, при утяжелении социально-психологических условий, декомпенсации; 3) завуалированность психопатической симптоматики признаками нарастающего психоорганического синдрома.

Таким образом, полученные клинические данные расширяют представления о расстройствах личности смешанного типа и могут способствовать точности их диагностики на ранней стадии формирования.

К истории преподавания медицинской психологии и психотерапии в Алтайском государственном медицинском университете

Рыбалко М.И., Неверова Г.Ю.
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул

Преподавание медицинской психологии в медицинском университете (тогда в медицинском институте) началось в 1958 г. с организацией кафедры психиатрии (заведующий доцент Олег Захарович Голубков, в дальнейшем профессор). Обучение медицинской психологии включало чтение лекций студентам 2-го курса с клиническим сопровождением (демонстрацией больных с различными психическими отклонениями), которые блестяще читал О.З. Голубков. Он считал, что демонстрация психически больных на лекциях побуждает интерес студентов к больному, к его внутреннему миру, чтобы будущий врач всегда помнил, что у больного есть не только внутренние органы, но и психика, душа, с которыми надо считаться. На лекциях по психологии студенты усваивали не только теоретический материал, но учились правильному отношению к пациентам, умению вести клиническую беседу.

В лекциях по медицинской психологии освещались вопросы по патопсихологии с отработкой отдельных экспериментально-психологических методик, а также разделы по нейропсихологии и клинической психологии.

Особый интерес у студентов вызывала психотерапия, особенно гипноз и внушение, а также аутогенная тренировка. О.З. Голубков корректно с большим искусством демонстрировал психотерапевтические методики. На лекциях подчеркивалась необходимость соблюдения медицинской этики, деонтологии и профилактики ятрогений. Многие студенты после лекций по медицинской психологии, а в дальнейшем – по психотерапии и психиатрии, начинали заниматься в студенческом научном обществе кафедры.

В 1997 г. в рамках кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии был выделен курс медицинской психологии и психотерапии. Студентам не только читались лекции, но и проводились практические занятия. Клинической базой служила Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница, в основном отделение пограничных состояний. Работали в разное время на курсе психологии и психотерапии опытные преподаватели и клиницисты, такие как доктор медицинских наук, профессор М.И. Рыбалко, доцент А.Е. Строганов, ассистенты А.В. Платонова, Д.Г. Измайлова, кандидат медицинских наук В.И. Курышкин, Б.А. Иванов.

В связи с расширением учебной программы подготовки врача, а также открытием новых факультетов в АГМУ (экономического и факультета высшего сестринского образования), предусматривающих изучение целого блока психологических дисциплин: общая психология, медицинская психология, возрастная психология, психология управления, педагогическая психология и др., возникла необходимость открытия новой отдельной кафедры психологии, психотерапии и педагогики, которая была организована в сентябре 2004 г. Возглавил кафедру доктор медицинских наук, профессор М.И. Рыбалко, доцентом был избран пси-

холог, кандидат психологических наук В.В. Лукин-Григорьев, ассистентами стали Г.Ю. Неверова, кандидат педагогических наук Ю.В. Алеева, кандидат медицинских наук Е.В. Юсан, профессором кафедры была избрана доктор медицинских наук О.А. Голдобина.

Большую помощь в организации кафедры оказали ректор АГМУ, профессор В.М. Брюханов, первый проректор, профессор В.В. Федоров, декан факультета высшего сестринского образования И.Е. Госсен, декан факультета усовершенствования врачей, профессор Б.А. Саркисян, выделивший 1 ставку преподавателя по психотерапии для кафедры. Благодаря сотрудничеству с практическим здравоохранением и помощи главных врачей АККПБ (В.Д. Нарожнову) и АКНД (А.А. Иванову) была создана клиническая база для кафедры.

В короткий период были подготовлены учебно-методические комплексы по 23 дисциплинам на лечебном, педиатрическом, стоматологическом, медико-профилактическом, фармацевтическом, экономическом факультетах а также на факультете высшего сестринского образования и факультете усовершенствования врачей. Кафедра ведет обучение и на заочных отделениях (сестринского, фармацевтического и экономического факультетов), обучает интернов на факультете высшего сестринского образования, участвует в подготовке бакалавров (на экономическом факультете).

Помимо студентов кафедра регулярно, два раза в год проводит обучение курсантов на ФУВ врачей-психиатров – профессиональная переподготовка по психотерапии и врачей-психотерапевтов – общее усовершенствование по психотерапии.

За 10 лет существования кафедры были защищены три кандидатские диссертации (Ю.О. Карачевой, Г.Ю. Неверовой и А.А. Ивановым), кафедра имеет 100%-ную остепененность преподавателей. Издано 4 монографии, более 100 научных статей, в том числе в зарубежных журналах, а также в рецензируемых журналах списка ВАК, получен патент на изобретение (Ю.О. Карачева), издано 28 учебно-методических пособий (в том числе с грифом УМО). Ассистент А.А. Иванов получил звание «Заслуженный работник здравоохранения».

На кафедре психологии, психотерапии и педагогики АГМУ предполагается дальнейшая перспектива совершенствования и развития в обучении студентов, курсантов и во взаимодействии с практическим здравоохранением.

Некоторые аспекты деонтологии в работе врача-психиатра

Рычков В.А., Рычкова Л.Н.

КГБУЗ «Алтайская краевая психиатрическая больница № 3», г. Барнаул

Этика врача и, в частности, деонтология – учение о рациональном, гуманном поведении врача, обеспечивающем максимальную эффективность лечения, до сих пор не только не потеряла своего актуального значения, но должна активно разрабатываться в соответствии с требованиями нашего времени.

Без сомнения, основным при оказании медицинской помощи больному является установление диагноза, назначение и проведение своевременного лече-

ния, что обеспечивается знаниями и опытом врача. Но следует помнить, какое огромное значение в успехе лечения имеют личность врача, его отношение к больному, дальнейшее совершенствование охранительно-лечебного режима в стационарах и поликлиниках. В общем комплексе лечебно-профилактических мероприятий важную роль играет окружающая больного обстановка, тактичное, чуткое, вдумчивое отношение к нему, полное исключение того, что так или иначе травмирует психику больного. Не следует забывать, что чем выше уровень медицинской науки и рост культуры населения, тем выше требования, предъявляемые к врачу.

Хорошо сказал в этом отношении А.П. Чехов: «Профессия врача – это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и открытым физически».

Используя достаточно широко в своей практической деятельности различные приемы положительного воздействия на психику больного, врачи, к сожалению, значительно меньше думают о тех условных раздражителях, которые имеют отрицательный характер.

С давних времен относительно лечебных воздействий применяли слова: cito, tuto, jucunde – быстро, безопасно и приятно. Однако многие психические заболевания излечиваются нескоро. Не приходится в целом ряде случаев говорить о «приятной» терапии. Поэтому тем важнее психологическая сторона дела – устранение отрицательных эмоций к лечению, что и входит в круг задач психиатрической деонтологии. Ее принципы подводят психиатра весьма близко к идеям врачебной этики, которую определяют как науку о нравственной стороне в сфере его профессиональной деятельности.

Психиатрическая деонтология занимается не только организацией отношений психиатра с психическим больными, их родственниками и широким социальным окружением, но и выработкой у больных надлежащих позиций по отношению к болезни и ее симптомам, вопросам бытового обихода в стационаре и вне его, формирования интерперсональных связей, режима, депривации, выписки из психиатрического стационара, реабилитации и реадаптации в качестве важнейших мер профилактики инвалидности и повышения трудоспособности, предотвращения регоспитализации. Таким образом, во всем комплексе положительных воздействий на психически больных деонтология является весьма важным звеном. Деонтологических принципов необходимо придерживаться и в разъяснительной работе с больными и их родственниками.

Деонтологической задачей большого практического значения является организация лечебного режима и уклада в психиатрических стационарах и отделениях. Ведь именно здесь в значительно большей степени, чем в стационарах иного профиля, приходится осуществлять элементы принуждения и запретов по отношению к больным. Многое в состоянии больных и персонала зависит от того, какими методами это осуществляется. Очень важно формирование отношения с родственниками больных, предусматривающее круг вопросов психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.

Человек, перенесший психоз, не сразу освобождается от остаточных, с ним связанных переживаний. Пользуясь выражением А.Ф. Билибина, можно сказать, что нередко его «Я» еще продолжает кровоточить, и от того, как вокруг органи-

зуется «психологический климат», зависит и его реабилитация. Многое здесь определяется синтезом деонтологии и психотерапии, их синергизмом, направленностью на личность, претерпевшую от болезни, и не только от нее. Необходимо также обеспечение благоприятных воздействий на тех, кто окружает больного и контактирует с ним.

В психиатрии при диагностике болезни и ее лечении велико значение личного общения психиатра со своим больным, качество подготовленности врача, уровень его психиатрической культуры, мировоззрение, психотерапевтическая компетенция. Когда болезнь диагностирована, психиатр должен так разъяснить больному его состояние, чтобы не травмировать его.

Психиатрическая деонтология определяет нормативы поведения врачей-психиатров и всего медицинского персонала в тех случаях, когда необходимо определить режим психически больного. Это надо делать так, чтобы не ущемить самолюбия больного, не травмировать чувство собственного достоинства, не вызвать агрессию с его стороны.

Что ищет у своего врача больной? Сожаления, сочувствия, сострадания? Конечно, и этого. Но в первую очередь он ждет помощи умного и чуткого человека, который способен поднять и поддержать его в борьбе с болезнью. Сознательно или бессознательно в этих условиях всякий больной предъявляет своему врачу определенные требования. Прежде всего, ему хочется видеть у врача постоянное и искреннее желание оказать ему необходимую помощь.

Больной хочет, чтобы в те немногие минуты, которые врач посвящает ему, были отданы целиком и полностью именно ему, его жалобам и тревогам. Безразличный взгляд, досадливое пренебрежение к жалобам и замечаниям больного, неоправданная спешка с постоянным поглядыванием на часы, разговоры на посторонние темы не способствуют поднятию авторитета врача и не обеспечивают доверия и уважения к нему. При больном врач обязан быть внимательным, сдержанным, благожелательным.

Ошибки в психиатрической диагностике проистекают нередко и от несовершенства диагностической техники, и от трудностей выявления некоторых особенностей психиатрических заболеваний. В случаях нечетко выраженных клинических картин не следует ограничиваться амбулаторной диагностикой. Деонтологически важно уметь убедить больного лечь для исследования и лечения в психиатрический стационар.

Если обсуждать диагноз и лечение можно лишь в отсутствие больного, то прогнозирование болезни лучше проводить родственникам и больному одновременно. Потом уже в отдельной беседе родственникам сообщают то, что нельзя было сказать при больном. Тем самым прогнозирование преследует одновременно и психотерапевтические цели. Главное требование при сообщении диагноза и прогноза – это щажение чувств больного и его родных. Никогда не следует обманывать. Лучше не договорить, чем обмануть. Надо так подбирать слова, чтобы они ободряли и в то же время не давали повода больному и родным впоследствии говорить, что врач их обманул или ошибся.

Все это задачи психиатрической деонтологии как науки о надлежащем поведении врача у постели больного и иных условиях, общения и обхождения с ним.

Основные симптомы и психологические механизмы панического расстройства в контексте когнитивно-поведенческой модели

Рязанова Ю.В., Блинкова А.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), около 30% населения в течение жизни переносят приступы паники (панические атаки), причем ежегодно отмечается рост распространенности этой патологии. К общим симптомам тревоги, на фоне которой развивается паническая атака, традиционно относят: нарастающие чувства беспокойства и нервозности, быструю утомляемость, раздражительность, возбуждение и неусидчивость, непроизвольные движения, нетерпеливость, тревожные мысли, снижение концентрации внимания, нарушения сна, ночные кошмары (Карсон Р., Батчер Дж., Минека С., 2004; Барлоу Д., 2008). Как правило, панические атаки сопровождаются вторичным страхом смерти в результате резкого ухудшения здоровья (появление онкологического заболевания, развитие инфаркта миокарда и пр.), а также опасениями потерять самоконтроль или «сойти с ума».

Паника и фобические расстройства характеризуются тревогой и страхами, возникающими преимущественно или исключительно в определенных ситуациях (кардиофобия – боязнь умереть от сердечного приступа, канцерофобия – опасение заболеть раком, танатофобия – страх смерти) или рядом с некоторыми объектами, которые в текущее время не являются опасными (животные, явления природы, социальные контакты, определенные места и др.) (Агамамедова И.Н., 2008). Термины «паническая атака» и «паническое расстройство» имеют мировое признание и введены в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра. В то же время наличие панических атак не обязательно означает, что у больного – паническое расстройство.

В последнее время участились случаи возникновения панических атак, связанных с нестабильностью на работе (конфликты с руководством или подчиненными, смена работы, понижение должностного статуса, необходимость решения нестандартных задач, расширение круга обязанностей), семейными неурядицами (болезнь, утрата близкого, финансовая нестабильность), или развиваются в результате эмоционально неблагоприятного воздействия манифестации или повторного обострения соматического заболевания. У некоторых приступы паники повторяются регулярно, попросту мешая жить. По данным исследований ВОЗ, примерно 2-3% всего человечества хоть несколько раз в жизни, но доводилось испытывать на себе действие панического невроза (Барлоу Д., 2008).

Приступы паники особенно пугают еще и потому, что возникают вроде бы без причин или в таких ситуациях, когда человеку, казалось бы, не из-за чего нервничать или пугаться. Быстрота, с которой они нарастают, их сила и то, что вовлеченным оказывается все тело, лишь обостряют чувство страха и беспомощности. Наиболее распространены следующие симптомы:

- затрудненное дыхание или одышка;

- ощущение удушья;
- ощущение легкости или, наоборот, тяжести или боль в груди;
- дрожь, слабость;
- влажные ладони и обильное потоотделение;
- ощущение покалывания или онемения в руках и ногах;
- сильное или учащенное сердцебиение;
- вялость, слабость, головокружение, полуобморочное состояние;
- ощущение полной «отделенности» от собственного тела или окружающей обстановки;
- тошнота, ощущение пустоты или дискомфорта в области желудка или кишечника;
- ощущение жары или холода, «приливы».

Помимо физических симптомов паники, больного обычно одолевают и мучительно беспокойные мысли: «Я схожу с ума»; «Я теряю контроль над собой»; «Сейчас я потеряю сознание»; «Кажется, у меня сердечный приступ»; «У меня инсульт»; «Я сейчас упаду, и никто мне не поможет»; «Все видят, что со мной что-то не так».

Подобно всем основным эмоциям, приступы паники сопровождаются непреодолимым стремлением к деятельности; чаще всего возникает желание спастись бегством, гораздо реже появляется настоятельная потребность вступить в борьбу. Другими словами, считается, что приступы паники отражают активацию системы «борьбы-бегства». В довершение ко всему приступы паники обычно сопровождаются возбуждением вегетативной нервной системы, что необходимо для обеспечения реактивности по типу «бегства-борьбы» (Барлоу Д., 2008). В большинстве случаев первые приступы паники возникают вне дома – во время управления автомобилем или ходьбы, на работе или в школе, в общественном месте или в ситуации социальной оценки. Как показывает наш опыт, к ситуациям, предрасполагающим к возникновению первых приступов паники, относятся те, в которых физические ощущения могут быть расценены как особенно угрожающие в связи с возможностью нарушения функционирования (например, при управлении автомобилем), негативной социальной оценки (например, на работе, во время формальных социальных событий) или утраты безопасности (например, незнакомое место).

Кроме того, значимым предиктором приступов паники и панического расстройства может являться переживание в прошлом сердечно-сосудистой симптоматики и удушья (Агамамедова И.Н., 2008).

Острая «боязнь страха», развивающаяся после первых панических приступов, связана со страхом определенных физических ощущений, сопровождающих приступы паники (например, учащенное сердцебиение, головокружение, парестезии). Именно тот факт, что приступы паники в большей степени сопровождаются неприятными физическими ощущениями, приводит к тому, что больные, как правило, начинают искать у себя различные соматические заболевания. Зачастую первыми они посещают терапевта, невролога, кардиолога и гастроэнтеролога и, как правило, не находят патологию, объясняющую их состояние. При этом приступы паники за это время не проходят, а наоборот, лишь учащаются, а тот факт, что причину недомогания так и не нашли, страх тяжелого заболевания нарастает и за-

крепляется в мыслях больного. И только пройдя всех врачей общей практики, больной попадает в поле зрения психотерапевтов и медицинских психологов. На момент обращения панические атаки носят стойкий характер, а сформированные дезадаптивные убеждения о своем состоянии лишь усложняют коррекционную работу (Бек А., 1996; Бек Дж., 2006). Стремление избежать ситуаций, в которых может случиться приступ паники, способно заставить человека вести такую жизнь, словно эти приступы случаются ежедневно. Навязчивый страх перед приступом известен под названием страха ожидания. Преодоление этого страха является одним из ключевых моментов излечения от панических атак и агорафобии.

При работе с пациентами используется несколько психологических методик, но основной акцент мы делаем на когнитивно-поведенческом направлении. Наш выбор объясняется тем, что именно данное направление широко применялась в последние десятилетия, и исследования убедительно доказали, что именно ее методами – если их применять систематически – панические атаки можно весьма успешно лечить (Бек А., 1996; Бек Дж., 2006). Серьезным преимуществом этих методик является то, что их легко приспособить к индивидуальной программе самопомощи, в которой основное внимание уделяется практике саморегуляции и умению контролировать свой страх. Когнитивно-поведенческая терапия и учит тех, кто страдает паническими атаками, как себя вести в сложных ситуациях и как совладать со страхами, в этих ситуациях возникающими (Бек А., Фримен А., 2002).

Основной акцент в работе с такими пациентами мы делаем на коррекции иррациональных убеждений – «разрыв панического круга». В чем проявляется панический круг, рассмотрим на примере: «Больной Н. однажды довелось испытывать панику в супермаркете, и сильно испугавшись этого состояния, теперь, заходя в супермаркет, она сразу же начинает испытывать страх, даже если ей ничто не угрожает».

Подобное дезадаптивное поведение приводит к тому, что больной начинает избегать неприятного места и связанных с ним неприятных эмоций – страха. Облегчение, которое он испытывает, приводит к тому, что круг избегаемых мест расширяется и больной избегает уже не только этого супермаркета, но и всех прочих магазинов, а затем и просто людных мест. Трудность терапии заключается в том, что от возникшего однажды стремления «укрыться» очень трудно избавиться, и работа пациента должна быть систематичной. Очень важно показать, как избегание ситуаций приводит к их «катострофизации» (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003; Бек А., 1996; Бек Дж., 2006).

По нашим наблюдениям, одним из наиболее действенных методов в работе с такими пациентами является метод постепенного погружения, или методичной десенсибилизации. (Карсон Р., Батчер Дж., Минека С., 2004; Барлоу Д., 2008; Бек А., Фримен А., 2006). Его суть в том, что больного постепенно подводят к пугающей ситуации, давая возникающим при этом ощущениям тревоги и страха время утихнуть. Таким образом, постепенно связь между ситуацией и реакцией страха разрывается, а данные обстоятельства или место перестают ассоциироваться с ощущением страха. В данном методе крайне важна постепенность, погружение должно быть постепенным, неспешным, идти «от меньшего к большему», то есть от менее пугающих к более пугающим ситуациям, так как ускорен-

ное погружение в пугающую ситуацию способно, скорее, обострить страхи. Еще одним из наиболее важных моментов в коррекционной работе с пациентами является психоэдукация. Важно научить пациента понимать природу приступов паники, а также порочного круга «боязни страха» и «боязни болезни»; научиться противостоять симптомам страха и приступам паники; систематически упражняться в умении преобразовывать фатальные размышления из иррациональных в адаптивные. Объяснение механизма действия модели А-В-С (Бек Дж., 2006; Бек А., 2002) помогает распознать, проанализировать и при необходимости изменить негативное восприятие событий или ситуаций. Увидеть, как часто мы пугаемся того, что является лишь продуктом наших собственных мыслей: ожидание чего-то страшного, возникновение возможного стресса или даже просто размышления о приступе паники еще до того, как мы попадем в определенную ситуацию или место. В результате мы пугаемся заранее и норовим этого избежать.

Обучение постоянно отслеживать свои эмоции и умение изменить дезадаптивные мысли помогает уменьшить этот предварительный, преждевременный страх, способный перерасти в приступ паники. С помощью когнитивных методик можно также изменить и характерное для подобного мышления фатальное восприятие паники, благодаря чему и укорачивается продолжительность самого приступа, и снижается его воздействие на наше эмоциональное состояние (Бек Дж., 2006; Барлоу Д., 2008; Бек А., 2002).

Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия позволяет тем, кто страдает приступами паники, не только точно распознавать и анализировать процесс возникновения симптомов, но и систематически отрабатывать методику контроля и предупреждения этих симптомов.

Нейросифилис: актуальность проблемы в наше время

Савенкова А.В., Коблова Е.А.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Ухудшение социального положения в стране обязательно приводит к росту инфекционных, в том числе венерологических болезней. В Российской Федерации по-прежнему остро стоит проблема заболеваемости сифилисом.

Заболеваемость сифилисом характеризуется волнообразной кривой с чередованием периодов подъемов и спадов. В XX в. наблюдались несколько подъемов заболеваемости сифилисом, которые сопровождались повышением заболеваемости нейросифилиса. В годы подъема в структуре заболеваемости превалируют ранние формы сифилиса с кожными проявлениями, которые составляют 75-85% от общего числа случаев. В периоды снижения заболеваемости растет доля скрытых и поздних форм, включая нейросифилис. Поскольку для развития поздних форм нейросифилиса требуются многие годы, рост его случаев продолжается еще длительное время после снижения общей заболеваемости до фонового уровня. Таким образом, заболеваемость нейросифилисом на много лет увеличивает проблемы борьбы с сифилитической инфекцией, усложняя ее выявление,

диагностику и лечение, поскольку соответствующие вопросы далеко выходят за рамки дерматовенерологии, касаясь, прежде всего, таких специальностей, как неврология, психиатрия и офтальмология. Последняя эпидемия сифилиса пришлась на 1990-2000 гг. Пик эпидемии был отмечен в 1997 г. – 277,3 случая на 100 тыс. населения. В последующие годы происходило снижение заболеваемости, поначалу интенсивное (до 20-25% в год), а с 2005 г. – более постепенное (до 3-5% в год). В 2009 г. заболеваемость сифилисом по России составила 53,3 случая на 100 тыс. населения, однако современный уровень все еще на порядок выше доэпидемического (в 1988-1989 гг. – 4,3 случая). На фоне снижения заболеваемости происходит изменение ее структуры – увеличение доли скрытых и поздних форм заболевания, включая нейросифилис. С 2002 по 2008 гг. доля больных нейросифилисом по отношению ко всем больным сифилисом возросла с 0,2 до 0,9%. На сегодняшний день основная проблема – это неполное выявление нейросифилиса. Не используется ликворологическая диагностика, которая ранее была обязательным обследованием соответствующих групп пациентов, отсутствует опыт в вопросах диагностики нейросифилиса со стороны врачей «смежных» специальностей, а иногда и самих дерматовенерологов – вот основные причины плохой выявляемости неросифилиса и, следовательно, пробелов в лечении.

Клиническая классификация:

1. Асимптомный нейросифилис.
2. Менинговаскулярный нейросифилис: церебральный (менингит, инсульт), спинальный (менингомиелит, инсульт).
3. Паренхиматозный нейросифилис: прогрессивный паралич, спинная сухотка, табопаралич, атрофия зрительных нервов.
4. Гуммозный нейросифилис: головного мозга, спинного мозга.

Нейросифилис делят на ранний и поздний: до 5 лет и после от момента заражения. Ранние формы предполагают преимущественное поражение мезенхимы (оболочек, сосудов), поздние – паренхимы головного и спинного мозга.

Асимптомный нейросифилис протекает без клинических проявлений и выявляется только при ликворологическом обследовании по воспалительным и серологическим изменениям цереброспинальной жидкости.

Психические нарушения могут наблюдаться уже при ранних формах сифилиса, в частности вторичном, когда происходит генерализация инфекции с появлением обильных кожных высыпаний. Наиболее яркая клиническая симптоматика сопровождает острый конвекситальный менингит, при котором отмечаются резкие головные боли, тошнота, рвота, возможны эпилептиформные припадки, гемипарезы, афазия, спутанность сознания, делирий. Некоторые авторы описывают такую форму раннего нейросифилиса, как острый сифилитический менингоэнцефалит, который проявляется оболочечным синдромом в сочетании с очаговой мозговой симптоматикой. В частности, наблюдаются ядерные параличи глазодвигательного и других черепно-мозговых нервов, расстройства речи, глотания, геми- и параплегии, атаксия, судорожные припадки, когнитивные и аффективные расстройства, снижение интеллекта, внимания, памяти, снижение критики к своему состоянию, эпизоды периодического психомоторного возбуждения.

При поздних формах нейросифилиса, поражающих структуры головного мозга, психические расстройства становятся доминирующими: церебральный

вариант позднего менинговаскулярного сифилиса, прогрессивный паралич, табопаралич, гуммы головного мозга. Менинговаскулярный сифилис, проявляющийся в виде ишемического, значительно реже геморрагического инсульта, представлен как очаговыми, так и общемозговыми симптомами: головной болью, головокружением, психомоторным возбуждением, бредом, снижением памяти, неадекватностью поведения, подозрительностью, агрессивностью, отсутствием критики к своему состоянию. Поздний менинговаскулярный сифилис развивается в сроки от 5 до 12 лет после инфицирования. Развернутая картина неуклонно развивающихся психических нарушений наблюдается при прогрессивном параличе, который представляет собой хронический прогрессирующий менингоэнцефалит. Прогрессивный паралич начинается с нарастающей астении, проявляющейся утомляемостью, слабостью, усталостью, раздражительностью, забывчивостью, быстрой сменой настроений, изменением либидо. Прогрессирование процесса приводит к изменениям личности, появлению бестактности, цинизма, взрывчатости, булимии. Выявляются интеллектуальные расстройства: нарушения памяти, ошибки в счете и письме, неспособность замечать и исправлять эти ошибки. Отмечаются нарушения речи: замедленная речь, речь скороговоркой, дизартрия. Совершаемые нелепые поступки приводят к социальной дезадаптации, и квалифицированные, вполне успешные в прошлом работники теряют работу. На завершающих этапах болезни развивается выраженная деменция, появляется бред (характерен бред величия), галлюцинации, фобии. По характеру доминирующих симптомов различают дементную, экспансивную, ажитированную, депрессивную формы. Заболевание завершается летальным исходом на фоне нарастающего маразма. Течение прогрессивного паралича может быть быстрым, с внезапным началом и галопирующим продолжением, когда летальный исход наступает уже через несколько месяцев. В других случаях симптоматика развивается постепенно, в течение 3-5 лет. Доминирующим симптомом гумм головного мозга является головная боль. Отмечаются нарушение внимания, ухудшение памяти, снижение критики, депрессия, нарушение ориентации, спутанность сознания, прогрессирующая деменция. Даже при спинальной форме позднего нейросифилиса, спинной сухотке, описаны психические нарушения – «табетические психозы», связанные с поражением мозговых оболочек. Эти состояния характеризуются лабильностью настроения, подозрительностью, забывчивостью, рассеянностью, необоснованной эйфорией. Возможны галлюцинаторное возбуждение, делириозные состояния. Табетические психозы в противоположность проявлениям других поздних форм нейросифилиса кратковременны. Наличие психических нарушений приводит к тому, что больные поздним нейросифилисом оказываются в поле зрения психиатра. Чаще всего это пациенты с прогрессивным параличом или поздним менинговаскулярным нейросифилисом. В прошлом они составляли немалую долю больных психиатрических стационаров – 5-15% всех пациентов психиатрических больниц.

Лечение нейросифилиса ставит целью восстановление утраченных функций либо задержку прогрессирования болезни. В лабораторных исследованиях это нормализация цереброспинальной жидкости. Препаратом выбора в лечении нейросифилиса остается пенициллин. Методом выбора – внутривенное капельное введение пенициллина в дозе 10-12 млн ЕД 2 раза в сутки в 400 мл физиоло-

гического раствора при длительности инфузии 1,5-2 ч, а также внутримышечное или внутривенное введение цефтриаксона в суточной дозе от 1,0 до 4,0 г в зависимости от тяжести состояния. Необходимая длительность курса лечения составляет 20 дней. При поздних формах нейросифилиса рекомендуется проведение 2 курсов терапии с интервалом 2 недели.

Лечение продолжается коррекцией неврологических проявлений. Неврологическая коррекция заключается в приеме ноотропных, вазомоторных, метаболических, антиоксидантных, витаминных препаратов, миорелаксантов, эубиотиков, иммунокорректоров, биостимуляторов, антидепрессантов и физиотерапии.

По окончании лечения показан клинико-серологический контроль длительностью не менее 3 лет. Он включает в себя клиническое наблюдение (осмотр психиатром, дерматовенерологом), постановку серологических тестов в крови, исследование цереброспинальной жидкости 1 раз в 6 месяцев. Контроль цереброспинальной жидкости должен проводиться и после санации ликвора, так как возможны рецидивы. В случае отсутствия санации ликвора при контрольном исследовании или наступлении рецидива лечение повторяют. При церебральном менинговаскулярном сифилисе своевременно начатое лечение может обеспечить значительное улучшение или выздоровление, при прогрессивном параличе – улучшение или стабилизацию процесса.

Выводы. Если лечение нейросифилиса оказывается неадекватным – это ведет к прогрессированию органического заболевания головного мозга. В то же время при ранней диагностике и своевременном адекватном лечении психические нарушения обычно в значительной мере регрессируют или исчезают полностью. Клинические симтомы при нейросифилисе – неврологические, нейроофтальмологические и психиатрические – не являются патогномоничными, но характерными для нейросифилиса. Очень важно в анамнезе больного выявить наличие заболевания сифилисом в прошлом и лечение по поводу этого заболевания, так как обращает на себя внимание высокая частота развития нейросифилиса у ранее леченных больных.

Больной В., 54 года. Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Закончил школу, ПУ, служил в армии. Трудился рабочим на станкостроительном заводе. Был женат, с женой в разводе с 2007 г., в настоящий момент жена ухаживает за пациентом. Со слов жены, пациент ранее злоупотреблял алкоголем, вел асоциальный образ жизни. Впервые попал в психиатрический стационар в 2009 г., из медицинской документации известно, что пациент был злобен, неадекватен в поведении, дезориентирован, высказывал идеи отравления, преследования, слышал «голоса» за стенкой в комнате, считал, что соседи хотят его убить. Выставлен диагноз: острое полиморфное психотическое расстройство.

При лабораторном исследовании ИФА на сифилис-положительный 4+ (проведен курс специфической терапии, психотропной терапии). На фоне терапии психическое состояние улучшилось незначительно, вскоре пациент вновь поступает в психиатрический стационар, так как не спит ночами, испытывает страхи, убегает от преследователей, кричит, слышит «голоса» с улицы, зовущие его, агрессивен. Пациенту выставлен диагноз: паранойдная шизофрения. Аффективно-бредовый синдром.

На фоне проводимого лечения состояние практически без улучшения, плохо ориентируется в городе, теряет практические бытовые навыки, не может приготовить себе еду, спрашивает: «Как это делать?», совершает нелепые поступки, выбегает голым в подъезд, не критичен. В 2010 г. пациент попадает в неврологическое отделение, выставлен диагноз: нейросифилис. Латентный менингит (ИФА на сифилис положительный 4+, в ликворе – положительный 4+). В период с 2010 по 2013 г. пациент не однократно госпитализируется в психиатрический стационар с галлюцинаторно-паранойдной, бредовой симптоматикой, нарастает интелектуально-мнестическое снижение, отсутствие критики, социальная дезадаптация. (По ЭПО-Темп деятельности быстрый, не упорядоченный. Объем внимания сужен, истощаем, объем запоминания и воспроизведения снижены. При исследовании мыслительной деятельности: нулевой уровень обобщения. Нет операций, а есть перечисления узнаваемых предметов, и их функций. Смысл пословиц не поясняет, а продуцирует малосодержательные речёвки, обрывки конкретных непосредственных ассоциаций). Пациенту установлена 1-я группа инвалидности. Исходя из выше изложенного можно сказать, что у данного пациента органическое заболевание головного мозга нейроинфекционного генеза (нейросифилис) с нарастающим интелектуально-мнестическим снижением, возможно, в последующем с исходом в слабоумие.

К вопросу диагностики и раннего выявления психопатологических последствий у лиц, перенесших не леченные в остром периоде черепно-мозговые травмы

Сартакова О.В.
КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», г. Барнаул

Актуальность. Психическим нарушениям, вызванными травмами головы, посвящено значительное число работ. Как показывает анализ литературы, остается практически неизученным такой аспект травматических поражений головного мозга, как психические нарушения у лиц, перенесших травму головы и оставшихся без лечения в их остром периоде. Как показывает анализ литературы, черепно-мозговые травмы в отдаленном периоде имеют серьезные психопатологические последствия, нередко приводящие к инвалидизации больных.

Ежегодно в России черепно-мозговые травмы получают около 600 тыс. чел. (в том числе детей 30%). Из них 50 тыс. погибают, а еще 50 тыс. становятся инвалидами (Потапов А.А. и соавт., 2009). По данным ВОЗ, на 2% ежегодно увеличивается частота черепно-мозговой травмы, что сопровождается увеличением инвалидизации и социальной дезадаптации больных (Скоромец А.А. и соавт., 2006).

Причины черепно-мозгового травматизма значительно разнятся в зависимости от социальных, демографических, географических, климатических и иных факторов (Потапов А.А. и соавт., 2009). У больных вследствие черепно-мозговой

травмы отмечаются психические расстройства от нарушения сознания до легких астенических состояний (Доброхотова Т.А., 2010).

К последствиям перенесенной черепно-мозговой травмы относится комплекс неврологических и психических нарушений. У 90% пациентов обнаруживаются нервно-психические расстройства через 2-10 лет после травмы (Скоромец А.А. и соавт., 2010).

Учитывая изложенное, было проведено исследование, направленное на анализ психического состояния больных, перенесших черепно-мозговую травму и не получивших лечение в остром ее периоде.

Исследование проводилось в г. Барнауле на базе городской больницы в нейрохирургическом отделении, оказывающем экстренную помощь пострадавшим в течение 2008-2009 гг. Исследование носило безвыборочный характер и основывалось на анализе медицинской документации всех больных поступавших, получивших травму головы в течение двух лет (2008-2009 гг.). При анализе двух лет поступило 4082 больных с верифицированной черепно-мозговой травмой, 323 чел. (7,9%), несмотря на серьезность состояния и рекомендации врачей, отказались от лечения. Из 323 чел. удалось собрать катамнестические сведения у 14 больных. Из 14 у 13 больных в клинической картине преобладали соматовегетативные расстройства, чаще всего выражались в головной боли, повышенной утомляемости, раздражительности, нарушении сна, рассеянности внимания и сосредоточения при интеллектуальной нагрузке, быструю истощаемость при незначительной физической нагрузке. Все пациенты связывали свое состояние с перенесенными травмами головы. Все изложенное указывает на органическую симптоматику. При этом остальных 309 больных не удалось оценить катамнестически, так как в силу разных причин пациенты, которые отказались от лечения, имели неблагополучный социальный статус (не имели постоянного места жительства в городе, проживали на съемных квартирах, с которых в последующем съехали, не имели постоянного места работы, некоторые из них страдали венерическими заболеваниями, туберкулезом, все за исключением двух пациентов не имели номеров телефонов, по которым с ними была бы возможность связаться).

Также выборочно клинически было исследовано 30 больных в госпитале для ветеранов войн, получивших боевые травмы головы и не получавших медицинской помощи в остром ее периоде. Катамнез после травмы составил от 5 до 30 лет. У клинически исследованных больных имеется различная выраженность расстройств, характеризующих психоорганический синдром.

При I стадии психоорганического синдрома больные критичны к своему состоянию. Все пациенты связывали свое болезненное состояние с перенесенными трав-мами головы. В клинической картине выражены соматовегетативные расстройства. Больные активно предъявляли жалобы на головные боли, которые возникали периодически. Усиливались головные боли при интеллектуальных нагрузках, волнениях. По характеру боли сжимающие, пульсирующие, распирающие, «как в металлическом шлеме». На фоне усиления головных болей у части больных возникла тошнота, рвота. В весенне-осенний период самочувствие значительно ухудшается, плохо переносят поездки в общественном транспорте, большие «супермаркеты». У части больных отмечается плохая переносимость алкоголя, а другая часть не употребляет алкоголь. Метеотропность имела место у

нескольких пациентов, которая проявлялась за 2-3 дня головными болями, перепадами артериального давления. Все пациенты быстро утомляемы, астенизированы. Отмечается быстрая утомляемость даже при незначительной физической нагрузке. У части больных выраженная гиперестезия. Больные раздражаются из-за яркого света, из-за шумных игр детей, телефонных звонков. Все пациенты жаловались на ухудшение памяти, трудность в запоминании прочитанного материала, забывали, куда положили тот или иной предмет.

У больных при II стадии психоорганического синдрома наблюдались соматовегетативные и психические нарушения. Головные боли более выраженные и почти всегда сопровождаются головокружением, тошнотой. Более выраженная утомляемость, у всех имело место гиперестезии и эмоциональная лабильность. Эмоциональная неустойчивость выражается в повышенной конфликтности. Отмечается снижение памяти на текущие события. Мышление замедленное, обстоятельное, не на все вопросы отвечает по сути заданного, иногда долго не могут подобрать нужные слова. Расстройства «схемы тела» отмечалось у части больных по типу увеличения отдельных частей тела. У части больных имела место метоморфопсия, характеризующаяся искажением формы окружающих предметов.

У одного больного имело место расстройство памяти «дежа вю», которое возникло несколько раз.

Все изложенное говорит о стойкой органической патологии, которая развилась на протяжении нескольких лет после нелеченой травмы головы. Таким образом, полагаем, что приведенные сведения указывают на необходимость дальнейшего изучения данной проблемы и путей ее решения.

Некоторые аспекты амбулаторной реабилитации наркологических больных

Саяпина С.Г.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Специалисты – и ученые, и практики, занимающиеся проблемами наркозависимости и алкоголизма, – единодушны в своем мнении, что лечение данной группы больных неэффективно без реабилитационных программ. При сложившейся в стране ситуации с употреблением психоактивных веществ количество больных, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях, остается значительным.

Реабилитация является совокупностью медицинских (лечебных), психологических, социальных, образовательных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально-приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности адаптации к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологические заболевания.

Реабилитация в наркологии радикально отличается от таковой в соматике. В прошлой жизни пациентов с зависимостью от психоактивных веществ было нечто, что привело их к особым отношениям с алкоголем и наркотиками, и если после

лечения они вернутся в нее (жизнь) без изменений, то неминуемо вновь произойдет срыв. Возраст начала злоупотребления наркотиками достигает нижней границы 14-16 лет, когда человек становится наркоманом, еще не став личностью.

Таким образом, при аддикции фактически необходимо реконструировать личность больного, так как своеобразная задержка психического развития типична для сформировавшейся клинической картины болезни, заставляет начинать процесс личностного восстановления даже не с «нуля», а с глубокого минуса, ведь недаром в литературе личность наркомана называют «выжженной землей». При аддикции необходимо восстанавливать личность больного и здесь не идет речь о восстановлении прежних эмоциональных и поведенческих стереотипов. Необходимо создавать и развивать новые способы реагирования, которые не приведут к срыву и дальнейшему употреблению психоактивных веществ (ПАВ).

Медико-социальная реабилитация наркозависимых проводится в едином реабилитационном процессе и полном объеме в КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» в условиях круглосуточных стационаров, дневного стационара, кабинета медико-социальной реабилитации, амбулаторного приема, в соответствии с приказом МЗ РФ от 22.10.2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных наркоманией», методическими рекомендациями «Психотерапевтическая программа наркологического стационара», утвержденными ФГУ «Национальный научный центр наркологии МЗ СР РФ» и программой «Поэтапное психотерапевтическое воздействие на поведение больных алкоголизмом и наркоманией в малых динамических группах в условиях стационара», разработанных специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

Долгосрочная длительная амбулаторная реабилитация проводится в диспансерном отделении под контролем врача психиатра-нарколога амбулаторного приема, психолога, психотерапевта, социального работника, с посещением наркозависимыми клуба «Анонимные наркоманы» (АН), «Анонимные алкоголики» (АА), то есть осуществляется реализация программы «сопровождения», так как учитывается патологическое состояние больных, что диктует необходимость длительного наблюдения.

В кабинете амбулаторного лечения и реабилитации КГБУЗ АКНД реабилитация больных наркоманией включает:

- комплекс фармакологических, психокоррекционных и других мероприятий, направленных на подавление основного синдрома заболевания – патологического влечения к психоактивным веществам;
- купирование астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и расстройств, обусловленных злоупотреблением психоактивными веществами;
- восстановление коммуникативных навыков;
- обучение пациентов умению сказать наркотикам и алкоголю «нет»;
- обучение умению определять предвестники обострения влечения к психоактивным веществам и своевременно предупреждать рецидивы заболевания;
- формирование (или восстановление) навыков здорового образа жизни, ресоциализация, восстановление трудовой деятельности и учебе;
- формирование позитивных морально-этических установок;

- восстановление семейных отношений;

- психотерапевтическая работа с родственниками больных, преодоление созависимости;

- формирование мотивации на участие в реабилитационных программах и стремления к жизни без психоактивных веществ.

Реабилитация неотделима от медикаментозного и психотерапевтического воздействия, она начинается на самых ранних этапах лечения, практически с первых контактов больного с врачом.

Лечебно-реабилитационный процесс может быть условно разделен на следующие периоды: восстановительный, собственно реабилитационный и профилактический. Собственно реабилитационный период состоит из адаптационного, интеграционного и стабилизационного этапов.

Восстановительный период включает лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией – психотические нарушения, наркотический и алкогольный абстинентные состояния, постабстинентные расстройства, и подготовку больных к участию в реабилитационных программах.

Этап реабилитации – адаптационный – имеет преимущественно медико-психологическую направленность. Осуществляется консультирование и обследование больных врачом-наркологом, психологом, психотерапевтом, социальным работником, а также проводятся противорецидивные мероприятия, формируется мотивация больного на участие в реабилитационном процессе.

Этап реабилитации – интеграционный – представляет собой вхождение в реабилитационную программу, формируются устойчивые группы больных, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга.

Этап реабилитации – стабилизационный – направлен на восстановление и стабилизацию физического и психического состояния больного, возвращение его в семью и общество.

В случае возобновления приема наркотиков на любом из реабилитационных этапов, то есть при наступлении рецидива заболевания, больной направляется в наркологическое отделение (стационар). Как правило, этот контингент больных в период злоупотребления психоактивными веществами «приобретает» гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекцию, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. У больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и болезненная зависимость.

В амбулаторные реабилитационные отделения направляется следующие больные:

- больные направленные амбулаторной службой;

- больные, обратившиеся самостоятельно, по рекомендации других пациентов;

- больные наркоманией, освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах;

- больные наркоманией, направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию.

В лечении больных алкоголизмом и наркоманией в кабинете амбулаторного лечения и реабилитации используются следующие медикаменты:

- блокатор опиодных рецепторов: антаксон, налтрексон;
- блокатор ацетальдегиддеги-дрогеназы: антабус;
- аминокислоты: глицин;
- антидепрессанты: азофен, серлифт, велоксин, велофакс, амитрептилин, адепрес, феварин, стимулотон, эфевелон;
- транквилизаторы: седуксен, грандоксин;
- нейролептики: труксал, хлорпроте-ксен, тералиджен, санопакс, релиптид;
- снотворные: сомнол, релаксон, анданте;
- ноотропы: луцетам, пироцетам, пантогам-актив, фенотропил;
- антиоксиданты: мексиприм, нейрокс, кортексин, интеллан;
- метаболические средства: элькар, рибоксин;
- гепатотропные средства: ливолин, гептор, эследин, гепомерц;
- витамины группы В и С, тиоловые и другие препараты для симптоматической терапии.

Показатели работы кабинета амбулаторного лечения и реабилитации за 2012 г.

Показатели	Алкоголизм		Наркомания		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Состояло на начало 2012 г.	140	85,9	23	14,1	163	100
Поступило за 2012 г.	1162	61,8	100	38,2	262	100
Итого состоит на 01.01.2013 г.	425	77,5	123	22,5	548	100
Успешно закончили лечение и реабилитацию	315	80,2	78	19,8	393	100
Отказались от лечения и реабилитации	19	57,6	14	42,4	33	100
Выбыли из лечебно-реабилитационного процесса по др. причинам	18	56,3	14	43,7	32	100
Продолжают лечение, реабилитацию и психокоррекцию	28	62,2	17	37,8	45	100

Ремиссии на конец 2012 г.:

- от 0 до 6 мес.: наркомания – 48, алкоголизм – 130;
- от 6 мес. до 1 года: наркомания – 30, алкоголизм – 107;
- от 0 до 1года: наркомания – 78, алкоголизм – 257;
- от 1 года до 2 лет: наркомания – 118, алкоголизм – 215;
- от 2 лет: наркомания – 127, алкоголизм – 221.

Осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет больным продолжить работу или учебу, жить дома под присмотром семьи. Вместе с тем перед больными ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т.д. Фактически больной привлекается к сотрудничеству и в максимально короткие сроки становится сотерапевтом в достижении целей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

Медико-психологические аспекты комплексной реабилитации пожилых лиц, пострадавших вследствие стихийного бедствия

С.Б. Селезнёв
доктор медицинских наук,
врач-психотерапевт ОАО «Санаторий «Россиянка», г. Анапа,
Краснодарский край

Объектом нашего исследования явились лица пожилого возраста, пострадавшие летом 2012 г. в результате стихийного бедствия – наводнения в г. Крымске Краснодарского края. В связи с фактической потерей своего собственного жилья и отсутствием средств к дальнейшему существованию эти пожилые лица были направлены в ряд санаториев Краснодарского края для временного проживания и проведения комплексной медицинской и психологической реабилитации. Социальный статус этих граждан соответствовал статусу лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, а их возрастные особенности объективно не позволяли им справиться с этой ситуацией самостоятельно.

Всего нами было обследовано 16 чел. (7 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 65 до 80 лет, из которых 6 чел. состояли в браке (3 семейные пары). У 10 обследованных лиц в результате наводнения было полностью разрушено жилье, у 6 – требовалось его длительное восстановление (капитальный ремонт). Ни у одного из обследованных не было выявлено факта гибели проживавших с ними совместно родных, но факты гибели соседей и знакомых имели место в 5 случаях. Психологической особенностью перенесенного психотравмирующего события было и то, что практически все 16 чел. в критический момент наводнения считали свое спасение маловероятным событием и уже были готовы к наихудшему варианту дальнейшего развития ситуации. Однако в результате 4 чел. сумели спастись самостоятельно, а 12 были спасены родными, военными, спасателями или другими лицами, добровольно участвующими в спасении пострадавших. Поэтому в первые сутки практически у всех обследованных наблюдались преходящие аффективно-шоковые реакции депрессивной структуры с преобладанием апатического компонента.

Все указанные лица находились в санатории ОАО «Санаторий «Россиянка» в течение 2 месяцев на полном государственном обеспечении до решения вопроса своего дальнейшего проживания. В этот период они прошли комплексное медицинское и экспериментально-психологическое обследование на предмет выявления тех или иных расстройств соматического и психического здоровья.

В результате проведенного обследования у пострадавших были выявлены клинические признаки целого ряда хронических соматических заболеваний: ишемической болезни сердца (5 чел.), гипертонической болезни (7 чел.), церебрального атеросклероза (6 чел.), сахарного диабета (3 чел.), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (2 чел.), бронхиальной астмы (1 чел.), хронического бронхита (1 чел.), ревматоидного артрита (1 чел.). При этом следует отметить, что, несмотря на перенесенное психотравмирующее событие, сопряженное с длительным (1-2 ч) пребыванием в холодной воде, выраженных обострений хронической соматической патологии ни у кого не наблюдалось.

Психический статус обследованных на данном (относительно раннем) этапе наблюдения в целом характеризовался преобладанием психодезадаптационных состояний донозологического уровня в виде преходящих и более стойких расстройств настроения (тревога, депрессия, дистимия, смешанные расстройства настроения), нарушений ночного сна (бессонница, кошмарные сновидения, ранние пробуждения и др.), обсессивных (навязчивых) неприятных воспоминаний и соответствующих фобий (страхов).

Экспериментально-психологическое обследование с использованием проективных (тест М. Люшера) и непроективных психодиагностических методик (Шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина и депрессии Гамильтона) позволили выявить высокий уровень ситуативной тревожности, склонность к депрессивному реагированию с ощущением безысходности и потерей веры в позитивное развитие событий (14 обследованных).

На следующем этапе в рамках индивидуальной работы с клиническим психологом (3-4 встречи) обследуемые получили медико-психологическую помощь, включающую элементы психоразгрузочной терапии, эмоционального отреагирования и психологической коррекции (профилактика посттравматического стрессового расстройства). Несмотря на субъективное значительное улучшение психического состояния обследованных, многим из них (12 чел.) потребовалась дополнительная психотерапевтическая помощь.

Психотерапевтическая работа проводилась в индивидуальном режиме в течение 3 недель и состояла из 10-15 лечебных сеансов. Работа с семейными парами велась в режиме семейной терапии с одновременным вовлечением в психотерапию обоих супругов. Практически все пациенты в силу своего психического состояния (нарушение ночного сна, тревожные, депрессивные и обсессивно-фобические расстройства) нуждались в фоновой медикаментозной терапии, которая в нашем случае ограничивалась седативными и антидепрессивными средствами растительного происхождения (валериана, негрустин и др.).

Первые 2 сеанса психотерапии посвящались установлению психотерапевтического контакта, сбору анамнестической информации о пациенте, оценке его субъективного отношения к своему состоянию и переживаемой психотравмирующей ситуации, поиску внутренних санагенных психологических ресурсов личности. Последующие 2-3 встречи преследовали цель максимального эмоционального отреагирования переживаемых личностью психотравмирующих обстоятельств. При этом дифференцированно использовались как классические поведенческие техники многократной «имплозии» с последующей миорелаксацией, так и техники «гипноанализа», «индивидуального дебрифинга», «клинических ролевых игр», «Эриксоновского подхода» и «нейролингвистического программирования». Дальнейшая работа (2-3 встречи) была связана с реконструкцией когнитивно-поведенческой стратегии и формированием новой поведенческой линии. При этом особое внимание фиксировалось на успешно преодоленных ранее кризисных жизненных ситуациях, как базисных ресурсных состояниях, способных возродить веру в себя и свои способности. На заключительном этапе проводились сеансы «мягкой гипносуггестии» с элементами аутотренинга с целью более полного закрепления сформировавшихся позитивных психологических установок (до 5 сеансов).

Анализ клинической эффективности данной психотерапевтической модели указывает на целесообразность ее более широкого использования в рамках медико-психологической реабилитации жертв стихийных бедствий в условиях санатория. В частности, значительное улучшение психического состояния наблюдалось у 10 (83,3%) из 12 пациентов. Немаловажным позитивным фактором явилось и то, что на протяжении всего периода пребывания в санатории пострадавшие были окружены не только чутким профессиональным, но и не менее важным человеческим вниманием со стороны всего обслуживающего персонала, пронизанным искренним гуманизмом, сопереживанием и заботой, без чего никакая психотерапевтическая помощь не могла бы быть успешной.

Хронобиологические подходы к усилению эффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при терапии депрессивных расстройств

Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Балычева Т.А., Семке В.А.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Введение. Около трети пациентов, страдающих депрессией, не дают клинического ответа на первый курс стандартного антидепрессивного лечения, в том числе и с помощью селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Недостатком СИОЗС является длительный (до 4-8 недель) латентный период до наступления их антидепрессивного действия (Möller H.J., 2004). В патогенезе аффективных расстройств важное значение имеют хронобиологические нарушения (Wirz-Justice A. et al., 2013). Отдельные немедикаментозные методы терапии депрессии (например, терапия ярким светом, депривация сна, отрицательные ионы высокой плотности) могут обусловливать коррекцию имеющихся хронобиологических нарушений при аффективных расстройствах. Существуют данные о повышении эффективности антидепрессивной терапии при сочетании СИОЗС и терапии ярким светом (2500-10000 люкс) (Martiny K. et al., 2004; 2005), высокой эффективности терапии ярким светом и отрицательными аэроионами высокой плотности при сезонных и несезонных депрессиях (Terman M., Terman J.S., 2005; 2006; Goel N. et al., 2005). Несмотря на признание более высокой клинической эффективности «полимодальных терапевтических вмешательств» (Michalak E.E., Lam R.W., 2002) при депрессивных расстройствах, попыток одновременного использования СИОЗС, свето- и аэроионотерапии в указанных клинических случаях не было предпринято.

Цель исследования – повышение и ускорение антидепрессивной эффективности СИОЗС за счет полимодальной терапии.

Материал и методы: 2 группы стационарных больных по 15 чел., статистически не различавшихся по половому, нозологическому составу, возрасту, психофармакологическому лечению ($p > 0,05$): 1) пациенты, получавшие СИОЗС в сочетании со свето- и аэроионотерапией (13 женщин и 2 мужчин), средний возраст выборки составил 48,6 ± 13,4 года. Условное обозначение этой группы –

«СИОЗС + Свет + Ион»; 2) пациенты, получавшие только СИОЗС (12 женщин и 3 мужчин), средний возраст 45,1 ± 10,9 года. Условное обозначение данной группы – «СИОЗС». В обеих группах преобладали случаи депрессивного эпизода (33,3 и 53,3%) или рекуррентной депрессии (53,3 и 40%) умеренной тяжести (60 и 53,3% соответственно). Для объективизации эффективности проводимой терапии использовались 24-пунктовый вариант шкалы SIGH-SAD (Williams J. et al., 1991), шкала глобальной клинической оценки (CGI). Обследование проводилось в трех временных точках: 0-й, 7-й и 14-й дни терапии. Протокол исследования в группе «СИОЗС + Свет + Ион» включал в себя ежедневную экспозицию яркого флуоресцентного «дневного света» (2500 люкс), а также аэроионотерапию (более 1 х 10^5/см^3 отрицательных ионов) в утренние и вечерние часы по 1,5 ч в течение 2 недель. Как светотерапия, так и аэроионотерапия проводились в условиях «световой комнаты» (S = 14 м^2).

Результаты исследования: количество респондеров по данным SIGH-SAD (редукция суммарного балла ≥ 50%) на 7-й и 14-й дни терапии в группе «СИОЗС + Ион + Свет» составило 5 (33,3%) и 10 (75%) чел., в группе «СИОЗС»: 1 (6,7%) и 9 (60%) чел. Статистически значимые ($p < 0,05$) различия между группами отмечались на 7-й день терапии. По субшкале S-CGI (тяжесть заболевания) в группе «СИОЗС + Ион + Свет» средний балл на 0-й, 7-й и 14-й дни терапии составлял 4,1 ± 1,1; 3,0 ± 1,3; 2,6 ± 1,3; в группе «СИОЗС» – 4,2 ± 0,6; 3,9 ± 0,4; 3,4 ± 0,7 баллов. Статистически значимые ($p < 0,05$) различия по показателям S-CGI между группами отмечались на 7-й и 14-й дни терапии. По субшкале I-CGI (улучшение психического состояния) в группе «СИОЗС+Ион+Свет» средний балл на 7-й и 14-й дни терапии составлял соответственно 2,0 ± 1,0; 1,7 ± 0,8 ($p < 0,05$), в группе «СИОЗС» – 3,0 ± 1,5; 1,9 ± 0,8 баллов. Статистически значимые ($p < 0,05$) различия по показателям I-CGI между группами отмечались на 7-й день терапии.

Выводы: сочетанное применение СИОЗС, свето- и аэроионотерапии при лечении депрессивных расстройств обеспечивает более выраженный (особенно в первую неделю лечения) и более быстрый антидепрессивный эффект, чем в случае монотерапии СИОЗС, что может объясняться возможным синергическим, взаимопотенциирующим серотонинергическим действием яркого искусственного света, отрицательных аэроионов и СИОЗС.

Целостный подход в психотерапии психических расстройств с опорой на телесность

Старостин О.А., Соловьев А.Г.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург,
Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Целостный (холистический) подход к пониманию человека и его психики в нашей стране связан с научными трудами В.М. Бехтерева, который в начале XX в. создал междисциплинарное направление – «психоневрологию» и своими взглядами на природу психических процессов предвосхитил «биопсихосоциальную» модель Г. Энгеля, мультимодальный подход А. Лазаруса, а также положил

начало отечественному целостному (системному) подходу в психологии и психиатрии (Кулаков С.А., 2009) .

Целью настоящей работы является систематизация современных теоретических исследований и практик применения целостного (холистического) подхода в психотерапии психических расстройств через призму представлений о телесности.

В основу современного холистического – «телесно-ориентированного» психотерапевтического подхода немецкого психотерапевта Удо Баера (Баер У., 2013) легла Leib-модель, в которой человек рассматривается в неразрывной связи с миром, как целостность «тело – душа – разум»: человек – это тело со всеми его ощущениями и чувствами; человек – это душа со всей ее эмоциональностью; человек – это и разум с его способностью к пониманию, мышлению и его духовностью; все три аспекта всегда – одно целое, всегда сцеплены и переплетены воедино.

В немецком языке – два слова, которые переводятся как «тело»: одно из них обозначает физическое тело, которое «имеют» («Körper»), а другое – динамическую форму, через которую человек «являет себя» («Leib»). В работе «Феноменология восприятия» М. Мерло-Понти (Мерло-Понти М., 1999) обращается к введенному ранее Э. Гуссерлем различию между «физическим телом (Körper)» и «телом-телесностью», моим телом (Leib). В русском языке помимо слова «тело», определяющего безжизненную материю, существовало другое слово – «тель», ныне вышедшее из активного употребления и обозначавшее живого, чувствующего человека.

Сложившееся в настоящее время отождествление понятия «личность» исключительно с «внутренними», интеллектуально-психическими характеристиками и их противопоставление телу и телесности порождает существенные негативные последствия как теоретического, так и практического характера. Разъединение телесности, душевной организации и духовного мира индивидуума, разведение «внутреннего» мира человека и его внешней данности влечет за собой целый ряд психосоциальных проблем. Например, это – формирование «одномерной», «частичной» (нецелостной) личности, у которой «голова», «душа» и тело находятся в дисгармонии, при этом Духу вообще «не находится места».

Представления психотерапевта о теле и телесности формируются в зависимости от того, в какой «системе координат» он рассматривается себя и своего клиента – в холистической или дихотомической. Представляется важным то, трактуется ли им собственное тело и собственная телесность, а также тело и телесность клиента, как равноправный элемент в единой (целостной) системе, во взаимосвязи с другими атрибутами человеческого бытия, или же утверждается их отдельность и обособленность.

Анализируя сущность человеческого тела и телесности, М. Мерло-Понти рассматривает их не как объективную вещь, не как внешнюю реальность, а как особый чувственно-смысловой феномен, который в христианстве именовали плотью. Таким образом, в исследованиях телесного бытия в конце XX – начале XXI вв. было установлено, что телесность не вполне идентична телу, что она «шире» и «больше» тела, а в телесно-метафорических проявлениях способна выражать психологические проблемы человека (Мерло-Понти М., 1999).

Человеческая телесность – это сложный природно-культурный феномен, особая точка пересечения внешнего мира с внутренним, в котором осуществля-

ется не просто их соприкосновение, но и осмысление сосуществования. Она является чувственно-смысловой материальной оболочкой человека, благодаря которой осуществляются рефлексия и ментальность путем придания всему временности и пространственной ориентации.

В холистической психотерапии мы обращаемся к феномену телесности как к некому избытку тела, к тому, во что оно (физическое тело) простирается в пространстве, становясь материей исполненного желания. Составляющими элементами единства человеческой организации является тождество объективного и субъективного, «природного» и социального, соматического и психического, которое может рассматриваться в качестве внутреннего источника развития целостной телесности человека (Некрасова Н.А., 2008). Этот постоянно действующий источник делает возможным развитие и саморазвитие телесной человеческой целостности при постоянном обмене ее с окружающей средой веществом, энергией и информацией. Таким образом, «телесность», или «тельность» (живое, одушевленное, динамическое тело, тель) формирует единое пространство, позволяющее наблюдать в естественной целостности природные, психологические и социокультурные манифестации человеческой сущности и восстанавливать утраченную целостность в холистической (цельно-ориентированной) терапии.

Среди существующего в настоящее время многообразия психотерапевтических моделей, позволяющих помогать клиенту целостно, особое место занимают методики и техники холистической психотерапии; холистический подход подразумевает восстановление единства организма человека, его души и духа, причем душа является «связующим мостиком» телесного и духовного в человеке (Старостин О.А., 2013).

Тельность (телесность) проявляется через четверосоставность (телесные ощущения, эмоционально-чувственные переживания, образы телесных ощущений и когнитивно-поведенческие паттерны). «Симфония четверосоставности» позволяет через интендирование жизненных событий, ситуаций, объектов, реинтерпретацию и комплексирование разнородных данных клиента восстановить цельность как часть органического процесса холистической психотерапии.

Суть холистической психотерапии заключается в повышении осознанности в зоне психической скотомы («слепого пятна») по запросу пациента. Принятие им проблемной ситуации через осознание, интеграция личного опыта позволяют восстановить целостное восприятие «психотравмирующей» ситуации, на которую символически указывали симптомы и жалобы, и «разотождествить» себя с этой ситуацией.

Патопсихология коморбидных форм психических заболеваний

Стоянова И.Я., Королев А.А.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Методы психологии играют значительную роль, при исследовании малоизученных психических заболеваний, среди которых большой интерес представляют коморбидные формы психической патологии («смешанные», «ассоциированные», «сочетанные», «заболевания с двойным диагнозом», «сопутствующие», «микст-патология»). Среди многочисленных сочетанных форм наиболее актуальными представляются сочетания пограничных психических расстройств, в частности неврозов и экзогенно-органических заболеваний головного мозга. Это обусловлено большей распространенностью указанных расстройств в общей структуре психической патологии и популяции в целом. Специфика психических нарушений при пограничных психических расстройствах, представленная в отдельных формах экзогенно-органического и невротического патопсихологического синдрома, а также в их сочетании, может быть схожей, но вместе с тем иметь определенные отличия (Соловьева С.Л., 2006; Романов Д.В., 2011). Это существенно осложняет диагностический процесс и затрудняет создание реабилитационных программ.

Целью экспериментально-психологического исследования явилось изучение патопсихологических особенностей психической деятельности у пациентов при сочетании невротической депрессии и экзогенно-органических заболеваний головного мозга. В исследовании приняли участие 3 группы пациентов в возрасте 18-45 лет (средний возраст – 32,2 ± 2,4) с диагнозами: «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F43.20, F43.21, F43.22) и «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F06.6, F07.0). Первую составили пациенты, страдающие только экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга – 37 чел. (25,8%). Вторая группа – больные с психогенной депрессией – 68 чел. (47,5%). Третью группу составили 38 пациентов (26,5%), которые имели двойной диагноз, представляющий сочетание двух заболеваний.

В процессе диагностики использовался набор патопсихологических методик, который включал «Таблицы Шульте», «Счет по Крепелину», «Запоминание 10 слов», «Пиктограмма», «Исключение лишнего (вербальный и наглядный варианты)», «Ассоциативная методика «60 слов».

Результаты исследования выявляют специфику нарушений когнитивной сферы пациентов с сочетанной патологией. Отмечается достоверно большая выраженность дефицитарных нарушений психических процессов по сравнению с пациентами с монодиагнозом.

У пациентов с коморбидной патологией установлены определенные нарушения произвольного внимания, памяти, а также процесса мышления, отличные по качественным и количественным характеристикам от подобных нарушений у пациентов с отдельными формами экзогенно-органических расстройств и депрессивными расстройствами.

При исследовании произвольного внимания выявлены количественные различия между пациентами с микст-патологией и пациентами с монодиагнозом. Эти особенности проявились в достоверно большем временном интервале, связанным с выполнением заданий, частоте допущенных ошибок. Полученные временные показатели по методике Шульте у пациентов с сочетанным диагнозом имели существенное расхождение с нормативными, что указывает на значительную степень аттентивного снижения. Пациентам с отдельными нозологиями также было характерно снижение объема и концентрации произвольного внимания, однако они не проявились столь выраженно, как у пациентов с сочетанной патологией, при этом отмечались достоверные различия между пациентами первой и второй группы.

Во временных характеристиках выполнения заданий отразились и межгрупповые различия динамического компонента деятельности. Пациентам с сочетанной патологией была свойственна истощаемость темпа психической деятельности, тогда как пациенты с органической патологией чаще демонстрировали неравномерный темп выполнения заданий. У пациентов с депрессивными расстройствами выполнение заданных проб достаточно часто носило характер медленной врабатываемости. Данная особенность может служить надежным критерием при проведении дифференциальной диагностики как при верификации коморбидной патологии, так и при разграничении органических и невротических расстройств.

При оценке произвольного внимания выявлены определенные качественные различия, которые также являются достаточно надежными диагностическими маркерами сочетанной патологии.

Определенная специфика нарушений при сочетанной патологии наблюдается и при исследовании мнестической сферы. Отмечается выраженное снижение объема кратковременного и долговременного запоминания у пациентов с сочетанным заболеванием по сравнению с пациентами с монодиагнозом. Методика на запоминание 10 слов наглядно показывает достоверно меньшее воспроизведение слов у пациентов третьей группы. При этом у них отчетливо отслеживаются феномены конфабуляции и персеверации, что не так характерно для пациентов других групп. Наряду со снижением объема механического запоминания, у пациентов с микст-патологией имеет место значительное снижение объема опосредованного запоминания. Это обусловлено определенными нарушениями мышления, в частности трудностями формирования ассоциаций. Данные проявления характерны также для процесса создания пиктограмм, когда испытуемые в большинстве случаев не справляются с поставленной задачей, не могут найти образ на заданный стимул. Специфика рисунков пациентов третьей группы также отличается от образов пациентов с монодиагнозом.

Выявленные нарушения когнитивной сферы у пациентов с сочетанной патологией представляют дифференциально-диагностическую значимость, что подтверждено статистическими методами. Так, с помощью уравнения множественной регрессии определены специфические маркеры, наличие которых с большой долей вероятности (82%), указывает на наличие двойного заболевания у пациентов третьей группы.

Таким образом, патопсихологические маркеры достоверно выявляют отягощающее взаимовлияние двух психических расстройств у пациентов с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга, коморбидным с невротической депрессией.

Клинико-диагностические аспекты коморбидных психических расстройств в санаторно-курортной практике

Суховершин А.В., Пантин А.В., Виноградова М.В.
ЗАО «Санаторий «Россия», федеральный курорт Белокуриха, Алтайский край

В современной медицине все больше внимания уделяется вопросам коморбидной патологии. В практике врачей-курортологов проблемы сосуществующих соматических заболеваний и психических расстройств на уровне общих синдромов во многих случаях актуальны в аспекте интегрированной диагностики и оказания адекватной лечебной помощи.

Ежегодно за консультативной помощью в кабинет психотерапии ЗАО «Санаторий «Россия» (федеральный курорт Белокуриха) обращаются более 1500 чел. с пограничными нервно-психическими, психосоматическими расстройствами и сочетанными соматическими заболеваниями. Количество пациентов, обратившихся к врачам-психотерапевтам впервые, – 41,7%, повторно – 58,3%. От общего числа больных с нервно-психическими расстройствами в 71,4% преобладают женщины. В структуре психической патологии превалируют невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (41,2%), экзогенно-органические психические расстройства (34,5%).

В 31,7% случаев в качестве сочетанной соматической патологии у больных выступает артериальная гипертензия (АГ), в 29,1% – эндокринная патология (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы), в 9,4% случаев – различные заболевания желудочно-кишечного тракта. Верификация психосоматических заболеваний проводится соответствующими специалистами профильных соматических отделений здравницы с использованием современного диагностического оборудования.

В санатории «Россия» более 25 лет функционирует эндокринологическое отделение на 180 мест. В структуре эндокринной патологии особое место занимает гипотиреоз. Это актуальная и наиболее сложная соматическая нозология в плане дифференциальной диагностики коморбидных психических расстройств, обусловленных гипотиреозом и экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга. Как известно, гипотиреоз – клинический синдром, вызванный длительным стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне. У женщин в возрастной группе старше 50 лет в постменопаузе гипотиреоз выявляется в 19,3% случаев. Основные проблемы клинической диагностики гипотиреоза: высокая распространенность сходных с гипотиреозом симптомов в общей популяции, которые связаны с другими хроническими и нервно-психическими заболеваниями.

Полиморфизм клинических проявлений гипотиреоза зависит от формы и степени тяжести заболевания и проявляется депрессивным и астеническим синдромами, когнитивными нарушениями, вегетативными расстройствами, гипотиреоидной энцефалопатией, сердечно-сосудистыми и другими осложнениями. Распространенность депрессии у больных гипотиреозом по данным ряда авторов достигает 40%, сопровождается психомоторной заторможенностью и снижением когнитивных функций (Haggerty J., Prange A., 1995; Pies R.W., 1997). Многочис-

ленные исследования показывают, что у больных гипотиреозом развивается АГ и атеросклеротические поражения сосудистой системы вследствие нарушений липидного обмена (Дунтас Л., 2004; Свиридонова М.А. с соавт., 2009). Депрессивные расстройства, сопряженные с соматическими заболеваниями, ухудшают психосоциальную адаптацию и затрудняют медицинскую реабилитацию и лечение, снижая качество жизни больных (Краснов В.Н., 2006; Лебедева В.Ф., 2007; Моргунова Т.Б. с соавт., 2010).

При латентном течении первичного гипотиреоза без клинических проявлений лабораторное обследование пациентов выявляет только повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) при нормальном уровне свободного тироксина (Т4 св.). У больных с манифестной формой гипотиреоза с различными клиническими проявлениями имеются лабораторные показатели значительного повышения ТТГ и снижения Т4 св. Пациенты жалуются на повышенную утомляемость, сонливость, снижение памяти. Лицо у таких больных амимичное, одутловатое с периорбитальными отеками. При тяжелом течении гипотиреоза (осложненном гипотиреозе) выявляются сердечная недостаточность, вторичная аденома гипофиза.

В случае, когда при нормальных показателях тиреоидных гормонов (Т3 и Т4 св.) повышается только уровень ТТГ, врачи-эндокринологи используют диагностический термин «ТТГ изолированный гипотиреоз». Это имеет место при вторичном и третичном гипотиреозе вследствие повреждения гипоталамо-гипофизарной области. Причинами возникновения данных форм гипотиреоза могут быть перенесенные нейроинфекции (воспалительные инфильтраты), черепно-мозговые травмы с ликвородинамическими и сосудистыми нарушениями, объемные и деструктивные процессы в гипоталамусе и гипофизе при опухолях. Больные отмечают постоянную усталость и общую слабость, частые головные боли в лобно-височной области и головокружение, нарушения памяти и концентрации внимания, постоянную сонливость, угнетенное настроение и апатичность, необоснованную агрессию, ухудшение зрения и слуха, нарушение обоняния и вкуса, снижение мышечной силы, парестезии и невралгии.

Клиническая картина гипотиреоза, особенно на ранних стадиях заболевания, напоминает клинику психических расстройств экзогенно-органического генеза. В то же время при имеющейся экзогенно-органической патологии у больных с гипотиреозом границы коморбидных психических расстройств (клинических проявлений гипотиреоза) размыты. За счет сосуществования нарушений, относящихся к разным заболеваниям, внешне сходные расстройства, сливаясь, образуют варианты сочетанных психопатологических образований и могут быть приняты за проявления той или иной нозологической формы. В ряде случаев невозможно разграничить депрессивные состояния, относящиеся к психоорганическому синдрому, и депрессивный синдром при гипотериозе. Многообразие симптоматики смешанных форм патологии может отличаться вариабильностью психопатологических феноменов. Например, депрессии у больных гипотиреозом и коморбидными экзогенными заболеваниями головного мозга имеют более выраженный астенический компонент.

Во многих случаях гипотиреоз маскирует невротические и экзогенно-органические психические расстройства, так как доминирующая в общей клинической картине эндокринологическая симптоматика не нацеливает врачей обще-

медицинской практики к углубленному диагностическому поиску перенесенных психогений, экзогенных вредных воздействий и связанной с ними органической психопатологии. Поэтому в диагностическом алгоритме необходимо внимание специалистов на большую возможность сочетания у больных эндокринологического профиля разных заболеваний, в том числе и психически обусловленных. Лабораторное исследование гормонального статуса позволяет со значительной долей вероятности исключить диагноз гипотиреоза.

Опыт работы врачей-эндокринологов и психотерапевтов на курорте Белокуриха за многие годы позволил выработать совместную тактику ведения данных больных. При коморбидной патологии в комплексном лечении используются природные лечебные факторы: бальнеотерапия азотно-кремнистыми радоновыми водами (7 nKu/л), радоновый душ головы, питьевое лечение минеральными водами «Белокурихинская Восточная» и «Завьяловская», климатотерапия. Патогенетическое значение имеют: психотерапия, медикаментозная коррекция гормонального профиля, а также средства, улучшающие метаболизм и кровообращение головного мозга, дегидратирующая и ноотропная терапия.

Пограничное расстройство личности: диагностика и стратегии психотерапии

Сушенцев И.А., Качур Г.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Национальный педагогический университет им. М.П. Драгоманова, г. Киев, Украина

Актуальность: в последние десятилетия пограничное расстройство личности расценивается как одно из наиболее распространенных в популяции. В то же время этот диагноз традиционно недооценивается, и часто его просто обходят вниманием. Тогда как данное расстройство создает большие трудности в диагностике и лечении. Цель настоящей статьи – пролить некоторый свет на диагностику и терапию Пограничного расстройства личности, используя материалы разных авторов и, в первую очередь, наш личный психотерапевтический опыт.

Диагноз «Пограничное расстройство личности» может быть установлен по следующим критериям МКБ-10 (F60.31): соответствие общим критериям эмоционально-неустойчивого расстройства личности; образ Я, намерения и внутренние предпочтения (включая сексуальные) часто непонятны и нарушены; характерно хроническое чувство опустошенности; склонность быть включенными в напряженные и неустойчивые отношения; суицидальные угрозы с актами самоповреждения (часто без провоцирующих факторов).

Критерии по DSM-IV более обширны, приведем лишь самые важные, на наш взгляд, пункты: значительные усилия для избегания реального или воображаемого одиночества; нестабильные и интенсивные межличностные отношения с колебанием между идеализацией и обесцениванием; нарушение идентичности, нестабильность образа Я; импульсивность в более чем двух сферах жизни с ве-

роятностью самоповреждения; повторяющиеся суицидальные попытки или угрозы; чувство опустошенности; сложности с контролем гнева.

Американский психиатр и психоаналитик Kernberg разработал наиболее полную, на сегодняшний день и структурированную концепцию диагностики и лечения Пограничной личности. Он акцентирует внимание на следующих критериях: диффузная, хроническая тревога; полисимптоматический невроз; полиморфные сексуальные перверзии; «импульсивный невроз» и зависимости – спонтанные удовлетворения своих потребностей, Эго-дистонные при воспоминании о них, но Эго-синтонные в момент их удовлетворения.

По мнению многих авторов, пациенты с Пограничным расстройством личности на территории СНГ встречаются чаще, чем в странах ЕС или США (каждый десятый пациент в амбулаторной практике и каждый пятый из госпитализированных в стационар). Связанно это с большими социо-культуральными различиями (сложно отрицать, что в нашей стране симбиотические детско-родительские отношения являются социально одобряемыми) и слабой развитостью института психотерапии на постсоветском пространстве (и в том числе ориентированность на краткосрочный вариант – «психотерапия за один час»). По данным DSM-IV распространенность в популяции составляет до 2%, из них 8-10% гибнут от суицида; по половому признаку преобладают женщины – 73%; среди пациентов с диагнозом «Расстройство личности», доля Пограничного расстройства – 30-60%.

Работа с Пограничными пациентами характеризуется сильными противоречивыми реакциями на них и их поведение у психотерапевта и прочего персонала отделения. В такие моменты может складываться впечатление о психотическом характере расстройства этих больных. В частности, может подозреваться какое-либо эндогенное заболевание. И действительно, учитывая, что Пограничный пациент находится между невротическим и психотическим уровнем, возможны колебания как в чистый «невроз», так и в разнообразные психотические реакции. Один из главных дифференциальных критериев с истинным психозом, на наш взгляд, это непродолжительный характер психотической симптоматики (1-3 дня), проходящей обычно от минимальных доз психотропных препаратов. Кроме того, на выходе из «психотической реакции» не наступает какого-либо дефекта личности, пациент вновь возвращается на свой привычный, пограничный уровень функционирования.

Психотерапевт должен быть готов, что это будет длительная, сильно эмоционально истощающая работа, в ходе которой периодически будет казаться, что пациент отказывается сотрудничать. Поводом для деморализации также может быть то, что временами будет происходить регресс и возврат к самому началу работы. А также сильный аффект гнева (что само по себе, на наш взгляд, является как раз свидетельством продвижения терапии).

Время от времени пациент будет воспринимать психотерапевта как крайне враждебную фигуру. Подобные проекции следует конфронтировать с большой осторожностью, апеллируя к чувствам и мыслям пациента и фактическому поведению психотерапевта, но не к предыдущим отношениям пациента со значимыми другими (родители, предыдущий психотерапевт, супруг или супруга).

К обязательным условиям работы относится нейтральная позиция психотерапевта с четким построением этических рамок и границ общения. Пограничный

пациент регулярно будет пытаться нарушить поставленные ограничения и «проверить» границы (часто в достаточно навязчивой форме). Подобное поведение следует систематически конфронтировать. Кроме того, учитывая разнообразие симптоматики и вариативности индивидуальных реакций психотерапевта на подобных пациентов, крайне важна дополнительная регулярная работа с супервизором.

К основным стратегическим целям, по мнению разных авторов и нашим собственным практическим наблюдениям, можно отнести: формирование устойчивого положительного образа Я; умение переносить сильные амбивалентные переживания (не расщепляя их); признание и присвоение агрессии, ее безопасное выражение; формирование реалистичного отношения к своему прошлому; достижение возможности диалога с собой и своими интернализированными объектами.

К сожалению, мы должны признать, что многие из этих целей не достижимы в рамках психотерапии в отделении из-за непродолжительных сроков госпитализации. Краткосрочные цели приводят лишь к временному, симптоматическому облегчению. Тем самым увеличивая риск повторной госпитализации этих пациентов. Частое нарушение преемственности и невозможность продолжать психотерапии по месту жительства также делает невозможным полную коррекцию личности пациента. Однако имеющийся у нас опыт долгосрочной работы с амбулаторными больными, показывает, что при регулярной психотерапевтической работе стабильного улучшения можно добиться уже через 6 месяцев.

Дифференциальная диагностика психопатоподобных нарушений и состояний опьянения различной этиологии в условиях приемного отделения

Тихонова Е.С.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

Существует определенная проблема в дифференциальной диагностике психопатоподобных нарушений и состояний опьянения различной этиологии в связи со схожестью их клинических проявлений при различии в этиологии и патогенезе. Актуальность распознавания этих состояний вызвана необходимостью точной постановки рабочего диагноза в условиях ограниченного времени при приеме на стационарное лечение.

При анализе особенностей психического статуса следует обращать внимание на особенности внешнего вида, речи, контакта, эмоций, мышления, наличие расстройств восприятия, дисмнезий. Кроме того, для диагностики важны неврологические и соматические симптомы интоксикации, где особую диагностическую ценность имеют зрачковые рефлексы. В ряде случаев клинической диагностике может помочь обнаружение специфического запаха опьяняющего вещества в выдыхаемом воздухе. Более точное представление об интоксикации определенным веществом может дать лабораторная диагностика при подозрении на употребление психоактивного вещества (ПАВ). Диагноз интоксикации каким-либо ПАВ может приводить к серьезным социальным и медицинским последст-

виям, поэтому он должен быть достаточно обоснован клиническими критериями, данными объективных сведений, а при возможности – и лабораторными исследованиями.

Наркомания, вызванная употреблением производных опия. Наркотический эффект всех препаратов опиумной группы сходен: появляется благодушное настроение и развивается грёзоподобное состояние, снижается критика к своему поведению. Большинство опиатов обладает отчетливым снотворным эффектом, поэтому состояние опьянения сопровождается дремотой (часто даже с открытыми глазами) и двигательной заторможенностью. Но у лиц, употребляющих наркотик регулярно, вялость и сонливость могут быть не выражены, напротив, такие лица испытывают «прилив сил». Наиболее очевидными признаками приема опиатов является: сужение зрачков, бледность и сухость кожных покровов, понижение артериального давления, урежение сердечного ритма, а следовательно, и пульса, угнетение дыхательного центра (наиболее частая причина смерти больных при передозировке).

При приеме бензодиазепинов внутрь клиническая картина острой интоксикации неодинакова и зависит от того, какой препарат принят. Так, например, радедорм вызывает опьянение, больше похожее на алкогольное, сочетающееся с выраженной заторможенностью, сонливостью, мышечной релаксацией. Седуксен вызывает эйфорию. Прием феназепама ведет к расторможенности, немотивированной двигательной активности. Однако существуют и общие для всех производных бензодиазепина закономерности действия. Действие препарата начинается через 15-20 мин. Появляется ощущение распространяющегося по всему телу тепла, головокружение, легкий шум в голове. Исчезают тягостные, неприятные мысли, повышается настроение. Четкость восприятия окружающего снижается, переключение внимания затруднено, скорость реакции заметно падает. Отмечаются неврологические расстройства: атаксия, дизартрия, гипорефлексия. Вегетативная симптоматика проявляется сухостью кожи, слизистых оболочек, расширением зрачков, их вялой реакцией на свет, незначительным снижением частоты сердечных сокращений.

Диагностика интоксикации порой бывает затруднительна, поскольку после приема терапевтических доз испытуемые, как правило, не без успеха диссимулируют симптоматику опьянения. Безусловным подтверждением является обнаружение с помощью химических методов производных бензодиазепина в крови. При клиническом обследовании диагностика базируется на основе таких психических симптомов, как снижение внимания, некоторой речевой заторможенности, затруднения при выполнении арифметических действий и произнесении скороговорок; вегетативных и неврологических расстройств: нечеткого выполнения статокоординационных проб, нистагма, сухости языка и наличия на нем налета коричневого или серого цвета, расширения зрачков, вялости сухожильных рефлексов.

Характерным для опьянения всеми видами транквилизаторов является легкое оглушение: больные отвечают с задержкой, переспрашивают вопросы, реагируют медленно, внимание привлекается с трудом. Речь делается смазанной, походка – неустойчивой. Зрачковые реакции на свет и сухожильные рефлексы ослабевают.

Клиническая картина передозировки транквилизаторами выглядит следующим образом: появляется ощущение распространяющегося по всему телу тепла, головокружение, легкий шум в голове; исчезают тягостные, неприятные мысли, повышается настроение; четкость восприятия окружающего снижается, переключение внимания затруднено, скорость реакции заметно падает; отмечаются неврологические расстройства (атаксия, дизартрия, гипорефлексия); вегетативная симптоматика проявляется сухостью кожи, слизистых оболочек, расширением зрачков, их вялой реакцией на свет, незначительным снижением частоты сердечны сокращений. Тяжелое отравление производными бензодиазепина встречается редко, поскольку эти препараты обладают значительной терапевтической широтой. Такая интоксикация бывает следствием недостаточной информированности либо аутоагрессивных намерений. В этом случае развивается сопорозное расстройство сознания, переходящее в кому, отмечается арефлексия, атония, мидриаз. Впоследствии, а при передозировке довольно быстро, наступает сон (на сленге транквилизаторы называют «сонниками»), который может перейти в сопор и кому атонического типа.

Клиника барбитурового опьянения выглядит несколько иначе.

Первая фаза: действие снотворного возникает сразу же после введения. Она по существу представляет собой раушнаркоз: мгновенное оглушение, наркотизирующийся чувствует мягкий удар в голове, в глазах темнеет, видение светящихся точек, кругов, «все плывет перед глазами». В этой фазе возникают расширение зрачков, гиперемия кожи верхней части туловища и слизистых оболочек, резкая мышечная слабость. Длительность первой фазы – несколько секунд.

Вторая фаза: заключается в переживаниях беспричинного веселья, желании двигаться, действовать, что-то предпринимать, движения беспорядочны, хотя пациент полагает, что действия его целенаправленны, качество осмысления и суждений резко снижены, внимание крайне отвлекаемо, тема речи постоянно меняется. Опьяневший легко раздражаем, и веселость тут же переходит в гнев. Восприятие окружающего искажается. Психические дисфункции сопровождаются грубыми неврологическими расстройствами: нарушением координации, снижением рефлексов, латеральным нистагмом. Зрачки расширены, движения размашистые, грубые, кожа лица гиперемирована, язык обложен грязноватым налетом. Частота пульса и АД снижены, повышено потоотделение, температура тела снижается на один градус. Вторая фаза длится 2-3 ч. Постепенно двигательная активность снижается, опьяневший засыпает.

Третья фаза: сон. Наблюдается бледность, брадикардия и гипотензия. Мышцы вялы, конечности тяжелы и расслаблены. Сон краток, длится 3-4 ч, в ближайшую ночь засыпание часто бывает затрудненным.

Четвертая фаза наблюдается при пробуждении. Представлена вялостью, чувством разбитости, неспособностью сосредоточиться. Движения неловки, наблюдается мышечная слабость, снижение сухожильных рефлексов, горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Отмечаются головная боль, часто тошнота и рвота, аппетит отсутствует, но бывает жажда.

В клинике психопатоподобных нарушений наблюдается постоянное тяготение к праздности и безделью, желание уклониться от учебы и всякого труда, поиск примитивных развлечений и удовольствий, легкость приобщения к асоци-

альным компаниям и деликвентному поведению, равнодушие к близким, безразличие к благополучию семьи. Увлечения могут быть странными и необычными, но они не требуют усидчивости и упорного труда. Любят уходить из дома, бродяжничать, жить в подвалах, шалашах. Серьезные суицидальные попытки бывают редко, но могут грозить суицидом и наносить себе самоповреждения; иногда могут проявить бурную агрессию. В отношении асоциальных поступков – скрытны и лживы. На фоне безразличия может быть избирательно черствое и неприязненное отношение к матери или к тем членам семьи, которые особенно любят больного. Безразличие и равнодушие к трудностям семьи и горестям близких. Семья используется как источник средств для развлечений.

Таким образом, приведенные особенности рассматриваемых нозологических форм, на наш взгляд, могут быть использованы для их дифференциальной диагностики в практике врача приемного покоя.

Профилактика психической дезадаптации у подростков с раком щитовидной железы

Толстая Е.В., Глинская Т.Н., Радюк О.М.
Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова, г. Минск, Республика Беларусь

После катастрофы на Чернобыльской АЭС среди подростков Республики Беларусь, Российской Федерации и Украины отмечен значительный рост заболеваемости раком щитовидной железы (РЩЖ). Диагностика и лечение больных РЩЖ нередко сопровождается развитием психической дезадаптации, имеющей свои особенности в зависимости от пола, возраста и фазы лечения или реабилитации.

Психотравмирующие ситуации у больных РЩЖ повторяются многократно. Самая первая и самая острая психологическая травма развивается на известие об онкологическом диагнозе. Далее следуют радиойодтерапия (РИТ) и радиойоддиагностика (РИД). Подготовка к ним требует отмены L-тироксина, что ведет к развитию глубокого гипотироза с развитием выраженной психической и социальной дезадаптации.

Кроме того, онкологическое заболевание одного из членов семьи является стрессором для всей семьи. Как показывают научные исследования и медицинская практика, практически у всех членов семьи наблюдаются признаки психологического стресса и психической дезадаптации.

Проведен анализ историй болезней 110 подростков с РЩЖ. Для выявления признаков психической дезадаптации проводилось психологическое тестирование с помощью шкалы тревожности Шихана, позволяющее выявить клинические признаки тревоги, опросника Спилбергера-Ханина, оценивающий уровень ситуационной и личностной тревоги, шкалы депрессии Бека. Было проведено социально-психологическое консультирование.

Исследования показали, что наиболее частыми проявлениями психической дезадаптации являются астенические, тревожные и депрессивные состояния. Психической дезадаптации способствует проведение радиойодтерапии (РИТ).

Имеет значение также наличие или отсутствие послеоперационых осложнений (гипопаратироз, парез возвратного нерва, ведущий к нарушению работы голосовых связок, наличие келлоидного рубца и т.д.). Келлоидный послеоперационный рубец определялся у 11,3% подростков. Его наличие переживалось очень болезненно и требовало проведения психологической коррекции.

На основании проведенных исследований была составлена программа психологической реабилитации, включающая в себя профилактику психической дезадаптации.

Содержание программы профилактики психической дезадаптации подростков с РЩЖ:

1) беседы лечащего врача, в том числе с родственниками;

2) когнитивная терапия: разъяснение больному необходимости постоянного приема L-тироксина, а также препаратов кальция (при сопутствующем гипопаратирозе), объяснение последствий нерегулярного приема этих препаратов для здоровья больных (прогрессирование опухолевого процесса, возникновение рецидивов, появление судорог, парестезий и т.д. при снижении уровня кальция в крови);

3) нервно-мышечная релаксация и другие методы поведенческой психотерапии (методы самонаблюдения и самоконтроля, использование подкреплений и другие);

4) стресс-менеджмент (применение методов когнитивно-поведенческой психотерапии с целью оптимизации уровня стресса и обучение подростков самостоятельному применению техник управления стрессом).

При дифференцированном подходе к профилактике психической дезадаптации подростков с РЩЖ важен этап лечения больных: до операции, ближайший послеоперационный и т.д.

Для предупреждений психической дезадаптации подростков с РЩЖ очень важна *предоперационная психологическая подготовка*. В *ближайшем послеоперационном периоде* (до 8-10 дней в онкохирургическом стационаре) необходимы психотерапевтическая помощь и психологическая коррекция при развитии реакции горя, восприятия диагноза «рак» как заболевания с неизбежно фатальным концом. Эта коррекция осуществляется врачом-психотерапевтом самостоятельно или в сотрудничестве с психологом-котерапевтом, медицинским психологом. Если такие специалисты отсутствуют в штате лечебного учреждения, психологическая поддержка ложится на плечи лечащего врача.

После выписки из хирургического стационара подросток должен быть направлен к психотерапевту, медицинскому психологу по месту жительства или в отделении реабилитации. После выписки из онкологического стационара необходима мотивация на пожизненный прием L-тироксина. Важную роль здесь играют беседы лечащего врача, когнитивная терапия, обучение родственников больного бихевиоральным методам контроля за приемом L-тироксина. Желательно обучение ассертивному поведению (тренинг уверенности), при необходимости – психокорреция и психотерапия с применением технологий, которыми владеют специалисты медицинского учреждения, а также медикаментозная терапия.

В перерывах между реабилитационными курсами в амбулаторно-поликлинических условиях на *домашнем этапе медицинской реабилитации* не-

обходимы меры по психогигиене, психологическая поддержка больного, стресс-менеджмент. Для этого необходимы нормализация микросоциального окружения подростков, исключение нервного перенапряжения, чрезмерных стрессовых ситуаций, избегание чрезмерных и длительных умственных нагрузок, профилактика (преодоление) вредных привычек, бихевиоральная поддержка приема L-тироксина, для нормализации семейного микроклимата показана семейная терапия. Желательно провести беседы с учителями в школе, в том числе и о признаках суицидального поведения.

Для профилактики психической дезадаптации подростков с РЩЖ очень важна работа по профилактике таковой у их родителей. Она должна начинаться в онкологическом стационаре, где родителям должны дать информацию о высокой эффективности лечения и очень низкой смертности больных РЩЖ в настоящее время. Родители должны знать о том, что их дети чрезвычайно чувствительны к их психическому состоянию и что при необходимости им показано обращение к психотерапевту. Родители должны знать признаки психической дезадаптации у подростков (в том числе признаки суицидального поведения) и меры, которые при необходимости могут приняты.

Показана высокая эффективность профилактики психической дезадаптации при организации специальных смен для подростков с РЩЖ в оздоровительно-реабилитационных центрах и санаториях.

При проведении адекватной профилактики психической дезадаптации подростков с РЩЖ необходимо знать их основные психологические проблемы.

В отдаленном послеоперационном периоде психологические проблемы были выявлены у 40% обследованных подростков. Наиболее частой проблемой являлись школьные проблемы, и, в первую очередь, затрудненные контакты с окружающими (проблемы с учебой и учителями); проблемы общения со сверстниками, в том числе во взаимоотношениях с противоположным полом. Психологическое интервью позволило выявить, что подростки с РЩЖ могут быть особенно чувствительны к нарушению контактов со сверстниками, а также других близких отношений, ограничению участия в школьных и других мероприятиях, изменению планов на будущий образ жизни и профессию. Среди жизненных ценностей у подростков с РЩЖ на 1-м месте находится здоровье. В то же время самооценка собственного здоровья значительно ниже, чем хотелось бы.

Корреляционный анализ показал, что у ряда больных физиологические признаки тревоги были связаны с высоким уровнем гормонов щитовидной железы в результате приема высоких доз L-тироксина, значительно превышающих физиологические. Поэтому таким больным для снижения уровня тревожности показана коррекция принимаемых доз этого препарата.

Опыт применения плазмафереза у больных шизофренией с терапевтической резистентностью и при критических состояниях

Торовков А.П., Хвощий Л.В., Ярманова Е.М.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул

В течение последнего времени накапливается все больше данных о том, что при критических состояниях, возникающих при психических заболеваниях, существенную роль играют эндотоксические аутоиммунные процессы. В связи с этим используются различные методы коррекции иммунологического статуса. Одним из таких методов является плазмаферез.

Выявление токсических веществ в биологических жидкостях больных шизофренией и последовавшие вслед за этим гипотезы о важной роли эндотоксикоза в патогенезе эндогенных психозов послужили теоретическим основанием для применения сначала гемодиализа, а затем гемосорбции и плазмафереза в лечении психически больных. Являясь технически более простым и менее дорогостоящим в сравнении с гемосорбцией, плазмаферез, наряду с недифференцированным детоксикационным воздействием, оказывает также выраженный иммунокорригирующий эффект, способствуя удалению ауто- и антилекарственных антител, циркулирующих иммунокомплексов.

Проведение плазмафереза оказывает активирующее воздействие, устраняет явления нейролептического синдрома, приводит к повышению чувствительности к психотропным средствам, позволяя добиваться полной или частичной редукции ведущей психопатологической симптоматики. Также комплексная терапия, включающая проведение плазмафереза, является эффективным методом терапии фебрильных приступов шизофрении и позволяет свести к минимуму угрозу летального исхода, сократить продолжительность фебрильного приступа. Как показывает наш практический опыт, плазмаферез наиболее эффективен на этапе кататоно-онейроидных расстройств.

В АККПБ накоплен большой опыт применения лечебного плазмафереза, который проводится с 2003 г. Лечебный плазмаферез назначается в основном пациентам со злокачественным нейролептическим синдромом, нейролептическим синдромом, с повышенной резистентностью к нейролептикам, фебрильной шизофренией. Количество пролеченных больных за год составляет около 50 чел., количество сеансов на одного человека – от 3 до 5.

Перед проведением плазмафереза оценивается водно-электролитный и белковый баланс, состояние красной крови, гемодинамика. При необходимости проводится их коррекция. Удаление плазмы за один сеанс – до 300 мл. При развитии гипопротеинемии – возмещение 10% альбумином до 200 мл.

Оценка эффективности плазмафереза осуществляется как клинически, так и лабораторно: улучшение самочувствия больного, нормализация температуры тела, купирование симптомов нейролептического синдрома, улучшение аппетита, снижение уровня трансаминаз, при снижении доз нейролептика отмечается повышение его терапевтического эффекта.

Лечебный плазмаферез особенно эффективен при таких критических состояниях, как злокачественный нейролептический синдром и фебрильная шизофрения. Осложнений при проведении плазмафереза не наблюдалось.

ТВ-новости как психогенный фактор

Трегубов Л.З.
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

В общественном сознании в последние годы сформировалось устойчивое представление, что телевизионные новости, несущие значительное количество негативной информации, отрицательно влияют на психику зрителей.

Целью настоящего исследования являлось выявление возможного психотравмирующего воздействия новостных телевизионных программ.

Исследование структуры психогенного фактора у 76 больных с различными синдромами невротического уровня показало, что 62 чел. (м – 18; ж – 44), регулярно смотрящих новости по различным каналам российского ТВ, считали содержание передач одной из причин своего болезненного состояния.

Возрастной состав пациентов (м – мужчины, ж – женщины):

- 20-30 лет – 9 чел., (14, 52%, из них м – 1, ж – 8);
- 31-40 лет – 11 чел. (17,74%, из них м – 3, ж – 8);
- 41-50 лет – 15 чел. (24,19%, из них м – 4, ж – 11);

Свыше 50 лет – 26 чел. (41,94%, из них м – 10, ж – 17).

По уровню образования больные распределились следующим образом:

- среднее – 21 чел. (м – 6, ж – 15);
- среднее специальное – 19 чел. (м – 5, ж – 14);
- высшее – 22 чел. (м – 7, ж – 15).

Большинство – 43 чел. (69,35%) – для получения новостной информации пользовались исключительно телепрограммами, игнорируя печатные издания.

Для 56 пациентов (90,32%) информация, получаемая из телевизионных новостей, явилась важным компонентом сложного по структуре психогенного фактора, своего рода – базовым фоном, формирующим депрессивную окраску невротического синдрома.

Сами больные отмечали, что после многократного ежедневного просмотра новостей возникало «чувство общей тревожности», «ощущение, будто все вокруг плохо, не стабильно…», что усиливало эмоциональное напряжение, способствовало ригидности отрицательных переживаний.

У 9 пациенток старше 50 лет длительное снижение, по их словам, «общего настроения», в котором они значительную роль отводили воздействию новостных программ ТВ, проявилось задолго до основного психогенного воздействия (от одного до трех лет), явившись своего рода фактором, подготовившим почву для последующего развертывания невротической симптоматики.

Для 6 больных (м – 1, ж – 5) «телевизионный фактор» являлся основной причиной возникновения психогении. В четырех случаях это было связано с «тревогой за жизнь и здоровье сыновей», принимавших участие в контртеррори-

стических операциях в так называемых «горячих точках» на Северном Кавказе. Двое больных «очень переживали за родных», уехавших на отдых за границу, в страны, где в это время произошли стихийные бедствия или дестабилизация политической обстановки (демонстрации, столкновения с полицией и т.д.).

Таким образом, в результате проведенного исследования можно заключить:

1. Новостные телевизионные программы, несущие большой объем негативной информации, могут играть роль своеобразного (в большинстве случаев – фонового, дополнительного) компонента в сложном по структуре психогенного воздействия.

2. Психотравмирующее значение этого «ТВ-фактора» наиболее значимо для женщин второго периода среднего возраста (36-55 лет) и старше.

Психологические механизмы антивитального поведения несовершеннолетних в Алтайском крае

Труевцев Д.В., Сагалакова О.А.

ФГОУ ВПО «Алтайский государственный университет», г. Барнаул

Колебание уровня самоубийств среди несовершеннолетних в период с 2010 по 2013 г. свидетельствует о неравномерности проведения профилактических психологических, клинико-психологических, психолого-педагогических и психолого-социальных мер, а также неодномерности оказываемой психологической поддержки, зачастую без должного понимания психологических механизмов воздействия, отдаленных последствий воздействия.

Высокий уровень самоубийств среди детей и подростков в Алтайском крае и в ближних регионах Сибирского округа широко контрастирует с отсутствием единой системной программы, опирающейся на непротиворечивые модели научной психологии. Профилактически-коррекционные мероприятия должны проходить обязательно с учетом территориальных, социально-демографических, культурно-специфических особенностей региона. Профилактика антивитального поведения среди несовершеннолетних сводится к созданию внешних, а потому временных, условий для повышения самооценки школьника и снижения его тревожности вместо формирования у него зрелых компенсаторных механизмов стабилизации самооценки за счет обучения совладающим стратегиям, выработки гибких тактик целеполагания, гибкого уровня притязаний.

Любое суицидальное поведение, даже возникновение мыслей и намерений, в детско-подростковом возрасте – это сложнейший комплексный феномен, не сводимый к сложностям и затруднениям в учебных и иных школьных мероприятиях. Истинные намерения свести счеты с жизнью, как правило, маскируются подростками, так что распознать их в беседе без применения специальных методов диагностики не всегда возможно даже профессиональному психологу. Диагностика агрессивности, тревожности, общительности, выявляемых с помощью тестов, показывает лишь некий уровень выраженности данных параметров, но ничего не объясняет и не может служить основой прогнозирования поведения.

Тревожность и агрессивность могут быть выраженными, что это нормально для подросткового возраста, однако проблема не в уровне показателей, а в том, есть ли у ребенка средства для опосредствования и регулирования данных психологических особенностей, есть ли у него необходимый арсенал психологических инструментов «встать над» импульсивными реакциями. Что же делает ребенка/подростка наиболее уязвимым к совершению непоправимого или опасного для жизни поступка? Это неспособность к адекватному вербальному выражению и когнитивному осмыслению аффективного состояния в трудной жизненной ситуации, ригидность тактики целеполагания или ее отсутствие, нестабильность самооценки, неадаптивная самоидентичность, несформированность надситуативных ценностно-смысловых приоритетов личности и ее зрелости, низкая сформированность категориального мышления, позволяющего строить отдаленные прогнозы, а также отсутствие необходимого арсенала психологических средств/инструментов для опосредствования аффективной реакции. Это также невозможность субъективно повлиять на события своей жизни («выученная беспомощность»), отсутствие опыта учета индивидуального мнения подростка/ребенка, беспомощность и затруднение самореализации наряду с большим потенциалом физической энергии подростка.

Статистический анализ данных по суицидам несовершеннолетних за последние годы показывает, что наибольшее число завершенных самоубийств, осуществляющихся в основном посредством повешения, встречается в семьях с одним или обоими неродными опекунами (характерна модель «отчим и родная мать»), а также в семьях, характеризующихся наличием вредных привычек (алкоголизм), склонностью к асоциальному образу жизни, находящихся на грани нищеты. Внешним фактором совершения суицида выступает материально-финансовое неблагополучие, отсутствие необходимых благ для самореализации, адекватного лечения и питания, идентификации подростка с успешным человеком. К этим же факторам можно отнести отсутствие перспектив, социального лифта, правильной организации и планирования деятельности обучения, чередования нагрузок и отдыха у ребенка/подростка, профилактики перенапряжения психики и снижения физического здоровья.

Статистический анализ внешних особенностей завершенных суицидов несовершеннолетними в Алтайском крае на начало ноября 2013 г. (с января по начало ноября) показывает, что завершенные самоубийства чаще всего совершаются через повешение в вечернее или ночное время юношами или девушками (есть тенденция к значительному росту числу суицидов среди девушек) в последних числах весенних месяцев в период 16-17-летнего возраста в структуре неблагополучной семьи с неродным опекуном (чаще всего отчим), имеющей низкий уровень материальных доходов, отсутствие возможностей для социально-экономического роста, проживающих в сельской местности Алтайского края. Местом для совершения суицида в частном доме сельской местности подростки выбирают пристройки или подсобные помещения, очень редки случаи совершения суицида в самом доме. 98-99% завершенных суицидов осуществляются через повешение. Записки оставляют меньше чем в половине случаев суицида. Статистика 2011 г. показывает, что из 18 завершенных суицидов многие пришлись, в отличие от статистики 2013 г., при этом «эпицентры» самоубийств имеют как

общую составляющую, так и различие. Количество завершенных суицидов в 2012 г. по сравнению с 2011 г. в Алтайском крае (13 к 18) снизилось, но в данном 2013 г. наблюдается рост числа самоубийств. Возрастной анализ несовершеннолетних, совершивших завершенный суицид, показывает, что самоубийства чаще всего совершаются в период 16-17 лет (более 50%), реже в 13-14 (около 33%), еще реже – в 11 (17%). Анализ предсмертных записок показал, что сами подростки считают причиной решения об уходе из жизни: 1) романтические отношения и фрустрации в этой сфере, 2) ссоры с родителями и ближним коммуникативным окружением (или и 1 и 2), недостижимость некоторых конкретных целей и 3) общая тоска и безнадежность (желание уйти). Чаще всего записок не оставляют, либо они не найдены. Подростки причиной видят повод совершения самоубийства.

Итак, базовыми макросоциальными факторами суицидального поведения в регионе и стране в целом являются:

1) неблагополучие семьи и семейных отношений, иногда физическое и психическое насилие, низкий культурный уровень, отсутствие позитивного образа семьи, наличие зависимостей, психических нарушений, дезадаптация, «суицидальная» история;

2) неблагоприятные социально-экономические условия проживания семьи и детей/подростков (низкий уровень материального дохода, отсутствие необходимых благ, безработица);

3) социально-личностная и профессиональная бесперспективность, уплощенность возможностей самореализации, депрессивная социально-экономическая траектория развития, блокирование развития самоэффективности и позитивной самоидентичности, отсутствие четких путей и средств выстраивания жизненной перспективы будущего в сочетании с несформированностью арсенала стратегий совладания с фрустрациями.

Исследование показывает, что подавляющее большинство детско-подростковых суицидов, совершенных в Сибирском федеральном округе, а также Алтайском крае, совершены в результате несформированной у подростка в индивидуальном опыте системы совладания, компенсаторных механизмов, гибкой коррекции уровня притязаний и грамотного выбора тактики целеполагания, опосредствования аффективных импульсивных реакций, несформированной перспективой будущего, когнитивной недифференцированностью личности. Этот опыт не сформирован в результате дисфункции ближайшего окружения, естественным образом выполняющего эту функцию в норме. Образовательная среда не может в полной мере компенсировать этот феномен, поскольку использует временные сопроводительные стратегии, не давая инструмент самоменеджмента и самостоятельных средств к адаптации в трудных ситуациях. Оберегая, ограждая ребенка, стараясь отвлечь его от неблагополучия в семье, педагог зачастую лишает ребенка возможности выработать индивидуальные средства совладания, компенсации и адаптации в разных типах жизненных ситуаций.

К проблеме безопасности в психотерапии

Уманский С.В.
ГБУ «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Актуальность изучения проблемы безопасности в психотерапии связана с двумя причинами. Первая обусловлена нежелательными явлениями (осложнениями), возникающими в процессе психотерапевтического лечения. Это подтверждается специалистами, работающими в рамках различных направлений психотерапии, и реальность этих явлений можно считать доказанной, хотя в клинической практике они чаще всего игнорируются. Вторая причина связана с использованием методов психологического воздействия, клиническое использование которых не верифицировано. Особенности современной психотерапии не регламентируют использование определенных методов психологических воздействий, и каждый врач на свое усмотрение производит их произвольную компиляцию. И если за врачами-психотерапевтами осуществляется формальный контроль, то деятельность психологов по психокоррекции и консультированию вообще не лицензируется и никем не контролируется.

В некоторых регионах России в настоящее время сложилась тревожная ситуация, связанная с широким и бесконтрольным использованием и популяризацией методов, методик и средств психологического и психотерапевтического воздействия. Их применение стало создавать опасность для жизни и здоровья граждан.

Приказ № 245 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13 июня 1996 г. «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия» хотя и направлен на упорядочение использования методов психологического и психотерапевтического воздействия, в большей степени регламентирует запрет на применение в целях оздоровления, профилактики, лечения, реабилитации методов и средств оккультно-мистического и религиозного происхождения (колдовство, шаманство, ведовство, магия, парапсихология, астрологическая и кармическая медицина, трансцедентальная медитация, методы, направленные на контроль сознания и формирующие зависимый тип личности (зомбирование) и т.д.).

В настоящее время существует огромное число методов психотерапии, многие из которых субъективно ангажированы и клинически не верифицированы. Большинство из них не имеют научного базиса и строятся на аксиоматических допущениях. В ситуации отсутствия универсальной теории психотерапии, удовлетворительно объясняющей суть происходящего и позволяющей прогнозировать результат, мы обратили внимание на синергетику.

Синергетика – это по сути теория самоорганизации в системах различной природы. Человек как биологическая система в своей эволюции имеет внутренние, биологически обоснованные и генетически запрограммированные тенденции, стремления, или «предпочтения», а эволюционное развитие личности во многом социально детерминировано. С позиций синергетики эволюция сложной системы определяется структурами-аттракторами, благодаря чему для нелинейной системы возможны различные варианты будущего, а понятие «аттрактор»

(attrahere – лат. притягивать) близко к понятию «цель». Структуры-аттракторы человекосистемы определяют направленность и цели ее эволюции.

По мнению Е.Н. Князевой (2006), синергетика как теория эволюции и самоорганизации учит искусству мягкого управления. Мягкое управление – это управление посредством «умных» и надлежащих воздействий. Слабые, но соответствующие, так называемые резонансные влияния чрезвычайно эффективны. Они должны соответствовать внутренним тенденциям развития сложной системы. Правильные резонансные воздействия могут высвободить мощные внутренние силы и возможности человека. Синергетика переоткрывает известный философский принцип «малые причины больших событий».

Искусство мягкого управления состоит в способах самоуправления и самоконтроля. Главная проблема заключается в том, как управлять, не управляя, как малым резонансным воздействием подтолкнуть систему на один из собственных и благоприятных для субъекта путей развития, как обеспечить самоуправляемое и самоподдерживаемое развитие.

Действия не приведут к успеху, когда они не согласованы с внутренними тенденциями развития сложной системы и существуют некие эволюционные правила-запреты, которые накладываются на определенные типы человеческих действий. При этом управляющее воздействие не обязательно должно быть энергетическим, но топологически правильно организованным.

С.В. Уманский и В.Я. Семке (2008) в синергетическом подходе к психотерапии выделяют два момента, необходимые для эффективной терапии – качественный альянс и специфическое воздействие. Качественный психотерапевтический альянс между психотерапевтом и пациентом включает в себя безусловное принятие пациента на основе антропоцентрического подхода, активности, иерархической доминантности врача и подстройки к пациенту при его ответственности. Базисными принципами психотерапевтического воздействия являются антропность, следование эволюционной линии жизненного пути пациента, рефлексия как механизм обратной связи, воздействие через изменение микросоциальных условий, непосредственное воздействие на пациента, использование измененных состояний сознания, мотивация, комфортность, удовлетворенность психотерапией, позитивное подкрепление.

Согласно принципу антропности воздействие должно быть ощутимым. Но пациенты имеют разные мировоззренческие системы, и нельзя агрессивно вторгаться на их территорию с чуждыми представлениями. Этим можно только разрушить их мировоззренческую систему, что может привести даже к гибели ее носителя.

В соответствии с общими закономерностями самоорганизации сложноорганизованным биопсихосоциальным системам нельзя навязывать пути их развития. Необходимо понять, как способствовать их собственным тенденциям, как выводить системы на эти пути, ориентироваться на пациента, на его собственные, естественные тенденции развития и научиться попадать в резонанс с ними.

Таким образом, синергетический подход в психотерапии, являясь в своей основе естественно-научным, должен быть конгруэнтен личности пациента и соответствовать ее эволюционной направленности. Психотерапия должна реализовать проект (план будущего и способы его достижения) пациента. При этом врач оценивает субъективную реальность пациента и следует ей, а не принуж-

дающим теоретическим концепциям. Психотерапия должна проводить пациента его собственным, индивидуально выбранным специфическим путем, направлять его на свободу от посягательств прошлого – на настоящее и будущее. Психологическое воздействие, направленное на реализацию проекта врача или психолога, можно назвать терапевтической манипуляцией.

На основе естественно-научного подхода должны быть определены психотерапевтические методы, разрешенные к использованию в психотерапевтической практике. При этом необходимо исходить из интересов пациентов, обеспечивая гарантии их права на качество и безопасность для жизни и здоровья оказываемой им психотерапевтической помощи, способствуя утверждению принципа законности и правопорядка в сфере здравоохранения.

Комплаенс в пограничной психиатрии

Уманский С.В.

ГБУ «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Для психиатрической практики проблема комплаенса в терапии пациентов с пограничными психическими расстройствами (ППР) является достаточно актуальной. Нарушения терапевтического сотрудничества у данной категории больных, их недостаточная комплаентность (non-compliance) наблюдаются более чем в 60% случаев. В терапии ППР фармакотерапия, хотя и важна, основная роль принадлежит психотерапии, без которой сложно добиться стойкого положительного результата. От того, как будут складываться взаимоотношения между врачом и пациентом (терапевтический альянс), во многом зависит результат терапии в целом.

Целью исследования являлось изучение различных терапевтических программ у пациентов с ППР, с последующей оценкой их эффективности и комплаенса.

Материал и методы. В исследование было включено 436 пациентов с пограничными психическими расстройствами. Все пациенты были разделены на четыре группы: первую составили 158 пациентов, проходивших гипносуггестивную психотерапию, во вторую вошли 111 пациентов, проходивших групповую психотерапию, и в третью – 82 пациента, проходивших индивидуальную психотерапию. В четвертую контрольную группу были отобраны 89 пациентов, проходивших психофармакотерапию.

При индивидуальной психотерапии non-compliance наблюдался у 12 (14,6%) пациентов с ППР, при групповой гипнотерапии – у 66 (35,5%), при групповой психотерапии – у 45 (40,6%) пациентов. В контрольной группе (фармакотерапия) несоблюдение врачебных предписаний наблюдалось у 38 (42,7%) больных.

По результатам исследования было выделено 3 вида причин, приводящих к non-compliance: внешние, объективные и субъективные. Внешние причины – не зависевшие от пациента. Объективные причины были связаны с ухудшением состояния пациента во время прохождения психотерапии. К субъективным причинам были отнесены те, которые зависели от внутренних установок пациента и были связаны с его ощущениями и переживаниями. Результаты исследования показали, что к non-compliance при различных терапевтических стратегиях у пациентов с ППР чаще приводят субъективные факторы.

Общая оценка эффективности терапии проводилась с использованием критерия Макнимара. При расчете окончательной эффективности учитывались только положительные и отрицательные результаты по «Шкале оценки эффективности терапии» (Семке В.Я., 1989). Сомнительные результаты в расчеты не брались.

Эффективность терапии пациентов с ППР составила: при индивидуальной психотерапии – 87,0%, при групповой гипнотерапии – у 65,5%, при групповой психотерапии – у 52,4%, в контрольной группе (фармакотерапия) – 49,3%. Таким образом, комплаенс можно считать одним из критериев эффективности терапии.

Следующим этапом работы было исследование причин высокого non-compliance при групповых методах лечения. Для анализа реакции пациентов с ППР на групповые методы лечения была изучена группа переменных, связанная с пациентом (личность, болезнь), процессом (метод, врач, группа) и его эффективностью. Оценивая взаимосвязь между независимыми личностными установками на метод лечения и особенностями профиля личности больных (MMPI), проанализировали большой объем данных. Используя методы статанализа, установили, что эффект лечения зависел: а) в первую очередь от установки пациента на определенный метод (психотерапия, фармакотерапия и т.п.); б) от оценки врача как авторитетного и доминантного; в) от способности врача подстраиваться под пациента.

По результатам исследования установлено, что использование в лечении пациентов с ППР различных методов психотерапии эффективнее терапии без психотерапевтической поддержки. Однако не все психотерапевтические методы одинаково эффективны.

Проведенный анализ позволил выявить, что при использовании в лечении пациентов с ППР групповых методов психотерапии отсутствовала возможность учитывать установки и внутреннюю реальность пациентов. Максимальная эффективность была отмечена при индивидуальной психотерапии, в процессе которой возможно в полной мере учитывать субъективную реальность (внутреннюю картину болезни) пациента и подстроиться к ней.

По результатам исследования было выделено несколько субъективных причин non-compliance: непонимание пациентом сути психотерапии; несоответствие психотерапевтических целей, поставленных врачом, потребностям пациента; отсутствие мотивации пациента; негативная оценка врача со стороны пациента; недооценка врачом индивидуально-иррациональных особенностей пациента; критика врачом пациента; социально-религиозные предубеждения пациента против психотерапии; страх пациента оказаться в зависимости от психотерапевта; искаженная информация о психотерапии. Таким образом, большинство non-compliance носили субъективный характер и являлись следствием рефлексии пациента.

При фармакотерапии ведущую роль в несоблюдении терапевтических рекомендаций играли объективные факторы (побочное действие препаратов).

Качество терапевтического альянса, а значит, и эффективность терапии в целом во многом зависели от субъективных установок пациентов.

Для преодоления non-compliance необходимо формировать качественный терапевтический альянс. Принципы его функционирования хорошо сформулированы в синергетической психотерапии: антропоцентризм, ответственность, безусловное приятие пациента и подстройка к нему. При этом врач всегда активен и иерархически доминантен. Для достижения положительного эффекта в терапии ППР врачу необходимо подстраиваться под каждого конкретного пациента.

Психотерапия пограничных нервно-психических расстройств. Анализ неудач

Уманский С.В.
ГБУ «Курганская областная клиническая больница», г. Курган

Многие авторы, обращая внимание на эффективность психотерапевтических методов при лечении пациентов с пограничными психическими расстройствами (ППР), предпочитают не говорить о нередко возникающих неудачах: осложнениях и ситуациях досрочного ее прекращения. Актуальность этих явлений подтверждается специалистами, работающими в рамках различных направлений психотерапии. По данным ряда авторитетных исследователей, психотерапевтическое лечение не заканчивает от 25 до 75% пациентов. Объективной причиной досрочного прекращения лечения большинство авторов считает резкое ухудшение общего состояния пациентов в процессе психотерапии. Иногда даже отсутствие выраженного эффекта пациенты расценивают как неудачу.

Целью настоящего исследования было изучение причин досрочного окончания психотерапии. В задачи исследования входило изучение клинико-психологического состояния пациентов с ППР до и после прохождения различных видов психотерапии, оценка ее эффективности, анализ осложнений, ситуаций отказа от прохождения психотерапии или ситуации досрочного ее окончания.

В исследование было включено 436 пациентов с пограничными психическими расстройствами (ППР). Все пациенты были разделены случайным образом на четыре группы: 1-ю составили 158 пациентов, проходящих гипносуггестивную психотерапию (ГСТ), во 2-ю вошли 111 пациентов, проходящих групповую психотерапию (ГрТ) и в 3-ю – 82 пациента, проходящих индивидуальную психотерапию (ИТ). В 4-ю контрольную группу (КГ) были отобраны 89 пациентов, проходящие психофармакотерапию. При изучении личностных особенностей пациентов использовались клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Проведя анализ ситуаций досрочного прекращения психотерапии, выявили 3 рода причин, негативно влияющих на результат: внешние, объективные и субъективные. Внешние причины – это факторы, не зависящие от психотерапевтического лечения и мешающие его проведению. Объективные причины в первую очередь связаны с ухудшением состояния, возникающим во время прохождения сеансов психотерапии. В психотерапевтическом сообществе термин «осложнения» не прижился, поэтому используются такие как «негативные эффекты», «негативная терапевтическая реакция», «побочные эффекты», «ятрогенные эффекты» и т.п.

По данным литературы выделяют две группы негативных эффектов возникающих при психотерапии: а) утяжеление или обострение уже имеющейся у пациента симптоматики и б) появление новых симптомов. К первой группе относятся: углубление депрессии, тревоги, враждебности, расширение репертуара избегающего поведения и т.п. В качестве примеров из второй группы можно отнести: появление новых психосоматических реакций и психотических эпизодов, разрушение прочных интерперсональных связей, злоупотребление алкоголем, наркотиками или лекарствами, агрессивность, криминальные действия, суици-

дальные попытки и т.п. Негативные эффекты у пациентов с ППР появлялись как во время проведения психотерапевтических сеансов, так и после них.

В настоящем исследовании во время сеансов наиболее часто наблюдались: учащенное сердцебиение, повышение артериального давления, ощущение нехватки воздуха, приступы кашля, головокружение, парестезии в различных частях тела и т.п.

Наиболее часто встречающиеся негативные эффекты после ГСПТ: сильная головная боль, сонливость, вялость. После ГрПТ негативные эффекты носили несколько другой характер. Отмечались нарушения сна, усиление вспыльчивости, раздражительности, конфликтности, повышение артериального давления, обострение симптомов сопутствующих заболеваний.

Субъективные причины отказа пациентов от прохождения психотерапии связаны с их индивидуальным восприятием как психотерапевта, так и самой терапевтической процедуры. Проведенный анализ позволил выделить несколько субъективных причин: непонимание пациентом сути психотерапии; несоответствие психотерапевтических целей, поставленных врачом потребностям пациента; отсутствие мотивации пациента; негативная оценка врача со стороны пациента; недооценка врачом индивидуально-иррациональных особенностей пациента; критика врачом пациента; социально-религиозные предубеждения пациента против психотерапии; страх оказаться в зависимости от психотерапевта; искаженная информация о психотерапии.

Анализ психологических показателей пациентов, прервавших терапию, показал, что они достоверно неотличимы до начала лечения и после его досрочного окончания, за исключением пациентов, проходящих ИндПТ.

В результате исследования установлено, что при проведении различных вариантов психотерапии по субъективным причинам не окончили лечение 42 (9,6%) пациента с ППР, по объективным причинам – 16 (4,6%). В КГ по субъективным причинам окончили 5,8%, по объективным – 14,5% пациентов.

Таким образом, большинство причин отказа от психотерапии носит субъективный характер и является следствием рефлексии пациента. Данный вывод подтверждает D. Perkins, (1999), который при анализе причин и предикторов отказов от лечения отметил необходимость учета того или иного отношения к терапии со стороны пациентов. Он считает, что решение пациентов об отказе от прохождения психотерапии во многом детерминируется их собственной оценкой пользы и риска проводимой терапии, то есть субъективной значимостью возникающих или возможных побочных эффектов.

Выводы:

1. При различных вариантах психотерапии досрочно заканчивают от 6,1% (при ИТ) до 40,6% (при ГрПТ) пациентов с пограничными психическими расстройствами.

2. Пациенты с пограничными психическими расстройствами более чем в два раза чаще досрочно прерывают психотерапию по субъективным причинам, являющихся следствием их рефлексии.

3. Досрочное окончание психотерапии можно расценивать как неудачу.

4. Досрочное окончание психотерапии не связано с наличием определенного вида психических расстройств.

5. Среди пациентов с пограничными психическими расстройствами контрольной группы досрочно закончивших терапию ведущую роль в ухудшении состояния играют объективные факторы. Это подтверждается результатами психологического тестирования.

6. При любой форме психотерапии (групповой, индивидуальной, гипносуггестивной) необходимо учитывать субъективную реальность пациента.

Клинико-психологические особенности людей, не употребляющих спиртные напитки

Федотов И.А.

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, кафедра психиатрии, г. Рязань

Проблема алкогольной зависимости (АЗ) остается актуальной для России, в том числе и в связи с национальными традициями употребления алкоголя. Всестороннее изучение особенностей людей, не употребляющих спиртные напитки, позволяет посмотреть на проблему АЗ «с обратной стороны» и сделать необходимые для понимания этиопатогенеза и подходов к терапии выводы. По данным ВОЗ, количество лиц в России, не употребляющих алкоголь, ниже среднемировых показателей: так, в среднем в мире не употребляет алкоголь 54,1% населения, при этом среди женщин – 63,2%, среди мужчин – 45,4%; в России эти показатели составляют 41, 50,7 и 29% соответственно. В отечественной наркологии людей, по тем или иным мотивам воздерживающимся от приема алкоголя, принято называть абстинентами. Нам кажется целесообразным разделение абстинентов на первичных, которые никогда не страдали АЗ, и вторичных, которые перестали употреблять алкоголь при имеющихся в анамнезе указаниях на симптомы АЗ в прошлом.

В крупном мультикультуральном исследовании Bernards S. et al. (2009) было показано, что в странах с традиционно высоким уровнем употребления алкоголя основная причина воздержания формулировалась в виде утверждения «не нравится эффект». Среди женщин-абстинентов основными ответами были: «нет интереса к алкоголю», «не нравится вкус», причем они имели эту отрицательную установку изначально. Среди мужчин: «религиозное табу», «страх перед развитием АЗ», «негативное влияние на работоспособность и активность», причем они начинали воздерживаться после негативного личного опыта.

Абстиненты в литературе, в целом, описываются как достаточно проблемный контингент. В сравнении с умеренно пьющими для них установлена большая распространенность тревоги и депрессии (Skogen J.C., Harvey S.B., Henderson M., Stordal E., Mykletun A., 2009), больший риск инвалидизации и преждевременного выхода на пенсию (Skogen J.C., Knudsen A.K., Mykletun A., Nesvåg S., Øverland S., 2012), низкий уровень социальной интеграции (в странах с традиционной культурой употребления алкоголя для них сложился негативный социальный образ «слабого, застенчивого» и т.п.) (Lettow B.V, de Vries H., Burdorf A., Norman P., van Empelen P., 2013).

Целью нашей работы стало выяснение клинико-демографических характеристик первичных абстинентов с целью построения «портрета трезвенника», а также уровня аутоагрессии как одного из основных психодинамических маркеров склонности к формированию зависимости, т.к. к настоящему времени рассмотрение АЗ как аутоагрессивного заболевания стало аксиоматичным.

Материалы и методы: исследование проводилось в виде диагностического интервью с включением опросника на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2000). Участие приняли 31 доброволец-абстинент (16 мужчин – 51,6% и 15 женщин – 48,4%). Средний возраст составил 29,2 ± 8,8 года. Аутоагрессивные характеристики методом четырехпольных таблиц с оценкой точного критерия Фишера сравнивались с сопоставимой группой людей (n = 134), употребляющих алкоголь без симптомов зависимости. Расчеты проводились с использование программного пакета статистического анализа Statistica 6.0.

Основные клинико-демографические характеристики первичных абстинентов представлены в следующей таблице.

<table>
<tr><th>Образование</th><th>Семейный статус</th><th>Кол-во детей</th><th>Возраст первой пробы алкоголя</th><th>Срок абстиненции</th><th>Причина воздержания от употребления алкоголя</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Высшее – 77,4%</td><td>Гражд. брак – 3,2%</td><td>Один – 22,6%</td><td>11,5 ± 6,6 лет</td><td>1-3 года – 48,4%</td><td>Воспитание в семье алкоголика, страх перед АЗ – 41,9%</td></tr>
<tr><td>Разведены – 6,4%</td><td>Два – 16,1%</td><td rowspan="5">58% первый раз попробовали неосознанно (угостили взрослые на застолье, случайно выпили и т.п.). Осознанная проба отставлена на 4-5 лет</td><td>4-10 лет – 25,8%</td><td>Не видят смысла в употреблении алкоголя – 25,8%</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Средне-профессиональное – 22,6%</td><td>Холостые – 41,9%</td><td rowspan="3">Нет детей – 61,3%</td><td rowspan="2">Более 10 лет – 12,9%</td><td>Установка на сохранение здоровья – 16,1%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Состоят в браке – 48,5%</td><td rowspan="2">Не нравится вкус, запах алкоголя, состояние опьянения – 9,7%</td></tr>
<tr><td>Пожизненно – 12,9%</td><td>Субъективные причины (напр., «знак свыше», странные ассоциации) – 6,5%</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">12,9% никогда не пробовали алкоголь</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

Аутоагрессивные показатели распределились следующим образом:

Аутоагрессивный показатель	Первичные абстиненты (n = 31)	Употребляющие без симптомов зависимости (n = 134)	Статистическая значимость (по критерию Фишера)
Суицидальная попытка	3,2%	0%	$p > 0,05$
Обращение к психологу и психотерапевту (в основном были представлены тревожно-депрессивные жалобы)	45,2%	0,8%	$p < 0,05$
Самоповреждения	19,4%	15,7%	$p > 0,05$
Перенесли операции	93,8%	7,5%	$p < 0,05$

Переломы и ЧМТ	25,8%	3,7%	$p < 0,05$
Несчастные случаи	48,4%	13,4%	$p < 0,05$
Ожоги	83,9%	9,7%	$p < 0,05$
Постоянное чувство вины	74,2%	30,0%	$p < 0,05$
Чувство одиночества	51,6%	9,0%	$p < 0,05$
Депрессивные эпизоды	45,2%	23,9%	$p < 0,05$
Чувство безысходности	29,0%	15,7%	$p > 0,05$
Были жертвами насилия	45,2%	3,0%	$p < 0,05$
Были гетероагрессивны	77,4%	16,4%	$p < 0,05$

Выводы: представленные результаты показывают, что изучаемая группа абстинентов неоднородна по мотивации на трезвость: основной мотивацией добровольного отказа от приема алкоголя (41,9%) является воспитание в семье больного АЗ и страх перед развитием этого заболевания, а установка на сохранение и поддержание здоровья встречается лишь в 16,1% случаев. Это показывает преобладание «хрупкого» гиперкомпенсаторного механизма поддержания трезвости у большинства первичных абстинентов. Помимо того, достоверными являются более высокие показатели по проявлениям несуицидальной (латентной) аутоагрессии, что также предполагает отнесение данной когорты людей к группе повышенного риска.

Молекулярные механизмы: мозговой нейротрофический фактор в этиопатогенезе расстройств аутистического спектра

Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б.
ГБОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России», г. Саратов

Расстройства аутистического спектра (РАС) – комплексные нарушения психического развития, характеризующиеся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению и стереотипностью поведения.

За последние 20 лет общественный и научный интерес к расстройствам аутистического спектра переместился из «узкой» проблемы детской психиатрии в одну из центральных областей клинико-биологических исследований в мире. Установленные причины аутистических расстройств могут быть самыми различными: от эндогенно-наследственных до экзогенно-органических, психогенных и даже экологических. И большинство ученых склоняются к тому, что РАС являются результатом общемозговых (нейробиологических) нарушений.

Во всем мире в последние годы интенсивно разрабатывается мультидисциплинарное клинико-биологическое направление в диагностике, дифференциации и терапии аутистических расстройств. Выделены инновационные биомаркеры («био-автографы») РАС.

Нейротрофические факторы (НТФ) и их рецепторы представляют одну из групп этиопатогенетических факторов при РАС. НТФ играют решающую роль в процессе развития нервной системы, регулируя многие функциональные и структурные аспекты центральной нервной системы (ЦНС), в том числе диффе-

ренциацию, выживание нейронов, синаптогенез, синаптическую пластичность, аксональный и дендритный рост (Reichardt L.F., 2006). Некоторые исследования показывают, что патология нейротрофических факторов может лежать в основе патофизиологических нарушений при таких расстройствах, как шизофрения и депрессия (Durany N., Thome J., 2004; Hashimoto T., Bergen S.E., Nguyen Q.L., Xu B., Monteggia L.M., Pierri J.N., 2005; Otsuki K., Uchida S., Watanuki T., Wakabayashi Y., Fujimoto M., Matsubara T., 2008). В последние годы исследователи обратили внимание на потенциальный вклад нейротрофических факторов в этиопатогенез аутистических расстройств. Интересен тот факт, что некоторые исследования, демонстрирующие повышение уровня БДНФ, а также нейротрофических факторов 4 и 5 (НТФ 4 и НТФ 5) и низкий уровень НТФ 3 в сыворотке крови у больных аутизмом, указывают, что соответствующие гены могут вносить вклад в развитие аутистических проявлений (Connolly A.M., Chez M., Streif E.M., Keeling R.M., Golumbek P.T., Kwon J.M., 2006; Miyazaki K., Narita N., Sakuta R., Miyahara T., Naruse H., Okado N., 2004; Nelson P.G., Kuddo T., Song E.Y., Dambrosia J.M., Kohler S., Satyanarayana G., 2006).

Тем не менее до сих пор остается неясным, являются ли наблюдающиеся изменения в системе нейротрофических факторов отражением первичных патогенетических механизмов либо носят вторичный характер по отношению к нарушению корковых функций при РАС. Проводимые в последнее время генетические исследования также демонстрируют свидетельства участия нейротрофических факторов в этиопатогенезе аутистических расстройств: связь с мозговым нейротрофическим фактором (БДНФ) сообщается в двух независимых исследованиях; кроме того, довольно распространенный вариант мутации гена рецептора 1 типа нейротрофической тирозинкиназы (НТРК 1) также взаимосвязан с аутистическими чертами (Chakrabarti B., Dudbridge F., Kent L., Wheelwright S., Hill-Cawthorne G., Allison C., 2009; Cheng L., Ge Q., Xiao P., Sun B., Ke X., Bai Y., Lu Z., 2009; Nishimura K., Nakamura K., Anitha A., Yamada K., Tsujii M., Iwayama Y., 2007). Эти данные подтверждают гипотезу о том, что нарушение выживаемости, дифференцировки и роста нейронов может лежать в основе этиопатогенеза аутизма.

По данным исследований последних лет, в мозге людей, страдающих расстройствами аутистического спектра, обнаруживается более высокий по сравнению с нормой уровень предшественника БДНФ (Garcia K.L., Yu G., Nicolini C., Michalski B., Garzon D.J., Chiu V.S., Tongiorgi E., 2012), что также свидетельствует о механизме измененного развития мозга при аутизме. У мышей, на которых проводилось моделирование клинических проявлений синдрома Ретта, одного из расстройств аутистического спектра, был отмечен более низкий, чем в норме, уровень зрелого БДНФ. Исследования также показали повышение концентрации антител к БДНФ в крови людей при аутистических расстройствах (Nelson K.B., Grether J.K., Croen L.A., Dambrosia J.M., Dickens B.F., Jelliffe L.L., Hansen R.L., Phillips T.M., 2001), однако содержание мРНК, кодирующей белок БДНФ, у страдающих аутизмом людей существенно не отличается от аналогичных показателей психически здоровых лиц.

Некоторые авторы указывают на то, что при РАС обнаруживается также большее содержание нерасщепленной формы предшественника БДНФ – 32 килодальтона (кДа) по сравнению с 14 кДа в группе контроля. Белок – предшест-

венник мозгового нейротрофического фактора имеет противоположный БДНФ эффекты: вместо стимулирования роста он демпфирует образование дендритных шипиков, прием нейрональных сигналов и может вызвать гибель нервной клетки (Koshimizu H., Kiyosue K., Hara T., Hazama S., Suzuki S., Uegaki K., Nagappan G., Zaitsev E., Hirokawa T., Tatsu Y., Ogura A., Lu B., 2009). Кроме того, предшественник БДНФ также способствует процессу, называемому долгосрочной депрессией, которая представляет собой период после возбуждения нейронов, прежде чем они готовы принять сигнал снова.

Таким образом, на основании проведенных в последние годы исследований можно предположить, что изменения в балансе предшественников и зрелых форм BDNF может лежать в основе некоторых биологических изменений в мозге людей с расстройствами аутистического спектра.

Аутодеструктивные тенденции больных нервной анорексией как проявления дефектной структуры отношений

Худякова Ю.Ю.

БУЗ и СПЭ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Минздрава Удмуртии», медицинский психолог, Россия, Удмуртская республика, г. Ижевск;
ФГБОУ ВПО «Удмуртский государственный университет», г. Ижевск

Несмотря на существование большого количества клинико-психологических, клинических работ, проблема взаимосвязи особенностей агрессивности с психической патологией сохраняет свою актуальность как в теоретическом, так и в практическом аспектах.

Проблему агрессии, агрессивности нельзя назвать достаточно изученной. В психологии до сих пор нет единства в отношении определения самих понятий «агрессивность» и «агрессия», не существует единого представления о психической реальности, однозначно соотносимой с понятием агрессии (Тупицын Ю.Я. с соавт., 1998).

Согласно теории структуры личности Г. Аммона (1980) психические процессы основываются на отношениях. Структура личности является отражением этого процесса отношений. Психическая структура определяется выражением отдельных Я-функций. Г. Аммон выделяет следующие Я-функции: агрессия, нарциссизм, сексуальность, тревога, внутреннее Я-отграничение, внешнее Я-отграничение. Все центральные Я-функции выполняют задачи регулирования структуры «Я» и процессов межличностного взаимодействия.

Психодинамику психических заболеваний Г. Аммон рассматривает как проявление и результат нарушения в развитии функций Я. Функции Я в своем развитии зависят от структуры отношений, прежде всего в первичной группе, в особенности, в рамках раннего симбиоза матери и ребенка. Нарушения межличностного процесса в симбиозе приводят к структурному дефициту Я, к патологической деформации первоначально конструктивной агрессии, либо к недоразвитию Я-функции агрессии.

Г. Аммон рассматривает агрессию как центральную Я-функцию, как степень активности отношения индивида к окружающему миру, как уровень целе-

направленности и целесообразности душевной деятельности, агрессия обеспечивает способность к контактам, формированию и удержанию целей, представляет собой общий потенциал активности, которым располагает личность для решения задач адаптации и поддержания идентичности (Аммон Г., 1980).

К психологическим проблемам больных нервной анорексией относят: черты зависимости, неспособность психологически отделять свою личность от материнской, амбивалентное отношение к родителям, конфликт между активностью и пассивностью, чувство вины, сдерживание сексуальных или агрессивных побуждений, страх забеременеть (Александер Ф., 1950; Meyer C., Weinroth L., 1957; Минухин С., 1988; Палаццоли М., 2002; Каплан Г., Сэдок Б., 1996).

Мы полагаем, что,

- проблема контроля при нервной анорексии, вероятно, связана с контролем над агрессивными импульсами;

- имеет место недоразвитие Я-функции агрессии, преобладание дефицитарной агрессии;

- на социально-психологическом уровне организации индивидуальности агрессивные импульсы подавляются, переживаются в виде повышенного напряжения, страха, проявляются в форме чувства вины.

Так как недоразвитие функции агрессивности связано с нарушением межличностных отношений в симбиозе, в довербальный период (архаические заболевания Я), то психотерапия нервной анорексии, основанная только лишь на вербальном обмене, приносит незначительные результаты (Амон Г. 1995; Meyer C., 1957). Цель психотерапии – восполнение дефицита структуры «Я», восстановление здорового ядра личности и полное развитие идентичности (Кабанова М.М., 2003). Агрессивность является инструментом для регуляции объектных отношений. Нарушение пищевого поведения является механизмом защиты, который необходим больному для поддержания своей идентичности, оно компенсирует дезинтеграцию Я. Следует сосредоточить работу на аналитической обработке коммуникативного поведения. Рекомендована аналитическая групповая психотерапия, где происходит не анализ симптома, а восполняющее развитие идентичности, вследствие чего становятся возможными конструктивные отношения и симптом теряет свою функцию. Группа выполняет поддерживающую функцию, удовлетворяет потребность в опробовании и развертывании функций Я, представляет восполняющее развитие Я, ведущее к обретению собственной идентичности. При групповой психотерапии возможно наблюдать, какая динамика определяет симптомы, на какое поведение в группе пациент реагирует, какую позицию пациент занимает в группе, какие способы взаимодействия использует.

В групповой и индивидуальной форме возможно использование поведенческих и когнитивных методов психотерапии с целью воздействия на основные компоненты системы отношений личности:

1. В поведенческой сфере, при общении: эгоцентризм, избегание решения проблем, нестабильность отношений с окружающими, преимущественно однотипный способ реагирования на фрустрацию и трудности, неуверенность в себе, высокий уровень претензий при отсутствии критической оценки своих возможностей, неспособность устанавливать и контролировать межличностную дистанцию, чрезмерная зависимость от требований, установок и норм окружающих,

отсутствие возможности в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать собственные интересы, потребности.

2. В аффективной сфере: низкая фрустрацонная толерантность и быстрое возникновение тревоги и депрессии, сниженная или нестабильная самооценка, низкая спонтанность эмоциональных проявлений.

3. Наличие когнитивных искажений, усиливающих дисгармонию личности («аффективная логика»): «селективная выборка», «сверхраспространенность», «абсолютное мышление», «персонализация».

Совершенствование медицинского освидетельствования состояния опьянения как элемент модернизации наркологической службы

Цайтлер Т.А., Чиган М.Н.

КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Одной из функций наркологической службы края является медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольное, наркотическое и иное токсическое) как водителей транспортных средств, так и лиц, подозреваемых в употреблении наркотических и психотропных средств.

По количеству лиц, выявленных в состоянии наркотического опьянения, лидирует г. Барнаул. Количество лиц, доставленных на освидетельствование, возросло с 10,9 тыс. в 2010 г. до 14,8 тыс. в 2012 г. В 2012 г. алкогольное опьянение по результатам медицинского освидетельствования выявлено у 7384 лиц, в том числе у водителей транспортных средств 773 раза. За тот же период наркотическое опьянение было выявлено соответственно у 2053 граждан и у 100 водителей транспортных средств.

Доставленные в кабинеты медицинского освидетельствования лица, в действиях которых содержатся признаки правонарушений, вначале освидетельствуются, затем на них составляются документы для административного наказания. Факты употребления наркотиков объективизируются путем обнаружения в биологических жидкостях наркотических веществ либо их метаболитов, однако время, прошедшее с момента поступления препарата в организм до отбора пробы, лимитировано 1-3 днями.

Опосредованное токсическое действие психоактивных веществ определяется каскадом метаболических расстройств, возникающих при их окислении, а также токсическими эффектами и продуктами их метаболизма. Амфетамины и вещества, принадлежащие к этому роду, охватывают большую группу препаратов, стимулирующих центральную нервную систему, активизируют психическую деятельность, устраняют физическую и психическую усталость.

Для России периода 2011-2012 гг. наибольшую «популярность» приобретают вещества, относящиеся к классу психостимуляторов. Данные виды наркотиков обладают психоделическим эффектом, то есть эффектом плывущего сознания. По силе стимуляции они превосходят другие наркотические препараты в 3-4 раза.

Подпольные лаборатории выработали тактику производить соединения, еще законодательно не регулируемые, за счет некоторой химической модификации молекулярной структуры, сохраняющей или даже увеличивающей фармакологическую активность исходных соединений. Пользователи и уличные торговцы дают этим новым средствам привычные «уличные» названия, под которыми распространялись предшествующие контролируемые аналоги, или даже имена других наркотиков, уже завоевавших нелегальный рынок: «скорость», «винт», курительные смеси, «спайсы», миксы и т.д.

Появляется все больше синтетических химических веществ, вызывающих синдром зависимости. Наиболее характерно потребление указанных наркотиков для «золотой» молодежи, социально адаптированными лицами, зачастую представителями так называемой клубной субкультуры.

У большинства здоровых (без явлений зависимости) лиц по мере увеличения концентрации наркотических веществ сначала проявляется эйфорическое действие наркотика, которое сменяется фазой возбуждения, за которой следует фаза угнетения.

Нами проанализирована структура наркотического опьянения в зависимости от вида потребляемых наркотических средств в Алтайском крае в различных возрастных группах за 2011-2012 гг. (см. табл.).

Наименование	Освидетельствуемые 2011 г.				Освидетельствуемые 2012 г.			
	Дети	Подростки	Взрослые	Всего	Дети	Подростки	Взрослые	Всего
Число освидетельствуемых на наркотические средства и психотропные вещества	22	230	8102	8354	30	615	10660	11305
Число освидетельствуемых, у которых подтверждено присутствие наркотических средств и психотропных веществ:	2	37	3443	3482	4	45	3502	3551
Опиаты	–	3	2178	2181	1	3	1990	1994
Каннабиноиды	2	31	791	824	–	38	960	998
Амфетамины	–	–	81	81	–	–	145	145
Кокаин	–	–	–	–	–	–	–	–
Барбитураты I и списка II	–	–	105	105	–	1	96	97
Метадон	–	–	–	–	–	–	–	–
Фенциклидин	–	–	–	–	–	–	–	–
Другие наркотики	–	–	–	–	–	–	7	7
Психотропные вещества	–	1	50	51	3	3	22	28
Комбинации наркотических и психотропных веществ	–	2	238	240	–	–	282	282

В последнее время возросло употребление синтетического наркотического средства «скорость», относящего к психостимуляторам. В 2012 г. выявлено потребителей психостимуляторов на 79% больше по сравнению с 2011 г.

«Скорость» является психостимулятором синтетического происхождения, в его состав входят метилендиоксипроизводные амфетамина, а так же структурные аналоги пировалерона (амфетамин, метамфетамин, метилендиоксиамфетамин, метилендиоксиметамфетамин, метилендиоксипиравалерон).

«Скорость» может содержать эти компоненты как по отдельности, так и в комбинации. Кроме психостимуляторов в составе встречаются такие добавки как кофеин, лидокаин, эфедрин и др. Употребляют «скорость» внутривенно, интроназально, перорально, путем курения. При внутривенном введении эффект наступает мгновенно, при пероральном употреблении эффект наступает постепенно, но действие продолжается дольше.

Афетамины – психостимуляторы, вызывающие ощущение притока энергии, постоянное стремление к деятельности и движению, сверхактивность, длительное бодрствование, отсутствие аппетита, гиперсексуальнось. Метилендиоксиамфетамин – психоделик, который расширяет границы и повышает способность восприятия. Потребители описывают его действие как «отделение души от тела», часто называют «наркотиком объятий» из-за более сильных тактильных ощущений он вызывает высокую психическую зависимость. Метилендиоксиамфетамин вызывает более сильное чувство эйфории, расслабленности, прояснения сознания, улучшения настроения, уменьшает чувство страха и беспокойства. Метилендиоксипировалерон – обладает психоделическим эффектом, то есть эффектом плывущего сознания. Это может выражаться в головокружении, галлюцинациях и стойком помутнении рассудка. Эйфория непродолжительная, от 20 до 30 мин., затем наступает состояние стимуляции, которое длится 3-4 ч. Большие дозы могут вызвать панические атаки, бессонницу и психоз, обычно возникает желание «догнаться». При употреблении данных психостимуляторов продолжительность действия в среднем длится 4–6 ч.

При употреблении «скорости» развивается выраженная психическая зависимость. Наркотик в первую очередь расстраивает мышление, глубоко нарушает интеллект, вызывает общую растерянность, невозможность сосредоточиться. Основными и тяжелейшими последствиями приема являются: увеличение вероятности инсульта, гипертонии, аритмии, параноидальные психозы.

Около 70% дозы выводится из организма в неизмененном виде в течение 24 ч, а полностью экскретируется за 2-3 дня. Максимальные концентрации в крови можно обнаружить через 2-6 ч после употребления. Обнаружение иммунохроматографическими методами затруднено, так как в состав могут входить структурные аналоги, отличающиеся по химическому строению.

Факт употребления «скорости» подтверждается методами высокоэффективной газожидкостной хроматографией и газовой хроматографией. С октября 2012 г. химико-токсикологической лабораторией КГБУЗ АКНД освоена и внедрена методика иммуноферментного анализа определения антител к наркотическим веществам. Уже после трехкратного употребления наркотика возможно обнаружить искомое вещество, произведя анализ крови, при сроке давности упот-

ребления наркотика в 5 месяцев. Для исследования отбирается кровь в количество не менее 5 мл. Сроки выполнения анализа занимают до 3 ч.

Результаты химико-токсикологического исследования оформляются в виде следующих вариантов заключений:

1. Данный класс наркотических веществ употреблялся в течение последних 4 месяцев.

2. Антитела к данному классу наркотических веществ не обнаружены (то есть наркотические вещества не употреблялись последние 5 месяцев).

3. Следовые значения (в течение последних 2 месяцев в минимальном количестве).

Также благодаря новым внедренным методикам можно обнаружить антитела в сыворотке крови у потребителей фенилалкиламинов методом иммуноферментного анализа, которые образуются в организме при систематическом употреблении наркотика и сохраняются в организме до 5 месяцев после последнего употребления. Этот метод позволяет выявлять ранние стадии наркозависимости или скрытые формы наркомании, проконтролировать процесс лечения, оценить стойкость ремиссии.

Клинико-психологические механизмы самостигматизации

Черапкин Е.С.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан, г. Бишкек

Ключевое место в структуре феномена самостигматизации занимает переживание больным собственной несостоятельности по сравнению с окружающими и связанное с этим чувство вины. Указанные чувства больной может переживать сам; кроме того, они могут быть приписаны ему окружающими или служить основой для формирования дезадаптивных поведенческих стратегий. Проявлениями самостигматизации становятся дистанцирование от общества, чувство вины, стыда. Актуальность изучения клинико-психологических механизмов, лежащих в основе этого процесса, и рассмотрение самостигматизации как элемента клинического синдрома остается неизменно высокой.

Цель исследования – изучить клинико-психологические механизмы феномена самостигматизации у пациентов с параноидной шизофренией.

Задачи:

1. Идентифицировать преобладающие клинико-психопатологические синдромы, определяющие тип течения шизофрении.

2. Выделить роль аффективного компонента как системообразующего фактора в формировании феномена самостигматизации.

3. Определить роль механизмов компенсации в формировании стиля «выученной беспомощности».

4. Идентифицировать феномен самостигматизации как элемент клинического синдрома.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили 80 пациентов. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Методами исследования являлись: клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы изучения: ретроспективный анализ частоты госпитализаций по данным эпикризов пациентов, полуформализованное интервью, шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник безнадежности Бека, опросник жизненных стилей Плутчика-Келлермана-Конте, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала оценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждение.

Согласно результатам по шкале PANSS у большинства пациентов 45 (56%) преобладает апато-абулический синдром, с преобладающими галлюцинаторно-бредовым и тревожно-депрессивным синдромами 20 (25%) и 15 (19%) пациентов соответственно.

Результаты исследования по шкале безнадежности Бека: безнадежность выражена в умеренной степени у 43 (54%), в тяжелой – у 35 (43%) пациентов и в легкой у 2 (3%).

При исследовании аффективной сферы по шкале Цунга отмечается депрессия на субклиническом уровне у 40 (50%). У 30 (38%) пациентов депрессия отсутствовала и лишь 10 (12%) имеют умеренно выраженную степень депрессии.

По шкале Спилбергера-Ханина у большинства пациентов 48 (60%) отмечался средний уровень тревоги и у 32 (40%) высокий уровень тревоги.

Выраженность частоты госпитализаций имеет достоверную связь с показателем уровня безнадежности вне зависимости от преобладающего синдрома 0,58 ($p < 0,01$). Общая напряженность защит в случаях преобладания галлюцинаторно-бредового и апато-абулического синдрома имеет косвенное влияние.

Результаты проведенных исследований показывают, что у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, наблюдается феномен регоспитализаций, выраженный в различной степени, 60% имеют явную выраженность, у 40% пациентов этот феномен менее выражен, но также присутствуют этапы сверхчастых госпитализаций (ЭСГ).

Было доказано, что в структуре апато-абулического синдрома преобладающим аффективным компонентом является депрессивный ($54,82 \pm 0,8$) связь с уровнем безнадежности $r = 0,70$ ($p < 0,01$).

Исходя из гипотезы о том, что самостигматизация представляет собой сочетание двух компонентов: фрустрирующего и компенсаторного, мы можем предположить составляющие каждого в рамках апато-абулического синдрома.

Выводы.

В ходе исследования были идентифицированы 3 основные группы пациентов в зависимости от преобладающего синдрома: апато-абулического (56%), галлюцинаторно-бредового (25%), тревожно-депрессивного (19%). Преобладающей является группа пациентов с апато-абулическим синдромом – 45 (56%). Обнаружена достоверная связь между выраженностью апато-абулического синдрома в структуре параноидной шизофрении и частотой госпитализаций $r = 0,60$ ($p < 0,01$).

Основой формирования фрустрирующего компонента при апато-абулическом синдроме являются переживания, созвучные с его симптоматикой, иными словами – это личностная реакция на клинический синдром. Данная лич-

ностная реакция отражается в аффективной сфере пациента в виде депрессивного аффекта и нарастающего уровня безнадежности.

Была также выделена опосредованная роль механизмов компенсации в формировании стиля «выученной беспомощности» при апато-абулическом синдроме, с возрастанием негативной симптоматики нарастает и общая напряженность защит $r = 0,88$ ($p < 0,01$), что, возможно, свидетельствует о стабилизации новой Я-концепции, нормативности собственной личности, как «психически больного». В свою очередь преобладающая негативная симптоматика возможно предрасполагает к развитию феномена регоспитализаций $r = 0,53$ ($p < 0,01$), что обусловлено принятием роли душевнобольного и формированием пассивной позиции.

Феномен регоспитализаций, возможно, является одним из основных поведенческих эквивалентов, свидетельствующих о процессе самостигматизации, он закреплен и воспроизводится усиливая проявления апато-абулического синдрома.

Таким образом, рассматривая самостигматизацию как своеобразную адаптационную стратегию функционирующую по принципу «порочного круга», необходимо пересмотреть подходы к мерам дестигматизации.

Психологические особенности лиц, злоупотребляющих «спайсом» и другими психостимуляторами

Черепанов А.В., Козлова Ю.И.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Проблема злоупотребления населением психоактивными веществами имеет широкое распространение в России. Легальные сигареты и алкоголь делают рабами зависимого поведения все больше молодых людей, которые ввиду личностных особенностей не могут противостоять социальному давлению. Общество часто транслирует, что курить и пить – это норма. Склонные к экспериментам подростки «идут в ногу со временем» и пробуют появляющиеся новые наркотические средства. Это курительная смесь «спайс», содержащая каннабиноиды, и психостимулятор «спид (скорость)» на основе амфетамина.

В специализированном детско-подростковом отделении (ДПО) КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» (АКНД) за 2012 г. прошли лечение 164 чел., из них со злоупотреблением алкоголем с вредными последствиями для здоровья – 85%, со злоупотреблением летучими растворителями и токсикоманией – 10%, со злоупотреблением каннабиноидами и наркоманией – менее 5%.

За первые два месяца 2013 г. в ДПО уже поступили со злоупотреблением алкоголем – 27%, с летучими растворителями – 14%, со злоупотреблением «спайсом» и «спидами» – 50% и с наркоманией – 9%. Рост числа «увлекающихся» наркотическими препаратами связан с их большей доступностью. Сейчас, по словам пациентов, их можно легко достать через интернет. Сами потребители обладают рядом психологических особенностей, исследованию которых посвящена данная статья.

Было проведено исследование вновь прибывших лиц, их возраст 16-17 лет. Согласно периодизации отечественных психологов, этот возраст называется

«юность» и является критическим периодом для формирования самосознания. Он характеризуется смещением акцента с окружающего мира и его эталонов для подражания на мир внутренний с углублением в процесс личностной рефлексии, то есть познания субъектом самого себя ради открытия внутреннего мира, способности к самоуправлению и самоопределения как результата этой психической деятельности.

Для нормального становления возрастных новообразований необходимо развитие познавательной деятельности, характеризующееся когнитивными способностями: уровнем внимания, памяти, интеллекта. Также важны особенности чувственной сферы, культурно-образовательный уровень, поведенческие нормы и этическое воспитание, основы которого накладываются в семье.

Целью исследования стало изучение психологических особенностей лиц, злоупотребляющих «спайсами» и «спидами». Мы уделяли внимание следующим аспектам: когнитивные способности, личностные особенности, социально-демографическая ситуация.

Исследование проводилось на базе КГБУЗ АКНД в ДПО № 5. Выборку составили 25 молодых людей, из них 12 пациентов, злоупотребляющих психостимуляторами и 13 – злоупотребляющих алкоголем; в возрасте 16 лет – 8 испытуемых и 17 лет – 17. Юношей – 14, девушек – 11. Пациенты были разделены на две группы: в первую вошли злоупотребляющие психостимуляторами (спайс, спиды, винт, героин), некоторым из них уже выставлен диагноз «наркомания» в связи с выраженным абстинентным синдромом; во вторую группу – злоупотребляющие алкоголем и с диагнозом «алкоголизм» в начальной стадии.

В основу нашего исследования легли следующие предположения:

1. Юноши и девушки, злоупотребляющие психостимуляторами, имеют более высокий уровень развития когнитивных способностей, чем злоупотребляющие алкоголем.

2. Юноши и девушки, злоупотребляющие психостимуляторами, имеют следующие социально-демографические признаки: полная семья, проживание в городе.

3. Длительность употребления ПАВ меньше у юношей и девушек, злоупотребляющих психостимуляторами, чем у лиц, злоупотребляющих алкоголем.

В структуре экспериментально-патопсихологического исследования содержится ряд методик: это таблицы Шульте, «10 слов», «Пиктограмма», диагностика самооценки по Дембо-Рубинштейн. Социально-демографические данные получаются путем анкетирования и интервью исследуемых пациентов.

В подтверждение выдвинутых гипотез при сравнении групп с помощью U-критерия Манна-Уитни выявлены значимые различия по группам в когнитивных способностях пациентов. В частности, по выполнению таблиц Шульте ($p = 0,04$) показатели пациентов, злоупотребляющих наркотиками (в среднем 43 сек. на выполнение одной таблицы), значительно превосходят показатели пациентов, злоупотребляющих алкоголем (в среднем 55 секунд). Это указывает на способности первых к лучшей концентрации и меньшей истощаемости внимания и на более высокие темпы психической деятельности.

В опосредованном запоминании пациентов двух групп также выявлены значимые различия в способности к запоминанию абстрактных ($p = 0,04$) и конкретных образов ($p = 0,002$). Так, у пациентов, злоупотребляющих психостимуляторами, воспроизведение абстрактных образов больше, чем у пациентов, зло-

употребляющих алкоголем, у которых преобладают конкретные образы. Это указывает на лучшее развитие мышления, воображения и интеллекта у злоупотребляющих наркотиками, что может быть обусловлено их образовательным уровнем, который несколько выше, чем во второй группе. Конкретность мышления пациентов со злоупотреблением алкоголем сопряжена с органическими поражениями мозга и педагогической запущенностью.

Диагностика самооценки проводится по классической патопсихологической методике Дембо-Рубинштейн, которая выявляет самоощущение человека по показателям ума, здоровья, счастья и характера. Пациенты, злоупотребляющие алкоголем, субъективно оценивают себя как менее счастливые, у них имеется тенденция к драматизации жизненных обстоятельств. Может быть, что пациенты, прибегающие к употреблению наркотиков, находят себя более счастливыми в иллюзорных переживаниях.

При сопоставлении социально-демографической ситуации исследуемых пациентов данные в группах значимо различаются по составу семьи ($p = 0,01$). Семьи молодых людей, злоупотребляющих наркотиками, делятся на две равные группы: полные семьи – 50% и неполные семьи – 50%. А молодые люди, злоупотребляющие алкоголем, преимущественно из неполных семей – 46% и детских домов – 38,5%. Проблема неполных семей актуальна для пациентов и обуславливает проблематику воспитания этики, поведенческих норм, полоролевых моделей взаимоотношений. В таких семьях распространены зависимости у родителей, что негативно сказывается на наследственной отягощенности. В полных семьях, из которых выходят половина исследуемых потребителей наркотиков, ситуация иная: родители уделяют так много времени работе, что детям не хватает внимания, общения и контроля.

Распространенность «спайса» и «спидов» – проблема пока только городская. При сравнении групп выявлены достоверные различия по месту проживания ($p = 0,001$). Все пациенты, злоупотребляющие наркотиками, проживают в городе – 100%, а злоупотребляющие алкоголем – преимущественно в сельской местности – 61,5%. Это связано с развитием инфраструктуры города, в которой ведется скрытая пропаганда наркотических средств, а иногда и открытая реклама с возможностью купить наркотики. Распространители знают о быстро возникающей психологической и физической зависимости от ПАВ, делают потребителей постоянными клиентами, стабилизируют и расширяют бизнес.

Такая ситуация складывается относительно недавно, поэтому стаж употребления юношей и девушек, употребляющих наркотики меньше, чем у тех, кто употребляет алкоголь. Группы значимо различаются по длительности употребления ($p = 0,0002$), молодые люди употребляют наркотики меньше года (в среднем 11 месяцев), злоупотребляют алкоголем в течение 3-5 лет (в среднем 52 месяца), последние проходят повторные госпитализации, в анамнезе имеют попытки суицида (положительные корреляционные связи $r = 0,67$ при $p < 0,05$). Несмотря на то, что они раньше попали в поле зрения психиатра и нарколога, жизнь ребят не меняется и здоровье не становится лучше. Возможно, это связано с тем, что они возвращаются в ту же среду. На селе, где алкоголизация повсеместна и социально приемлема, профилактической работы практически нет.

Доказано, что длительное употребление ПАВ как в первой, так и во второй группе наносит существенный вред когнитивным способностям. В частности,

стаж влияет на уровень отсроченного припоминания (отрицательная корреляция $r = -0,64$ при $p < 0,05$). Длительное употребление наркотиков и алкоголя препятствует образованию следов долговременной памяти.

Для выявления связей в исследовании нами использовался метод математико-статистической обработки данных – корреляционный анализ с коэффициентом r-Спирмена. Установлена корреляционная связь между стажем и уровнем самооценки характера ($r = 0,64$ при $p < 0,05$), то есть чем дольше ребята употребляют, тем лучше они оценивают свой характер. Отсутствие критики к себе является главной чертой анозогнозии, указывающей на сформировавшуюся зависимость.

Для оценки эффективности лечения и прогноза дальнейшего течения заболевания на практике используется понятие «уровень реабилитационного потенциала», которое складывается из многих факторов: возраст начала употребления, образование и интеллекта, наследственная отягощенность и т.д. Выявлена корреляционная связь между реабилитационным потенциалом и полом ($r = -0,42$ при $p < 0,05$), у юношей этот уровень выше. Все пациентки с опийной зависимостью – девушки, есть связь наркомании с ВИЧ ($r = 0,55$ при $p < 0,05$), прогнозы на их дальнейшую реабилитацию менее благоприятны. Полученные данные требуют дальнейшего исследования.

Таким образом, все выносимые нами в исследовании гипотезы подтверждены. Действительно, юноши и девушки, злоупотребляющие психостимуляторами «спайс» и «спиды», являются более когнитивно развитыми по всем высшим психическим функциям: вниманию, памяти, мышлению. Они проживают в городе и происходят из полных «псевдоблагополучных» семей. Длительность употребления психоактивных веществ юношами и девушками в среднем меньше года, и это с точки зрения уровня реабилитационного потенциала прогностический благоприятный признак. Процесс успешного лечения затрудняется особенностью этих веществ вызывать сильную зависимость на психологическом и физическом уровнях. Аддикция препятствует формированию у пациентов веры в выздоровление, снижает мотивацию на достижение успеха в лечении, негативно настраивает пациентов по отношению к медицинскому персоналу, сдерживающему поисковое поведение.

Серьезная работа по коррекции взаимоотношений ведется с семьями, часто со-зависимые родители считают, что у них «все нормально» и испытывают интенсивное сопротивление психологическим изменениям. Отягощенную наследственность имеют большинство молодых людей, злоупотребляющих наркотиками (83%) и алкоголем (92%).

На сегодняшний день наиболее успешной формой работы является интеграция когнитивно-бихевиоральной терапии, в частности – мотивационной, и арт-терапии. Работа с мыслями и поведением доказала свою эффективность и авторитет в клинической практике, но затруднена при работе с юношами и девушками из-за недостаточно сформированного у них ввиду возраста самоуправления. Они только начинают понимать и чувствовать себя. Значительно обогащает возможности работы в образной сфере искусство и творчество в психологической практике.

Самосознание формируется в возрасте 16-17 лет, когда молодые люди познают свои способности, возможности, уникальность. Необходимо донести

мысль о том, как важно закладывать в фундамент личности правильные ценности за счет профилактики зависимого поведения ради свободы. Только стабильно нарастающие положительные изменения жизни в постоянном труде и упорной работе над собой приводят к счастью каждого человека, его семью, все наше общество и будущие поколения.

Психотерапевтическое лечение тревожных расстройств

Черная Т.С., Кудинова Е.И.
«Винницкая областная психоневрологическая больница им. А.И. Ющенко»
г. Винница, Украина

Тревожные (тревожно-фобические) расстройства являются одним из часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, распространенность на протяжении жизни тревожных расстройств (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 1,5%.

В рамки нашего исследования было включены 115 пациентов с диагностическими категориями: паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), которые находились на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ВОПНБ им. А.И. Ющенко. Группы составляли мужчины и женщины в возрасте 18-55 лет.

Мы изучили и систематизировали предиспозиционные факторы социально-психологического характера, которые обуславливали особенности формирования тревожных расстройств, особенности клинических проявлений и обнаружены некоторые патопсихологические особенности.

Было проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование с использованием шкалы тревоги и тревожности Спилбергера-Ханина, личностного опросника Айзенка (EPI), шкалы Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, методики Леонгарда-Шмишека.

В процессе обследования были выявлены основные факторы и условия формирования, клинико-психопатологическая структура и особенности эмоциональных нарушений тревожных расстройств невротического регистра.

Нами было установлено, что широкий спектр психотерапевтических вмешательств, дифференцированно подобраны для коррекции тревожных расстройств в соответствии с выраженностью и длительностью клинической симптоматики, а также психологическими особенностями, способствует более быстрой и стойкой редукции симптомов, а также восстановлению социально-психологической адаптации личности пациентов.

По результатам работы были выделены клинические рекомендации в системе психотерапии и психологической коррекции пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра, которые доказывают свою эффективность.

Сочетанные формы невротических расстройств детского возраста

Чехлова Е.А., Кускова Е.В., Ефименко Н.Н.
КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», г. Барнаул

По данным отечественных источников (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002), в среднем у 15% школьников диагностируются нервно-психические отклонения. Эти отклонения чаще всего формируются у первоклассников в период адаптации к школе. Учебная деятельность, которая становится для ребенка 6-7 лет ведущей, требует для успешного ее выполнения определенного уровня психической зрелости, психической готовности к школе. Если ребенок не достиг такого уровня, то несоответствие между внешними требованиями школы и его психофизическими возможностями приводит к ослаблению организма, появлению чувства тревоги, неуверенности в себе и, в конце концов, невротическому состоянию. В младшем школьном возрасте могут возникать навязчивые опасения сделать что-то не так, как нужно, «быть не тем», не соответствовать запросам родителей. Вслед за сомнениями приходят неуверенность, вместе с этим – болезненное заостренное чувство долга, появляются страхи, невнимательность, потеря аппетита, вегетативная симптоматика, двигательная расторможенность, сноговорение в ночное время, тревога, реакции протеста. Часто у детей данной группы возникают обссесивно-фобические расстройства, проявляющиеся в виде различных навязчивых действий (мигание, покашливания, облизывании рта, подергивание плечами). В период этих расстройств учебный процесс уходит на второй план. Познавательные интересы и школьные уроки меркнут в таком состоянии. У многих детей, особенно в первые месяцы обучения, возникают такие изменения в организме, которые позволяют говорить о школьном стрессе. В результате большинство школьников заканчивают учебу с отклонениями в здоровье, а иногда и хронически больными. Большинство родителей просто не обращают внимания на первые признаки невротических состояний своих детей, вторая часть если и обращает внимание, то весьма поверхностно, и лишь незначительная часть предпринимает реальные действия для исправления положения.

За период 2011-2012 гг. в условиях дневного стационара было пролечено 127 учащихся начальных классов по общеобразовательной программе, у которых имелись расстройства невротического спектра. Нами было обнаружено, что возрастание частоты данной патологии особенно ярко проявлялись в возрасте 7-11 лет, так как в этот период отмечается неспецифическое повышение ранимости нервно-психической сферы ребенка. В большинстве случаев – у 56% пациентов симптомы невротического расстройства возникали после поступления в 1-й класс, особенно у детей с психастеническими, сенситивными и истерическими чертами характера. На период лечения 23% обучались во 2-м классе, 15% обучались в 3-м классе и 8 детей (6%) были учащиеся 4-го класса. Повторный курс лечения по данной патологии проходили 16 детей (12,6%).

В анамнезе у 30% пролеченных степень выраженности невротических проявлений достигала таких пределов, когда проявления школьной дизадаптации

носили достаточно яркий характер. Такие дети по рекомендации участкового психиатра обучались индивидуально на дому от 1 до 6 месяцев.

В рамках интересующей нас проблемы мы применяли широкий спектр реабилитационных мероприятий – это медикаментозное лечение и психокоррекционная программа. Оба метода взаимодополняли друг друга, но в то же время имели свои зоны приложения (лечебную и профилактическую). Курс лечебно-реабилитационных мероприятий в среднем составлял 23 дня пребывания ребенка в отделении.

Исследование структуры невротических расстройств показали ее заметное разнообразие. По нашим наблюдениям, у 12% детей проявления невротического симптомокомплекса были достаточно однородны, что укладывалось в рамки одной нозологической единицы. Чаще всего у таких детей наблюдалось фобическое тревожное, либо социальное тревожное расстройство. Результаты экспериментального патопсихологического исследования эмоционально-волевой сферы таких детей показывал наличие у них выраженных проявлений тревожного спектра. Реабилитационный потенциал чаще всего был достаточно высоким и требовал в своем применении медикаментозных препаратов с анксиолитическим эффектом в сочетании с релаксирующими психокоррекционными методиками.

Сочетание различных невротических компонентов наблюдалось у 22% детей. В таком случае различные нозологические единицы складывались в невротическое состояние, сочетавшее в себе два или более синдромокомплекса. Данные состояния выглядели как вариации одновременного проявления тревожного расстройства, расстройства приема пищи, диссомний, энуреза и т.д. По заключению патопсихолога также отмечается высокий уровень тревожности, нередко в сочетании с единичными органическими знаками в виде замедленного темпа работоспособности или сниженной концентрации внимания. Терапия невротических состояний, как правило, требовала более широкого арсенала средств, нежели при мононеврозе. Помимо анксиолитических препаратов часто назначались снотворные средства, ноотропные препараты и антиоксиданты, трициклические антидепрессанты для купирования энуреза. Психокоррекционные мероприятия были также более разнообразны с возможным подключением в работу психотерапевта.

У тех детей, которые в раннем возрасте перенесли перинатальное поражение центральной нервной системы, клинические проявления невротических расстройств накладывались на резидуально-органический фон. Таких детей в нашем исследовании было 44%. В результате переплетения невротических и органических симптомов происходило усиление взаимного влияния заболеваний. Особенно тяжело на фоне органической патологии головного мозга протекали тикозные проявления и заикание. Помимо невротических проявлений часто наблюдались повышенная утомляемость, головные боли, метеотропность, плохая переносимость духоты и поездок в транспорте. Особенно тяжело свое состояние дети переносили во время уроков в школе, а возможные астеническая раздражительность и вспыльчивость еще больше нарушали учебный процесс. Большинство детей, вынужденных обучаться индивидуально на дому, относились именно к этой категории. Часто такие дети состояли дополнительно на учете у невролога по поводу церебрастенического и психовегетативного синдромов. По результатам обследования клинического психолога непременно выявлялся выраженный

церебрально-органический патопсихологический симптомокомплекс. При нейрофизиологическом обследовании на электроэнцефалографии отмечалась десинхронизация корковой ритмики, имели место ангиоцеребральная недостаточность и венозная дисфункция на реоэнцефалограмме. При лечении часто назначались церебропротекторные и ноотропные препараты, антиоксиданты, витамины и метаболические средства. Иногда требовалось назначение нормотимиков. Не теряли своей актуальности психокоррекционные мероприятия, наблюдение у невролога, при заикании – занятия с логопедом.

У некоторых детей обострение невротической симптоматики вызывало повышение нервно-психической возбудимости, что само по себе способствовало развитию поведенческих нарушений. Или наоборот, постоянные нарушения дисциплины у детей с расстройством поведения, которые не остаются не замеченными родителями и учителями, индуцируют развитие невротической клиники. В нашем исследовании сочетание клиники невротических проявлений и расстройств поведения наблюдались у 22% пациентов. При патопсихологическом обследовании эмоционально-волевой сферы у таких детей на первом месте выступали реакции оппозиции, агрессивность, негативизм и двигательная расторможенность, а повышенная тревожность задвигалась на задний план. Ранее некоторые пациенты данной категории, в силу выраженности поведенческих нарушений, тоже обучались индивидуально на дому. При медикаментозном лечении наиболее результативными являлись корректоры поведения. При психокоррекционных методиках наилучший успех приносила групповая психотерапия.

Таким образом, невротические расстройства у детей в большинстве случаев встречаются либо в сочетании друг с другом, либо в сочетании с расстройством поведения, а чаще на фоне резидуально-органической патологии головного мозга. Сочетание невротических расстройств с другими нозологическими формами способно привести к выраженным нарушениям школьной адаптации. И при лечении такие пациенты требуют затраты больших средств и внимания, нежели пациенты с мононеврозом.

Диагностика факта употребления современных синтетических психостимуляторов как значимое направление модернизации наркологической службы

Чиган М.Н.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Ситуация, связанная с потреблением наркотических веществ, остается актуальной проблемой и представляет угрозу национальной безопасности РФ, что привлекло повышенное внимание Президента Российской Федерации. Владимир Владимирович Путин издал Указ Президента Российской Федерации о Стратегии государственной антинаркотической политики от 9 июня 2010 г. № 690, целью которой является «Совершенствование наркологической медицинской помощи больным наркоманией, повышение ее доступности и качества, снижение

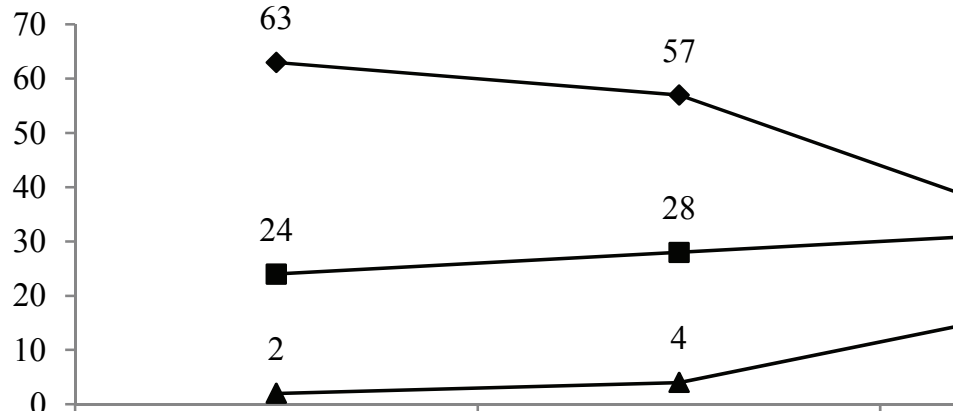
уровня смертности». Следующим этапом стал выход Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», который предусматривает модернизацию наркологический службы.

Как и в других службах оказания медицинской помощи, в наркологии важно определить этиологический фактор в развитии заболеваний с синдромом зависимости. Поэтому в соответствии с профилем базового учреждения КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» в 1987 г. была создана химико-токсикологическая лаборатория. С 2004 г. лаборатория производит исследования не только для подразделений Алтайского краевого наркологического диспансера, но и работает по направлениям лечебных учреждений и правоохранительных органов Алтайского края. Целью химико-токсикологического исследования является не только установление факта употребления, но и вида психоактивного вещества.

За 2012 г. по направлениям лечебных учреждений и правоохранительных органов Алтайского края проведено 7691 химико-токсикологическое исследование, в том числе на алкоголь – 1290, на наркотические вещества – 6401. Общее число положительных результатов составило 4307 (56,0%). Подтвержден факт употребления алкоголя – 850 (65,9%), наркотических веществ – 3457 (54,0%).

По направлению правоохранительных органов прошли химико-токсикологическое исследование 5896 (92%) чел. на наличие наркотических веществ. Выявлено 3369 (57%) потребителей наркотиков.

В последнее время возросло употребление синтетического наркотического средства «скорость», относящегося к психостимуляторам. В 2012 г. выявлено потребителей психостимуляторов в количестве 145, что на 79% больше по сравнению с 2011 г. (81 потребитель). В 2013 г. значительно увеличилось количество лиц, у которых подтвержден факт употребления психостимуляторов, за 10 месяцев 2013 г. выявлено потребителей писхостимуляторов – 461.



Выявленные потребители опиатов, каннабиноидов, психостимуляторов в химико-токсикологической лаборатории за 2011 г. – 10 месяцев 2013 г., %

Анализируя диаграмму, можно сказать, что наиболее часто выявляются потребители опиатов и каннабиноидов. В 2012-2013 гг. отмечается снижение выявленных потребителей опиатов, но при этом увеличивается доля выявленных потребителей психостимуляторов до 19% от общего количества выявленных лиц, употребляющих наркотики.

На черном рынке реализуется наркотическое средство под общим названием «скорость», в состав которого могут входить амфетамин, метамфетамин, структурные аналоги пировалерона (метилендиокси-пиравалерон, пирролидиновалерофенон), метилендиоксиамфетамин, метилендиоксиметамфетамин. Относится к психостимуляторам синтетического происхождения. «Скорость» может содержать эти компоненты как по отдельности, так и в комбинации. Кроме психостимуляторов в составе встречаются добавки: кофеин, лидокаин, эфедрин и др. Употребляют «скорость» внутривенно, интроназально, перорально, путем курения. При внутривенном введении эффект наступает мгновенно, при пероральном употреблении эффект наступает постепенно, но действие продолжается дольше. Продолжительность действия – от 20 мин. до 14 ч.

Амфетамин – психостимулятор, вызывающий ощущение притока энергии, проявляется сверхактивностью, длительным бодрствованием, отсутствием аппетита, гиперсексуальностью. В нелегальной продаже предлагается в основном в виде таблеток.

Метамфетамин употребляется перорально, путем курения, внутривенного, внутримышечного введения, вдыханием паров, после смешивания с марихуаной, табаком. При внутривенном введении оказывает мощный эйфорический эффект. Наиболее опасной формой является «лед» – кристаллическая форма метамфетамина гидрохлорида, при курении действие на мозг, как «удар», наступает гораздо быстрее, чем при вдыхании, и дает более долгий психостимулирующий эффект, длящийся до 14 ч. Часто используется в смесях с кокаином, героином или другими наркотиками. В нелегальной продаже – в основном в виде порошка.

Синтетические фенилалкиламины: метилендиоксиметамфетамин (экстази), метилендиоксиамфетамин. Метилендиоксиметамфетамин (МДМА, экстази) – психостимулятор и галлюциноген, потребители описывают его действие как «отделение души от тела», часто называют «наркотиком объятий», из-за более сильных тактильных ощущений он вызывает высокую психическую зависимость. Метилендиоксиамфетамин (МДА) – широкое распространение в незаконном обороте наркотиков получил в Америке и был известен как Mellow Drug (таблетки Меллоу) или Love Drug (таблетки любви). Вызывает более сильное чувство эйфории, расслабленности, прояснения сознания, улучшения настроения, уменьшает чувство страха и беспокойства. Практически все препараты, в состав которых входит МДА и МДМА, встречаются в виде таблеток и употребляются перорально. Средняя продолжительность действия перечисленных психостимуляторов – 4-6 ч.

Метилендиоксипировалерон обладает эффектом непродолжительной эйфории и выраженным «чистым» стимулирующим действием. Эйфория – от 20 до 30 мин. Большие дозы могут вызвать панические атаки, бессонницу и психоз, стойкое помутнение рассудка, обычно возникает желание «догнаться». После

окончания действия возникает депрессия, головная боль и тревога. В нелегальной продаже – в основном в виде порошка.

Последствия употребления «скорости» неблагоприятные. При употреблении «скорости» развивается выраженная психическая зависимость. Наркотик в первую очередь расстраивает мышление, глубоко нарушает интеллект, вызывает общую растерянность, невозможность сосредоточиться. Основными и тяжелейшими последствиями приема являются: развитие параноидальных психозов, увеличение вероятности инсульта, гипертонии, аритмии.

Около 70% дозы выводится из организма в неизмененном виде с мочой в течение 24 ч, а полностью экскретируется за 2-3 дня. Обнаружение иммунохроматографическими методами затруднено, так как в состав могут входить структурные аналоги, отличающиеся по химическому строению. Также можно отметить, что тест-полоски на опиаты иногда дают ложно положительный результат, около 13% от общего количества лиц, у которых подтвержден факт употребления психостимуляторов. Чтобы установить факт употребления «скорости», необходимо провести специальную пробоподготовку (изолирование наркотического вещества из биологического объекта) и исследовать методами высокоэффективной жидкостной хроматографией (ВЭЖХ) и газовой хроматографией с масс-спектрометрией (ГХ-МС).

В целях модернизации наркологической службы были приобретены: высокоэффективный жидкостный хроматограф «Альфахром» и анализатор двухпланшетный иммуноферментный «Gemini». В 2012 г. химико-токсикологической лабораторией КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» освоена и внедрена методика иммуноферментного анализа определения антител к наркотическим веществам.

Метод раннего выявления потребления наркотических веществ «Дианарк» для предупреждения наркомании. Благодаря новой внедренной методике, можно обнаружить антитела в сыворотке крови у потребителей класса амфетаминов, методом иммуноферментного анализа. Антитела образуются в организме при систематическом употреблении наркотика и сохраняются в организме до 5 месяцев после последнего употребления. Этот метод позволяет выявлять ранние стадии наркозависимости или скрытые формы наркомании, проконтролировать процесс лечения, оценить стойкость ремиссии.

За счет средств краевой целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками их незаконному обороту в Алтайском крае 2009-2013 гг.» и дополнительного финансирования из бюджета края в 2013 г. приобретен хроматограф с масс-селективным детектором МАЭСТРО (база данных 500 тыс. веществ), способный определять весь спектр психоактивных веществ.

Новый прибор позволит: выявлять скрытую наркотизацию у больных, проходящих лечение и реабилитацию в амбулаторных и стационарных условиях; подтверждать ремиссию или отказ от употребления наркотических веществ; определять вид наркотического вещества с целью оказания специализированной медицинской помощи; осуществлять мониторинг видов наркотиков, употребляемых населением с целью принятия управленческих решений.

Проведение определения наркотических веществ в биологических объектах предусмотрено «Стандартами специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ», утвержденными приказами Минздрава России от 04.09.2012 г. № 124-135 (Зарегистрировано в Минюсте России 14.12.2012 г. № 26135, 17.12.2012 г. № 26147) и носит обязательный характер выполнения.

Таким образом, поставка современного оборудования в рамках модернизации наркологической службы Алтайского края позволила внедрить методики иммуноферментного анализа, высокоэффективной жидкостной хроматографии, газовой хроматографии с масс-селективным детектированием, что позволяет выявлять ранние стадии наркозависимости или скрытые формы наркомании, контролировать процесс лечения, оценивать стойкость ремиссии.

Эволюция профессиональных факторов: от симптома до выгорания

Шереметьева И.И., Бабушкин И.Е.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана», г. Барнаул
ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Барнаул

Успешная подготовка будущих специалистов к профессиональной деятельности предъявляет повышенные требования к их психо-физиологическим возможностям и личностным качествам. Обучение в медицинском вузе сопровождается высоким уровнем эмоциональных и физических нагрузок, мощным потоком информации, большим количеством новых сложных предметов. И далеко не всегда эти нагрузки соответствуют уровню психоэмоциональной готовности студентов, учитывают их уровень здоровья и функциональные резервы.

Цель исследования – выявление подверженности обучающихся в медицинском университете тревожным и депрессивным расстройствам. Материалом исследования послужили анкеты-опросники (бланковые формы тестов), составленные на основе специализированных шкал для оценки тревоги и депрессии, заполненные студентами всех курсов университета. При интерпретации результатов тестирования учитывалось превышение порогового (критического) значения методик. Всего обследовано 439 студентов (345 девушек и 94 юноши) и 48 обучающихся на постдипломном этапе (интерны и клинические ординаторы различных медицинских специальностей).

Результаты. Среди всего контингента обследованных – у 34% студентов отмечались тревожные расстройства различной степени выраженности, причем наиболее высокий уровень их проявлений отмечался у студентов 4-го курса (более чем у 70% от числа испытуемых по курсу). Менее выраженные и близкие по значению показатели тревожности отмечались у студентов 1-го, 3-го и 6-го курсов (более чем у 50% от числа испытуемых по курсам). Данные курсы традиционно считаются «рубежными» в медицинском образовании. Исследование де-

прессивных тенденций, проводимое параллельно, также выявило проявления депрессии у 20% всех обследованных лиц, причем высокий уровень данных расстройств отмечался преимущественно у студентов 1-го и 6-го курсов (более чем у 30% испытуемых от общего числа испытуемых по курсам).

Начало учебы для многих студентов 1-го курса сопровождается переездом из района в город, отрывом от семьи, нарушением привычного микросоциального окружения, необходимостью самостоятельного принятия ответственных решений при организации рабочего дня, а также планирования финансового обеспечения. Период напряженности выпускных экзаменов за среднюю школу, вступительные экзамены в вуз, смена привычного образа жизни отрицательно отражаются на состоянии их психического здоровья и качестве жизни. Это обусловило у первокурсников формирование показателей, отражающих неудовлетворенность качеством жизни, снижение физических резервов и жизненной активности, появление симптоматики «эмоционального стресса».

Переход с 3-го на 4-й курс, от монотонных «знаниевых» дисциплин к клиническим, смена образовательной парадигмы в сторону практической подготовки и освоению профессиональных навыков, участие в лечебно-диагностическом процессе совместно с преподавателем-врачом, общение с пациентами также влияет на эмоциональную сферу студента, изменяет систему требований к нему, повышает ответственность.

Среди наиболее частых проблем студентов 6-го курса – выпускников вуза – ожидание новой смены социального статуса, сомнения и сложность при выборе будущей специализации, подготовка к государственной итоговой аттестации и переходу к последипломному этапу образования. Перечисленные факторы у ряда студентов вызывают внутреннюю напряженность, приводят к социально-психологической дезадаптации, что в свою очередь сопровождается тревожно-депрессивными расстройствами, влияющими как на все сферы их личной жизни, так на учебную и общественную жизнь.

Ухудшение состояния психического здоровья отмечается и при переходе на этап последипломной подготовки (более чем у 70% от числа анкетированных интернов и ординаторов). Для этого этапа обучения, проходящего на клинических базах ЛПУ, характерны более высокий и сложный уровень межличностных взаимодействий (контакт с практикующими врачами, медсестрами), необходимость выработки определенного стереотипа профессионального и эмоционального поведения, связанного с выбранной специальностью, расстройства адаптации, обусловленные частыми стрессовыми ситуациями. У всех испытуемых на данном этапе обучения отмечались различные проявления личностной и ситуативной тревоги, плохо организованная активность, низкая способность справиться с жизненными проблемами, подавленность, трудность принятия решений.

Заключение. Высокий уровень тревоги и депрессивные тенденции на всех этапах вузовской подготовки являются факторами, провоцирующими развитие синдрома «эмоционального выгорания». Самостоятельно, к сожалению, все категории обучающихся редко обращаются за помощью специалистов: врачей-психотерапевтов, психиатров, клинических психологов. Поэтому здесь очень важно отметить роль кураторов студенческих групп, деканов факультетов и руководителей подготовки на последипломном этапе, которые должны своевре-

менно направлять к психотерапевту обучающихся, проявляющих слабую мотивированность на учебу или снизивших свою успеваемость и посещаемость.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости раннего выявления тревожно-депрессивных расстройств, своевременного оказания специализированной помощи обучающимся, обязательного психолого-психотерапевтического сопровождения учебного процесса для улучшения социально-психологической адаптации, особенно студентам 1-го курса.

О медико-психологической коррекции психического развития детей в условиях МЦПД

Шивирев Н.А., Сединина Н.С., Кислицина О.Н.
ГБОУ ВПО «Пермская государственнаям медицинская акдемия им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава РФ»,
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Межобластной Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей, г. Пермь

В разные периоды социальных и политических преобразований в обществе вопросы экономики всегда оказывались в объективе пристального внимания. При этом отдельные специалисты высказывались о нестабильности производственного процесса, о частых увольнениях рабочих, о трудностях в удовлетворении их жизненных потребностей, другие указывали на сложности в организации воспитания подрастающего поколения, увеличение количества безнадзорных детей, правонарушений с участием детей и подростков. Страдают и взрослые – увеличивается количество разводов, растет алкоголизм, жестокость в вопросах воспитания детей, в отдельных случаях родители лишаются прав воспитания детей.

Усилия государства по выходу из создавшейся ситуации – организация приютов для бездомных детей, социально-реабилитационных центров для тех, кто остался без попечения родителей, кто испытывал проявления жестокости, насилия, семейные детские дома.

Нами прослежены в динамике от полугода до пяти лет 156 детей в возрасте от 2 до 7 лет, находящихся в Межведомственном Центре помощи детям, оставшимся без попечения родителей.

Большинство детей (70%) были из асоциальных семей (алкоголизм, наркомания, жестокость в обращении, лишение родительских прав на воспитание), 17 детей (10,9%) оставлены в родильных домах (матери отказались от своих детей) и переведены в Центр помощи после пребывания их в Домах ребенка, у 62 детей (39,7%) не было сведений о родителях, в 12 случаях – один из родителей находился в местах лишения свободы, 20 детей – из многодетных семей.

В условиях Центра все дети подвергались всестороннему обследованию с участием педиатра и других специалистов, включая и детских психиатров, неврологов. При психоневрологическом исследовании обращалось внимание на уровень развития и совершенства двигательных реакций, отдельных психических

процессов, развития речи, интеллектуальной деятельности, характер поведенческих реакций, игровой деятельности, конструктивные способности, коммуникативность и др. С участием воспитателей дополнительно выявлялись отдельные проявления психических расстройств – энурез, нарушения сна, поведенческие нарушения (грубость, агрессивность, дистимические и аутистические реакции). Все выявленные нарушения анализировались с учетом возрастных особенностей развития, соответствия их к норме или патологии, они легли в основу комплексного проведения лечебных, абилитационных мероприятий – с привлечением воспитателей, логопедов, педагогов, психологов. Подобный подход помогает детям лучше, быстрее приспособиться к сложившейся ситуации, устранить имеющиеся нарушения, подготовить к обучению в школе или пребыванию в более старшей группе. В процессе лечения с учетом возраста детям назначались «мягкие» седативные препараты (настои трав, таблетки валерианы), глицин, пирацетам, редко – церебролизин в инъекциях и др. Особое внимание уделялось игровой деятельности, музыкальным занятиям, ритмике, физическим упражнениям. В более выраженных случаях нарушения психической деятельности (недоразвитие интеллекта, аффективно-агрессивное поведение) – указанную помощь дети получали в условиях детского психоневрологического отделения соматической больницы. В рамках динамического наблюдения за состоянием детей обследования проводились каждые две недели-месяц с целью коррекции характера проводимых занятий или лечения. В ситуациях, когда ребенок «планировался» на усыновление, а у него ранее были выявлены отдельные нарушения в виде неврозоподобных проявлений или задержки в психоречевом развитии, использовалась практика совместного, с потенциальными усыновителями, консультирования с анализом ситуации и решением намеченного мероприятия после курса комплексного лечения. Данный подход чаще заканчивался положительным решением вопроса – в случаях незначительных отклонений в нервно-психическом состоянии и устранения имеющихся нарушений. В ситуациях же, когда у ребенка выявляются значительные отклонения в поведенческих реакциях, отставание или выраженные задержки психического развития, решения вопроса «усыновления» или перевод в «семейную группу» может быть задержано на определенное время или высказано суждение о «нежелательности» в настоящее время с тем, чтобы вернуться к ней после проведения курса комплексных коррекционных медико-психологических мероприятий как в условиях Центра, так и детского психоневрологического отделения.

В процессе наблюдения за детьми, проведения комплексных лечебных абилитационных мероприятий нами выявлены три этапа пребывания детей в условиях Центра. На первом этапе – период адаптации – дети приспосабливались к новым условиям жизни. На протяжении 2-4 недель, иногда дольше они присматривались к другим детям, старшим «тетям» (иногда «мамам»), входили в русло игровой деятельности, совместных занятий, прислушивались к замечаниям. В младшей возрастной группе им прививались навыки опрятности, правила поведения за столом, а в старшей группе с первых же дней вводили в курс сюжетно-ролевых игр, учили самостоятельности. На втором этапе – периоде стабилизации поведенческих реакций, с протяженностью до года и более, дети самостоятельно или с помощью воспитателей познавали окружающий мир, в рамках имеющихся

программ по обучению и воспитанию занимались игровой, конструктивной деятельностью, им прививали навыки опрятности, правила поведения. Третий этап пребывания в Центре мы охарактеризовали как «этап подготовки к новым условиям». Этот этап может длится от нескольких дней до месяца и более (в зависимости от того, куда могут быть переведены дети для последующей жизни – возврат в свою семью, перевод в детский дом, семейную группу или в приемную семью посредством «усыновления» и т.д.). И на этом этапе, как и на предыдущих, с детьми социальными педагогами, психологами проводится большая работа, в том числе психотерапевтическая, с тем чтобы подготовить детей к будущей оптимально положительной перемене в их жизни.

Влияние ноотропной терапии на подкорковый синдром при назначении больших доз нейролептиков у больных шизофренией

Школяр А.С.
ГКУЗ «Первая Республиканская психоневрологическая больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, г. Ижевск

Нейролептики, или антипсихотические препараты, – одна из основных групп современных психотропных средств, оказывающих воздействие на высшие психические функции мозга. К нейролептическим средствам относятся препараты различных химических групп, обладающие рядом общих психофармакологических свойств. Эти свойства были наиболее полно сформулированы J. Delay и P. Deniker (1961):

1) психолептическое действие без снотворного эффекта;

2) купирующее действие в отношении различных видов возбуждения, включая и маниакальное;

3) редуцирующее влияние на некоторые острые, хронические и экспериментальные психозы;

4) способность вызывать характерные неврологические и вегетативные нарушения;

5) преобладающее воздействие на подкорковые структуры ЦНС.

Позднее A. Carlsson и соавт. (1963-1987) показали, что особенности клинического действия нейролептиков обусловлены их общими нейрохимическими свойствами, заключающимися в способности избирательно блокировать дофаминовые $Д_2$-рецепторы различных отделов мозга с подавлением центральной дофаминергической передачи и развивающимся компенсаторно увеличением скорости биосинтеза и метаболизма дофамина в соответствующих структурах мозга. В соответствии с американской классификацией DSM-IV все экстрапирамидные двигательные расстройства, связанные с приемом нейролептиков, можно разделить на паркинсонизм, острую дистонию, острую акатизию и поздние дискинезии.

Нейролептический паркинсонизм возникает более чем в 50% случаев при лечении классическими нейролептиками. В течение первых недель с момента

начала нейролептической терапии или повышения дозы ранее принимаемых нейролептиков и характеризуется появлением общей скованности с характерной позой с согнутыми в локтях и приведенными к туловищу руками, тремором конечностей, акатизией и сопровождающими их вегетативными нарушениями.

Острые дистонии (ранние дискинезии) возникают в 25-75% случаев в первые 7-10 дней с момента начала терапии классическими нейролептиками или повышения дозы ранее принимаемых препаратов и характеризуются внезапным появлением двигательных нарушений спастического тетаноформного характера. Моторные нарушения могут быть локальными и возникать в типичных областях, затрагивая изолированную группу мышц, или генерализованными, сопровождающимися общим моторным возбуждением с аффектами страха, тревоги, сужением сознания и вегетативными расстройствами.

Акатизия возникает в течение первых 4 недель с момента начала нейролептической терапии или повышения дозы нейролептиков и характеризуется появлением жалоб на беспокойство, неусидчивость, потребность двигаться, менять положение тела. Больные становятся суетливыми, перетаптываются с ноги на ногу, вынуждены постоянно ходить, для того чтобы облегчить беспокойство, не могут сидеть или стоять на месте в течение нескольких минут. Акатизия может сочетаться с нейролептическим паркинсонизмом.

Поздние дискинезии являются одними из наиболее тяжелых неврологических осложнений нейролептической терапии и развиваются у 20-30% больных, постоянно принимающих классические нейролептики. Частота развития поздних дискинезий у лиц молодого возраста составляет 5%, у пожилых – 25-30%. Клиническая картина этого осложнения характеризуется постепенным развитием разнообразных гиперкинезов с тенденцией к их генерализации. В последнее время было установлено, что аутоиммунный процесс может затрагивать непосредственно структуры дофаминовой системы на уровне дофаминовых рецепторов с образованием антирецепторных антител со стимулирующим и блокирующим действием (Коляскина Г.И., Секирина Т.П., 1990).

На базе ГКУЗ «Первая республиканская психоневрологическая больница» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики было проведено двойное слепое плацебо – контролируемое рандоменизированное изучение эффективности и безопасности применения препарата фенотропил в дозе 100 мг в сутки при лечении апатоабулического, астенического и адинамического синдромов у больных шизофренией параноидного типа, получающих стабильную дозу антипсихотических препратов. Было обследовано 48 пациентов с диагнозом «Параноидная шизофрения», половина больных наряду со стабильной антипсихотической терапией получали препарат фенотропил, другая половина – плацебо. Все пациенты наблюдаются психиатрами от 5 до 23 лет, являются инвалидами первой, второй и третьей группы, а также длительно принимали нейролептические лекарственные препараты.

Для оценки психопатологических симптомов шизофрении проведено тестирование в первый день получения препарата фенотропил, а также на 30-й и 60-й дни. Для оптимизации проведения исследований использовались бланковые варианты методик с последующей обработкой результатов при помощи компьютерных версий данных опросников. Основу стимульного материала составили

методики, разработанные и апробированные в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

Наряду с другими методиками была проведена оценка экстрапирамидных расстройств по шкале Симпсона-Ангуса (SAS) и акатизии по шкале Барнса (BARS).

Определенные различия были выявлены при клиническом изучении особенностей побочных экстрапирамидных расстройств по шкале SAS при приеме стандартной нейролептической терапии у больных исследуемых групп. Снижение среднего балла по шкале SAS у больных, принимавших фенотропил, за 60 дней составило 2,24 балла (29,55% от исходного уровня), у больных контрольной группы – 1,15 балла (12,62% от исходного уровня). Достоверность различий между исследуемыми когортами больных близка к зоне значимости, но находится в зоне неопределенности ($t = 1,34$, $p = 0,05$).

Отсутствие достоверных статистических различий фиксировалось при клиническом изучении особенностей побочных экстрапирамидных расстройств по шкале BARS у больных исследуемых групп. Снижение среднего балла по шкале BARS у больных, принимавших фенотропил, за 30 дней составило 0,49 балла (17,56% от исходного уровня), однако на 60-й день терапии зарегистрировано повышение среднего балла на 1,68 балла (60,22% от исходного уровня), у больных контрольной группы на 30-й день терапии отмечается снижение среднего балла на 0,34 балла (11,97% от исходного уровня) без дальнейшей динамики показателей. Достоверных различий между исследуемыми когортами больных не выявлено ($t = 0,26$, $p = 0,05$).

Выводы. По шкале Симпсона-Ангуса (SAS) видна быстрая редукция анализируемых побочных действий нейролептических препаратов при приеме фенотропила в первые 30 дней терапии, с дальнейшим снижением, но сохраняющимся клиническим эффектом, в отличие от стационарного состояния больных, принимавших традиционную антипсихотическую терапию. Полученные результаты оценки динамики баллов акатазии по шкале BARS на 60-й день терапии в группе, получавшей фенотропил, несколько неожиданные и не согласуются с динамикой состояния больных по шкале Симпсона-Ангуса. Данное положение возможно:

а) неизученностью нейродинамического статуса больных с апато-абулическими, астеническими и адинамическими состояниями при параноидной шизофрении;

б) наличием артефакта в исследовании;

в) влиянием субъективного состояния исследователя на момент оценки. Необходимо более широко использовать в лечении шизофрении нейролептики нового поколения, так как при их применении уменьшается выраженность экстрапирамидных побочных эффектов.

Психопатологические и социально-психологические мотивы добровольной госпитализации больных параноидной шизофренией

Шмилович А.А., Гончаренко С.Н.
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва

На сегодняшний момент многие исследования отечественной психиатрии направлены на изучение явлений госпитализма при стационировании психически больных. На фоне имеющегося дефицита врачей-психиатров и стойкой ежегодной тенденции снижения числа психиатрических коек (≅ 2,6 тыс. шт.) (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В., 2013) возникает актуальная потребность в выделении из числа потенциальных пациентов психиатрического стационара когорты больных, для которых возможно клинически обоснованное, социально приемлемое и экономически эффективное применение современных подходов внебольничной психиатрии. Зачастую диссоциативный характер фабулы бредовых переживаний и причин обращения за медицинской помощью не позволяет однозначно трактовать мотивацию к госпитализации больного и определить индивидуальную программу психиатрической помощи на уровне превентивных мер, стационарного и/или амбулаторного лечения, диспансерного наблюдения, а также медико-социальной реабилитации. В этой связи возникает объективная необходимость анализа психопатологических и микросоциальных коррелят добровольной госпитализации больных с бредовыми психозами.

Основная цель исследования заключалась в определении гендерных, психопатологических и микросоциальных (средовых) коррелят добровольной госпитализации больных с параноидной шизофренией.

В ходе исследования собственно-случайным выборочным методом из 3700 больных стационированных в 2013 г. в Московскую городскую клиническую психиатрическую больницу № 1 им. Н.А. Алексеева с диагнозом по МКБ-10 (F20.0 – Параноидная шизофрения) были выбраны и проанализированы 243 истории болезни. При этом 140 историй болезни (57,6%) составили группу больных с недобровольной госпитализацией и были исключены из дальнейшего исследования. Группа больных с добровольной госпитализацией составила 103 чел. (42,4%). Основным критерием включения в данную группу больных был установленный диагноз и соответствие клинических проявлений параноидной шизофрении критериям рубрики F20.0 (МКБ-10). Критерии исключения из исследования: хронический алкоголизм и болезни зависимости; тяжелые сопутствующие соматические заболевания; органическое поражение ЦНС, осложняющее течение шизофрении и приводящее к социальной дисфункции. Среди исследованных историй болезни было 45 (44%) мужчин в возрасте от 22 до 65 лет (средний – 43 ± 12) и 58 (56%) женщин в возрасте от 20 до 75 лет (средний – 48 ± 13). Большая часть больных 82 (80%) были инвалидами в связи с психическими расстройствами, из них – 35 мужчин и 47 женщин. На основе анализа клинических историй болезни условно было выделено 3 группы больных в зависимости от мотива добровольной госпитализации (Васильева Е.А., 2006; Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б.,

2013). В каждой группе была предпринята попытка анализа клинико-социальных и психопатологических особенностей пациентов. Группа I. Мотивы, ассоциированные с бредовым поведением (65 чел., 63%); группа II. Мотивы, ассоциированные с лечением других психических расстройств, не связанных с бредовой фабулой (23 чел., 22%); Группа III. Мотивы, не ассоциированные с психопатологической симптоматикой (15 чел., 15%).

Наиболее распространенным мотивом добровольной госпитализации среди 18 больных I группы была защита от воздействия, при этом ведущее место в клинической картине заболевания занимают явления галлюциноза. На фоне расстройств неврозоподобного и психопатоподобного круга, несистематизированных идей отношения и инсценировки наблюдались вербальные галлюцинации. Содержание «голосов» в большинстве случаев императивное, враждебное, неприятное, мучительное. Фабула бредовых переживаний была связана с содержанием «голосов» и представляла собой вариант галлюцинаторного бреда чаще всего преследования или воздействия. Мотив госпитализации в виде защиты от преследования сопряжен с одноименными бредовыми идеями, когда на фоне выраженных изменений личности и нарушений мышления возникали бредовые расстройства с ярко выраженным персекуторным характером (преследования, отравления) (27 пациентов). У 15 больных психоз протекал с синдромом Кандинского-Клерамбо, в структуре которого у 6 больных сенестопатические автоматизмы достигали значительной степени выраженности и являлись одним из доминирующих факторов (помимо идей преследования и воздействия), обуславливающих обращение за медицинской помощью. У 5 больных данной группы наблюдалось присоединение сенесто-ипохондрической симптоматики. Выраженность телесных сенсаций привела к гиперболизации соматических ощущений и формированию ипохондрического бреда. Больные были уверены в наличии соматической патологии, требовали надлежащих обследований и выписки соматических препаратов. В этой связи ипохондрические идеи явились одним из основных мотивов обращения за медицинской помощью для лечения мнимых соматических заболеваний.

Мотивы добровольной госпитализации больных 2-й группы определялись сочетанием аффективно-бредовых и ипохондрических расстройств. Наиболее тяжелым вариантом в данной группе больных (12 чел.) явилась субъективная оценка тяжести внутренней картины заболевания, обусловленная присоединением депрессивного бреда (ипохондрический, нигилистический, отравления, греховности). Трое пациентов выражали безразличие и гнетущую безысходность в отношении госпитализации и предстоящего лечения, проявлялась слезливость или даже некоторая депримированность, больные были некомплаентны, заторможены, индифферентны «лечите, если хотите». Таким образом, основной мотив обращения за помощью у данной группы больных заключается в желании избавиться от неприятного, тягостного, мучительного психического состояния, душевных страданий и страхов близкой смерти. В более легком варианте у 11 больных данной группы мотивы госпитализации были обусловлены тем, что события повседневной жизни претерпевали значительные изменения в призме болезненных переживаний. Наблюдалась фиксация на изменении психического, соматического и социального статуса, раздражительность, мрачность, озлобленность, ворчливость.

Особенностью больных 3-й группы являлось наличие защитного бредового поведения и сформированной стойкой системы ритуалов в отношении предстоящей госпитализации, своего состояния и состояния близких родственников, которое может ухудшиться в случае отказа от лечения и невыполнении назначений врача (10 больных). В этой связи основным мотивом госпитализации были идеи «самопожертвования» ради собственного спасения и/или спокойствия близких родственников, а также стремление оградить себя и окружающих от возможных проблем.

Таким образом, проведенные исследования психопатологических и микросоциальных коррелят добровольной госпитализации больных с параноидной шизофренией являются одной из основных предпосылок для выбора из общей совокупности добровольно стационированных больных случаев госпитализации, не обусловленных клиническими показаниями.

Кроссполовая акцентуация гендерно-ролевого поведения, ее роль в формировании структуры шизоформных симптомокомплексов

Шумакова Е.А., Ким А.С.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан, г. Бишкек

Многочисленные исследования гендерного аспекта шизофрении сводятся к выявлению особенностей манифестации, преобладающей психопатологической симптоматики, течения и степени ремиссии у мужчин и женщин. К примеру, ряд авторов сходятся во мнении, что мужчины, в отличие от женщин, заболевают раньше, имеют более низкий уровень преморбидного функционирования, худшие когнитивные показатели, сравнительно низкое влияние наследственной отягощенности, в психопатологической картине у них преобладают негативные симптомы, а в содержании бреда доминируют идеи величия и отношения. У женщин, по мнению J. Goldstein, чаще наблюдаются аффективные расстройства, J. Ragland и соавторы обнаружили более высокую представленность позитивных шизофренических симптомов, у них чаще возникали вербальные галлюцинации, развивались паранойя и бред преследования. Р.Е. Соколовым были описаны особенности психопатологии у юношей и девушек при манифестации психотических расстройств, которые совпали с наблюдениями J. Goldstein, M. Angermeyer, T. Larsen, J. Read.

Исследования данного аспекта психотических расстройств с учетом вопроса гендерно-ролевой идентификации, которая может быть как конгруэнтна биологическому полу, так и инконгруэнтна, немногочисленны, в связи с чем изучение гендерно-ролевой асимметрии (или кроссполовой акцентуации полоролевого поведения) и ее роли в структуре формирования шизоформных симптомокомплексов, а также идентификации клинико-психологических механизмов, работающих в контексте исследуемых структур, представляет научно-практическую значимость. Практическая значимость заключается в оптимизации диагностического и терапевтического подходов к пациентам, имеющим различные типы гендерной идентичности и связанный с ними специфический набор симптомокомплексов при параноидной шизофрении.

Цель – исследовать структуру формирования шизоформных симптомокомплексов в зависимости от гендерно-ролевой идентификации при параноидной шизофрении.

Задачи:

1. Идентифицировать степень гендерно-ролевой асимметрии у пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения».

2. Выделить особенности формирования структур шизоформных симптомокомплексов, сопряженных с доминирующей гендерно-ролевой идентификацией.

3. Определить специфичность аффективных сдвигов при формировании определенного шизоформного симптомокомплекса с учетом феномена гендерно-ролевой асимметрии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач было исследовано 74 пациента с диагнозом: параноидная шизофрения на базе РЦПЗ г. Бишкека. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Критерии включения: верифицированный диагноз – «параноидная шизофрения», в соответствии с критериями МКБ-10, возраст респондентов – от 19 до 50 лет, длительность заболевания – от 2 до 25 лет, отсутствие синдрома «отвергания пола» или синдрома половой дисфории. Критерии исключения: несоответствие критериям включения.

Методами исследования являлись клинико-психопатологический, психометрический и статистический: ретроспективный анализ историй болезни, полуформализованное интервью, шкала оценки негативных и позитивных симптомов PANSS, опросник «Маскулинность-фемининность» С. Бем, стандартизованные шкалы по оценке тревоги Спилбергера-Ханина и депрессии Цунга, опросник «Ауто- и гетероагрессия» Е.П. Ильина (целесообразность выбора опросника Е.П. Ильина обусловлена тем, что другие шкалы, изучающие уровень агрессии, многомерны в оценке данного аффекта, что противоречит цели исследования. Комплексность оценки тяжести агрессивного аффекта существующих опросников имеет противоречивый интрапсихический личностный и социальный контекст аффектов ауто- и гетероагрессии), корреляционный и факторный анализ на базе SPSS16.

В ходе исследования было идентифицировано наличие гендерно-ролевой асиммметрии или кроссполовой акцентуации полоролевого поведения у пациентов с параноидной шизофренией. У 44% мужчин доминировала фемининность и у 31% женщин – маскулинность. Также было доказано, что определенный тип акцентуации полоролевого поведения оказывает влияние на формирование структуры шизоформных симптомокомплексов и содержит аффективный компонент, который служит клинико-психологическим механизмом в выделенной структуре.

Мужчины с доминирующей маскулинностью чаще проявляли негативную психопатологическую симптоматику, которая была связана с высоким уровнем аутоагрессии ($r = 0{,}780$; $p \leq 0{,}05$) и депрессии ($r = 0{,}763$; $p \leq 0{,}05$) и возрастала с ослаблением их маскулинного компонента ($r = -0{,}827$; $p \leq 0{,}001$). Связей между аффективным и гендерно-ролевым компонентом выявлено не было, что, возможно, говорит о несформированности эго-структур и эго-защитных механизмов у респондентов данной группы.

Мужчины с фемининной акцентуацией полоролевой идентификации имели выраженную позитивную симптоматику, которая включала расстройства мыш-

ления, бред, галлюцинации, психические автоматизмы, снижение критичности к состоянию, контактность, связанные с их фемининным компонентом ($r = 0,873$; $p \leq 0,05$) и сопровождаемые снижением гетероагрессии ($r = –0,885$; $p \leq 0,001$). Обратные корреляционные связи между сравнительно высоким средним уровнем депрессии ($53 \pm 2,7$) и ауто-и гетероагрессией ($r = –0,969$; $p \leq 0,001$), ($r = –0,955$; $p \leq 0,001$) соответственно свидетельствуют о возможной трансформации агрессии, подавляемой фемининным компонентом, в депрессивный аффект, более приемлемый при доминирующей фемининности.

Фемининные женщины проявляли либо доминирующие идеи преследования, тревогу, социальную отстраненность, соматическую озабоченность, что сопровождалось снижением аутоагрессии ($r = –0,870$; $p \leq 0,001$), либо манерность, дезориентированность, соматическую озабоченность, отсутствие чувства вины, связанные с тревогой ($r = 0,894$; $p \leq 0,05$), которая была довольно высока (52 ± 6) $p \leq 0,05$, и возрастающие со снижением маскулинности ($r = –0,776$; $p \leq 0,001$). Между тем, маскулинность обуславливала рост гетероагрессии ($r = 0,895$; $p \leq 0,001$) и депрессии ($r = 0,803$; $p \leq 0,001$) у данных пациенток. Следовательно, возрастание уровня маскулинности и гетероагрессии, возможно, служат клинико-психологическим механизмом в трансформации «преследуемого» в «преследователя» при функционировании данных симптомокомплексов.

Пациентки с кроссполовой акцентуацией проявляли достаточно устойчивый паттерн психопатологического поведения, они были малоконтактны, импульсивны, эмоционально отгорожены, с нарушением внимания. Позитивной психопатологической симптоматики у них практически не наблюдалось. Данный симптомокомплекс коррелировал с фемининностью ($r = 0,994$; $p \leq 0,001$)., что свидетельствует о запуске процесса интрапсихической адаптации к болезни.

Реабилитация больных наркоманий в государственных и негосударственных реабилитационных центрах

Юлдашев В.Л., Калимуллина Д.Х., Масагутов Р.М., Урицкий Б.Л.
Башкирский государственный медицинский университет,
Кафедра психиатрии и наркологии, г. Уфа

В докладе ООН о наркотиках (2012) указывается, что 5% населения Земли хотя бы раз пробовали или употребляют запрещенные наркотики, а к категории проблемного потребления относится 0,6% населения планеты (Всемирный доклад о наркотиках, 2012 г. Организация Объединенных наций, Нью-Йорк, 2012 г.). Проблема достаточно актуальна и для России: на долю нашей страны приходится потребление 21% производимых наркотиков в мире. В Стратегии развития медицинской науки Российской Федерации на период до 2025 г. указывается, что сверхвысокое потребление алкоголя в Российской Федерации приводит к преждевременной смерти 550 тыс. чел. ежегодно. На сегодня в России более 3 млн наркологических больных, 82,2% зарегистрированных – это больные алкоголизмом, 16,6% – больные наркоманией, среди которых лица с опиоидной зависимостью составляют 87,5%. По данным директора Федеральной службы по наркоконтролю (ФСКН) Виктора Иванова, в России из 8,5 млн российских наркоманов 800 тыс. употребляют наркотики опиатной группы (героин и пр.). Еще 1,5 млн –

синтетические наркотики. Остальные наркоманы предпочитают в основном марихуану. В соответствии со Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г. под реабилитацией больных наркоманией следует понимать совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе без употребления наркотиков. 20 ноября 2013 г. Президент Российской Федерации В.В. Путин утвердил Концепцию общественной безопасности Российской Федерации (http://fskn.gov.ru/includes/periodics/events_right/2013/1120/195827431/detail.shtml).

Наряду с этим одними из задач обеспечения общественной безопасности определены профилактика немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, лечение и реабилитация наркозависимых граждан. Исходя из этого следует, что совершенствование законодательства Российской Федерации в части, касающейся создания системы комплексной реабилитации и ресоциализации потребителей наркотических средств и психотропных веществ, один из механизмов реализации Концепции.

Ученые из Национального центра наркологии МЗ РФ приводят данные, что проведение врачами психиатрами-наркологами детоксикации дает лишь 1-5% годовых ремиссий, детоксикация и лечение психопатологических расстройств – 15-20%, присоединение психотерапии обеспечивает 25-30%, а программа медико-социальной реабилитации позволяет поднять цифры годовых ремиссий до 30-40% (Брюн Е.А., Кошкина Е.А. и др., 2013). Известно, что 2% наркозависимых снимаются с наркологического учета в связи с выздоровлением (стойкой длительной ремиссией), большинство больных наркоманией возвращаются к наркопотреблению, вновь становятся участниками незаконного оборота наркотических средств. В то же время мы встречаемся с рядом проблем, которые необходимо решить в ближайшее время: это ничтожно малое количество сертифицированных негосударственных реабилитационных центров, практически отсутствие специалистов в области реабилитации и ресоциализации зависимых больных, возможность попадания больных в руки сектантов или нетрадиционных религиозных групп. В этом направлении у нас есть возможность вести подготовку этих специалистов в медицинских, педагогических вузах, обучение врачей обшей практики, педиатров и других специалистов. Так, в Башкирском государственном педагогическом университете им М. Акмуллы ведется подготовка превентологов по программе магистров «Профилактика социальных отклонений (превентология)». Считаем необходимым привлекать к этой работе и волонтеров. На базе Башкирского государственного медицинского университета организован республиканский методический центр по подготовке волонтеров для работы с молодыми людьми из групп социального риска по принципу «равный – равному». Решается вопрос о возможности прохождения медицинской и педагогической практики студентов в реабилитационных центрах, где они приобрели бы опыт работы с зависимыми людьми. В методических рекомендациях профессора А.Л. Игонина с соавторами (2013) из ФГБУ «ГНЦССП им. В.А. Сербского (Игонин А.Л. Кекелидзе З.И., Коименко Т.В. и др., 2013) поднимается вопрос отсутствии судебных экспертов психиатров-наркологов. Порядок назначения и производства

судебных экспертиз по уголовным делам регламентирован нормами УПК и Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ» от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ. Ряд положений, относящихся к судебным экспертизам медицинского профиля, содержится в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Перечисленные законодательные акты, а также принятые в соответствии с ними подзаконные нормативные документы не предусматривают возможности организации государственной судебно-экспертной деятельности в наркологических учреждениях. Специальность судебного эксперта-нарколога также отсутствует, но остается возможность готовить их через переподготовку психиатров-экспертов.

В соответствии с проектом Государственной межведомственной программы «Комплексная реабилитация и ресоциализация потребителей наркотических средств и психотропных веществ» в 2011 г. в стране действовало только 3 государственных медицинских реабилитационных центра – самостоятельных учреждений, в которых было 190 коек. Кроме того, на базе специализированных учреждений (наркологических и психиатрических) развернуто 9 реабилитационных отделений, имеющих статус реабилитационных центров, и 78 реабилитационных отделений для наркологических больных. Суммарный коечный фонд этих подразделений в 2011 г. составил всего 1730 коек. Если планируется реабилитировать по направлению судов, дополнительно кроме пациентов наркологических диспансеров, может возникнуть проблема нехватки мест и специалистов реабилитологов. Остается не решенным вопрос стигматизации потребителей наркотиков, в частности, при тестировании учащихся, устройстве на работу, в карьерном продвижении. В руководстве по наркополитике (Руководство по наркополитике. Вып. 1. Март 2010 г. Международный концорциум по наркополитике. International Drugpolicy Consortium Publication 2010). Международного концорциума по наркополитике (2010) приводятся данные о том, что «в 2007 г. Австралийский национальный центр образования обучения по проблемам зависимости предпринял комплексное критическое исследование по тестированию в школах. Это исследование, а также ряд других отчетов в основном критикуют такие программы. Удалось выяснить, что программы тестирования неэффективны в профилактике употребления наркотиков среди молодежи (дорого обходятся, препятствуют учебе и организации досуга, нередко дают ложноположительные результаты и т.д.). Заместитель Генерального секретаря ООН – исполнительный директор управления ООН по наркотикам и преступности Антониа Мариа-Коста утверждает, что «люди, употребляющие наркотики, нуждаются в медицинской помощи, а не в уголовном наказании» (Руководство по наркополитике. Вып. 1. Март 2010 г. Международный концорциум по наркополитике. International Drugpolicy Consortium Publication 2010).

Геномная медицина в психиатрии: выявление молекулярных и клеточных механизмов нарушения психики

Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б.
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва
ФГБУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России», г. Москва
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», кафедра медицинской генетики ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Одной из основных технологических основ геномной медицины является полногеномное сканирование, представляющее собой неотъемлемую часть выявления факторов предрасположенности к психическим болезням и индивидуальных особенностей взаимодействия организма пациента с различными лекарственными препаратами[1]. Совокупность постгеномных технологий позволяет выявлять ранее неизвестные молекулярные и клеточные механизмы нарушения психики. Методология геномной (персонифицированной) медицины также дает возможность определения нестабильности генома в клетках головного мозга, которая лежит в основе патогенеза таких заболеваний, как шизофрения, болезнь Альцгеймера и аутизм[2].

В наших лабораториях практика применения полногеномного сканирования в сочетании с оригинальными биоинформатическими методами показала, что эффективность данного подхода к определению патогенетических механизмов заболевания может достигать 90%[3]. Примечательно, что биоинформатические технологии также позволяли охарактеризовать нарушения молекулярных и клеточных процессов, являющихся причиной не только заболевания, но и отдельных симптомов. Несмотря на то, что полногеномное сканирование способствует идентификации патогенетических изменений, этот комплекс технологий не может учитывать вариации генома в индивидуальных клетках при мозаицизме или геномной/хромосомной нестабильности. Для анализа генетической нестабильности в различных областях мозга было предложено сочетание полногеномного сканирования и методов молекулярно-цитогенетического анализа интерфазных клеток. Совместное использование этих комплексов методов позволило персонифицированной психиатрии выйти на более высокий уровень с точки зрения поиска биологических маркеров различных форм нарушения психики.

---

[1] Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Somatic cell genomics of brain disorders: a new opportunity to clarify genetic-environmental interactions // Cytogenetic and Genome Research. 2013. Vol. 139. № 3. P. 181-188.

[2] Тиганов А.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю. Нестабильность генома головного мозга: этиология, патогенез и новые биологические маркеры психических болезней // Вестник РАМН. 2012. № 9. С. 45-53; Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Op. cit.

[3] Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Куринная О.С. и др. Геномные аномалии у детей с умственной отсталостью и аутизмом: использование технологии сравнительной геномной гибридизации на хромосомах *in situ* (HRCGH) и молекулярного кариотипирования на ДНК микроматрицах (array CGH) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. Т. 113. № 8. С. 46-49; Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Трансляционные молекулярно-генетические исследования аутизма // Психиатрия. 2013. 1 (57). С. 51-57.

В результате был предложен алгоритм характеристики не отдельно взятых изменений генома, а последовательной цепочки процессов, приводящих к патологии[4]. Таким образом, инновационные молекулярные и биоинформатические технологии способствовали идентификации патогенетических механизмов психических болезней, открывая новые возможности для научно обоснованного лечения.

Отсутствие постгеномных биоинформатичнсеких технологий при внедрении современных методов геномной (молекулярной) медицины не позволяет разработку «дорожных карт» для увеличения качества (продолжительности) жизни пациента. В данной ситуации оказание высокотехнологичной медицинской помощи будет не способно улучшить состояние пациента. В ряде случаев определенные изменения генома могут быть причиной осложнений заболевания в основном за счет принятия непереносимых организмом лекарственных средств.

Внедрение методов геномной медицины в психиатрию теоретически может быть представлено следующим образом. Возможности современных технологий анализа генома позволяют игнорировать необходимость проведения технической части подобных исследований в полном объеме во всех доступных учреждениях медико-биологического профиля. Единый центр, получив и обработав информацию об индивидуальных вариациях генома, создает «дорожную карту», включающую индивидуальную молекулярную (лекарственную) терапию (или другие формы терапевтического воздействия на организм). Наиболее явной проблемой в использовании такого организационного решения для внедрения полногеномного сканирования в медицинскую практику является неинформированность медицинского персонала различного уровня.

В наших лабораториях использование инновационных молекулярно-цитогенетических (молекулярно-генетических) и биоинформатических методов анализа генома (с учетом соматического мозаицизма) в группе 200 пациентов продемонстрировало, что применяемый подход к решению задач, поставленных в рамках персонифицированной (геномной или трансляционной) психиатрии, содействует унифицированию и внедрению постгеномных технологий в диагностическую практику[5]. По-видимому, дальнейшие достижения в области практической персонифицированой (геномной) медицины будут являться следствием развития биоинформатических технологий, позволяющих моделировать молекулярные и внутриклеточные процессы на основе данных геномного анализа. Важно также понимание необходимости полноценного и взаимовыгодного взаимодействия специалистов различных дистанционных учреждений медико-биологического профиля, которое и будет составлять основу эффективного использования постгеномных технологий полногеномного сканирования в сочетании с новейшими биоинформатическими методами в повседневной диагностической практике.

---

[4] Тиганов А.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю. Указ. соч.; Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Op. cit.

[5] Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Куринная О.С. и др. Указ. соч.; Тиганов А.С., Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Юров И.Ю. Указ. соч.; Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Указ. соч.; Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Op. cit.

Исследования в лабораториях авторов проводятся при поддержке грантов Президента Российской Федерации (МД-4401.2013.7) и РФФИ (12-04-00215-а).

Хромосомные вариации в клетках головного мозга и патогенез шизофрении (данные постмортальных молекулярно-цитогенетических исследований)

Юров Ю.Б., Ворсанова С.Г., Демидова И.А., Кравец В.С., Колотий А.Д., Уранова Н.А., Востриков В.М., Васин К.С., Соловьёв И.В., Юров И.Ю.

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва
ФГБУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России», г. Москва,
ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» кафедра медицинской генетики ГБОУ ДПО РМАПО, г. Москва

Шизофрения является широко распространенным психическим заболеванием с генетической предрасположенностью. Многочисленные генетические исследования данного заболевания показали, что этиология и патогенез шизофрении связаны, по-видимому, с аномальной активностью десятков или даже сотен различных генов, регулирующих процессы развития и функционирования головного мозга. Современные представления о генетике шизофрении основываются на концепции, предполагающей, что геном одинаков во всех клетках человека, включая клетки головного мозга. Однако молекулярные и цитогенетические исследования последних лет свидетельствуют о широкой межклеточной вариабельности генома нервных клеток, связанной приобретенными генетическими изменениями – геномными и хромосомными мутациями. Среди них наиболее подробно исследованы вариации генома, связанные с анеуплоидией (потерей или приобретением хромосом) и затрагивающие одновременно сотни генов. Анеуплоидия присутствует по крайней мере в 10-12% нейронов и глиальных клеток головного мозга человека, однако роль хромосомных вариаций в мозге в норме и при психической патологии остается неясной. Ранее нами была высказана гипотеза о возможном вовлечении анеуплоидии клеток головного мозга в патогенез ряда психических болезней, включая шизофрению[6].

В настоящей работе мы провели экспериментальную проверку этой гипотезы методами молекулярной цитогенетики и цитогеномики с использованием аутопсийных тканей головного мозга 12 больных шизофрений и 12 контрольных образцов[7]. Образцы постмортальных тканей были предоставлены банком тканей

---

[6] Iourov I.Y., Vorsanova S.G., Yurov Y.B. Chromosomal mosaicism goes global. Mol Cytogenet. 2008. Vol. 1. № 26.

[7] Yurov Y.B., Vostrikov V.M., Vorsanova S.G., Monachov V.V., Iourov I.Y. Multicolor fluorescent in situ hybridization on post-mortem brain in schizophrenia as an approach for identification of low-level chromosomal aneuploidy in neuropschychiatric diseases. Brain & Development. 2001. 23 (S1). S. 186-190; Yurov Y.B., Iourov I.Y., Vorsanova S.G., et al. The schizophrenia brain

головного мозга ФГБУ «Научный центр психического здоровья» Российской академии медицинских наук (НЦПЗ РАМН). Образцы замороженной тканей коры (поле Бродмана 10) были обработаны в соответствии с протоколом подготовки препаратов мозга для молекулярно-цитогенетического анализа, который подробно описан ранее [3]. Частота анеуплоидия с вовлечением хромосом 1, 7, 9, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, X и У была определена методом интерфазной mFISH (флюоресцентной гибридизации на хромосомах *in situ*).

Сравнивая частоту анеуплоидии в когорте из 12 контрольных образцов и 12 образцов больных с шизофренией, мы обнаружили увеличение уровня спонтанной анеуплоидии с участием хромосом 1 и 18 примерно в 2-3 раза у пациентов с шизофренией. В частности, по результатам интерфазного FISH исследования средняя частота спонтанных делеций и дупликаций хромосомы 1 в контрольных образцах составила 0,3 и 0,3% (всего 0,6%), а в образцах мозга пациентов с шизофренией – 0,9% как для хромосомных делеций, так и для дупликаций (всего 1,8%). У 2 больных шизофренией выявлен феномен низкопроцентного хромосомного мозаицизма с частотой клеток аномальных клонов в 3,6 и 4,7%. Сравнение частоты анеуплоидии по аутосомам показало, что при шизофрении эта величина составляет 0,98% (95% доверительный интервал 0,41-1,62%), в то время как в контрольных образцах – 0,56% (95% доверительный интервал 0,23-0,92%) ($p = 0,004$; критерий Манна-Уитни). По половым хромосомам X и У достоверных различий не было выявлено (шизофрения: средняя величина 0,81, 95% доверительный интервал 0,34-1,30%; контроль – 0,67, 95% доверительный интервал 0,24-0,90%) ($p > 0,05$; критерий Манна-Уитни).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что анеуплоидия, являясь важным биологическим маркером геномной нестабильности, приводит к генному (геномному) дисбалансу в нервных клетках мозга при шизофрении, последствиями которого необратимо являются нарушение функциональной активности нервных клеток и нейронных цепей[8]. Следовательно, вариабельность и нестабильность генома в клетках головного мозга может являться одним из механизмов патогенеза шизофрении.

Исследования в лабораториях авторов проводятся при поддержке грантов Президента Российской Федерации (МД-4401.2013.7) и РФФИ (12-04-00215-а).

---

exhibits low-level aneuploidy involving chromosome 1 // Schizophrenia Research. 2008. Vol. 98. Issues 1-3. P. 137-147.

[8] Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Хромосомные аномалии при шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. Т. 106. № 3. С. 75-82; Юров И.Ю., Ворсанова С.Г., Юров Ю.Б. Молекулярная нейроцитогенетика: нестабильность генома в мозге при психических заболеваниях // Психиатрия. 2007. № 4 (28). С. 36-43.

Клиническая картина опьянения и интоксикационного психоза при злоупотреблении МДПВ (3,4 метилендиоксипировалерона)

Юшкова О.В., Култышев С.В.
ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», г. Тюмень
ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», г. Тюмень

Современное состояние наркорынка в городах России характеризуется появлением и распространением нового поколения относительно дешевых синтетических наркотиков психостимулирующего действия, под общим названием «соли». По данным химико-токсикологической лаборатории ГБУЗ ТО ОНД г. Тюмени, у пациентов, поступивших в отделение неотложной наркологической помощи в состоянии интоксикационных психозов в 90% случаев обнаружен психостимулятор 3,4 метилендиоксипировалерон.

В результате проведенных исследований на базе ОННП ГБУЗ ТО ОНД за 2013 г. всего было пролечено пациентов с диагнозом: F15 (психические и поведенческие расстройства в результате употребления других стимуляторов, включая кофеин) в количестве 361 чел. В сравнении с количеством пролеченных с диагнозами: F11 (психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов, за 2013 г. – 5 чел.) и F12 (психические и поведенческие расстройства в результате употребления каннабиноидов – 22 чел.). Таким образом, можно сделать вывод, что зависимость от наркотиков психостимулирующего действия является на сегодня доминирующим видом наркоманий. В гендерном соотношении из числа пролеченных: мужчин – 296, женщин – 65 (5 : 1). По возрастной категории преобладают пациенты: мужчины 20-30 лет (262 чел. – 88,5% из числа пролеченных мужчин) и женщины аналогичного (фертильного!) возраста – 60 чел. (92,3%) из числа пролеченных женщин.

Наркотическое средство представлено в виде кристаллов порошка, по виду напоминающего соль. Прием наркотического вещества осуществляется различными способами: курение, ингаляции – так называемое «занюхивание», парентеральное – внутривенное, внутримышечное введение; так как наркотик всасывается с любых слизистых – возможен прием в виде коктейлей, чаев и пр. Действующее вещество не имеет вкуса, цвета и запаха. Преобладающий способ введения среди наркозависимых – внутривенный. Введение наркотика, как правило, осуществляется в несколько этапов. То есть купленная дозировка разводится и делится на несколько приемов – «подкалываний». Сам эйфоризирующий эффект субъект ожидает после первой инъекции, последующими «подкалываниями» наркозависимый пытается продлить эйфорию либо хотя бы сохранить ощущение психического комфорта. Длительность «марафона» – в течение нескольких дней, максимально до 5-7 дней, выход в психоз либо длительное выраженное астенодепрессивное состояние с явлениями диссомнии, апатии. Во время марафона употребляющий теряет сон и аппетит, отмечается повышение хаотичной, нецеленаправленной моторной активности; усиливается либидо, повышается сексуальная активность.

По опросам большинства пациентов ОННД, прием «соли» вызывает ощущение приятной «теплой волны», разливающейся по всему телу; которую паци-

енты предпочитают «ловить» в состоянии покоя и обездвиженности, некоторые закрывают глаза. В этот период у употребивших, как правило, за счет снижения порога восприятия, чрезмерно обостряется чувствительность, фактически со всех анализаторов. Поэтому излишняя моторная активность в данный период может испортить, «оборвать» эйфоризирующий эффект и вызвать беспокойное, суетливое состояние. Приход кратковременен, не более 20 мин., по описаниям в среднем 10-15 мин. В последующем нарастает беспокойство, суетливость, употребившие чувствуют прилив сил и энергии, а кроме того, выраженное сексуальное возбуждение. В этот период пациенты не могут усидеть на месте, стремятся куда-то идти, бежать, ищут плотских утех. Данное состояние длится тоже не более 10-15 мин. и незаметно перетекает в тревожное состояние.

Немотивированная тревога быстро нарастает до ажитации, у пациентов возникает неодолимое желание продлить испытанное ранее удовольствие, но последующие инъекции уже не дают желаемого эффекта, лишь помогая на некоторое время снять усиливающуюся тревогу. Со слов осмотренных пациентов, человек, употребивший «соль», «в любом случае использует всю дозу до конца». Что отличает данное наркотическое вещество от других психостимуляторов? Возможно, более высокая токсичность, которая подтверждается проявлениями психоза уже в фазе опьянения, на высоте интоксикации.

Как и при употреблении эфедрона, первитинаинтоксикационный психоз протекает в форме острого или рудиментарного параноида (Н.Н. Иванец), в структуре которого наблюдается бред преследования. На фоне нарастающей немотивированной тревоги, нарушенного восприятия появляется необъяснимый страх, ощущение, что вокруг что-то происходит, нарастает напряжение. Фабула психоза, как правило, представлена в двух вариантах: первый – когда угроза исходит от ближайшего окружения (приятели-наркоманы, лица, с которыми употребили наркотик), второй основывается на реальных опасениях, что они могут быть задержаны сотрудниками наркоконтроля, агентами ФСБ; за ними «ведется охота», их хотят «подставить» и пр.

Но возможны другие варианты психоза, в которых отчетливо звучат реально существующие страхи пациентов, либо фрустрирующие ситуации. Например, реально существующий страх пауков и змей в состоянии интоксикационного психоза у пациента реализуется в картину тактильного галлюциноза (ощущение ползания по телу змей, паук, сидящий в волосах и пр.), с соответствующей аффективной реакцией – выраженного страха, ужаса. Или реально существующий «ревнивый муж» у пациентки, в состоянии психоза пытается учинить расправу над пациенткой, «за мнимую супружескую измену», всюду преследуя ее с ножом в руках.

Достаточно часто обнаруживается синдром «поисковика». Когда пациент лихорадочно начинает искать что-то в личных вещах, в сумке, в предметах мебели, в каких-то «определенных», по их мнению, местах. Данный симптом возникает, как правило, по причине желания употребившего продолжить прием наркотика – ищет «дозу». Либо из желания найти «прослушку», скрытые видеокамеры – в этих случаях пациенты начинают ковырять мебель, царапать стены, залазить в вентиляционные шахты. Картина психоза настолько яркая, и порой изобилует тактильными, слуховыми галлюцинациями, психосенсорными расстройствами, что сближает данную группу наркотиков по действию с психоделиками.

Выявленные сотрудниками полиции или скорой медицинской помощи пациенты поступают как правило, в отделение неотложной наркологической помощи, так как данный контингент больных представляет серьезную опасность для себя и окружающих лиц. На теле таких пациентов, при поступлении, как правило, обнаруживаются многочисленные следы порезов, ссадин, ушибов, кровоподтеков. Пациенты находятся в состоянии ужаса, возбуждены, напряжены, просят о помощи, кричат, пытаются вырваться и убежать; подозрительны и негативно настроены в отношении медицинского персонала.

Клинический пример. Пациент Н поступает в сопровождении милиции в отделение неотложной наркологической помощи ГБУЗ ТО ОНД г. Тюмени. Пациент агрессивен, психомоторно возбужден, при участии санитаров прификсирован к больничной койке. Во время фиксации пациент оказывает сопротивление, просит, чтобы его не пытали, он «и так все расскажет». Пациент грязный, неопрятный, волосы имеют сальный блеск, растрепаны, от пациента исходит неприятный запах немытого тела. На теле пациента обнаруживаются многочисленные следы ссадин, кровоподтеков. Пациент не может улежать в одном положении, мечется, пытается развязаться, просит воды. Все мышцы пациента напряжены, находятся в тонусе. Обнаруживает непроизвольные фасцикулярные подергивания мышц нижних конечностей. На вопрос «откуда ссадины?» говорит, что сотрудники милиции пытались «выбить показания». Пациент контакту малодоступен, речь сбивчива, голос осипший, из последних сил пытается выкрикивать отдельные фразы, не по существу вопроса, глядя в сторону от собеседника. Дезориентирован во времени и ситуационно. Верно ориентирован в собственной личности. Негативно настроен в адрес врача, весь медицинский персонал включен в систему бреда. Вопросы врача в основном игнорируются. Считает, что подруга, с которой употреблял наркотическое средство («соль»), «подставила» его, «заодно с ментами». Критика отсутствует, пациент охвачен болезненными переживаниями.

К анализу динамики обеспеченности занятыми должностями специалистов с немедицинским образованием амбулаторных психиатрических служб в федеральных округах и территориях РФ в 2002-2012 гг.

Яздовская А.В., Николаева Т.А.

ФБГУ «Государственный нвучный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», г. Москва

В исследованиях проблем повышения эффективности лечебно-профилактической и реабилитационной помощи психически больным заслуживает внимания анализ динамики обеспеченности амбулаторных психиатрических служб занятыми должностями специалистов с немедицинским образованием. В целях исследования применялись материалы отчетной формы 36 «Сведения о контингентах психически больных» за 2002 и 2012 гг. В частности, использовались данные таблицы 2210 о числе специалистов с немедицинским образовани-

ем, занятых в амбулаторной психиатрической службе (далее должности). Расчет показателей проводился по данным таблиц 2100 и 2110 на 100 тыс. больных, состоявших под диспансерным наблюдением и продолжавших получать консультативно-лечебную помощь на конец года – далее показатель (обеспеченности). Федеральные округа указываются по первым буквам их названий. Общее число амбулаторных больных в РФ в 2002 г. было равно 3667576, в 2012 г. – 3747122. Число больных в 2002-2012 гг. увеличилось на 2,2%.

В рассматриваемый период в РФ число должностей медицинских психологов, занятых на амбулаторном приеме и показатель обеспеченности существенно возросли. Число должностей увеличилось на 39,8% (1619,25 против 1158,25), показатель обеспеченности – на 36,8% (43,21 против 31,58). Показатель возрос в 6 федеральных округах (ФО). В 2 ФО показатель уменьшился: в Северо-Кавказском (СКФО) – на 4,5% (12,03 против 12,60), в Уральском (УФО) – на 25,8% (34,07 против 45,94). Наиболее интенсивный рост показателя отмечен в Дальневосточном ФО (ДФО), где показатель возрос с уровня 25,85 до 51,94, то есть в 2,0 раза. Более чем в полтора раза увеличились показатели в Центральном ФО (ЦФО) – на 52,2%, 41,03 против 26,96, в Южном ФО (ЮФО) – на 57,6%, 47,42 против 30,08 и Северо-Западном ФО (СЗФО) – на 69,3%, 69,76 против 41,21. В 2002 г. значения показателей в федеральных округах распределялись в пределах от 12,60 (СКФО) до 45,94 (УФО), в 2012 г. – от 12,03 (СКФО) до 69,76 (СЗФО). Минимальная величина показателя несколько уменьшилась (на 4,5%), максимальная существенно возросла (на 51,9%), диапазон колебаний увеличился.

Рост показателя наблюдался в 51 территории, причем в 25 из них – в 2 раза и более. Несколько сократилось число территорий с нулевым показателем (7 против 9). Минимальные величины показателя в 2002 г. были равны 3,26 (Курская область) и 5,95 (Пензенская область). В 2012 г. низшие значения показателей возросли и составили 8,15 (Сахалинская область) и 10,94 (Республика Саха – Якутия). Наиболее высокие темпы положительной динамики выявлялись в Курской области (9,8 раза, 31,88 против 3,26), Хабаровском крае (6,4 раза, 122,25 против 19,11) и Удмуртской Республике (11,6 раза, 75,23 против 6,47). Самые высокие значения в 2012 г. имели показатели в Ярославской области (87,39), Хабаровском крае (122,25) и г. Санкт-Петербурге (132,42). При сравнении территориальных показателей в 2002 и 2012 гг. относительно среднего в РФ (43,21 в 2012 г.) отмечено увеличение числа территорий с показателем выше указанного среднего российского аналога (29 против 19).

В 2002-2012 гг. число занятых должностей специалистов по социальной работе и показатель обеспеченности в РФ увеличились наиболее интенсивно, в 1,5 раза. Темп прироста числа должностей составил 55,5% (435,00 против 279,75). Показатель возрос на 52,2% (11,61 против 7,63). Во всех ФО, кроме Уральского, показатель увеличился. В УФО темп убыли составил 15,6% (9,11 против 10,79). Наибольший темп прироста показателя отмечен в ДФО (показатель увеличился 8,6 раза, с уровня 2,42 до 20,71). В 1,9 раза возрос показатель в ЮФО (13,67 против 7,23). В полтора раза увеличились показатели в ЦФО (на 51,2%, 9,80 против 6,48) и СФО (на 50,4%, 6,86 против 4,56). Почти на треть возросли показатели в СЗФО (на 33,9%, 21,15 против 15,80) и СКФО (на 33,2%, 5,66 против 4,25). В 2002 г. минимальным в федеральных округах был показатель в

ДФО (2,42) в 2012 г. – в СКФО (5,66). Максимальные значения имели показатели в СЗФО (соответственно 15,80 и 21,15). Минимальный и максимальный показатели увеличились соответственно – на 133,9 и 33,9%.

Рост показателей наблюдался в 26 территориях, причем в половине из них – в 2 раза и более. Заметно сократилось число территорий с нулевым показателем (21 против 35). Наименьшие величины показателя в 2002 г. отмечались в Воронежской области (1,22) и Республике Дагестан (1,60). В 2012 г. самыми низкими были показатели в Пермском крае (0,93) и Кемеровской области (1,28). Наиболее высокие темпы прироста обнаружили показатели в Оренбургской области и Республике Мордовия. Показатели в этих территориях увеличились соответственно в 10,2 раза (33,16 против 3,27) и в 15,5 раза (64,31 против 4,14). Самые высокие значения в 2002 г. имели показатели в г. Санкт-Петербурге (38,56) и Ханты-Мансийском АО (39,29), в 2012 г. – в Хабаровском крае (57,00) и Республике Мордовия (64,31). Сопоставление территориальных показателей в 2002 и 2012 гг. с уровнем среднего в РФ (11,61 в 2012 г.) обнаруживает увеличение числа территорий с показателем выше указанного среднего российского аналога (26 против 16).

Число занятых должностей социальных работников и показатель обеспеченности в 2002-2012 гг. в РФ незначительно уменьшились. Число должностей сократилось на 0,4% (539,25 против 541,25), показатель снизился на 2,5% (14,39 против 14,76). В 5 федеральных округах показатель возрос. В 3 ФО показатель уменьшился: в СЗФО – на 6,5% (29,75 против 31,82), ЮФО – на 23,2% (15,55 против 20,25), в УФО – на 77,0% (7,55 против 32,76). Наиболее интенсивно показатель возрос в ДФО (в 3,0 раза, 21,97 против 7,41) и СКФО (в 4,4 раза, 5,38 против 1,21). Заметно увеличились показатели в ЦФО (на 15,1%, 14,46 против 12,56), ПФО (на 26,9%, 15,32 против 12,07) и СФО (на 75,2%, 8,62 против 4,92). В 2002 г. значения показателей в ФО распределялись в пределах от 1,21 (СКФО) до 32,76 (УФО), в 2012 г. – от 5,38 (СКФО) до 29,75 (СЗФО). Величина минимального показателя увеличилась в 4,4 раза, максимального – уменьшилась (на 9,2%), диапазон колебаний сократился.

Показатель увеличился в 18 территориях, причем в 8 из них – в 2 раза и более. Несколько сократилось число территорий с нулевым показателем (33 против 38). Минимальные величины показателя в 2002 г. были равны 1,23 (Ивановская область) и 1,25 (Кировская область). В 2012 г. самыми низкими стали значения показателей 1,38 (Республика Дагестан) и 1,61 (Волгоградская область). В 2002 г. максимальными были показатели в г. Санкт-Петербурге (79,59) и Свердловской области (59,21). Самые высокие значения показателя в 2012 г. отмечались в Ярославской области (68,93), в г. Санкт-Петербурге (67,29) и Саратовской области (60,12). Наиболее интенсивно возросли показатели в областях Воронежской (в 13,0 раза, 31,76 против 2,44) и Томской (в 17,6 раза, 49,35 против 2,80). В 2002 и 2012 гг. по 19 территорий имели уровень показателя выше соответствующих годовых аналогов в стране.

Таким образом, в 2002-2012 гг. в амбулаторной психиатрической службе РФ несколько снизился показатель обеспеченности занятыми должностями социальных работников (на 2,5%), но значительно увеличились показатели по занятым должностям медицинских психологов (на 36,8%) и специалистов по соци-

альной работе (на 52,2%). В большинстве ФО показатели заметно возросли, причем наиболее интенсивно в ДФО (в 2 раза и более) – до второй ранговой позиции после максимальных значений всех показателей в СЗФО. Значительные темпы прироста изученных индикаторов обеспеченности в ФО и сокращение числа территорий с нулевыми показателями свидетельствуют об увеличении кадровых ресурсов амбулаторных психиатрических служб для оптимизации лечебно-профилактической и реабилитационной помощи психически больным с участием специалистов немедицинского профиля.

Клинико-динамические особенности аффективных расстройств в случае их коморбидности с расстройствами личности

Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г.
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН, г. Томск

Частота коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) в современных эпидемиологических исследованиях оценивается как достаточно высокая и по отдельным данным может достигать 38,1-62% (Fan A.H., Hassell J., 2002; Tamam L. etal., 2004; Zimmerman M. etal., 2008). Особая трудность в интерпретации взаимного клинического влияния РЛ и АР заключается в том, что такого рода взаимодействие является весьма сложным и комплексным, но ассоциация АР с РЛ имеет важное значение с клинической, терапевтической и прогностической точек зрения (Смулевич А.Б. с соавт., 2012; Rossi A. etal., 2001). В различных исследованиях приводятся достаточно противоречивые данные в отношении клинического значения коморбидности РЛ и депрессивных/биполярных аффективных расстройств (Newton-Howes G. etal., 2006; Fan A.H., Hassell J., 2008).

С одной стороны, имеются отдельные исследования, которые отрицают наличие существенного влияния коморбидного РЛ на клинико-динамические характеристики депрессивных расстройств, за исключением более раннего возраста к началу АР и некоторого негативного влияния на результаты лечения (Charney D.S. etal., 1981; Brieger P. etal., 2002). С другой стороны, большинство исследований констатирует тот факт, что коморбидность АР с РЛ оказывает существенное негативное влияние на течение АР и обусловливает их более раннюю манифестацию, более тяжелую симптоматику и увеличение рекуррентности аффективных нарушений, большее число суицидальных попыток, более худший прогноз. Собственно РЛ и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность лечения текущей депрессии (как медикаментозного, так и психотерапевтического), уменьшают комплайенс и повышают риск преждевременного прерывания терапии (Степанов И.Л., Горячева Е.К., 2011; Ваксман А.В., 2013; Grilo C.M. et al., 2000; Mulder R.T., 2002; Skodol A.E. et al.,2005; El Kissi Y. et al., 2009; Gocher S.et al., 2010).

Цель исследования заключалась в выявлении клинико-динамических особенностей аффективных расстройств, коморбидно сочетающихся с расстрой-

ствами личности в сравнении со случаями аффективных расстройств без указанной коморбидности.

Материал и методы. В исследование было включено 50 пациентов (30 женщин в возрасте 32,8 ± 9,8 лет и 20 мужчин в возрасте 29,2 ± 8,1 лет) с текущим умеренным депрессивным эпизодом в рамках единственного депрессивного эпизода (ДЭ) – 20 чел., рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 20 чел. и биполярного аффективного расстройства (БАР) – 10 чел. Общая группа пациентов была разделена на две подгруппы: первая – 25 чел. (15 женщин, 10 мужчин) состояла из пациентов с аффективными расстройствами с коморбидной личностной патологией – основная группа, и вторая – 25 чел. (15 женщин, 10 мужчин) с аффективными расстройствами без коморбидного РЛ – подгруппа сравнения. Личностные расстройства в первой подгруппе включали: смешанное расстройство личности (F61.0) – 92% (n = 23), пограничное расстройство личности (F60.31) – 4% (n = 1), истерическое расстройство личности (F60.4) – 4% (n = 1). Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре.

У соответствующих пациентов проводилась межгрупповая сравнительная оценка следующих основных клинико-динамических характеристик: средний возраст к началу АР, средняя длительность депрессивного эпизода, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов, тяжесть текущего депрессивного эпизода. Оценка тяжести текущего ДЭ производилась с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-17).

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0.

Полученные результаты исследования. Средний возраст к началу АР в основной группе и в группе сравнения составил 32,3 ± 11,4 и 40,4 ± 7,2 лет соответственно ($p < 0,01$), что свидетельствует о более раннем начале АР у пациентов с коморбидным личностным расстройством.

При анализе продолжительности депрессивного эпизода оказалось, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными (5,7 ± 2,8 месяцев), чем в группе сравнения (3,9 ± 2,6 месяцев) ($p < 0,05$). Среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило 3,3 ± 1,4, а в группе сравнения – 1,5 ± 0,9 ($p < 0,05$).

При оценке тяжести текущего ДЭ по HDRS-17 суммарный балл до начала терапии в основной группе составил 23,2 ± 3,7 балла, тогда как в группе сравнения показатель был ниже и составил 19,7 ± 3,4 балла ($p < 0,05$).

Заключение и выводы: полученные результаты исследования показали, что коморбидность аффективных расстройств и расстройств личности обусловливает более неблагоприятные клинико-динамические характеристики и большую тяжесть текущего депрессивного эпизода по сравнению со случаями аффективных расстройств без коморбидности с РЛ.

Опыт проведения тестирования и профилактика потребления наркотических веществ среди несовершеннолетних в Алтайском крае

Ятченко Е.В., Никонорова Н.В.
Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Алтайский краевой наркологический диспансер», г. Барнаул

Представлен опыт организации и проведения в Алтайском крае добровольного информированного экспресс-тестирования среди учащихся различных образовательных учреждений.

Алтайский край – субъект Российской Федерации с населением 2398751 человек, из них дети младшего подросткового возраста (10-14 лет) – 114685, старшего подросткового возраста (15-17 лет) – 64800. Для оказания наркологической помощи населению края организованы 4 государственных наркологических диспансера в г. Барнауле, Бийске, Рубцовске, Заринске и 65 наркологических кабинетов в учреждениях здравоохранения, муниципальных образований.

В наркологической службе края для обслуживания детского населения организованы: круглосуточный стационар на 12 коек, дневной стационар на 20 мест, 10 наркологических кабинетов в амбулаторных условиях.

Проблема потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди детей в Алтайском крае по-прежнему остается значимой и представляет серьезную опасность здоровью подрастающего поколения.

Все более раннее начало злоупотребления указанными веществами приводит к быстрому формированию зависимости от ПАВ, тяжелому, неподдающемуся лечению, течению болезни, большим медико-социальным последствиям.

Анализ статистических данных за период 2010-2012 гг., несмотря на снижение показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, свидетельствует об актуальности проблемы среди подросткового населения.

В 2012 г. наркологической службой края зарегистрировано 1547 подростков с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, что составляет 2,4% общей численности подросткового населения. В структуре наркологических заболеваний в 2012 г. алкогольные расстройства составили 82,9% (1282 чел.), лица, употребляющие наркотические и ненаркотические вещества – 17,9% (265 чел.) соответственно. Для оценки распространенности наркологических заболеваний большое значение имеют показатели учета донозологических форм. Удельный вес употребляющих психоактивные вещества с вредными последствиями без формирования синдрома зависимости составил 98,5% общего числа зарегистрированных подростков.

Положительной тенденцией можно считать снижение числа зарегистрированных подростков (15-17 лет) со сформировавшейся зависимостью от наркотиков. Показатель учтенных подростков, больных наркоманией, в 2012 г. по сравнению с 2010 г. снизился в 5,9 раза и составил 2,9 больных на 100 тыс. подросткового населения (2 чел., 2010 г. – 17,1 больных на 100 тыс. подросткового насе-

ления или 13 чел.), что ниже аналогичного показателя по РФ в 3,2 раза (РФ – 9,2) и СФО в 6,4 раза (18,6 на 100 тыс. подросткового населения). Снижение этого показателя обусловлено как уменьшением впервые выявленных, так и постоянным переходом подростков в старшую возрастную группу. В структуре потребляемых наркотиков среди зарегистрированных больных наркоманией подростков 1 человек с зависимостью от опиоидов и 1 – от каннабиноидов.

В 2012 г. к уровню 2010 г. показатель зарегистрированных подростков, употребляющих наркотические ПАВ с вредными последствиями, незначительно вырос на 1,4%. В расчете на 100 тыс. подростков составил 187,8 (128 чел., 2010 г. – 185,2 на 100 тыс. подросткового населения или 141 чел.), и остался выше среднестатистического показателя по РФ на 41,5% (РФ – 132,7), но ниже показателя СФО на 39,1% (308,6 на 100 тыс. подросткового населения). Данная ситуация связана с изменением структуры наркорынка – появление курительных смесей, солей, «дизайнерских» наркотиков (обладают более разрушительным действием на растущий организм и провоцируют девиантное поведение), активным межведомственным взаимодействием по выявлению несовершеннолетних с пагубным употреблением наркотиков.

С целью дальнейшей стабилизации в крае ситуации, связанной с употреблением психоактивных веществ в подростковой популяции, на межведомственном уровне в крае проводятся мероприятия по профилактике наркологических расстройств и пропаганде здорового образа жизни.

Межведомственное взаимодействие осуществляется с комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, подразделениями по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, управлением по делам молодежи, органами социальной защиты, Региональным управлением федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков, Центром по профилактике и борьбе со Спидом и инфекционными заболеваниями. Ежегодно со всеми заинтересованными ведомствами составляется план совместных мероприятий. К международным дням по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, объявленных ВОЗ, специалисты наркологического диспансера принимают активное участие в проводимых межведомственных краевых акциях: «Родительский урок», «Классный час: Наркотики. Закон. Ответственность», «Летний лагерь – территория здоровья».

В наркологических диспансерах края с 2007 г. одним из методов раннего выявления лиц, потребляющих наркотические психоактивные вещества, является добровольное тестирование несовершеннолетних на наличие наркотических веществ в биосредах, которое проводится в соответствии со ст. 18 «Выявление лиц, потребляющих наркотические средства, психотропные и токсические вещества» закона Алтайского края от 14.09.2006 г. № 94-ЗС «О профилактике наркомании и токсикомании в Алтайском крае». Обследуются дети «группы риска», которых самостоятельно приводят родители, а также по направлению сотрудников отделов по делам несовершеннолетних (ОДН), администраций учебных заведений.

Результаты тестирования среди несовершеннолетних «группы риска» в КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»

Год	Всего обследовано	Из них полож.	Направлено (абс. чис.)			
			родители	ОДН	школы	ПУ
2010	233	14 (6,0%)	47	32	–	12
2011	414	6 (1,4%)	39	107	–	8
2012	862	1 (0,1%)	103	133	–	27

Число обследованных несовершеннолетних «группы риска» в 2012 г. к уровню 2010 г. выросло в 3,7 раза. Полученные данные позволяют предположить о необходимости усиления профилактической работы среди «группы риска».

Для проведения мониторинга здоровья и профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних, в соответствии с решением заседания краевой комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту от 21.12.2007 г., был подготовлен совместный приказ Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и Управления Алтайского края по образованию и делам молодежи, который обновляется ежегодно.

Согласно этому приказу проводится добровольное информированное тестирование учащихся 8-11-х классов школ г. Барнаула, Бийска, Рубцовска и учреждений начального профессионального образования для диагностики потребления наркотических веществ в Порядке, определенном приказом Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности.

Как правило, тестирование проводят врач психиатр-нарколог и 2 средних медицинских работника амбулаторного приема наркологических диспансеров края в течение 5 ч в день, обследуется около 100 чел.

В 2010-2012 гг. при добровольном информированном тестировании 3298 учащихся 8-11-х классов школ г. Барнаула, Бийска, Заринска, Рубцовска на потребление наркотических веществ выявлено 4 (0,1% от всех обследуемых) положительных результата (3 – опиаты, 1 – каннабиноиды). При добровольном информированном тестировании 2794 учащихся учреждений начального профессионального образования городов края, среди учащихся учреждений начального профессионального образования выявлено 5 (0,2% от всех обследуемых) потребителей марихуаны. Все положительные результаты подтверждены химико-токсикологическими исследованиями.

По результатам тестирования специалисты, врачи психиатры-наркологи проводят индивидуальное консультирование с лицами, имеющими положительный результат при тестировании. Проводятся циклы профилактических бесед, видеолектории с учащимися по профилактике наркомании, обучающие семинары для педагогов по раннему выявлению лиц, склонных к употреблению наркотических веществ.

Таким образом, применение тест-полосок для иммунохроматографического определения наркотических веществ увеличивает выявляемость потребителей наркотических веществ среди несовершеннолетних и охват их профилактическими мероприятиями.

С 2001 г. на базе КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» был организован детско-подростковый центр реабилитации «Родник» с

Несовершеннолетним оказывается бесплатная помощь: медикаментозная, психотерапевтическая, психологическая; осуществляется амбулаторная реабилитация зависимых от психоактивных веществ и с аддиктивными формами поведения, ведется профилактическая работа, которая направлена на формирование гармоничной личности, ведущей здоровый образ жизни, достижение духовного и социального благополучия.

Внедрены и используются современные лечебно-реабилитационные технологии: психокоррекционные и психотерапевтические программы, мотивационная терапия, когнитивно-поведенческая психотерапия. С 2006 г. функционирует программно-аппаратный комплекс «БОСЛАБ» для лечения и реабилитации аддиктивных расстройств у детей и подростков. Во время тренинга пациент обучается достигать психического комфорта без веществ, вызывающих зависимость, используя только собственные волевые и эмоциональные ресурсы.

С 2009 г. в дневном стационаре используется один из базисных методов терапии подростков – когнитивно-поведенческая психотерапия (КПП). Фокус КПП находится на стыке когнитивного, поведенческого и эмоционального аспектов. Основной принцип заключается в том, что дисфункциональные эмоциональные состояния (включая злоупотребление психоактивными веществами) являются результатом дисфункциональго мыслительного процесса. В этом смысле КПП – один из наиболее перспективных подходов в реабилитации аддиктов, поскольку она направлена на изменение содержания мышления.

В лечебно-реабилитационный процесс включены занятия лечебной физкультурой в тренажерном зале под руководством инструктора, на велотренажерах; используются мячи, обручи, гантели, штанга.

Регулярно, по графику, совместно с органами образования, проводятся видеолектории с несовершеннолетними антинаркотической и антиалкогольной направленности.

В 2012 г. Центр посетили 4811 несовершеннолетних (2011 г. – 4735). В условиях дневного стационара пролечено 197 несовершеннолетних (2011 г. – 169), из них с диагнозом «токсикомания» – 3, «наркомания» – 1, за употребление алкоголя с вредными последствиями – 150 чел., наркотических веществ – 9 чел., ненаркотических веществ – 34 чел.

Эффективность лечения (отказ от употребления ПАВ в течение года) в 2012 г. отмечена у 53,5% и у 52% несовершеннолетних в 2011 г.

Посещение несовершеннолетними детско-подросткового центра реабилитации «Родник» позволяет им участвовать в жизни реабилитационного центра, не расставаясь с семьей, учебой, не прерывая других социальных связей.

Таким образом, в Алтайском крае создана система раннего выявления потребителей наркотических средств среди несовершеннолетних. Организованы мероприятия профилактической направленности с группой повышенного риска немедицинского потребления наркотических средств. Созданы условия для формирования мотивации отказа от немедицинского потребления наркотических средств и стремления к ведению здорового образа жизни.

Подписано в печать 10.04.2014 г.
Объем 22,5 уч.-изд. л. Формат 70х100/16. Бумага офсетная.
Тираж 116 экз. Заказ №1543.
Отпечатано в типографии ИП Колмогоров И.А.,
656049, г. Барнаул, пр-т Социалистический, 85,
т./ф.: (3852) 36-82-51, concept-print.ru