



Международная
научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

ТЕЗИСЫ

г. Чита

14-15 мая 2015 года

ФГБНУ Научно-исследовательский институт психического здоровья

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия

Министерство здравоохранения Забайкальского края

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Сборник тезисов

Международной научно-практической конференции

«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»

(Чита, 14-15 мая 2015 года)

Чита-2015

УДК 616.89
ББК 56.1
А 43

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии» (Чита, 14-15 мая 2015 года). – Чита: ГБОУ ВПО ЧГМА, 2015. – 250 с. [Электронное издание].

Данный сборник тезисов включает материалы Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии», которая проводится в городе Чите в соответствии с планом мероприятий Сибирского отделения медицинских наук ФАНО России на 2015 год.

Цель конференции определена как обмен научными достижениями и обсуждение актуальных проблем психиатрии, наркологии и психотерапии. Широка тематика работ, изданных в рамках проведения данного международного форума:

- 1) актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и наркологических расстройств;
- 2) биологические основы психических и наркологических расстройств;
- 3) современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических и наркологических заболеваний;
- 4) современные аспекты психофармакотерапии;
- 5) актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлено более 130 научных публикаций специалистов разных регионов России, Белоруссии, Казахстана, Узбекистана и Монголии.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:

Н.А. Бохан, Н.В. Говорин (научные редакторы)
О.П. Ступина, А.В. Сахаров, О.П. Дубинин

Ответственный за выпуск:

А.В. Сахаров

© НИИ психического здоровья, 2015
© ГБОУ ВПО Читинская ГМА, 2015
© МЗ Забайкальского края, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| Аксенов М.М., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Костин А.К. (Томск, Россия) Непсихотические психические расстройства и стрессоустойчивость | 11 |
| Альбицкая Ж.В. (Нижний Новгород, Россия) Современные возможности когнитивной терапии у детей с ранним детским аутизмом | 13 |
| Артемьев И.А. (Томск, Россия) Потенциальные наркоугрозы России | 14 |
| Ашуров З.Ш., Шин З.В. (Ташкент, Узбекистан) Клинико-психопатологические особенности аддиктивных расстройств у больных с девиантным поведением и их родственников | 16 |
| Байкова М.А., Меринов А.В. (Рязань, Россия) Влияние «ранних» брачных отношений девушек-студенток на их суицидологический профиль | 19 |
| Бакшеева Г.П. (Чита, Россия) Опыт межведомственного взаимодействия по профилактике наркологических расстройств среди несовершеннолетних | 20 |
| Бартош Т.П. (Магадан, Россия) Особенности акцентуаций характера и совладающего поведения школьников, склонных к употреблению алкоголя | 22 |
| Белоколодов В.В. (Санкт-Петербург, Россия) Психогенные реакции наркозависимых при отказе от употребления психоактивных веществ на начальном этапе реабилитации в условиях стационара | 24 |
| Бобрик Ю.В., Науменко Д.Э. (Симферополь, Россия) Диагностика школьной тревожности у детей с церебрально-органической формой задержки психического развития | 26 |
| Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В., Сардак С.Б. (Симферополь, Россия) Характеристика особенностей ноцицепции у пациентов с шизофренией и у психически здоровых лиц | 27 |
| Боброва Н.И., Нечаева Т.О. (Чита, Россия) Реабилитация как технология социальной работы с зависимыми | 28 |
| Богушевская Ю.В., Коростелева О.Е. (Курск, Россия) Эффективность рациональной психотерапии табакокурения у беременных | 30 |
| Бодагова Е.А., Арсаланова С.С. (Чита, Россия) Оценка уровня агрессивности и клинико-психопатологических особенностей подростков, совершивших общественно-опасные деяния | 32 |
| Бочкарева Т.К., Аксенова Н.А. (Чита, Россия) Лабораторные методы исследования новых видов наркотических веществ | 34 |
| Бутина М.А., Глушенков А.А. (Чита, Россия) Роль врача психиатра-нарколога в профилактике наркологических расстройств | 36 |
| Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Грешилова Л.И. (Чита, Россия) Мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае за 2014 год | 38 |
| Бунина М.В. (Чита, Россия) Состояние психического здоровья детского населения Забайкальского края за период 2012-2014 гг. | 39 |
| Бунина М.В., Павленко Ю.П., Липатова К.К. (Чита, Россия) Опыт психокоррекционной работы с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра, в условиях дневного стационара | 42 |
| Васильева Н.А. (Томск, Россия) Заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами детско-подросткового населения отдельных территорий Сибирского региона | 45 |

| | |
|---|----|
| Васильева С.Н. (Томск, Россия) Безработица и уровень социальной адаптации больных депрессивными расстройствами с коморбидным тревожным расстройством | 47 |
| Власова Н.Г., Нечаева Т.О. (Чита, Россия) Некоторые аспекты психологического сопровождения химически зависимых лиц в условиях стационарной реабилитации . | 50 |
| Гаврилова А.С. (Омск, Россия) Современные аспекты профилактики наркологических расстройств на территории Омской области | 52 |
| Герасимчук М.Ю. (Москва, Россия) Биологические основы депрессии | 55 |
| Гийсова Н.О. (Бухара, Узбекистан) Роль психологии семейного воспитания в формировании поведенческих реакций у подростков | 55 |
| Главинский Р.Н. (Улан-Удэ, Томск, Россия) Оценка нозологической структуры психических расстройств и этапа реконвалесценции при лечении пациентов с суицидальным поведением с учетом фактора этнокультуральной принадлежности .. | 57 |
| Говорин Н.В., Сахаров А.В., Герасимова Я.В. (Чита, Россия) Расчеты и анализ алкогольной смертности населения в Забайкальском крае | 59 |
| Говорин Н.В., Ступина О.П. (Чита, Россия) Итоги оптимизации психиатрической службы Забайкальского края в период 2013-2014 гг. | 61 |
| Говорин Н.В., Сахаров А.В., Мындускин И.В., Калашникова Н.М., Загузина М.В., Мишкилеева Д.А. (Чита, Россия) Эпидемиологические характеристики смертности по причине самоубийств | 63 |
| Говорин Н.В., Штань М.С. (Чита, Россия) Влияние сезонных факторов на риск развития шизофрении | 65 |
| Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. (Томск, Россия) Содействие психическому здоровью населения в Сибирском регионе России – День психического здоровья | 66 |
| Дворин Д.В. (Москва, Россия) Оценка ремиссий у больных наркоманией, управляющих транспортным средством | 69 |
| Демьянов И.А., Ткачук Н.В., Игнатьев А.Ю. (Краснодар, Россия) Влияние комплаенса на адаптацию пациентов с расстройствами шизофренического спектра . | 72 |
| Джолдыгулов Г.А. (Алматы, Казахстан) К вопросу о стратегических целях практической психиатрии (комплаенс) | 74 |
| Дмитриенко В.В., Заусова О.Г., Квашура В.А. (Краснодар, Россия) Психотерапия для пациентов с заболеваниями эндогенного спектра в условиях стационара | 76 |
| Длужневская В.И., Крыжановский А.А., Емельянцева Т.А. (Минск, Беларусь) В поиске новых подходов к профилактике детского травматизма: исследование проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности при травмах у детей .. | 77 |
| Докукина Т.В., Махров М.В., Пинчук А.С., Асташонок А.Н., Рубаник Л.В. (Минск, Беларусь) Оптимизация диагностики дементных состояний методом детекции белков-маркеров нейродегенерации | 78 |
| Дубинин О.П. (Чита, Россия) О ходе модернизации наркологической службы Забайкальского края | 81 |
| Дубинин О.П., Лобанова А.А. (Чита, Россия) Распространенность наркологических расстройств в Забайкальском крае | 83 |
| Дугарова А.В. (Чита, Россия) Особенности построения межличностных отношений в малых социальных группах в социально-психологическом тренинге ... | 85 |

| | |
|--|-----|
| Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. (Томск, Россия) Психические расстройства у комбатантов в отдаленном постбоевом периоде | 87 |
| Жигар А.М. (Гродно, Беларусь) Коморбидные психические расстройства при умственной отсталости | 90 |
| Зайцева О.Г., Петрова Т.В., Король В.В. (Краснодар, Россия) Имидж врача-психиатра | 91 |
| Иванов А.А., Лушина Е.А. (Барнаул, Россия) Определение синтетических наркотиков в Алтайском крае | 92 |
| Казаковцев Б.А. (Москва, Россия) Критерии оценки деятельности психиатрических и психотерапевтических служб | 94 |
| Канаева Л.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б., Гришкина М.Н., Яковлев А.А., Акжигитов Р.Г. (Москва, Россия) Особенности суицидальности у больных с пограничными психическими расстройствами | 97 |
| Карагезян Е.А., Курдакова О.К., Попова Ю.Н. (Краснодар, Россия) Анализ эффективности применения мексидола в психиатрической практике | 99 |
| Карауш И.С. (Томск, Россия) Особенности внутренней картины болезни у детей с сенсорными нарушениями | 101 |
| Кириллова А.В., Нохуров Б.А. (Москва, Россия) Прекращение активного диспансерного наблюдения пациентов, совершивших общественно опасные действия (клинико-социальная характеристика) | 102 |
| Колмакова К.Ю. (Чита, Россия) Реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра в условиях ГКУЗ КПБ № 1 | 105 |
| Колотилин Г.Ф. (Хабаровск, Россия) Динамика формирования наркотической зависимости в адаптационный период послешкольного обучения | 106 |
| Колчанова Т.Г. (Чита, Россия) Опыт работы выездных психолого-психотерапевтических бригад на территории Забайкальского края в условиях чрезвычайных ситуаций за 2006-2014 годы | 108 |
| Кондрашова С.М. (Москва, Россия) Применение 22 статьи УК РФ к лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ | 111 |
| Коробицина Т.В., Находкин Е.Г. (Красноярск, Россия) Анализ риска возникновения аутоагрессивного поведения у осужденных с опиоидной зависимостью в исправительных учреждениях Красноярского края | 114 |
| Костарев В.В., Кожевникова Т.А. (Красноярск, Россия) Влияние кризисных состояний на процессы саморегуляции личности | 116 |
| Костин А.К. (Томск, Россия) Роль семейных факторов в патогенезе психосоматических расстройств желудочно-кишечного тракта | 119 |
| Краснова-Гольева В.В. (Москва, Россия) Распознавание эмоций при тревожных расстройствах (обзор зарубежных исследований) | 122 |
| Крылова А.В. (Чита, Россия) Профилактика употребления психоактивных веществ у воспитанников социально-реабилитационных центров | 124 |
| Кулинченко А.В., Бобрик Ю.В., Сардак С.Б. (Симферополь, Россия) Традиционные и современные аспекты применения физиотерапии при реабилитации пациентов с шизофренией | 126 |
| Куприянова И.Е., Ротова И.А. (Томск, Россия) Клиническая динамика психопатологических проявлений у женщин с патологией беременности | 129 |

| | |
|--|-----|
| Курдакова О.К., Карагезян Е.А., Попова Ю.Н. (Краснодар, Россия) Современные подходы к диагностике и лечению фебрильной шизофрении | 130 |
| Кучкарров У.И. (Бухара, Узбекистан) Коррекция невротоподобных и когнитивных расстройств у больных героиновой наркоманией | 132 |
| Кучкарров У.И., Жалолова В.З., Нуритов А.И. (Бухара, Узбекистан) Оценка качественных изменений невротических расстройств в целях выявления эффективности церебролизина | 134 |
| Кучкарров У.И., Мусаева Д.М., Орипова Ф.Ш. (Бухара, Узбекистан) Эффективность препарата венлаксор в постабстинентном состоянии больных героиновой наркоманией | 136 |
| Кучкарров У.И., Жарылкасынова Г.Ж., Гиёсова Н.О. (Бухара, Узбекистан) Проблема диагностики депрессии в общеврачебной практике | 138 |
| Лебедева Ю.В., Лобанова А.А., Днепровский В.С. (Чита, Россия) Применение ксенона в наркологии | 140 |
| Литовкина Н.И., Богушевский А.А. (Курск, Россия) Психическое состояние у пациентов, перенесших баллонную ангиопластику со стентированием | 142 |
| Ложникова Л.Е., Стрижев В.А., Затолокина А.А., Наталенко Е.А. (Краснодар, Россия) Оценка факторов риска развития склонности к зависимому поведению у студентов КубГМУ | 145 |
| Ложникова Л.Е., Рубан К.В., Плотников А.С. (Краснодар, Россия) Особенности учебного стресса учеников 9 и 11 классов СОШ № 24 города Краснодара | 146 |
| Мамай И.А. (Чита, Россия) Некоторые особенности нозологических форм психической патологии и их динамики у пациентов острого детского стационара ... | 147 |
| Меринов А.В., Бычкова Т.А. (Рязань, Россия) Суицидологические характеристики девушек, воспитанных в неполных семьях | 148 |
| Меринов А.В., Лукашук А.В. (Рязань, Россия) Экспериментально-психологические и суицидологические характеристики взрослых детей алкоголиков | 149 |
| Митин М.В. (Чита, Россия) Физиотерапия как метод реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами | 150 |
| Молоткова Н.Ю. (Томск, Россия) Психология взаимоотношений в семьях с детьми с умственной отсталостью | 152 |
| Моор Л.В., Рахмазова Л.Д. (Омск, Томск, Россия) Клинико-динамические особенности невротических расстройств в Омской области | 154 |
| Москвитин П.П. (Новосибирск, Новокузнецк, Россия) Психогигиенические тренинги как модель поддержки семей, находящихся в социально-опасном положении | 155 |
| Нечаева Т.О., Толстов Д.А. (Чита, Россия) Особенности психотерапевтической работы в отделении медико-социальной реабилитации | 158 |
| Никонов Д.А., Дорошенко Д.С. (Омск, Россия) Оценка качества работы отделения медицинской реабилитации на базе БУЗОО «Наркологический диспансер» | 160 |
| Озорнин А.С. (Чита, Россия) Биопсихосоциальная модель оказания помощи больным шизофренией в клинике первого психотического эпизода | 161 |
| Озорнина Н.В. (Чита, Россия) Организация оказания помощи пациентам с невротическими расстройствами в условиях психотерапевтического отделения ККПБ им. В.Х. Кандинского | 163 |

| | |
|--|-----|
| Очирова И.Б., Лубсанова С.В. (Улан-Удэ, Россия) Организация суицидологической службы в Республике Бурятия | 165 |
| Павленко Ю.П., Маркова А.С. (Чита, Россия) Использование арт-терапии в коррекции расстройств аутистического спектра | 167 |
| Пащенко И.Е., Колесник И.И., Данилкова Е.В. (Краснодар, Россия) Некоторые клиничко-демографические особенности психических расстройств с сопутствующей соматической патологией: гендерный аспект (анализ за 2012-2014 гг.) | 168 |
| Петрова И.В. (Чита, Россия) Работа кабинета медицинского освидетельствования в городе Чите | 171 |
| Письменный А.В. (Чита, Россия) Реализация Федерального Закона от 25 ноября 2013 года № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на территории Забайкальского края | 172 |
| Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В. (Омск, Россия) Коррекция детей/подростков с пограничными психическими расстройствами и школьной дезадаптацией в условиях психиатрического дневного стационара для детей и подростков | 174 |
| Плюснина О.Б., Говорин Н.В., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Состояние психического здоровья студентов, получающих начальное профессиональное образование | 176 |
| Прокопьева Е.Ю. (Чита, Россия) Неврологическая патология при абстинентных состояниях у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в практике врача невролога | 179 |
| Проценко Л.В. (Чита, Россия) Соматическая патология у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя | 180 |
| Радионон Д.С. (Москва, Россия) Ретроспективный анализ особенностей ГАМК-глутаматергической системы при аддиктивных состояниях | 183 |
| Рудницкий В.А., Счастнй Е.Д., Никитина В.Б. (Томск, Россия) Клиничко-биологические и социально-психиатрические аспекты экологической психиатрии ... | 185 |
| Сафронова А.В., Меринов А.В. (Рязань, Россия) Распространенность употребления психоактивных веществ среди юношей и девушек, обучающихся в высших учебных заведениях | 188 |
| Сахаров А.В., Говорин Н.В. (Чита, Россия) Некоторые характеристики больных алкоголизмом, перенесших алкогольный делирий | 189 |
| Сахаров А.В., Плюснина О.Б., Грудина Н.В., Моюбова Г.А.к., Семеникова А.В. (Чита, Россия) Распространенность химических аддикций у студентов разных типов учебных заведений города Читы | 192 |
| Сахаров А.В., Колчанова Т.Г., Голыгина С.Е., Говорин Н.В., Ступина О.П. (Чита, Россия) Обращаемость населения Забайкальского края за медицинской помощью по поводу суицидальных попыток: вопросы регистрации и развития помощи при кризисных состояниях | 194 |
| Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Пляскина Е.В., Говорин Н.В. (Чита, Россия) Некоторые показатели микроциркуляции при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием) | 196 |
| Сахаров А.В., Говорин Н.В., Астафьева Н.А., Астафьев К.А., Дабаева С.С., Гаймоленко О.В. (Чита, Россия) Частота курения и алкогольных расстройств у больных с инсультом | 199 |

| | |
|---|-----|
| Сахаров А.В., Малинина А.В., Бабинский В.В., Папкина Т.И. (Чита, Россия) Некоторые клинико-эпидемиологические аспекты суицидальных попыток, совершенных путем самоотравления | 200 |
| Сахаров А.В., Плюснина О.Б., Суркова В.Н., Ливента Н.С., Филиппова О.В. (Чита, Россия) Психическое здоровье студентов разных типов учебных заведений . | 202 |
| Снигуряк Т.В., Кравченко С.Л., Михайлович Л.Г., Секисова Е.С., Сабля С.В. (Чита, Россия) Порядок функционирования полипрофессиональной бригады в общепсихиатрическом женском отделении | 203 |
| Соболев В.А., Чумаков Д.В., Давыдова И.А., Ярославская М.А. (Москва, Россия) Исследование <u>пассивных</u> видов совладающего со стрессом болезни поведения пациентов с диагнозом «Шизотипическое расстройство» | 206 |
| Соболев В.А., Чумаков Д.В., Давыдова И.А., Ярославская М.А. (Москва, Россия) Исследование <u>активных</u> видов совладающего со стрессом болезни поведения пациентов с диагнозом «Шизотипическое расстройство» | 207 |
| Соколова О.В. (Чита, Россия) Организация работы Телефона экстренной психологической помощи в системе профилактики суицидального поведения | 209 |
| Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л. (Архангельск, Россия) Особенности социального статуса умерших в молодом и среднем возрасте (18-59 лет) в зависимости от наличия алкогольного аддиктивного анамнеза и фактора употребления алкоголя накануне смерти | 210 |
| Соловьева И.Г., Гиркин С.В., Лысенко С.С., Кормилина О.М., Патрикеева О.Н. (Новосибирск, Россия) Особенности родительской семьи и детского периода у лиц с химической аддикцией | 213 |
| Сомкина О.Ю., Меринов А.В. (Рязань, Россия) Суицидальное поведение женщин, страдающих алкогольной зависимостью | 214 |
| Стрижев В.А., Михайловская Е.А., Каитова Ф.Х. (Краснодар, Россия) Социальные факторы риска развития рецидива у лиц с шизофренией | 215 |
| Ступина О.П., Честикова З.И. (Чита, Россия) Показатели психического здоровья населения Забайкальского края | 216 |
| Тарасова Е.Ю. (Абакан, Россия) Специфика мотивационной беседы с родителями несовершеннолетних по обращению за наркологической помощью | 218 |
| Тарасова О.А. (Чита, Россия) Применение аппаратно-усиленной психотерапии у пациентов с психическими расстройствами | 220 |
| Титов С.С., Чащина О.А. (Омск, Россия) Динамика уровня и структуры наркотизации населения Омской области | 221 |
| Ткаченко О.И., Белоусова Н.В., Логинов И.П. (Хабаровск, Россия) Суицидальные попытки путем отравления, совершаемые населением г. Хабаровска | 224 |
| Хапина Т.В. (Чита, Россия) Анкетирование как метод изучения информированности и распространенности факторов риска (курение, алкоголь, наркотики) среди подростков Забайкальского края | 226 |
| Цупрун В.Е. (Москва, Россия) Некоторые организационные аспекты суицидологической службы в психиатрической больнице | 228 |
| Чащина О.А., Титов Д.С. (Омск, Россия) Результаты анонимного анкетирования населения Омской области: информированность о проблеме распространения наркомании | 229 |

| | |
|--|-----|
| Шереметьева И.И., Вдовина М.Г. (Барнаул, Россия) Психические расстройства у женщин с отягощенным акушерским анамнезом (привычное невынашивание беременности) | 231 |
| Шмилович А.А., Гончаренко С.Н. (Москва, Россия) Оценка социального функционирования больных параноидной шизофренией с депрессивным типом ремиссии | 232 |
| Штань М.С., Швец М.С., Виноградова А.О., Ёлгина М.С. (Чита, Россия) Депрессивные расстройства у больных шизофренией | 235 |
| Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. (Томск, Россия) Влияние коморбидности аффективных расстройств с расстройствами личности на эффективность фармакотерапии текущего депрессивного эпизода | 237 |
| Ялтонский В.М., Абросимов И.Н. (Москва, Россия) Изучение показателей эмоционального уровня ВКБ у взрослых пациентов с муковисцидозом с различным восприятием болезни | 239 |
| Altanzul N., Jargal B., Hishigsuren Z., Odkhuu E. (Mongolia) A comparative study of anxiety symptoms in abused adolescents | 241 |
| Bayarmaa V., Nasantsengel L., Tuya N., Batzorig B., Chimedsuren O. (Mongolia) Using the strengths and difficulties questionnaire (SDQ) to screen for children between 11-17 years old in a community sample | 242 |
| Erdenechimeg R., Jargal B., Oyunsuren D., Hishigsuren Z. (Mongolia) LGBT community reaction to AIDS | 243 |
| Gantsetseg T., Enkh-Uchral P., Minjmaa R., Khishigsuren Z. (Mongolia) Оношилгооны хожимдол bipolar disorders | 243 |
| Jargal B., Khishigsuren Z. (Mongolia) Results of cognitive-behavioral therapy among somatization disorder | 244 |
| Juraeva D.N. (Bukhara, Uzbekistan) Psychovegetative features of patients with a neuralgia of a trigeminal nerve in the aspect of sexual dimorphism | 245 |
| Khishigsuren Z. (Mongolia) Current state of mental health service in Mongolia | 245 |
| Khishigsuren Z., Oyunsuren D., Tuya Nai., Kalamkas S. (Mongolia) Fatal and non-fatal suicidal behaviors among child and adolescent in Mongolia, 2003-2008 | 246 |
| Narantsetseg N., Oyunsuren D., Khishigsuren Z. (Mongolia) Emergency care for patients with psychiatric needs in National Mental Health Center | 247 |
| Tuya N., Bayarmaa V., Nasantsengel L., Khishigsuren Z., Batzorig B., Chimedsuren O. (Mongolia) Research on the prevalence of anxiety among population ... | 248 |
| Uyanga M., Narantsetseg N., Oyunsuren D., Khishigsuren Z. (Mongolia) Participants who are receiving support for the first time from National Center for Mental Health | 248 |

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ

Аксенов М.М., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Костин А.К.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Проблема пограничных состояний и совладания со стрессом, столь актуальная в условиях глобальных изменений в макросоциуме и повседневной трансформации микросоциума, предъявляющих высокие требования к индивиду в плане толерантности к эмоциональным и физическим нагрузкам, традиционно имеет решения в трех направлениях: организационном, медицинском и психологическом. Исследования, проведенные нами в рамках комплексных тем НИР «Типология, конституционально-биологические и клиничко-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах» за период 2006-2008 гг., «Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах» за период 2009-2012 гг., позволили проследить особенности личностного реагирования пациентов на стрессовые ситуации, приводящие к возникновению пограничных психических расстройств, и оценить вклад конституционально-биологических и социально-психологических факторов в формирование коморбидных, связанных со стрессом психических расстройств и соматических заболеваний.

Материалы и методы. Объектом настоящего исследования являлись больные пограничными психическими расстройствами различных групп региона Сибири, с давностью катанестического наблюдения более 30 лет, с кризисными социальными проблемами, многопрофильные группы больных различными формами пограничных состояний.

Целью исследования являлась разработка типологии кризисных состояний на основе изучения конституционально-биологических, клиничко-динамических и личностных факторов и их распространенности, клинических проявлений пограничных нервно-психических расстройств с последующей оптимизацией терапевтических программ по сохранению психического здоровья населения Сибири.

Результаты исследований и обсуждение. Многообразие и специфика стресс-факторов, в результате действия которых человек оказывается в стрессовом состоянии, отражены в типологии, объединяющей психосоциальный, экологический, психогенный, онтогенетический, экзистенциальный, аддиктивный кризисы. Новым социальным вызовом является комбинированный характер воздействия на человека и связанная с этим необходимость изучения вопросов психологической безопасности в структуре психического здоровья населения, в частности проживающего в условиях риска техногенно-экологической угрозы. В общей структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами максимальный удельный вес имеют непсихотические психические расстройства, которые составляют в Томской области 76-64% (2006-2007 гг.). Анализ динамики заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами населения Томской области показывает ежегодный рост этого показателя – с 301,4 на 100 тысяч населения (1998 г.) до 473,8 (2007 г.). Он превышает аналогичные динамические показатели по РФ и СФО.

В рамках медицинской парадигмы рассматриваются возможные формы реагирования на стресс человеком, его переживающим, в том числе: формирование психосоматической патологии, аддиктивного поведения или собственно психических расстройств.

Анализ патогенетических условий формирования психических расстройств, коморбидных с соматической патологией, свидетельствует о значимой взаимосвязи структуры соматического заболевания и психосоциальных факторов. Среди

патогенетических факторов формирования клинической динамики сочетанных психических и соматических расстройств наиболее значимыми для больных невротическими и соматоформными расстройствами являются психогении семейно-бытового характера (30,7%), утрата близких (21,4%); для больных аффективными расстройствами – конфликты семейного и бытового содержания (31,2%) и утрата близких (15,7%); для больных органическими расстройствами – ситуации наличия собственно соматической патологии (22,3%) и отсутствие эффекта от проводимого лечения (22,0%). Фиксация на психотравмирующей ситуации для женщин является более значимой, чем для мужчин. Динамика психических расстройств, коморбидных с соматической патологией, отличается высокой прогрессивностью и маскированностью симптомов сочетанных заболеваний, что приводит к несвоевременной диагностике психических расстройств, их неадекватной терапии, затяжному течению и худшему клиническому прогнозу. Многообразие выявленных симптомов и синдромов с достоверным преобладанием соматовегетативных (39,1%) и сочетанных (психических и соматовегетативных – 21,5%) в текущем состоянии пациентов, а также ориентация врачей-интернистов и отчасти пациентов на обострение существующей соматической патологии значительно затрудняют своевременную диагностику и выбор терапевтической тактики.

Были установлены клинические особенности и варианты острых и хронических психических стрессовых расстройств, обусловленных экстремальными условиями службы у сотрудников правоохранительных органов как лиц, находящихся в особых условиях служебной деятельности. Изучены в клинической динамике соотношения острой реакции на стресс, посттравматического стрессового расстройства, нарушений адаптации к экстремальным служебным требованиям с коморбидными аддиктивными расстройствами и приобретенными изменениями личности. У военнослужащих, прошедших службу в очагах локальных вооруженных конфликтов, выявлена высокая распространенность психических расстройств, клиническая структура и особенности которых имели тесную связь с продолжительностью, длительностью экспозиции пребывания в боевых условиях, а также сочетание конституционально-биологических (личностных), социально-демографических, экзогенно-органических и соматогенных факторов. Нозологическая структура коморбидных ПТСР состояний была представлена алкогольной зависимостью, соматоформными расстройствами, аффективными расстройствами настроения и тревожно-фобическими расстройствами.

Выводы. Для улучшения работы по охране, сохранению и укреплению психического здоровья населения, необходимо оптимизировать её профилактическую и превентивную направленность, повысить выявляемость больных с собственно психической патологией, расширить возможности существующей психиатрической службы за счет организации внедиспансерного звена психиатрической помощи в общесоматической поликлинике. Специализированная психиатрическая служба в условиях соматической поликлиники может являться современной организационной моделью интегративной медицинской помощи населению.

В целом успешному взаимодействию психиатров поликлиники, врачей-интернистов поликлиники, психиатров диспансера и стационарной службы способствует соблюдение следующих условий: коллегиальность в решении вопросов о группе наблюдения, возможностях социального функционирования; преемственность в решении всех вопросов лечебно-профилактической помощи; соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии с ориентацией на интересы больного; осуществление учета, объема лечебной помощи и иных вмешательств в судьбу больного с таким расчетом, чтобы максимальный терапевтический эффект сочетался с минимальными социальными последствиями.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

Альбицкая Ж.В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Ранний детский аутизм (РДА) является одной из наиболее актуальных в детской психиатрии, что обусловлено неуклонным ростом числа детей, страдающих этим заболеванием. По данным Всемирной организации аутизма (Worldautismorganization), в 2012 году распространенность аутизма составляла 67 на 10 тыс. детского населения. В настоящее время РДА признается социально-значимым заболеванием, демонстрирующим высокий процент социальной дезадаптации и инвалидизации. Общеизвестно, что лечение детей с РДА представляет собой крайне трудную задачу, одной из которых является улучшение когнитивных функций ребенка, сочетающих в себе нарушения речи, внимания, социальную адаптацию и эмоционально-волевую сферу. Данная работа является обобщением опыта амбулаторной фармакотерапии детей, страдающих РДА в условиях специализированного «Центра помощи детям с аутизмом и нарушениями развития» в Нижнем Новгороде.

Цель исследования. Подбор адекватной коррекции когнитивных нарушений у детей с РДА и изучение эффективности влияния препарата «Акатинол мемантин» на такие симптомы, как задержка речевого развития, нарушение концентрации внимания и социальная дезадаптация.

Материалы и методы исследования. Было проконсультировано 128 детей с расстройствами аутистического спектра, возраст которых варьировал в диапазоне от 3 до 6 лет. Все дети из обследованной группы имели грубые нарушения речевого развития, снижение концентрации внимания и задержку в формировании навыков самообслуживания и самоопрятности. В структуре фармакотерапии, использовался препарат «Акатинол мемантин» в сочетании с психолого-педагогической коррекцией. Данный препарат является антагонистом N-метил D-аспартат рецепторов, улучшающий мозговой метаболизм, мембранный потенциал и процессы передачи нервных импульсов. Препарат улучшает когнитивные процессы, способность к обучению и повышает повседневную активность.

Результаты. Препарат «Акатинол мемантин» назначался детям с РДА из расчета средней с 1/4 среднесуточной дозы (с постепенным титрованием в течение 3-х недель) до суточной дозы 500 мкг/кг/сут., разделенной на 2 приема. Курс лечения – 6 месяцев с поддерживающей терапией в дальнейшем в течение 3 месяцев (1/2-1/4 дозы).

Оценка результатов терапии была направлена на показатели речевого развития, социального взаимодействия и уровня активности и настроения. Во всех сферах наблюдения было отмечено положительное влияние препарата «Акатинол мемантин» на когнитивные процессы. У всех детей наблюдалась хорошая переносимость проводимой терапии, побочных эффектов отмечено не было.

Наблюдения, проводимые после первых 6-х недель терапии, показали, что значительные положительные сдвиги были отмечены у 69,5% больных. У 34,4% происходили положительные сдвиги в аффективной сфере, проявляющиеся в уменьшении плаксивости, эмоциональной лабильности, повышении повседневной активности. У 41% из всех детей, не пользующихся речью, появилось значительное количество слогов и коротких простых слов, а у 13,5% детей, владеющих простой фразовой речью из 2 слов увеличилось количество активно употребляемых отдельных и новых слов. В 44% наблюдений отмечена положительная динамика в аффективной сфере – повышении настроения и уровня повседневной активности, проявляющиеся выравниванием эмоционального фона, уменьшением плаксивости и гиперактивности. Наиболее заметные

улучшения (в 91%) выявлены по параметрам общения со сверстниками, социализации, понимания обращенной речи и улучшения зрительного контакта.

Заключение. Анализ терапевтической эффективности препарата «Акатинол мемантин» в течение длительного времени (6-12 месяцев) у больных детей с РДА показал улучшение показателей когнитивного развития, экспрессивной и импрессивной речи, навыков самообслуживания и самоопрятности и гармонизации отношений со сверстниками, являющихся базовыми дефектами при аутистических расстройствах. Снижение выраженности аутистических расстройств у детей положительно влияет на социальную адаптацию и качество жизни детей и их родителей в целом. Хорошая переносимость и положительный эффект от применения препарата «Акатинол мемантин» позволяет его рекомендовать для применения в структуре фармакотерапии РДА как в условиях стационара, так и в условиях амбулаторной практики.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ НАРКОУГРОЗЫ РОССИИ

Артемьев И.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

М. СИТТЕЛЬ (корр.) «Легализуют ли в России коноплю?»

В. ПУТИН: «Нет, но конопля как производная для сельского хозяйства, для тканей, там я не знаю, для чего, она может быть использована, но как лёгкий наркотик – категорически против. В некоторых странах – сегодня вот упоминали о моей поездке, скажем, в ту же Голландию – лёгкие наркотики давно легализованы, и смысл этой легализации и заключался в том, чтобы оттащить людей от тяжёлых наркотиков. Практика показывает, что этого не происходит, а, наоборот, это только как шаг первый к тяжёлым, к тяжёлой зависимости, и нам не нужно этого делать. (Прямая линия с Владимиром Путиным 25 апреля 2013 года <http://www.ltv.ru/politi/231698>)

В структуре зарегистрированных больных наркоманией большинство составили больные с опиоидной зависимостью. Второе ранговое место занимают пациенты с зависимостью от каннабиса. Наряду с этим, в течение последних лет наблюдается увеличение показателей общей заболеваемости гашишной наркоманией. Однако на территориях, где фиксируется низкий уровень распространенности опиоидной зависимости, зависимость от каннабиноидов значительно выше, чем на территориях с более высоким уровнем опиоидной наркомании.

Каждая территория имеет свою «нишу» в общей структуре гашишной наркомании, при неизменном увеличении общего количества зарегистрированных больных, их число изменяется синхронно на отдельных территориях. Для каждой области при некоторых общих формальных тенденциях, характерны свои специфические тенденции накопления в населении больных с гашишной наркоманией. Эти тенденции весьма устойчивы и толерантны к случайным факторам.

По данным отечественных специалистов в России, за 5-летний период (2004-2009) наблюдалось увеличение показателя учтенной распространенности зависимости, связанной с употреблением каннабиноидов: в 2004 году он составлял 14,9 больных на 100 тыс. населения, в 2009 году – 17,1, темп прироста соответствовал 14,6%, кроме последних лет, когда прирост показателя общей заболеваемости снижался на 1-5% в год. Динамика распространенности каннабиноидной зависимости по территориям Сибири в ее

географических границах за рассматриваемый период дает весьма пеструю картину, как по противоположной направленности изменений, так и по их интенсивности. Необходимо отметить особое место Республики Тыва, которая, как известно, является «производителем и поставщиком» существенной части продуктов конопли на территории России. Употребление каннабиноидов различного изготовления является традиционным и весьма распространено в республике, поэтому не удивительно, что зарегистрированная распространенность этой зависимости среди населения самая высокая в России – у 3% населения формально зарегистрирована зависимость от этого вида ПАВ, что составило в 1999 году 276,0 на 100 тыс. населения. Однако, примечателен факт, что на сопредельных территориях уровень показателя распространенности каннабиноидной зависимости в 4,6-20 раз ниже, чем в Республике Тыва (республика Алтай – 56,4; республика Хакассия – 6,1; Иркутская область – 1,3; республика Бурятия – 37,7).

С середины 2000 годов в России наблюдается постепенное уменьшение количества зарегистрированных больных гашишизмом. При этом в Тыве зеркально отражается этот процесс, в республике, занимающей первое ранговое место среди всех территорий Сибири, выявляется общая тенденция к сокращению зарегистрированных случаев рассматриваемой патологии. Однако коэффициент вариации этого признака является самым низким в Сибири – 11,3%, что может свидетельствовать, что при формальной направленности тренда к снижению, о гипервысоком уровне наркотизации населения.

Доступность растительного сырья и простота изготовления наркотиков из растения *cannabis sativa* привлекает внимание, как производителей, так и потребителей. Из районов заготовки наркотика растительного происхождения направляются практически во все крупные города и промышленные центры России. Естественно, что истинные масштабы употребления не поддаются верифицированной оценке, но они, вероятно, весьма значительны.

За последнее десятилетие Тува превратилась в крупного поставщика наркотиков в соседние республики, края и области Сибири. Конопля на территории Тувы была уничтожена на площади чуть более 11 тыс. га вместо запланированных 20 тыс. га.

Идею легализации в Тыве наркотиков, в частности, гашиша, член Совета Федерации Л. Нарусова высказала на пресс-конференции для тувинских СМИ. Таким образом, она собиралась бороться с бедностью в Тыве. Узаконить сбор конопли она предлагала как заготовку лекарственного сырья, а поставлять коноплю в те страны, где её употребление разрешено, где это узаконено, например в Голландию. «Это может быть очень серьезным источником доходов. Мы повернем проблему на пользу республике, во благо республики». В чем сенатор абсолютно права, так это в своей критической оценке ситуации в регионе. Тува один из самых отсталых и неблагополучных в социальном, экономическом и криминальном отношении субъектов федерации. И для сельских жителей сбор конопли является едва ли не единственным источником дохода. В Тыве есть даже официальная (!) статистика площадей, занятых дикорастущей коноплей, по этим данным, марихуана произрастает здесь на 30 тыс. гектаров. По неофициальным оценкам, конопля растет на 80 тыс. га.

ВОПРОС: ... дождутся ли жители Тувы поездов по железнодорожной ветке Кызыл – Курагино?

В. ПУТИН: Это очень сложный проект,... И мне бы очень хотелось, чтобы этот проект был реализован. ... Разумеется, это означало бы расширение инфраструктурных возможностей всего региона, в том числе улучшение ситуации для жителей. (Прямая линия с Владимиром Путиным 25 апреля 2013 года <http://www.ltv.ru/politi/231698>)

Так, например, в свое время Госнаркочеконтроль Хакасии крайне негативно воспринял предложение о легализации наркобизнеса в Туве. Было сказано, что дорога между Хакасией и Тувой – основной наркотрафик в регионе, и, учитывая, что к 2010 году планируется построить железную дорогу между двумя республиками, проблема может приобрести угрожающий характер.

В Туве активно проводится работа по выявлению и уничтожению дикорастущей наркотической конопли. К этой акции подключится Роскосмос. С помощью спутников Роскосмос проведет аэрофотосъемку территории республики и составит точные карты участков, засоренных коноплей. Работы по картированию территорий осуществляются в рамках федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотребления наркотикам и их незаконному обороту на 2005-2009 годы». В соответствии с ней создана система обнаружения из космоса районов произрастания и незаконного культивирования наркосодержащих растений.

Проблема наркотиков и наркобизнеса является интернациональной. По данным ООН, общее число людей, злоупотребляющих наркотиками, достигает 200 млн. человек, или 5% населения Земли, в возрасте от 15 до 64 лет. За последние десять лет потребление наркотиков в России увеличилось в 9 раз. Каждый год от них гибнут 70 тыс., человек, по экспертным оценкам, в нашей стране насчитывается 6 млн. наркозависимых.

Настоящее сообщение не относится к краткосрочным прогностическим реалиям, однако в нем была попытка представить те последствия, в том числе возможно негативные, которые неизбежны при любой модернизации новых территорий. Поэтому наркологическая ситуация в Туве требует более углубленной оценки с обязательным учетом условий естественной среды как потенциального продуцента гашиша.

Интенсификация транспортной доступности в связи со строительством железной дороги должно учитываться службами, связанными с незаконным оборотом наркотиков, при том, что финансирование их секвестрируется на государственном уровне.

Таким образом, настоящий обзор нельзя назвать исчерпывающим, однако в нем была предпринята попытка представить сбалансированный взгляд на имеющуюся информацию об известном, а также потенциально возможном расширении распространения каннабиноидов на территории России.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Ашуров З.Ш., Шин З.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Высокая социальная значимость проблемы аутоагрессии у аддиктов с девиантным поведением, значительный объем в структуре летальности, а также сложность диагностики в виду отсутствия характерных проявлений, делают проблему диагностики суицидальных действий одной из наиболее актуальной в современной психиатрии и наркологии. Современный этап развития психиатрии и наркологии характеризуется существенным расширением и углублением проблемы девиантного поведения (Даренский И.Д. и др., 2007). Практическое решение вопросов превенции суицидального поведения во многом зависит от своевременной диагностики суицидоопасных состояний

и раннего оказания медицинской и социально-психологической помощи лицам с аддикциями и их ближайшему окружению.

Цель исследования. Изучение феноменологии девиантного поведения больных аддиктивными расстройствами с суицидальными тенденциями и членов их семей с созависимым поведением в структуре семейных отношений, а также разработка диагностических и терапевтических подходов, направленных на оптимизацию лечения и реабилитации аддиктивных больных.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 461 пациентов и их родственников. Из них 184 человека мужского пола (39,9%) и 277 женского пола (60,0%). Большинство обследуемых (257 человек или 55,7%) – это больные алкоголизмом, опиатной наркоманией. Оставшаяся часть (204 человека или 44,3%) – матери, жены аддиктов. Из 461 человек с суицидальным поведением было 172 чел. (37,3%), без такового – 289 человек (или 62,7%).

Все обследуемые были поделены на 4 группы: I группа – больные алкоголизмом (111 пациентов – 24,1%); II группа – больные опиатной наркоманией (102 человека – 22,2%); III группа – матери больных (102 человека – 22,2%). Возраст больных алкоголизмом варьировал от 18 до 60 лет (средний возраст $37 \pm 0,8$ лет), больных опиатной наркоманией – от 18 до 36 лет (средний возраст $26,4 \pm 1,23$ лет).

Расстройства личности у пациентов с девиантным поведением диагностировались у 132 респондентов (28,6%). Превалировало эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3) (13,4%), характеризующееся ярко выраженной тенденцией действовать импульсивно, без учета последствий, наряду с неустойчивостью настроения, а также постоянной эмоциональной напряженностью, легкой возбудимостью, обидчивостью, подозрительностью, несдержанностью, злобностью, агрессивностью, склонностью к скандальности и тирании, сниженным порогом требовательности к себе и повышенной требовательностью к другим людям.

У лиц с девиантным поведением с истерическим расстройством личности (8,0%) преобладала демонстративность, неестественность выражения эмоций. Расстройство типа зависимой личности (0,7%) проявлялось стремлением переложить на других большую часть важных решений в своей жизни. Такой же удельный вес (0,7%) был среди лиц с девиантным поведением с шизоидным расстройством личности. Наиболее выраженными чертами характера для них являлись замкнутость, отгороженность от людей, стремление держаться на расстоянии, чопорность, эмоциональная сухость, порой жестокость. Смешанные расстройства личности (F61.0) наблюдались у 5,8%. Невротические расстройства (F41.2; F43.1; F43.20; F43.21) выявлены у 16 человек (3,5%).

Для решения поставленной цели проведен комплекс исследований, включающий в себя следующие методы: 1) клинико-психопатологический; 2) клинико-психологический; 3) катанестический; 4) статистический.

Наркологические больные с девиантным поведением поступали с диагнозами: «Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) средняя стадия, фаза обострения, абстинентный синдром, степень тяжести – легкая, средняя, тяжелая» (F10.3) и «Наркомания опиная. Острый абстинентный синдром. Степень тяжести – легкая, средняя, тяжелая».

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия Пирсона. Корреляционные взаимосвязи определялись методом коэффициента корреляции. Поиск критических значений осуществлялся с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Для решения поставленной цели и методологически корректного построения исследования, каждая из групп была поделена на две подгруппы, а именно:

1) больные алкоголизмом с суицидальным поведением (БАС) и больные алкоголизмом без суицидального поведения (БА);

2) больные опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) и больные опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН).

Из 111-ти больных алкоголизмом с девиантным поведением в основную группу вошли 40 человек (36,0%), из них 18 лиц мужского пола (45,0%) и 22 женского пола (55,0%). Группу сравнения составили 71 человек (63,9%), в том числе 58 мужчин (81,7%) и 13 женщин (18,3%). Из 102-х больных опиатной наркоманией основную группу составили 57 больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (55,8%), из них 37 лиц мужского пола (64,9%) и 20 женского пола (35,1%).

Умеренно конфликтные и резко конфликтные отношения чаще встречались в родительских семьях матерей основной группы. Резко конфликтные отношения были именно у матерей первой группы. Кроме того, респонденты первой группы не отрицали, что родители (чаще отцы) применяли к ним различные виды агрессии: вербальную (оскорбления, унижения) и физическую.

Больные алкогольной зависимостью. Достоверно больше было пациентов из основной группы (10,0%; $p < 0,05$) со сроками формирования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) менее одного года. Высокий показатель по длительности злоупотреблением алкоголем до формирования ААС обнаружен во временном интервале от 1-го года до 3-х лет – 57,5% и 23,1% ($p < 0,05$). Клинический патоморфоз алкоголизма у больных с девиантным поведением проявлялся утяжелением клиники алкоголизма.

Острая алкогольная интоксикация тяжелой степени, проявляющаяся резкой заторможенностью, аффективной угнетенностью, мозжечковой атаксией, адинамией, амимией достоверно чаще отмечалась у 11 больных с суицидальным поведением, что составило 27,5%. В группе больных без суицидального поведения интоксикация тяжелой степени фиксировалась у пяти человек, или у 7,0% ($p < 0,03$). Следует отметить, что в указанное количество пациентов вошли те, у которых тяжелая интоксикация отмечалась многократно. Безусловно, состояние алкогольной интоксикации обостряет и растормаживает психические влечения. Вместе с тем, urgentные состояния обнаруживались именно у больных алкоголизмом с суицидальным поведением. Можно предположить, основываясь на материалах исследования, что у больных алкоголизмом основной группы алкоголь является пусковым механизмом активации суицидальной доминанты с последующей актуализацией суицидальных тенденций.

Расстройства поведения легкой степени выраженности у больных с суицидами встречались реже (35,0% и 70,4%; $p < 0,05$). Нарушения поведения в два балла доминировали в группе БАС (30,0% и 12,7%; $p < 0,05$). Тяжелые поведенческие нарушения отмечались также у БАС (25,0%; $p < 0,01$).

Алкогольная зависимость в сочетании с девиантным поведением характеризовалось определенной частотой возникновения психотических расстройств (в основном – алкогольный делирий). В частности, у больных основной группы достоверно чаще отмечались как единичные (30,0% и 11,3%; $p < 0,01$), так и многократные (более двух) (20,0% и 4,2%; $p < 0,008$) психотические состояния.

Больные опиатной наркоманией с девиантным поведением. У больных обеих групп длительность от начала приема наркотика до появления ОАС была от трех до четырех месяцев (35,0% и 68,9%; $p < 0,05$). Количество пациентов, у которых длительность этого периода составляла менее одного месяца, больше было в группе БНС (29,8% и 17,8%; $p = 0,05$). Превышение отмечалось по показателю – от 31 до 90 дней (28,0% и 13,3%; $p < 0,05$). Период от 121 до 180 дней охватывал лишь БНС (7,0%; $p < 0,05$).

Выраженность расстройств синдрома ПВН свидетельствует о тяжести течения наркомании у больных с девиантным поведением и подтверждает концепцию наличия патологически функционирующей системы у суицидентов аддиктивного профиля.

Заключение. Совокупность представленных в исследовании данных позволит расширить представления о механизмах развития девиантных расстройств, созависимого поведения, суицидальности и может служить основой для дальнейших научных разработок в этом социально важном и перспективном направлении. Суицидальные попытки были следствием длительной фрустрирующей, психотравмирующей ситуации и слабости антисуицидальных факторов у аддиктивных больных и их родственников с созависимым поведением.

Суицидальное поведение отмечается во всех периодах течения аддиктивных расстройств у больных с девиантным поведением и в структуре психических нарушений у родственников. Установленные аффективные расстройства находятся в определенной взаимосвязи с личностными особенностями обследованных.

Результаты исследования расширяют возможности диагностики паттернов суицидального поведения у больных с аддиктивными расстройствами и их родственников с созависимым поведением, позволяют прогнозировать пути реадaptации и ресоциализации. Полученные результаты клинических, структурных и динамических особенностей суицидального поведения у аддиктивных больных и у ближайшего окружения дадут возможность для научного обоснования и построения комплексных, дифференцированных лечебно-реабилитационных программ. Использование разработанной комплексной лечебно-реабилитационной программы, направленную на коррекцию и купирование суицидальных тенденций, позволит добиться формирования стабильных и качественных ремиссий у больных с аддиктивными расстройствами и нормализацию психического состояния и семейных отношений у ближайшего окружения.

ВЛИЯНИЕ «РАННИХ» БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ ДЕВУШЕК-СТУДЕНТОК НА ИХ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

Байкова М.А., Меринов А.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия*

Известно, что молодые незамужние женщины являются группой с высоким уровнем классических аутоагрессивных паттернов, в то время как они составляют фонд для формирования различных типов семей. Брак же рассматривается как некая надежная структура человеческих отношений, к которой стремится индивид. При этом существует мнение, что при создании семьи происходит своеобразное распределение молодых незамужних женщин относительно добрачного уровня аутоагрессивности на, как минимум, две полярные группы – с высокой внутрисемейной аутоагрессивностью и с более низкой, либо отсутствующей.

Цель исследования – выяснить, влияет ли «раннее» вступление в брак среди девушек-студенток на их суицидологический профиль.

Для осуществления поставленных задач было обследовано 215 студенток (30 – замужних и 185 – незамужних) методом анкетирования. Все девушки являлись студентками старших курсов ВУЗа. Сравнимые группы были сопоставимы по возрастным, образовательным и социальным характеристикам. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем.

Результаты. Суицидальные агрессивные паттерны. Анализируя полученные данные, можно отметить, что среди незамужних студенток, число пытавшихся совершить суицид девушек заметно выше – 7%, как и количество девушек, сообщивших о суицидальных мыслях в последние два года – 16%, чем в группе замужних (оба феномена не отмечались в другой группе).

Несуицидальные агрессивные паттерны. Отмечается высокий процент девушек с ЧМТ в анамнезе среди замужних студенток – 20%, который более чем в 6 раз превышает таковой среди незамужних студенток. Количество замужних девушек, в анамнезе которых имеются несчастные случаи, более чем в два раза превышает таковое в группе незамужних студенток (47% и 21% соответственно).

Предикторы аутоагрессивного поведения. В группе замужних девушек выше следующие показатели: наличие комплекса неполноценности – 53%, стремление к компенсации которого может являться одним из факторов, влияющих на вступление в «ранний» брак, и уверенность, что их будут помнить после смерти – 27%, что объяснимо смыслообразующей ролью брака и семьи, возможностью появления в недалеком будущем детей. По другим предикторам аутоагрессивного поведения: частому чувству стыда, периодам очерченной депрессии, моментам безысходности, наличию затяжных стыда и вины, - количество незамужних девушек в процентном соотношении достоверно больше, чем незамужних.

Заключение. Таким образом, вступление в «ранний», или, по сути, в своевременный брак является своеобразным буфером, защищающим девушку от, вероятно, изначально высокого уровня аутоагрессивности, что будет являться предметом нашего дальнейшего изучения. Раннее замужество выполняет смыслообразующую, фиксирующую «здесь и сейчас» функцию, что связано с созданием семьи, новой социальной ролью, а также возможностью реализации «плазмического бессмертия» – рождения ребенка и заботы о нем.

Можно утверждать, что замужество на «раннем» этапе существования существенно снижает аутоагрессивную активность личности, приводя к ее стабилизации, улучшает социальную адаптацию; что, либо сохраняется на длительный срок – в случае конструктивных форм функционирования семейного института, либо, по всей видимости, носит временный характер – в случае деструктивных брачных отношений.

ОПЫТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Бакшеева Г.П.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В настоящее время профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди несовершеннолетних является важной задачей различных структур и ведомств, работающими с детьми, подростками и молодежью. Эффективность такой профилактической работы в значительной степени определяется уровнем организации межведомственного взаимодействия, позволяющим обеспечить долговременный характер и преемственность организаций и учреждений, работающих с молодежью (школа, училище, Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав – КДНиЗП, подразделения полиции по делам несовершеннолетних – ПДН, УФСКН, УФСИН и пр.).

В то же время, существует проблема налаживания продуктивных контактов и взаимопонимания между специалистами различных служб и ведомств, определения задач и распределения функций каждого из них для реализации единой цели – предупреждение употребления ПАВ в молодёжной среде. Причём организация и проведение совместных профилактических мероприятий играют важную роль не только в массовом масштабе, но и ещё в гораздо большей степени при работе на индивидуальном уровне, когда предпринимаются определённые усилия для недопущения употребления ПАВ конкретным человеком.

Специалистами наркологической службы особое внимание уделяется профилактической работе с группами риска, в том числе индивидуальным методам работы с безнадзорными, беспризорными детьми и подростками и так называемыми «трудными подростками». В 2011 году между Министерством здравоохранения Забайкальского края и УМВД России по Забайкальскому краю подписано Соглашение о межведомственном взаимодействии по обмену сведениями о несовершеннолетних, состоящих на учете. В рамках данного Соглашения ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» предоставляет в подразделение по делам несовершеннолетних (ПДН) информацию о несовершеннолетних, состоящих на учете у врача психиатра-нарколога, а ПДН направляет в диспансер сведения о несовершеннолетних, состоящих на учете в полиции за совершение различных правонарушений. Данные сведения сторонами используются для проведения адресной профилактической работы.

Начиная с января 2015 года, ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (далее – ГУЗ КНД) выступил инициатором в подписании Соглашения о межведомственном взаимодействии с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав по профилактике и раннему выявлению употребления ПАВ в молодёжной среде. В каждую районную Комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав в г. Чите, согласно подписанному Соглашению, введены врачи психиатры-наркологи, которые являются членами Комиссии. На заседаниях Комиссии с несовершеннолетними и их родителями, в отношении которых рассматриваются административные материалы по ст.ст. 20.20 и 20.21 КоАП РФ (предусматривающие административную ответственность за употребление спиртных напитков), сотрудником наркологического диспансера проводится индивидуальная консультация и, при необходимости, им рекомендуют амбулаторное или стационарное лечение. Родители несовершеннолетних, злоупотребляющие спиртными напитками и нуждающиеся в прохождении лечения от алкогольной зависимости, также приглашаются на консультацию к врачу-наркологу в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер». Кроме этого, после рассмотрения на заседаниях Комиссии административных материалов по ч. 1 ст. 5.35 КоАП РФ, в случае установления факта злоупотребления родителями алкогольными напитками, сотрудники Комиссии направляют в наркологический диспансер информацию с просьбой привлечь к работе с данной семьей специалистов наркологического диспансера.

С 2002 года в муниципальные районы края Забайкальского края ежегодно осуществляются бригадные выезды специалистов ГУЗ КНД с целью проведения первичной профилактики и раннего выявления наркологических расстройств среди несовершеннолетних. Специалистами наркологической службы активно ведётся работа с комиссиями по делам несовершеннолетних, осуществляются совместные рейды, осмотр всех несовершеннолетних состоящих в подразделении по делам несовершеннолетних, активно проводятся профилактические мероприятия с этой «группой риска». В образовательном пространстве проводятся лектории и профилактические медицинские осмотры. С 2002 года врачами-наркологами ГУЗ КНД в муниципальных районах края осмотрено свыше 70 тысяч учащихся в 850 школах.

Таким образом, основными задачами межведомственного взаимодействия наркологической службы и других служб в Забайкальском крае является

совершенствование системы организации профилактики наркологических заболеваний, мониторинг наркологической ситуации, раннее выявление и лечение наркологической патологии, а также оказание постоянной поддержки и помощи в реализации профилактических программ, обучение специалистов различных ведомств, работающих в сфере профилактики.

ОСОБЕННОСТИ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИЦ, СКЛОННЫХ К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ

Бартош Т.П.

Научно-исследовательский центр «Арктика» ДВО РАН, Магадан, Россия

В современных условиях остается актуальной проблема женского алкоголизма. Исследованиями показано (Скворцова Е.С., Абрамов А.Ю., 2014), что распространённость алкоголизации среди девочек выше, чем среди мальчиков, что, несомненно, представляет угрозу демографической ситуации в России. Пик приобщения к алкоголю подростков приходится на возраст 13-14 лет. Психологические трудности пубертатного периода являются одной из причин, способствующей употреблению алкоголя и наркотиков, ведущих к отрицательным эмоциональным реакциям, изменяя структуру поведенческих реакций подростка. В подростковый период формируются особенности акцентуаций характера и ресурсы личности. Формируется когнитивно-поведенческий опыт, который реализуется посредством использования копинг-стратегий и копинг-ресурсов, направленный на преодоление требований среды. Употребление алкоголя исследователями рассматривается как псевдоадаптивное копинг-поведение, ведущее к социальной дезадаптации, нарушению поведения, формированию зависимостей (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003). В суровых условиях Северо-Востока России растущий организм дополнительно подвергается комплексному воздействию негативных факторов окружающей среды, которые влияют на развитие и заострение акцентуированных черт характера и способов поведения индивида (Бартош Т.П., Бартош О.П., 2013).

Цель исследования – определить особенности акцентуаций характера и совладающего поведения у девочек-подростков, проживающих в Магадане, склонных к употреблению алкоголя.

Всего было обследовано 238 девочек-подростков 7-10 классов, обучающихся в лицее № 1 и гимназии № 13 и № 30 города Магадана. Школьницы были разделены на 2 группы на основании Мичиганского скрининг-теста для подростков «есть ли проблемы с наркотиками и алкоголем, который состоит из 5 вопросов:

1. Приходилось ли Вам когда-либо находиться в автомобиле, которым управлял кто-то (включая вас), кто находился в состоянии алкогольного опьянения (или под воздействием наркотиков?).

2. Употребляете ли вы алкоголь или наркотики для того, чтобы расслабиться, почувствовать себя лучше?

3. Вы когда-либо употребляете алкоголь или наркотики в одиночестве?

4. Ваша семья или друзья говорили когда-либо вам, что вы должны сократить употребление алкоголя или наркотиков?

5. Были ли у вас когда-либо неприятности из-за употребления алкоголя или наркотиков? (двух положительных ответов достаточно для установления вероятных

проблем с психоактивными веществами – методика адаптирована в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург).

1-ую группу составили склонные к употреблению алкоголя (93 чел.); 2-ую группу – не склонные к употреблению алкоголя (145 чел.).

Предпочитаемые копинг-стратегии диагностировались с помощью опросника «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолькман (адаптация Вассермана Л.И. и соавт., НИПНИ им. В.М. Бехтерева). Для определения типов акцентуаций характера применяли характерологический опросник Г. Шмишека-К. Леонгарда. Если набрано 18 и более баллов, черта считалась акцентуированной. Статистическая обработка данных проведена с использованием лицензионного пакета прикладных программ Excel-97 и Statistika-6.0.

Результаты нашего исследования показали, что девочки, склонные к употреблению алкоголя, отличались от сверстниц, не склонных к употреблению ПАВ, достоверно более выраженными чертами возбудимого типа ($17 \pm 0,59$ против $15 \pm 0,61$; $p < 0,05$), и меньше эмотивного типа ($16 \pm 0,57$ против $18 \pm 0,43$; $p < 0,05$). У них в 2 раза чаще регистрировали черты дистимического типа. Корреляционный анализ данных показал положительную связь склонности к употреблению ПАВ и возбудимого типа характера ($r = 0,29$, $p < 0,05$) и отрицательную связь с эмотивным типом ($r = -0,43$, $p < 0,01$). Такая характерная черта возбудимого типа, как импульсивность, является одним из факторов употребления психоактивных веществ, положительно связана с курением, употреблением алкоголя и наркотиков (Ахметова О.А., 2003). Употребление ПАВ девочками в дальнейшем может способствовать заострению черт возбудимого типа характера. В структуре акцентуаций характера девочек, склонных к употреблению алкоголя, в одинаковой степени представлены в следующей последовательности такие типы: экзальтированный, возбудимый, гипертимный, циклотимический, эмотивный, застревающий. Меньше представлены черты демонстративного, дистимического, педантичного и тревожного типов.

Исследование совладающего со стрессом поведения показало, что ведущими стратегиями у школьниц были, в основном, конструктивные механизмы как у склонных, так и не склонных к употреблению алкоголя, из которых самый используемый был механизм «планирование решения проблемы». Однако, склонные к употреблению алкоголя ученицы чаще применяли неконструктивный «конфронтативный копинг», который предполагает враждебность и агрессивные усилия по изменению ситуации, импульсивность в поведении, конфликтность. Он значимо ($p < 0,05$) более выражен, по сравнению с не склонными к употреблению ПАВ сверстницами. Также девочки, склонные к употреблению алкоголя, достоверно чаще ($p < 0,05$) использовали пассивный механизм по типу «бегство-избегание». Эта стратегия предполагает попытки преодоления личностью негативных переживаний за счет отрицания проблемы, неоправданных ожиданий, уклонение от ответственности, что ведет к накоплению трудностей. Данная поведенческая стратегия является одной из основных при формировании аддиктивного поведения, характеризует развитие личности на низком функциональном уровне (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2003; Вассерман Л.И. и соавт., 2010).

Таким образом, исследование показало, что девочки-подростки, склонные к употреблению алкоголя, характеризуются достоверно более выраженными, по сравнению со сверстницами, чертами возбудимого и менее эмотивного типов акцентуаций характера. Для снижения эмоционального напряжения они достоверно чаще применяют неконструктивные стратегии – «конфронтативный» и «бегство-избегание», которые снижают эффективность совладающего поведения в стрессовых ситуациях, на что следует обращать внимание при психопрофилактических и коррекционных мероприятиях.

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Белоколодов В.В.

*Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена,
Санкт-Петербург, Россия*

Медицинский наркологический центр «Бехтерев», Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день эффективность лечения больных наркоманией (годовая полная ремиссия) находится в пределах 5-15% от числа больных, обратившихся за медицинской помощью. Среди больных героиновой наркоманией, госпитализированных в НИИ наркологии МЗ России, лишь около 8% преодолели одногодичный порог ремиссии. При добровольном годичном пребывании в терапевтической коммуне ремиссии более 1 года достигают лишь 15% наркозависимых.

Прохождение начального этапа реабилитации в стационаре носит позитивный характер для наркозависимых, улучшая качество жизни пациентов, влияя на их соматическое состояние, продолжительность ремиссии, изменение установок на потребление и принятие специализированной помощи. Стационар рассматривается как средовой копинг-ресурс для наркологических больных, в противовес низкой средовой поддержке, и разрушенным социальным связям, свойственным данной категории.

Отказ от употребления психоактивных веществ (ПАВ) лицами, страдающими химическими зависимостями, воспринимается как стрессовая ситуация. При стойкой мотивации на отказ от употребления ПАВ и лечении, аффективные реакции пациентов, находящиеся в условиях стационара, имеют более «сглаженный» характер.

В связи с тем, что предрасполагающими факторами к возникновению зависимостей от психоактивных веществ являются: инфантилизм, психопатии, акцентуации характера, то в реакциях при отказе от употребления преобладает наиболее выраженная черта характера. Безусловно, биологические факторы во многом обуславливают эмоциональное состояние в период отказа от употребления ПАВ.

В период абстиненции у больных обнаруживается повышенное содержание серотонина, адреналина и норадреналина. При выходе из острого состояния, в период формирования ремиссии содержание серотонина и адреналина снижается до нормы, а содержание норадреналина падает в два раза ниже нормы, с чем связаны аффективные расстройства в данном периоде.

Характерными реакциями в период отказа от употребления психоактивных веществ является: наличие астенодепрессивной симптоматики, эмоциональная неустойчивость, тревога, раздражительность, возбудимость, эксплозивность, дисфория, раздражительность, агрессивность, повышенная ранимость, приступы тоски с выраженными аутоагрессивными и суицидальными мыслями.

В остром периоде преобладает симпатического тонуса без выраженного истощения парасимпатического отдела. По мнению авторов, данный факт объясняет так называемые «вегетативные срывы»: немотивированные изменения поведенческих реакций, несмотря на субъективное улучшение состояния.

Исследования в области интеллектуальной деятельности больных опийной наркоманией показали, что в абстинентном синдроме у больных ярко выражена астенизация, снижение умственной работоспособности при достаточно сохранном уровне интеллекта. Наблюдаются колебания внимания, неустойчивость волевого компонента личности, крайне низкая работоспособность, снижение уровня актуальных положительных эмоций, вместе с тем, повышается уровень эмоциональной экспрессии, импульсивность, замкнутость, отгороженность, холодность.

Личность человека с зависимостью имеет свои особенности: внушаемость, ригидность, упрямство, максимализм, эгоцентризм, нетерпеливость, страх быть покинутым, и во многом определяет характер поведения в стационаре. Выбор способа совладания с различными ситуациями определяется способом формирования мотивов как к отказу от употребления, так и принятию лечения и реабилитационной программы в стационаре. Экстернальные способы формирования мотивов (кротость, покорность, подчиняемость, послушность, уступчивость, податливость на уговоры, реактивность, как легкость возникновения побуждений к совершению чего-либо под влиянием внешних воздействий) характеризуются податливостью человека извне. Интернальные способы (капризность, эгоистичность, нерешительность, легкомысленность, безответственность, импульсивность, самоуверенность, своеволие) характеризуются противодействием этим воздействиям, и формированием мотива исходя из собственных побуждений.

Прохождение курса реабилитации пациентами, страдающими химическими зависимостями в стационаре, воспринимается ими часто болезненно, и связан с переживаниями о необходимости окончательного и полного отказа от употребления ПАВ, изменением своей жизни. Этапы динамики личностно-эмоциональных реакций на психотерапевтическое воздействие соответствуют стадиям реагирования человека на потерю, или иное субъективно высоко значимое ограничение включают в себя:

1. Отрицание. Проявляется в непонимании фактов о своей зависимости; засыпание или появление сонливости во время проведения лекций и групповых занятий; отказ от бесед и встреч с людьми, поднимающими тему вреда от употребления ПАВ; неприятие и непризнание проблем, возникших вследствие употребления ПАВ; отказ от дальнейшего лечения, нарушение режима отделения, вплоть до требования выписки и угроз в адрес медицинского персонала.

2. Агрессия. Проявляется в поиске ответственных за свое потребление среди окружающих и обвинение их этом: жена (мать, и т.д.), «засунула» в больницу; врачи виноваты в том, что не могут вылечить это заболевание; психологи только и твердят, что «нельзя употреблять», а сами «в этом ничего не понимают»; «в таких условиях лечиться просто невозможно» и т.д. Также агрессия проявляется и в самоуничтожении, самобичевании, самообвинении.

3. Поиск компромисса. Для того, чтобы сгладить свое эмоциональное состояние, пациент старается оставить за собой вариант контролируемого потребления. В этой фазе пациенты часто стараются установить с врачом (психологом), какие-либо особые отношения, с целью уклонения от лечения. Часто на данном этапе пациент старается завершить лечение, ограничившись «подшивкой», обещанием посещать психолога, группы АА/АН.

4. Депрессия. Полноценное проживание эмоциональных состояний, особенно совместно со специалистами, или поддерживающими и принимающими пациента людьми, наиболее эффективно при терапии зависимостей, так как улучшает прогноз лечения, позволяя пациенту развиваться эмоционально, и набирать опыт разрешения жизненных проблем (ситуаций), без применения ПАВ.

5. Адаптация (принятие факта болезни и готовность изменить свою жизнь). На данном этапе пациент полностью признает наличие у себя болезни, а также строит планы своей дальнейшей жизни с учетом наличия у себя заболевания, а также начинает действовать и реализовывать программу личностного восстановления.

Амбивалентность в отношении потребления ПАВ и отказа от его употребления, у наркологических пациентов, а также сложность лечения известна. В связи с этим, не все пациенты проходят стадии эмоциональных реакций на окончательный отказ от приема ПАВ в процессе психотерапевтического лечения.

ДИАГНОСТИКА ШКОЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Бобрик Ю.В., Науменко Д.Э.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. С.И. Вернадского», Симферополь, Россия

Введение. Последняя редакция Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (действует с 31.03.2015) подтверждает право каждого ребенка, вне зависимости от имеющихся нарушений психофизического развития, на получение качественного образования в наиболее адекватных и доступных для него формах и условиях. Дети с задержкой психического развития (далее – ЗПР) представляют собой одну из наиболее уязвимых категорий обучающихся в условиях современной школы. Подтверждая их право на образование в условиях инклюзивного обучения, федеральный государственный образовательный стандарт начального образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, предполагает создание для них специальных условий. Неадекватный уровень школьной тревожности является одним из ведущих и часто сопутствующих факторов, препятствующих полноценной социализации и интеграции детей с ЗПР в условиях учебного заведения.

Цель. Определение уровня школьной тревожности у детей с ЗПР церебрально-органического генеза.

Материалы и методы. Исследованием было охвачено 36 учащихся, имеющих диагноз ЗПР церебрально-органического происхождения в возрасте от 7 до 9 лет. С целью диагностирования уровня школьной тревожности использовались следующие методики: адаптированный «Опросник школьной тревожности» Б. Филиппса (School Anxiety Questionnaire by Veeman N. Phillips); адаптированная «Проективная методика для диагностики школьной тревожности» (Прихожан А.М.); проективная рисуночная методика «Я в школе».

Результаты исследований. Дети с ЗПР названной нозологии в значимых социальных и школьных ситуациях могут проявлять неадекватно низкий уровень тревожности, что негативно сказывается на отношениях с окружающими людьми и является препятствием для адекватной школьной и социальной адаптации. Пребывание в состоянии тревожности у младших школьников с ЗПР и их отношение к фрустрационным ситуациям имеет специфические особенности, обусловленные структурой дефекта. Наличие первичного парциального поражения коры головного мозга, сопровождающегося невротическими и поведенческими расстройствами, не позволяет без организованной психолого-педагогической коррекции и медикаментозного воздействия реализовать потенциальные возможности детей в процессе обучения и воспитания. Пребывание в состоянии тревожности в значительной степени замедляет темп интеллектуального и психического развития, что, в свою очередь, негативно сказывается на личностных проявлениях учащихся с ЗПР.

Детям с ЗПР церебрально-органического генеза были свойственны различные сопутствующие энцефалопатические расстройства, а наблюдаемые невротоподобные реакции проявлялись в фобических и истерических реакциях. Рассматривать школьную тревожность у детей с ЗПР с позиций МКБ-10 в данном случае можно в рамках рубрик F40 и F93. При этом следует отметить, что основным критерием дифференциации выступают возрастные границы возникновения нарушения. В результате проведенной психолого-педагогической диагностики было зафиксировано, что по «Опроснику школьной тревожности» высокий уровень наблюдался у 19,4 % респондентов, повышенный – у 27,8 %. По результатам «Проективной методики для диагностики школьной тревожности» высокий и повышенный уровень отмечался у 22,2 % детей.

Результаты проективной рисуночной методики выявили наличие высокого и повышенного уровней школьной тревожности у 27,6 % и 24,1 % испытуемых с ЗПР соответственно.

Выводы. В целом, более 50 % обследованных детей имели средний и низкий уровни школьной тревожности. В то же время наблюдалась категория учащихся, у которых показатель тревожности по результатам отдельных методик резко отличался в обратную сторону. Это можно объяснить тем, что учащимся с ЗПР церебрально-органического генеза присущ ряд энцефалопатических и невротоподобных расстройств, связанных с первичным парциальным поражением коры головного мозга. Группе детей, у которой отмечался резко повышенный уровень общей тревожности в целом и школьной в частности, будет рекомендовано включить в индивидуальный план реабилитации определенные терапевтические воздействия, с целью нивелирования имеющихся отклонений.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСОБЕННОСТЕЙ НОЦИЦЕПЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И У ПСИХИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Бобрик Ю.В., Кулинченко А.В., Сардак С.Б.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета
им. С.И. Вернадского», Симферополь, Россия*

Проблема индивидуальной чувствительности человека была и остается актуальной в биологии и медицине. Многие исследователи обращают внимание на тот факт, что люди различаются по индивидуальной чувствительности к воздействию разнообразных факторов среды. Поскольку индивидуальные различия детерминированы генетически, важным в медико-биологических исследованиях остается поиск объективных критериев определения индивидуальной чувствительности.

В большинстве определений боли подчеркивается ее защитное значение и представление о боли как интегративной реакции организма, включающий не только сенсорный и эмоциональный, но также вегетативный и поведенческий компоненты. При этом подчеркивается, что боль всегда субъективна, т.е. зависит от множества индивидуальных особенностей. Индивидуальные особенности болевой чувствительности на сегодняшний день остаются мало изученными.

Зачастую большинство соматических заболеваний, сопровождаемых обычно у психически здоровых людей выраженным болевым синдромом (прободная язва желудка, инфаркт миокарда и др.), у них протекают латентно, без характерных клинических проявлений. Нами в клинической практике наблюдались ряд больных шизофренией с атипичным течением сопутствующих соматических заболеваний. Так у пациента А, после падения, медицинским персоналом было отмечена хромота во время ходьбы, при этом больной самостоятельно и при активном расспросе жалоб не предъявлял, после же проведенной по настоянию лечащего врача рентгенографии у пациента был выявлен оскольчатый перелом большеберцовой кости. Также из литературных источников известно, что больным шизофренией присуща высокая толерантность к температурным, болевым воздействиям. По всей видимости, данные физиологические особенности, связаны с изменениями болевой чувствительности (БЧ) у пациентов с шизофренией, которые на сегодняшний день остаются не изученными.

Цель исследования. Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы явилось сравнительное исследование уровня порога БЧ у практически здоровых лиц и больных шизофренией.

Материал и методы. Для тестирования порогов поверхностной ноцицептивной чувствительности использовали патентованный способ определения поверхностной болевой чувствительности с помощью лабораторного алгезиметра. Для этого алгезиметр устанавливали вблизи ногтевого ложа у практически здоровых людей и больных шизофренией, производя на него давление до возникновения отчетливого болевого ощущения. Найденный порог болевой чувствительности выражали в единицах шкалы алгезиметра (усл. ед.). Порог БЧ определяли у 31 здорового испытуемого и у 34 больных шизофренией.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что уровень порога БЧ был повышен у обследуемых больных шизофренией, по сравнению с группой практически здоровых лиц, в 2,1 раза ($p < 0,001$). Исходя из результатов исследования, гипотеза о повышении порога болевой чувствительности у пациентов с шизофренией находит своё подтверждение.

Вывод. На основании полученных данных можно сделать вывод, что ноцицептивные системы у больных шизофренией имеют более высокий порог возбуждения, чем у здоровых людей, что объясняет некоторые клинические особенности течения основного и сопутствующих заболеваний у данной категории лиц.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ЗАВИСИМЫМИ

Боброва Н.И., Нечаева Т.О.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Основными направлениями социальной (медико-социальной) работы в наркологии является комплексная помощь лицам, входящим в группу повышенного риска развития наркологических заболеваний, и лицам, страдающим зависимостью от ПАВ. Так, в отделении медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» помощь пациентам в области социальной поддержки и социального сопровождения ведется на протяжении всего этапа реабилитации в тесном сотрудничестве с различными организациями: УМВД, УФСИН, УФСКН, УФМС и Пенсионным Фондом России по Забайкальскому краю, органами опеки и попечительства, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, всеми заинтересованными министерствами и ведомствами.

Социальные работники наравне с врачами психиатрами-наркологами, психотерапевтами, клиническими и медицинскими психологами включены в бригадный метод реабилитации, который организован в отделении.

Первичная социальная диагностика пациента дает ясную картину его экономического, жилищного положения, наличия обязательных документов, отношений с семьей, общий социальный статус на настоящий период времени. План социального сопровождения для каждого пациента определяется индивидуально, исходя из того, что на данный момент является первичным, от чего следует оттолкнуться в дальнейшей работе, к какому периоду реабилитант будет готов самостоятельно ориентироваться в общественной жизни, возобновлять утраченные связи, способности, знания.

Пациентам, утратившим документы (паспорт, СНИЛС, ИНН, военный билет), предлагается помощь в их восстановлении, денежные средства на оплату гос. пошлин, услуг фотографа изыскиваются путем привлечения родственников, готовых оказать помощь, бывших реабилитантов, уже имеющих постоянное место работы, служителей православной церкви, негосударственных организаций. Так, за время работы отделения такая помощь была оказана всем реабилитантам, не имеющим документы и финансовые средства на их оформление.

Взаимодействие с комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, реабилитационными центрами для несовершеннолетних, органами опеки края, также занимает важное место в работе социального работника реабилитационного отделения, являясь связующим звеном между пациентками и представителями направивших организаций. Усилия специалистов отделения в конечном итоге направлены на восстановление утраченных прав матерей, возвращение детей в семью в случае успешного завершения лечения.

Отработана схема взаимодействия с Министерством труда и социальной защиты населения Забайкальского края и подведомственными ему учреждениями. Комплексные центры социального обслуживания охотно оказывают помощь в поиске родственников тех реабилитантов, у которых связь с родными потеряна. В 2014 году между Министерством здравоохранения Забайкальского края и Министерством труда и социальной защиты было заключено Соглашение о сотрудничестве, в рамках которого осуществляются мероприятия по реабилитации и дальнейшей ресоциализации пациентов, выделяется путевка и осуществляется перевод из ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» в ГУСО ПКЦСОН «Солнышко» Забайкальского края.

В соответствии с законодательством РФ о занятости населения, с целью оказания помощи в трудоустройстве пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью и прошедшими курс реабилитации в отделении медико-социальной реабилитации ГУЗ КНД в 2015 году заключено Соглашение между Центром занятости населения г. Читы и ГУЗ «Краевой наркологический диспансер». Взаимное сотрудничество сторон дает возможность трудоустройства пациентов, прошедших реабилитацию, имеющих длительный перерыв в работе или не имеющих опыта работы. Еще находясь на лечении в отделении, пациенты имеют возможность устроиться на предложенную специалистами работу, а встав на учет в Центр занятости, пациенты получают пособие по безработице, осваивают курс новых специальностей.

Следует отметить, что немало внимания уделяется и творческой составляющей реабилитационного процесса. На базе отделения медико-социальной реабилитации мероприятия, приуроченные к различным праздникам, готовятся силами самих реабилитантов. Свои творческие способности пациенты проявляют в украшении центра, сочинении стихов, исполнении песен, самостоятельно продумывая сценарии и костюмы.

Таким образом, социальная помощь, организованная на базе отделения медико-социальной реабилитации, способствует оптимизации функционального состояния пациента и обеспечивает возможность вести самостоятельный образ жизни, исключает барьеры во взаимодействии с окружающей средой и направлена на восстановление статуса самостоятельной личности с возвращением к активной общественной жизни.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЦИОНАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Богушевская Ю.В., Коростелева О.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В последние годы отмечается неблагоприятная тенденция к увеличению количества курящих женщин репродуктивного возраста, в том числе и во время беременности. Общеизвестными являются сведения о нарушении нормального развития плода, его органов и тканей (повышение артериального давления, агрегация тромбоцитов при повышенной концентрации карбоксигемоглобина в крови), приводящие к хронической гипоксии и ее последствиям (Дикарева Л.В., Гаджиева П.Х., Полунина О.С., Давыдова И.З., 2014).

Курение является одним из факторов, который влияет на увеличение уровня перинатальной смертности. Практикующие специалисты отмечают ухудшение соматического фона, обострение экстрагенитальной патологии у беременных на фоне табакокурения. По разным данным, 52-55% беременных являются курящими, а 20-25% из них курят на протяжении всей беременности.

Актуальность проведения настоящего исследования связана с попыткой профилактики патологии развития ребенка вследствие курения табака беременной женщиной. Существует достаточно много методов терапии табакокурения и табачной зависимости: психотерапия, рефлексотерапия, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Ведущими в этом комплексе являются психотерапевтические методы, с помощью которых достигается необходимый уровень мотивации и готовности пациентов отказаться от курения (Рыткис И.С., 2012). На наш взгляд, для достижения данной цели наиболее эффективно использовать рациональную психотерапию.

Целью данного исследования является проведение рациональной психотерапии табакокурения у беременных в I триместре и оценка ее эффективности. Задача рациональной психотерапии состояла в том, чтобы женщина осознала стереотипы и причины употребления табака, неэффективность курения как способа решения проблем; информирование о возможных негативных последствиях табакокурения для плода; формирование мотивации для отказа от курения не только во время беременности, а ведение здорового образа жизни.

Для оценки эффективности проведенной психотерапии использовались следующие методики: оценка никотиновой зависимости (тест К. Фагерстрема), мотивация к отказу от курения (методика Ж. Лагрю), сравнение количества выкуриваемых сигарет до и после психотерапии.

Нами были подобраны методические приемы, психотерапевтические техники и критерии оценивания эффективности проведения рациональной психотерапии применительно к табакокурению у беременных в I триместре беременности. Реализация данной психотерапевтической программы проходила 3 этапа – диагностический, терапевтический и оценочный. Психотерапевтическая программа проводилась во время стационарного лечения. Эффективность рациональной психотерапии по завершению курса является важным условием для развития медицинской помощи, так как только объективная и профессиональная оценка эффективности психотерапевтического метода позволяет выбрать для широкого внедрения в практику здравоохранения реальные, рентабельные методы и формы помощи при отказе от табакокурения. Выделяют следующие критерии оценки эффективности помощи в отказе от табакокурения: полный отказ на определенный срок (дни, недели, месяцы, годы); снижении интенсивности – на сколько снизилось количество выкуриваемых за день сигарет; изменение мотивации на отказ от курения (Левшин В.Ф., 2012).

Рациональную психотерапию табакокурения прошли 30 беременных женщин (срок беременности – I триместр), находящихся на стационарном лечении в отделениях патологии беременности областных учреждений родовспоможения. Все обследованные являлись курящими. Критерием включения в терапевтическую группу было наличие низкой степени (психологической) никотиновой зависимости по тесту К. Фагерстрема. Нами проведено изучение социального статуса женщин по следующим параметрам: семейное положение, место жительства, образовательный уровень, трудовой статус, отношение к курению в семье.

Изучены также некоторые психологические аспекты беременности – планирование, ее желательность, осведомленность женщин в отношении последствий курения для плода и ее состояния здоровья. Средний возраст обследуемых женщин составил 23 года. Жителями города были 66,7%, остальные проживали в сельской местности. Большинство опрошенных имеют среднее профессиональное образование (66,6%), незаконченное высшее или являются студентами различных вузов г. Курска 26,7%, высшее профессиональное образование имели 6,7% обследуемых. 20% беременных имели статус безработных, 46% числились разнорабочими. Интересными представляются данные о том, что 66,7% обследуемых женщин не замужем, не проживают в гражданском браке. У подавляющего большинства – 73,3% беременность не была запланирована. Указанные сведения в некоторой степени отражают неоднозначное отношение опрошенных к желанию создавать семью, отсутствие планов иметь ребенка.

Средняя продолжительность табакокурения у них составила 5,4 года, что указывает на начало употребления табака еще в подростковом возрасте. При изучении причин употребления табачных изделий беременные указывали на факт курения отца будущего ребенка (у 93,3% беременных половые партнеры являются курящими), наличие стрессовых ситуаций на работе, во время учебы, конфликты в семье родителей. Парадоксальной причиной для курения является угроза прерывания беременности. С одной стороны, это осложнение должно стать поводом прекратить употребление сигарет, с другой – беременными оно переживается как стресс, способствующий продолжению курения. Предварительный анализ социально-демографических показателей курящих беременных женщин показал их неосведомленность в отношении медицинский последствий курения для плода, состояния их здоровья. Полученные сведения являются основанием для проведения психокоррекционных мероприятий, направленных на формирование мотивации для отказа от курения.

После проведенной нами рациональной психотерапии были получены следующие результаты. Увеличился уровень мотивация в отказе от табакокурения (различия соответствуют статистической тенденции – p -level 0,07). Снизилась степень никотиновой зависимости (p -level – 0,07, уровень статистической тенденции). Уменьшилось количество выкуриваемых сигарет в день (p -level – 0,04, обнаружены статистически значимые различия), до проведения психотерапии в среднем женщины выкуривали по 8-10 сигарет в сутки, после – по 2-3.

Таким образом, проведенная нами психотерапевтическая программа позволила повысить мотивацию у беременных женщин отказаться от табакокурения и начать формировать установку на здоровый образ жизни. Необходимо дальнейшее курирование женщин клиническими психологами женских консультаций в течение более длительного времени для поддержания установки на ведение здорового образа жизни и возможности полного отказа от табакокурения.

ОЦЕНКА УРОВНЯ АГРЕССИВНОСТИ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Бодагова Е.А., Арсаланова С.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В настоящее время в сложившейся социально-экономической ситуации проблема преступности несовершеннолетних стоит наиболее остро. Многие исследователи обращают внимание на ослабление роли семьи и девальвацию морально-нравственных норм, что неизбежно приводит к криминализации населения и росту общественно-опасных действий, совершаемых подростками. За последние 5 лет общероссийский показатель уровня преступности среди несовершеннолетних снизился, однако в Забайкальском крае идет неуклонный рост этого показателя: в 2013 году край занял 2-е место в РФ по преступности среди несовершеннолетних. Регион также входит в тройку лидеров среди субъектов с наибольшим удельным весом преступлений, совершенных непосредственно несовершеннолетними или при их соучастии.

В связи с этим, изучение социально-средовых и клинико-психопатологических особенностей подростков, совершивших общественно-опасные деяния, является важным аспектом для формирования мер превентивного характера.

Цель настоящего исследования: определение уровня агрессивности и клинико-психопатологических особенностей несовершеннолетних, совершивших общественно-опасные деяния.

Материалы и методы. Было обследовано 48 подростков в возрасте от 11 до 16 лет, находящихся в одном специальном учебно-воспитательном учреждении закрытого типа в Забайкальском крае. В данном учреждении находятся несовершеннолетние, совершившие неоднократные преступления, начиная от краж до агрессивно-насильственных общественно-опасных деяний, таких как причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, убийства, при этом не достигнувшие возраста уголовной ответственности на момент совершения деликта. Сроки пребывания в учреждении были от года до трех лет.

Настоящее исследование проводилось с помощью специально разработанной «Индивидуальной карты», включающей биографические данные, сведения из медицинской документации и личных дел подростков. Психометрическое обследование проводилось при помощи ряда методик: с целью диагностики агрессивного поведения подростков был использован опросник Басса-Дарки, проективные психодиагностические методики «Тест Руки» и «Несуществующее животное». При оценке личностных особенностей использовался патохарактерологический диагностический опросник (ПДО).

Результаты и обсуждение. Среди обследованных подростков было 96% мальчиков (n=46) и 4% девочек (n=2). Подавляющему большинству подростков, находившихся в данном учреждении закрытого типа, неоднократно инкриминировали правонарушения по следующим статьям УК РФ: кража (ст. 158) – 77%; грабежи (ст. 161) – 41,6 %; побои (ст. 116) – 37,5%; умышленное уничтожение имущества (ст. 167) – 27%. Подростков, совершивших агрессивно-насильственные общественно-опасные деяния (причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, убийства), на момент обследования в учреждении не было.

Более половины обследуемых – 58% (n=28) имеют наследственную отягощенность по алкоголизму одного или обоих родителей, 4% (n=2) – по наркомании, также у 4% (n=2) имелись случаи суицида в семье. У 25% (n=12) несовершеннолетних родители были лишены или ограничены в родительских правах, треть подростков – 35% (n=17) воспитывались в неполной семье, у 6% (n=3) воспитанием занимались опекуны; 19%

воспитанников имели полную семью и у 15% (n=7) не было сведений о составе семьи. Каждый второй подросток – 58% (n=29) воспитывался в малообеспеченной семье, треть семей 29% (n=14) являлись многодетными.

По данным медицинской документации, у 42% (n=20) подростков имеются задержки психического развития (F80-83), у 25% (n=12) – органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), у 10% (n=5) – органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями; 8% (n=4) имело социализированное расстройство поведения (F91.2) и 4% (n=2) – смешанное расстройство поведения и эмоций (F92), а 10% (n=5) подростков не имели диагноза по психическому расстройству.

При исследовании личностных особенностей по ПДО выявлено, что около половины обследуемых – 42% (n=20) не обнаруживают отчетливых признаков личностных расстройств, лишь только 19% (n=9) имеют эпилептоидный тип акцентуации, 8% (n=4) – неустойчивый тип, 6% – гипертимный, 6% – психастенический, 2% – шизоидный тип акцентуации, 12,5% (n=6) имели смешанный тип акцентуации. Также по данным ПДО обнаружено, что у 27% (n=13) имеется риск алкоголизации, 56,5% (n=27) обнаруживают тенденцию к употреблению ПАВ. Склонность к реакции эмансипации выявляется у 45,5% (n=22).

При исследовании уровня агрессии при помощи методики Басса-Дарки, высокий уровень индекса агрессивности (ИА) определяется лишь у 10% испытуемых (n=5) за счет таких показателей как «вербальная агрессия», «физическая агрессия» и «раздражительность». У половины воспитанников – 48% (n=23) индекс агрессивности был низким и у 42% (n=20) обследуемых этот показатель находился в пределах нормы. Индекс враждебности (ИВ) в 85% (n=41) случаев также находился в пределах нормы, только 15% (n=7) подростков имели высокий показатель ИВ за счет таких показателей как «обида» и «подозрительность».

Анализ данных, полученных при обработке психодиагностической методики «Тест Руки», показал следующие результаты: при расчете количественного показателя открытого агрессивного поведения (An) выявлено, что у большинства подростков – 62% (n=30) данный коэффициент был ниже нормативного показателя.

У 21% (n=10) воспитанников отмечается нормативный коэффициент и у 17% (n=8) испытуемых определяется надпороговый коэффициент открытого агрессивного поведения, т.е. агрессивность явно обнаруживается как тенденция или реальность поведения. Среди категорий ответов значительно преобладали ответы, относящиеся к категории «Коммуникативность» – 25%, также часто встречались ответы категории «Активность» – 22% (ответы, в которых рука проявляет тенденцию к действию, завершение которого не требует присутствия другого человека) и «Директивность» – 11% (эта категория включает ответы, в которых рука воспринимается как доминирующая, находится в ситуации превосходства, руководящая).

Анализ рисуночного теста «Несуществующее животное» показал, что подавляющее большинство испытуемых – 92% (n=44) обнаруживает низкий уровень агрессивности, среди них преобладали такие тенденции как боязнь агрессии, неуверенность в себе, страх и низкая самооценка. Всего у 8% (n=4) подростков уровень агрессивности достигает средних показателей, причем агрессия в таком случае носит защитно-ответный характер и лишь у 1-го испытуемого определена склонность к спонтанной агрессии. Высокий уровень агрессии не был выявлен ни у одного подростка.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что подавляющее большинство подростков, находившихся в специальном учреждении закрытого типа, воспитывались в семьях с низким социальным уровнем и в условиях гипопеки и безнадзорности. При этом более чем у половины обследуемых родители злоупотребляли алкоголем.

Установлено, что 42% подростков не имеют явных признаков личностных расстройств. В целом, испытуемые имеют низкие показатели агрессивности, что подтверждается результатами сразу нескольких психодиагностических методик по выявлению агрессии. Психологическое состояние подростков на момент обследования также не соответствовало их личностному портрету, описанному по результатам психолого-медико-педагогической комиссии, а также в личных делах воспитанников, где большая часть подростков имела такие характеристики как повышенная возбудимость, неуправляемость, немотивированная жестокость, агрессивность. Вероятно, данные особенности связаны с тем, что меры воспитательно-обучающего характера в «школе» на самом деле могут приводить к психологической коррекции поведения подростков. Делинквентное поведение обследованных до прибытия в учреждение, что собственно и являлось причиной помещения подростков в специализированное учреждение, можно рассматривать во многом как спровоцированное неблагоприятными средовыми (микросоциальными) факторами: алкоголизм родителей, безнадзорность, социально-педагогическая запущенность подростков.

ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НОВЫХ ВИДОВ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ

Бочкарева Т.К., Аксенова Н.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита. Россия

В последнее время наряду с классическими видами наркотиков, такими как опиаты, каннабиноиды, кокаин и психостимуляторы на наркорынке широко распространяются так называемые «дизайнерские наркотики». Это вещества, синтезированные на основе результатов молекулярного моделирования химических структур, способных взаимодействовать с биологическими мишенями (рецепторами) аналогично классическим наркотическим средствам. Психотропные препараты получают в результате научного исследования, но они не имеют официального одобрения для использования в медицине.

Часто эти вещества получают путём небольших изменений химической структуры известных лекарственных препаратов. Новые вещества могут быть очень похожи по структуре на известные запрещённые препараты, при этом сильно отличаясь по действию от «целевых» наркотиков. В других случаях химическая структура может быть совершенно непохожей на структуру известных препаратов, имеющих похожий фармакологический эффект.

Особенностями современного наркорынка являются: поставка новых и старых наркотиков (в 2013 году 651 веб-сайт продавал «легальные» психоактивные вещества европейцам; расширение сетей с сохранением анонимности в «теневом Интернете»; создание трудноконтролируемых транснациональных сетей.

По данным Европейской системы раннего оповещения, в 2013 году было синтезировано 81 новое психоактивное вещество. В России в 2013 году впервые обратились с синдромом зависимости от других наркотиков 3163 человека (к категории «других наркотиков» относятся все ПАВ кроме опиатов, каннабиноидов, стимуляторов и кокаина). В 2012 году эта цифра составила 2299 человек. Состояло под наблюдением с синдромом зависимости от других наркотиков в 2013 году 26 920 человек, что превысило показатель 2012 года (23 670 человек). Особую обеспокоенность вызывает высокий потенциал веществ, так как очень небольшие количества вещества позволяют производить

большое количество разовых доз. Например, если для производства 10 000 разовых доз необходимо 200 грамм чистого кокаина, то для производства того же количества доз понадобится всего 0,1 грамм карфентанила.

Очень актуальны медицинские аспекты проблемы «Дизайнерских» наркотиков:

- как правило, ни больной, ни врач не знают, с каким веществом имеют дело – имеются отличия в клинике отравлений, но они пока не изучены;
- диагностика затруднена, трудно дифференцировать с эндогенным заболеванием;
- у больных с IV стадией СПИД, как принимающих, так и не принимающих синтетические наркотические средства, симптоматика может быть обусловлена гнойным менингоэнцефалитом.

В связи со всем вышеперечисленным, возникает проблема диагностики новых синтетических веществ. Для привлечения к ответственности или к принудительному лечению необходимо диагностировать наличие наркотических средств или их метаболитов в биологических жидкостях человека. Для этих целей используются современные методы и приборы, обладающие высокой чувствительностью, селективностью и возможностью однозначно идентифицировать запрещенные соединения. Надежные аналитические данные – важные предпосылки в клинической и судебной токсикологии. Аналитическая стратегия может включать скрининг, подтверждение и идентификацию с последующим количественным определением необходимых соединений.

Скрининговые методы: иммунохимические; поляризационный флюороиммуноанализ; газовая хроматография; жидкостная хроматография.

Подтверждающие методы:

- газовая хромато – масс-спектрометрия (ГХ-МС);
- газовая хромато – масс-спектрометрия с квадрупольным спектрометром (ГХ-МС/МС);
- высокоэффективная жидкостная хромато – масс-спектрометрия (ВЭЖХ-МС);
- высокоэффективная жидкостная хромато – масс-спектрометрия с квадрупольным спектрометром (УВЭЖХ-МС/МС).

Главной целью скринингового исследования является установление факта присутствия и идентификация запрещенных соединений. Иммунохимические и иммуноферментные методы определения наркотиков основаны на анализе естественных антител. Общая рекомендация по их применению – последовательное использование двух разных скрининговых методов.

Используемые в наркологической экспертизе подтверждающие методы ГХ-МС и ЖХ-МС являются золотыми стандартами, благодаря универсальности, надежности, высокой чувствительности и специфичности. ГХ-МС и ЖХ-МС все больше и больше используются для всеобъемлющего скрининга и идентификации с помощью библиотеки данных и валидации количественных измерений наркотиков, лекарств, ядов и их метаболитов в различных матрицах. Объектами анализа в этих случаях могут выступить сыворотка, плазма, кровь, моча, слюна, пот, волосы, ногтевые пластины, ткани и др. В то время как в судебно-химических экспертизах преобладают подтверждающие приборы на основе ГХ с квадрупольным МС.

Перспективными приборами для проведения подтверждающих исследований являются: ГХ-МС с тройным квадруполем (для целевых задач); времяпролетный ГХ-МС с высокой разрешающей способностью; ГХ-МС ионной подвижности.

Новые возможности представляет амперометрический детектор (АД), который с высокой чувствительностью и селективностью может определять соединения с гидроксильной группой в бензольном кольце, либо соединения с третичным азотом, а это большинство самых опасных наркотиков (опиаты, каннабиноиды, героин, кокаин и другие).

РОЛЬ ВРАЧА ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Бутина М.А., Глушенков А.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Одним из направлений модернизации наркологической службы Забайкальского края является совершенствование профилактики наркологических расстройств среди всех возрастных категорий населения.

Профилактика – это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ФЗ РФ № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Мероприятия по профилактике наркологических расстройств на территории Забайкальского края проводятся в рамках реализации плана Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края на 2013-2016 годы и государственной программы «Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае на 2014-2020 годы».

Профилактические мероприятия часто имеют межведомственный характер, в их реализации объединяются усилия специалистов учреждений здравоохранения, УФСКН России по Забайкальскому краю, УМВД России по Забайкальскому краю, социальной защиты населения, образования, культуры, физической культуры и спорта, сельского хозяйства.

В профилактической работе врача психиатра-нарколога широко используются все виды профилактики: первичная (универсальная), вторичная (селективная), третичная (индикативная) – этап реабилитации. Особое внимание уделяется работе по вопросам первичной профилактики, наиболее массовой и ориентированной на детей, подростков и молодежь. Растет актуальность медико-социальной реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами.

В настоящее время врачами психиатрами-наркологами широко используется широкий арсенал разнообразных форм и методов профилактической работы, таких как лекции, индивидуальные и групповые беседы, видеодемонстрации, мультимедийные презентации, Круглые столы, Прямые линии и другие. Организуются антинаркотические межведомственные акции («Классный час», «Родительский урок», «Призывник-1,2», «Дети России», «Летний лагерь-территория здоровья», «Здоровье молодежи – богатство России»). Профилактические мероприятия проводятся в рамках Международного дня отказа от курения, Всемирного дня без табачного дыма, Международного дня борьбы с наркоманией и наркобизнесом, к которым приурочены ежегодные информационные декадни. Традиционным стало проведение Ярмарок здоровья.

Так, в 2014 году совместно с сотрудниками УФСКН России по Забайкальскому краю, краевого центра по борьбе и профилактики СПИД, центра «Семья» в рамках профилактической акции «За здоровый образ жизни» в 4 населенных пунктах района были проведены Ярмарки здоровья, Круглые столы с участием представителей администрации района, общественных деятелей и СМИ. Ежегодно в районы края организуются агитпоезда. Врачи психиатры-наркологи ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (далее – ГУЗ КНД) вместе со специалистами УГИБДД УМВД по Забайкальскому краю в 2014 году проехали по маршруту «Чита–Агинск–Могойтуй–

Ясногорск–Шерловая Гора–Борзя» с лекциями, беседами, видеодемонстрациями для населения по вопросам профилактики наркологических заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

Все профилактические мероприятия проводятся по заранее составленному плану, в котором врач психиатр-нарколог должен выступать одним из организаторов и исполнителем запланированных профилактических мероприятий. Учет и организация профилактических мероприятий проводится в тесном взаимодействии со специалистами кабинетов медицинской профилактики, которые организованы в каждом учреждении здравоохранения края. В области профилактики наркологических расстройств важна роль и других специалистов: подростковых врачей, врачей психотерапевтов, педиатров, терапевтов, гинекологов, неврологов, а также психологов, педагогов, социальных работников. За 2014 год психиатрами-наркологами прочитано более 3 тысяч лекций для учащихся средних и средне-специальных учебных заведений по профилактике употребления психоактивных веществ с общим охватом более 83 тысяч человек.

На современном этапе основными принципами профилактической работы являются: планомерность, системность, последовательность, доступность, положительное ориентирование, единство теории и практики, иллюстративность. Каждое мероприятие сопровождается распространением информационного материала для населения в виде буклетов, памяток, листовок. За 2014 год среди населения края распространено более 100 тысяч экземпляров наглядных материалов по профилактике употребления никотина, алкоголя, наркотических веществ и пропаганде здорового образа жизни.

Наиболее результативными в профилактике наркологических расстройств среди населения являются методы популяционной, массовой коммуникации – телевидение, радио, пресса. В районах края имеется возможность работы иногда только с периодическими печатными изданиями и данную возможность должны использовать врачи психиатры-наркологи, принимая участие в Прямых линиях, рубриках «Доктор советует», «Консультирует специалист», «Интервью со специалистом» и другие.

С 2002 года традиционными стали бригадные выезды специалистов ГУЗ КНД в районы края, приоритетным направлением в работе которых является организация профилактических мероприятий среди учащихся, их родителей и педагогов, а также раннее выявление потребителей психоактивных веществ среди несовершеннолетних. В 2014 году выполнено 4 бригадных выезда специалистов в Сретенский, Карымский, Улетовский, Оловянинский районы края.

Для улучшения наркологической ситуации в Забайкальском крае необходимо дальнейшее совершенствование и активизация профилактики наркологических расстройств среди населения края:

- реализация муниципальных целевых программ по противодействию употреблению психоактивных веществ;
- активизация межведомственного взаимодействия по вопросам профилактики наркологических расстройств;
- увеличение охвата населения гигиеническим обучением по профилактике вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики);
- обеспечение населения края наглядными материалами (буклеты, памятки, листовки) по формированию здорового образа жизни и профилактике наркологических расстройств.

МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2014 ГОД

Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Грешилова Л.И.
Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии с Положением о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации, Министерством здравоохранения Забайкальского края в 2014 году была продолжена работа по осуществлению мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае. Оценка развития наркоситуации на территории Забайкальского края осуществлялась с учетом 9 показателей и по 5 критериям: удовлетворительное, напряженное, тяжелое, предкризисное, кризисное.

В 2014 году наркоситуация в Забайкальском крае по показателю общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, как и в 2013 году оценена как «тяжелая», по показателю первичной заболеваемости наркоманией и первичной обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями – «удовлетворительная».

В соответствии с данными мониторинга, в Забайкальском крае в 2014 году первичная заболеваемость наркоманией увеличилась с 4,2 на 100 тыс. населения в 2013 году до 5,6 в 2014 году, но остается в 2,3 раза ниже показателя РФ (12,6) и в 3,1 раза ниже показателя СФО (17,1). Общая заболеваемость (болезненность) наркоманией в Забайкальском крае составила 105,7 на 100 тыс. населения, что в 2,1 раза ниже уровня РФ (227,2) и в 2,9 раза – СФО (303,5), и по сравнению с 2013 годом уменьшилась на 9,5%.

Результатом проводимой межведомственной профилактической работы является снижение первичной заболеваемости употреблением наркотических веществ с вредными последствиями (107,1) на 4%, по сравнению с 2013 годом (111,6). Однако, указанный показатель все еще выше российского (35,9) в 3 раза и показателя СФО (38,4) в 2,8 раза. 94% пациентов из профилактической группы наблюдения употребляют каннабиноиды.

Суммарный показатель общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2014 году по краю составил 461,2 на 100 тыс. населения, он превышает показатель РФ (371,8) на 24% и показатель СФО (460,0) на 0,3%. В структуре всех наркологических расстройств на потребителей наркотических веществ в 2013 году приходилось 23%, в 2014 году – 24%.

На 01.01.2015 года в Забайкальском крае на диспансерном учете с синдромом зависимости от наркотических веществ состоит 1152 человека, что на 61 человек меньше, чем в 2013 году. Проведенное в 2013-2014 гг. экспертное исследование позволило рассчитать коэффициент латентности пациентов с наркоманией – 2,5; следовательно, количество латентных пациентов с наркоманией может составлять около 3 тысяч человек. Среди лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, коэффициент латентности составляет 1. Таким образом, суммарное количество потребителей наркотиков может составлять около 7 тыс. человек.

В 2014 году умерло 43 пациента с синдромом зависимости от наркотических веществ. В сравнении с 2013 годом, число смертельных исходов при синдроме зависимости от наркотических веществ увеличилось в 1,7 раза. Количество смертельных отравлений наркотическими средствами по краю составил 1 случай (в 2013 году – 9 случаев), психотропными веществами – 4 случая (в 2013 году – 5 случаев).

Число пациентов с наркоманией, снятых с учета в связи с длительным воздержанием, в 2014 году составило 49 человек (2013 год – 44). В Забайкальском крае зарегистрировано 983 потребителя инъекционных наркотиков, что составляет 19,5% от числа всех зарегистрированных потребителей наркотических веществ (РФ – 64,7%, СФО – 64%). Удельный вес потребителей инъекционных наркотиков, имеющих ВИЧ-положительный статус, составляет 16,8% – 165 человек (РФ – 17,3%, СФО – 19,7%).

В Забайкальском крае сформирован региональный сегмент национальной системы медицинской и социальной реабилитации, который включает государственные организации, а также негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых.

Стационарная медико-социальная реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе отделения медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (далее – ГУЗ КНД). В 2014 году 15 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ находились на стационарной реабилитации (в 2013 году – 3), из них 13 – успешно завершили реабилитацию (86,7%). Кроме того, на базе подросткового отделения ГУЗ КНД прошли курс стационарной реабилитации 24 несовершеннолетних, употребляющих наркотические вещества с вредными последствиями. Амбулаторная медико-социальная реабилитация наркологических пациентов оказывается в 34 кабинетах врача психиатра-нарколога при центральных районных больницах, ГУЗ «Краевая больница № 3», ГУЗ «Краевая больница № 4», а также в ГУЗ КНД.

С целью дальнейшего определения состояния наркоситуации в Забайкальском крае, эффективности проводимой антинаркотической политики необходимо продолжить осуществление мониторинга и организацию мероприятий по снижению потребления наркотических веществ населением по следующим направлениям:

- дальнейшее взаимодействие с УФСКН, УМВД России по Забайкальскому краю, общественными, религиозными организациями по вопросам профилактики наркологических расстройств и реабилитации потребителей наркотических веществ;
- внедрение диагностических методик для обнаружения в биологических средах организма новых, в т.ч. синтетических наркотиков (спайсов);
- формирование среди населения навыков здорового образа жизни и негативного отношения к употреблению психоактивных веществ через средства массовой информации;
- внедрение в лечебный процесс современных методов и средств для лечения наркомании;
- совершенствование медико-социальной реабилитации пациентов – потребителей наркотических веществ, обратив особое внимание на совершенствование амбулаторной реабилитации пациентов.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2012-2014 ГГ.

Бунина М.В.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Численность детского населения (от 0 до 14-ти лет) по Забайкальскому краю на 01.01.2014 года составила 224 471 человек; на 01.01.2013 года – 221 896 человек; на 01.01.2012 года – 217 652 человека; из них в краевом центре (г. Чита) проживало 59 130; 57 613 и 55 494 человек соответственно

Детская психиатрическая служба Забайкальского края представлена стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью.

Общая болезненность детского населения Забайкальского края в 2014 году составила 3072,6; в 2013 году – 2978,9 на 100 000 детского населения, в 2012 году – 2927,6

на 100 000 детского населения, что незначительно выше такового показателя по РФ (2767,4 на 100 000 за 2011 год). Болезненность непсихотическими расстройствами в 2014 году составила 2483,6; в 2013 году – 2361,9; что выше, по сравнению с 2012 годом – (2246,2 на 100 000). При этом показатель по краю значительно выше общероссийского – 1955,7 на 100 000 в 2011 году.

Болезненность умственной отсталостью снизилась – с 589,5 в 2013 году до 535,0 в 2014 году. Показатель по краю в 2014 году значительно ниже общероссийского (721,3 на 100 000 за 2011 год). Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила в 2014 году 53,9; из них детская шизофрения – 4,5; РАС – 32,5 (данный показатель в 2012 году составлял 22,97 на 100 000). При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС – от 7,1 в 2012 году до 32,5 в 2014 году. Общая болезненность психотическими расстройствами и болезненность шизофренией в Забайкальском крае ниже таковых по РФ (90,5 на 100 000 за 2011 год). Структура болезненности психическими заболеваниями по г. Чите и Забайкальскому краю в 2014 году в целом существенно отличается. Так, среди детей – жителей краевого центра доля расстройств непсихотического регистра выше, а умственной отсталости, напротив, ниже, чем в целом по Забайкалью. Анализ болезненности детского населения районов Забайкальского края позволил выявить таковые с наиболее высокими показателями: Балейский – 3365,7 на 100 000; Газ-Заводский – 4592,8; Калганский – 4550,4; Ононский – 4933,7; Приаргунский – 3405,5; Улетовский – 4664,6; Хилокский – 3613,9; Чернышевский – 4814,3; КБ № 3 – 4515 на 100 000 населения, что в целом не существенно отличается от данных показателей последних 3-х лет.

Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения Забайкальского края в 2014 году составил 529,7 на 100 000 населения; в 2013 году он был 557,5; что ниже, по сравнению с 2012 годом – 591,3 и так же ниже среднего по РФ – 574,4 в 2012 году. Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2014 году составила 447,3, что ниже, по сравнению с 2013 годом – 482,2 и с 2012 годом – 515,9 на 100 000, а также ниже показателя по РФ в 2011 году – 483,1. Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2014 году составил 68,2, что ниже показателя за 2013 год – 70,8, и ниже показателя за 2012 год – 98,6. Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью продолжает снижаться (общероссийский показатель – 96,1 на 100 000 в 2011 году). Показатель заболеваемости психотическими расстройствами в 2014 году составил 14,3; в 2013 году – 4,5 на 100 000, в 2012 году – 1,4 на 100 000. Показатель же в РФ в 2011 году был 12,5. Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами выше показателей 2012-2013 гг., а так же выше общероссийского за счет большего количества выявленных расстройств аутистического спектра.

В целом, структура психической патологии у детей в 2014 году была близка к таковой по РФ, однако в 2014 году увеличилась заболеваемость РАС – 20 детей взято на учет, показатель составил 8,9 на 100 000 тыс. населения. Таким образом, за период с 2012 по 2014 гг. в Забайкальском крае отмечается снижение доли умственной отсталости и увеличение расстройств непсихотического регистра и психотического регистра (заболеваемости), вследствие чего, структура заболеваемости и болезненности в целом приближается к таковой по РФ. Выявленные тенденции, безусловно, являются благоприятными и, в первую очередь, свидетельствуют о ранней диагностике задержек психического развития (составляющих большую часть непсихотических психических расстройств), РАС и своевременной их коррекции.

За последние три года отмечено увеличение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края по психическим заболеваниям – от 369,8 на 100 000 в 2012 году до 407,9 на 100 000 в 2014 году (СФО 2013 год – 531,5; РФ 2011 год – 455,7).

Первичный выход на инвалидность в 2014 году (70,7 на 100 000) был кратно выше, по сравнению с 2012 годом (49,6 на 100 000), СФО 2013 год – 54,8; РФ 2012 год – 33,1 на 100 000. Ведущей причиной инвалидности по психическим расстройствам в детском возрасте, как и в прошлые годы, остается умственная отсталость, при этом в 2012 году показатель умственной отсталости был значительно ниже. В последние три года произошел рост показателей как общей (на конец соответствующего года), так и первичной инвалидности. Указанные данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края умственной отсталостью за период с 2012 по 2014 гг. В структуре инвалидности детского и подросткового населения, как и в прошлые годы, значительно преобладает умственная отсталость. Однако в целом за последние три года отмечено снижение доли умственной отсталости и увеличение органических непсихотических расстройств. Низкой по сравнению с данными по РФ остается инвалидность по шизофрении, что согласуется с показателями болезненности - заболеваемости детского населения.

Ведущая роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению Забайкальского края принадлежит диспансерному отделению ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского». В детском кабинете оказывается лечебно-диагностическая и консультативная помощь детям, состоящим на учете у психиатра и обратившимся впервые, в том числе обслуживаются вызовы на дому; осуществляются активные посещения на дому детей, находящихся на диспансерном учете («Д») и в группе активного динамического наблюдения («АДН»); осуществляются профилактические осмотры детей в детских домах и школах-интернатах. Число амбулаторных посещений у психиатра по городу Чите составило 8360 в 2013 году, 13 592 в 2014 году, из них 4479 (2013) и 5865 (2014) ребенка соответственно получили у психиатра курс лечебно-реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях. В 2013 году, а особенно в 2014 году в Забайкальском крае в целом увеличилось как число посещений – 20 494, так и число обращений по поводу заболевания – 12 447.

Оказание стационарной психиатрической помощи детскому населению Забайкальского края осуществляется на базе ГКУЗ «Краевая психиатрическая больница № 1»: в детском отделении, рассчитанном на 35 коек, для детей от 3 лет до достижения возраста 15 лет; в детском медико-психолого-педагогическом отделении, рассчитанном на 70 коек: 30 коек дневного пребывания и 40 коек круглосуточного пребывания детей в возрасте от 3 до 10 лет. В целом по детским отделениям ГКУЗ «КПБ № 1», рассчитанным на 105 коек, план работы койки выполнен на 97,9 % в 2014 году; на 112 % в 2013 году; на 94,8 % в 2012 году. Средние сроки пребывания детей в отделениях составили 35,6; 61,6; 41,4 дней соответственно, оборот детской психиатрической койки 8; 7,7 и 6,7 соответственно. В нозологической структуре детского отделения преобладает доля органического непсихотического расстройства – 42,7 %, (39 % в 2013 году, 19 % в 2012 году); доля умственной отсталости – 17 % (19 % в 2013 году; 35 % в 2012 году) снижается, но остается высокой; органическое легкое когнитивное расстройство составляет – 21,5 % (16 % в 2013; 14 % в 2012), расстройства поведения 9,7 % (11 % в 2013; 14 % в 2012); задержка психического развития – 2 % (2 % в 2013; 5 % в 2012); доля шизофрении составила 2 % (3,8 % в 2013; 3,4 % в 2012); аутизма – 1 % в 2014 году. По сравнению с предыдущими годами, сроки лечения снизились значительно. В возрастной структуре ДМППО преобладает категория детей от 4 до 6 лет, которая составляет 46 % (44 % в 2013 году, 48 % в 2012 году) от общего количества выписанных детей. Это оптимальный возраст для проведения реабилитационных, лечебных и педагогических мероприятий. Традиционно 70 % (73 % в 2013 и 72 % в 2012) пациентов отделения составили мальчики.

В 2014 году в нозологической структуре пациентов 39,2 % занимает патология «задержка психического развития», что ниже показателя 2013 года – 41 % и 2012 года – 49 %; «органическое непсихотическое расстройство» – 26 % (2013 – 17 %; 2012 – 16 %).

Доля детей с различной степенью умственной отсталости составила 17,4 % (2013 – 18 %, 2012 – 18 %); ранний детский аутизм – 8,4 % (2013 – 4,5 %, 2012 – 3 %) среди выписанных детей. Дети с СДВГ составили – 16 % (по 7 % в 2013 году и в 2012 году). В 2014 году после проведения реабилитационных мероприятий у 390 (82 %) выписанных детей (86 % в 2013, 85 % в 2012) отмечалась положительная динамика в психическом развитии, 17,3 % – «без перемен» (14,5 % в 2013, 15 % в 2012); с диагнозом «психически здоров» было выписано 6 (1,2 %) человек. В 2014 году лечение больных осуществлялось в соответствии с Федеральными стандартами лечения и обследования детей с нарушениями в нервно-психическом развитии. При этом планомерно совершенствовалась комплексная модель лечебно-диагностической и коррекционно-педагогической реабилитации детей с различными нарушениями психического развития. Отрабатывались индивидуальные программы реабилитации с учетом клинических особенностей каждого ребенка, наличия сопутствующей патологии, реабилитационного потенциала, семейных и социальных условий.

С 01.08.2014 года на базе ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» создан центр для оказания помощи детям с РАС. Основными целями данного центра является медицинское, психологическое и педагогическое сопровождение детей и родителей. На базе отделения дневного стационара дети с РАС проходят диагностические и коррекционные мероприятия, при необходимости дети направляются в детское бюро МСЭ с целью первичного и повторного освидетельствования. В 2015 году больницей будет приобретен физиоаппарат «Полярис – Реамед», при использовании которого достигаются стойкие позитивные результаты, способствующие улучшению коммуникативных функций, нивелированию таких симптомов, как эхолалии и стереотипии, улучшающие развитие речевой функции. Также на базе больницы проводятся обучающие семинары для родителей с привлечением специалистов – психологов, работающих с детьми, имеющими РАС. Для этих целей в диспансерном отделении выделен кабинет для проведения обучающих занятий для родителей, а в дневном стационаре выделена специально оборудованная «экранная комната».

ОПЫТ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Бунина М.В., Павленко Ю.П., Липатова К.К.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Сегодня в Российской Федерации отсутствуют достоверные статистические данные о частоте встречаемости РАС и, следовательно, о количестве людей с аутизмом в стране. Даже по самым осторожным оценкам, в Российской Федерации не менее 350-500 тысяч людей с РАС различного возраста, но делается для них пока еще не достаточно, а средства массовой информации проблеме аутизма серьезного внимания не уделяют.

Непомерные траты на реабилитацию ребенка с аутизмом, в сочетании с переживанием депрессивного состояния от кажущейся безысходности, часто являются серьезной проблемой для родителей, воспитывающих больного ребенка. Для организации эффективного коррекционного воздействия, на одного ребенка с аутизмом требуется около 30-70 тысяч рублей в месяц. Около 80% детей с аутизмом – инвалиды.

С июля 2014 года в условиях дневного стационара ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского работает программа по диагностике и коррекции расстройств аутистического спектра. За отчетный период в отделении прошли обследование 65 детей в 2014 году и 20 в 2015 году, из них у 48 детей в 2014 году и у 18 за три месяца 2015 года был диагностирован аутизм. Число мальчиков было значительно больше и составило 94% от общего числа детей.

Диагностируется РДА в течение первых трех лет ребенка. Все дети имеют определенные черты: проблемы в развитии навыков коммуникации – отсутствие совместного внимания, нестабильный глазной контакт, конкретное восприятие информации, задержка в развитии игровой деятельности – ребенок не имитирует. Отсутствует воображаемая ролевая игра, сложно интерпретирует эмоции других. Не ориентируется в выражении лица и интонации голоса близких людей, не называет предметы, заменяет местоимение «я» третьим лицом, не следует инструкциям, разговаривает только об интересующих его вещах. Ограниченность интересов – предпочитает выполнять одно и то же занятие, играет в однообразные манипуляторные игры. Имеет очень узкий круг интересов, может носить только определенные виды одежды, ходить определенной дорогой. Предметы у него должны стоять на полке в строго определенном порядке. Многие дети имеют моторные стереотипы: повторяющиеся движения – потряхивание руками, раскачивание тела, кружение, прыжки на одном месте, перебирание пальцев перед глазами и вокальные стереотипы: повторение одного и того же звука и одной и той же фразы. Визуальные стимулы – непереносимость яркого цвета; аудиаторные стимулы – непереносимость ярких звуков; тактильные стимулы – непереносимость тактильного контакта, прикосновения, одежды; оральные стимулы – непереносимость вкуса, текстуры пищи; сниженная чувствительность к боли; ребенок слушает, не глядя в глаза; не способен находиться в общественных местах, где много людей. Планирование: проблемы удержания одной информации, пока работает с другой информацией, ребенок не умеет планировать на день вперед, не умеет ставить краткосрочные цели, не может контролировать свои эмоции и поведение, сложно переключается с одного задания на другое. Поведение: тревожность, интенсивные реакции на изменения в заведенном порядке; социально-неприемлемое поведение, с помощью которого ребенок добивается того, что он хочет.

Память: хорошая память на маршруты и карты, на музыку, на события (календарь), на распорядок дня. Визуальное восприятие: в развитии преобладают пазлы, сбор конструктора, рисование, сортировка и подбор картинок, визуальные последовательности (выстраивание в ряды машинок, кубиков, раскладывание шнурков, пробок от пластиковых бутылочек, детской посуды) – игра не носит характер сюжетной игры.

Основными маркерами заболевания до 24 месяцев жизни являются следующие признаки: ребенок не подражает к 12 месяцам; не гулит к 12 месяцам; не реагирует на свое имя к 12 месяцам; не показывает пальцем на предметы, чтобы привлечь внимание родителей к 14 мес.; не говорит фраз к 24 месяцам; теряет приобретенные речевые способности в любом возрасте; тратит много времени, расставляя предметы; постоянно играет в однообразные и манипуляционные игры; непостоянный глазной контакт; не улыбается, когда улыбаются ему; демонстрирует стереотипные движения тела или вокализации; не интересуется другими детьми, предпочитая играть в одиночестве.

В зависимости от возрастных периодов выделены следующие знаки неблагополучия: в возрасте 0-3 месяца у ребенка нет физиологической подстройки. Ребенку «неудобно» на руках у матери, матери «неудобно» держать, кормить ребенка, он быстро истощается в контакте, устает и пытается отстраниться. Мама не интересна ребенку, не задерживает взгляд на ее лице. Ребенок телесно гиперчувствителен. У мамы нет или мало инструментов, которыми она может успокоить ребенка. Мама не может успокоить ребенка даже кормлением. Комплекс оживления возникает не на маму, а на

игрушку, еду, а если и возникает на маму, то ненадолго. Не инициирует контакт с мамой. В возрасте от 3 до 6 месяцев, так называемом «золотом периоде общения», ребенок реагирует не на качество эмоции, а на интенсивность, у него не возникает разделенное переживание, либо возникает, но кратковременное. Нет реакции на изменение мимики, или реакция кратковременна; не возникает разделенного внимания. Не интересно взаимодействие по поводу игрушки. Есть только получение сенсорных ощущений и переживаний – продолжает исследовать сами предметы, так как не получает информацию от матери. Дети отвергают игры с «рваным» ритмом – «в ямку бух», «бабка сеяла горох», «ладушки». Нет реакции на игру «Ку-ку». От 6 до 9 месяцев нет страха «чужих». Ребенок не следует за мамой. Нет указательного жеста, вырастающего из «объединенного внимания». Нет циркуляторной игры – он кидает игрушку из кровати, мама поднимает и т.д. Нет лепета – не возникает связи ощущения и слова. Не откликается на свое имя. От 9 месяцев до года не запускается речь, как регулирующая функция (нет «Дай», «Кака», «Фу», «Бо-бо» и др.). Мама не имеет инструментов управления эмоциями ребенка. Жесты мамы не могут переключить внимание ребенка, или переключаются с трудом и на короткое время. Нет чувства края, чувства опасности. К полутора годам появляются первые фиксации. Стереотипия достигает невероятных бессмысленных размеров. Малыш не слушает книги, но любит их листать. Не исследует предметы функционально, а продолжает использовать их, как источник сенсорных переживаний. Часто не сидит на руках, если сидит, то вяло, прислонившись к маме, как к объекту – мебели, либо сидит, пока держат; отпустят – убегает.

Таким образом, все дети с РАС разнятся по своим проявлениям, но имеют два ключевых симптома: проблемы сотрудничества и повторяющееся поведение. Поведение очень сильно зависит от окружающей среды, ее смена может резко изменить поведение ребенка, так как ребенок является социально неадаптивным. Дети обладают совершенно различным интеллектуальным потенциалом. Такой симптом, как проблемы сотрудничества, сохраняются у такого человека в той или иной степени на всю оставшуюся жизнь. На первом этапе диагностики врач-педиатр либо семейный врач, либо врач-невролог наблюдает ребенка и собирает все возможные сведения от близких людей. В диагностике может использоваться тест СНАТ. Заподозрив РАС, ребенок направляется на консультацию к врачу-психиатру.

Помощь детям и их родителям оказывалась комплексно, на этапе диагностики, помимо клинического наблюдения, сбора анамнестических сведений и анализа медицинской документации, использовался адаптированный опросник «Нарушение обработки сенсорных сигналов: признаки и симптомы дисфункции», который несет в себе важную информацию о симптомах сенсорной дисфункции, помогает выявить гипосензитивность/гиперсензитивность ребёнка к тому или иному сенсорному раздражителю. Опросник включает в себя такие критерии, как тактильная (осязательная), вестибулярная, проприорецептивная, аудиальная, визуальная, социальная, эмоциональная, игровая дисфункции и дисфункция саморегуляции. С учетом полученных результатов, для каждого ребёнка разрабатывалась индивидуальная программа, целью которой являлось усиление, сбалансирование либо развитие обработки сенсорных стимулов центральной нервной системой.

При разработке индивидуальной программы учитывались реакции ребенка на изменения комфортной среды: реакции ребенка на физический и эмоциональный дискомфорт, способы успокоения, возможности взаимодействия с взрослыми и детьми, установление эмоционального контакта и выявление границ выносливости ребенка в контакте, определение границ допустимых ребенком сенсорных воздействий. Критерием адаптации являлись уровень самостоятельной активности ребенка и формы ее проявления. Индивидуальная программа составлялась с постепенным усложнением развивающих сред, в которые будет интегрирован ребенок, и с учетом доступных средств коммуникации все

дети условно подразделялись на детей с низкой активностью, детей с «полевым поведением» и детей со стереотипным поведением.

Для понимания дальнейшей тактики коррекционной работы необходимо было определить ведущее направление: развитие речи; навыков социального взаимодействия; воображения. В свою очередь, выбор направления зависел от потребностей конкретного ребенка. В одном случае необходимо было в первую очередь обучить его навыкам самообслуживания, в другом – снизить уровень тревожности, провести работу по снятию страхов, налаживанию первичного контакта, созданию положительного эмоционального климата и комфортной психологической атмосферы для занятий. На первых этапах работы часто более важно сформировать у ребенка желание учиться, чем добиться усвоения учебного материала.

Главная задача психолога, психиатра, музыкального терапевта заключается в построении доверительных отношений с ребёнком, ведь социальное взаимодействие – одна из проблемных сторон развития ребенка с РАС. На протяжении всей педагогической коррекционной работы программа видоизменяется в зависимости от достижения результатов и решения поставленных задач. Для родителей составляются рекомендации, предоставляются методические пособия и материалы, необходимые для дальнейшей педагогической коррекционной работы в домашних условиях.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ТЕРРИТОРИЙ СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Васильева Н.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

В последние годы многие исследователи отмечают рост непсихотических психических расстройств среди детей и подростков. Данные статистической отчетности, результаты эпидемиологических исследований в регионе Сибири выявляют довольно значительные различия показателей первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами детского-подросткового населения отдельных 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.

Нами было проведено сравнительное изучение показателей заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами детского-подросткового населения четырех территорий – Республики Бурятия, Томской, Кемеровской, и Омской областей.

Среди территорий СФО в 2011 году максимальный показатель первичной заболеваемости детского населения непсихотическими психическими расстройствами зарегистрирован в Алтайском крае (1559,2 на 100 тысяч детского населения), Томская область занимает второе место – 959,3 на 100 тысяч. Показатели на территории Бурятии относятся к числу наименьших (276,8 на 100 тысяч). Для подросткового населения СФО в 2011 году наибольший показатель, после Алтайского края, также отмечен в Томской области, минимальный в Омской области и республике Бурятия.

Изучение первичной заболеваемости детей непсихотическими расстройствами в Томской области в динамике за десять лет показало тенденцию к росту этих показателей с 830,0 в 1999 году до 1667,1 в 2008 году, при этом они превышают общероссийские в 1,5-2 раза. В структуре первичной заболеваемости детского возраста максимальный удельный вес имеют психические расстройства непсихотического характера 77% (2008 г.). Максимальные показатели первичной заболеваемости зарегистрированы в детской возрастной группе населения ТО, обратившегося впервые за консультативно-лечебной помощью, при этом за период 1999-2008 гг. наблюдается их отчетливый рост – с 530,7 (1999 г.) до 1266,1 (2008 г.) на 100 тысяч детского населения.

Показатели первичной заболеваемости консультативной группы лиц подросткового возраста в течение 10 лет колеблются от 603,2 (1999 г.) до 517,4 (2007 г.) и 295,3 (2008 г.) на 100 тысяч населения, не достигая показателей детского возраста, но превышают аналогичные для всего населения Томской области

Для городского детского населения первичная заболеваемость непсихотическими расстройствами выросла с 779,5 (2000 г.) до 1641 (2008 г.); в подростковой возрастной группе этот показатель достаточно стабильный – 436,8 (2000 г.) и 480,3 (2007 г.).

В общей структуре первичной заболеваемости детского населения Кемеровской области максимальный удельный вес занимают непсихотические психические расстройства, составляющие 60,4 и 62,7% (2000 г. и 2009 г. соответственно). Анализируя показатели первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами детского населения РФ, СФО и Кемеровской области, можно констатировать рост показателей по всем сравниваемым территориям, но максимальные значения отмечены в СФО, минимальные – в Кемеровской области. РФ занимает промежуточное положение. В Кемеровской области наблюдается рост интенсивных показателей с 2001 года, которые к 2006 году достигают максимального значения (592 на 100 тысяч детского населения), с последующим снижением до 386 на 100 тысяч населения.

Оценивая первичную заболеваемость по группам диспансерного наблюдения и консультативной помощи, можно отметить, что с 2000 года начинается интенсивный рост показателя консультативной помощи, к 2009 году достигшего 308 на 100 тысяч, и снижения показателя диспансерного наблюдения до 78 на 100 тысяч, что отражает современные тенденции детской психиатрической помощи.

Углубленный анализ первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами детского населения Омской области показал, что в общей структуре психической патологии они преобладают, их удельный вес колеблется от 67% (2000 г.) до 83% (2008-2010 гг.). Сравнительная динамика первичной заболеваемости по РФ, СФО и Омской области за период 2000-2010 гг. показывает, что на фоне стабильных показателей по РФ, в СФО и ОО отмечается рост показателей заболеваемости. Среди детского населения Омской области этот показатель увеличился с 402,6 (2000 г.) до 487,7 на 100 тысяч населения (2010 г.), с максимальным подъемом до 789,1 в 2008 году. В период с 2005 по 2009 гг. показатели по Омской области превышают аналогичные по СФО. При оценке первичной заболеваемости детей по группам диспансерного наблюдения и консультативной помощи, можно констатировать, что рост показателей происходит за счет консультативной помощи, с 368,9 до 439,5 на 100 тысяч, с наибольшим значением 710,33 (2008 г.), при стабильных показателях диспансерного наблюдения.

Максимальные показатели заболеваемости определяются среди городского детского населения ОО, с ростом от 819 (2003 г.) до 1477 (2008 г.) на 100 тысяч детского населения. Первичная заболеваемость сельского детского населения стабильна и показатели не превышают 120 на 100 тысяч населения.

Показатели первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами подросткового населения Омской области занимают промежуточное положение, они выше аналогичных взрослого населения, но ниже детских показателей. В

структуре заболеваемости подросткового населения за последние десять лет непсихотические расстройства со второй позиции переходят в 2002 году на первую. Так их удельный вес с 33% (2000 г.) увеличился до 56% (2002 г.) и 61% (2009 г.). При оценке динамических показателей первичной заболеваемости подростков, показатели по Омской области ниже средних по РФ и СФО, но за десять лет данный показатель по ОО с 191 (2000 г.) вырос до 235,3 на 100 тысяч (2010 г.), с максимальными показателями в 2002 году и 2005 году – соответственно 482,6 и 520,1 на 100 тыс. населения.

Для детского населения республики Бурятия так же отмечен рост показателей первичной заболеваемости непсихотическими расстройствами, но не достигающий уровня средних показателей по СФО. Республиканские показатели для подросткового населения имеют динамический рост, и существенно не отличаются от показателей детской популяции. Анализ возрастных показателей по группам: дети, подростки, взрослые, дает возможность оценить вклад возрастного фактора в заболеваемость и выявляемость непсихотических расстройств. По республике Бурятия в 2005 году максимальные показатели заболеваемости отмечены у детей (251,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста), минимальные у взрослых (46,4 на 100 тыс. населения соответствующего возраста). Показатели различались среди детского городского и сельского населения: в г. Улан-Удэ заболеваемость детей составила 466,7 на 100 тыс., в районах – 143,2 на 100 тыс., показатели взрослых не отличались. В подростковой группе более высокие показатели заболеваемости отмечены в сельской местности (183,9 на 100 тыс.), по сравнению с г. Улан-Удэ (129,0 на 100 тыс.).

Таким образом, максимальные показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера зарегистрированы среди городского детского населения Томской области, за последние 10 лет наблюдается их отчетливый рост, превышающий общероссийские показатели в 1,5-2 раза. Показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера подросткового возраста не достигают уровня детских показателей, при этом соответствуют общероссийским.

БЕЗРАБОТИЦА И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ С КОМОРБИДНЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Васильева С.Н.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

По данным М.Б. Бодмановской (2006), безработица у неработающих пациентов выступает в качестве фактора, утяжеляющего течение депрессивных и тревожных расстройств и случаи их коморбидного сочетания. Важность социальной поддержки для эмоционального благополучия человека, в том числе со стороны коллег по работе, подчеркивается многими исследователями. В связи с этим, мы предположили, что уровень социальной адаптации пациентов депрессивными расстройствами с коморбидным тревожным расстройством возможно в значительной степени зависит от трудовой деятельности.

Материал и методы исследования. На базе отделения аффективных состояний клиники ФГБНУ «НИИПЗ» нами было обследовано 140 пациентов (107 женщин и 33 мужчины). Из них основную клиническую группу составили 70 человек с

верифицированным диагнозом депрессивного расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия) и коморбидного тревожного расстройства (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, другие смешанные тревожные расстройства, агорафобия с паническим расстройством 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 ($45,6 \pm 12,7$ лет) и контрольной ($49,4 \pm 11,6$ лет) групп были сопоставимы ($p > 0,05$). Анализ нозологической структуры депрессивных расстройств в основной и контрольной группах указал на отсутствие статистических различий ($p > 0,05$). 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 3 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. С целью оценки уровня социальной адаптации обследуемых в зависимости от трудовой занятости все пациенты основной и контрольной групп были разделены на две подгруппы: работающие (основная группа – 41 чел. (58,6%), контрольная группа – 40 чел. (57,1%) и неработающие (основная группа – 29 чел. (41,4%), контрольная группа – 30 чел. (42,9%)). В подгруппу неработающих вошли пациенты с официальным статусом безработные, домохозяйки и пенсионеры. При межгрупповом сравнении распределение больных в зависимости от трудовой занятости статистически значимых различий не имело ($p > 0,05$, χ^2 -статистика).

Затем нами была проведена оценка уровня социальной адаптации в зависимости от трудовой занятости. Для основной группы анализируемые данные представлены в таблице 1, для контрольной группы – в таблице 2. Внутригрупповое сравнение данных, отраженных на таблицах 1 и 2, с использованием χ^2 -статистики, показало, что плохая социальная адаптация достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечалась у безработных, а случаи хорошей социальной адаптации – в группе работающих. Данная закономерность прослеживалась как в основной, так и в контрольной группах.

Ранговый корреляционный анализ по Спирмену подтвердил зависимость уровня социальной адаптации от трудовой занятости как в основной, так и в контрольной группах ($p < 0,05$). Мы предположили, что на полученные результаты мог повлиять фактор возраста, т.к. пациенты подгруппы неработающих (основная группа – $50,8 \pm 12,4$ года, контрольная группа – $53,6 \pm 11,4$ года) оказались достоверно старше больных подгруппы работающих (основная группа – $41,7 \pm 10,7$ года, контрольная группа – $46,3 \pm 10,9$ года) и в основной, и в контрольной группах ($p < 0,05$, t-критерий для независимых выборок). Данные различия в возрасте были обусловлены тем обстоятельством, что в подгруппах неработающих удельный вес пациентов пенсионного возраста был значительным (в основной группе – 48,3%, в контрольной – 56,7%).

При этом оценка влияния фактора возраста на уровень социальной адаптации пациентов показал, что с увеличением возраста пациентов ухудшаются показатели социальной адаптации ($p < 0,05$, корреляционный анализ по Пирсону, основная группа - $r = -0,29$, контрольная – $r = -0,25$). В связи с вышеизложенным, мы исключили из статистических расчетов пенсионеров: неработающие и работающие пациенты в обеих

группах стали сопоставимы по возрасту ($p > 0,05$, t-критерий для независимых выборок). Затем вновь проанализировали распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в основной и контрольной группах в зависимости от трудовой занятости.

Таблица 1

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в зависимости от трудовой занятости в основной группе

| Уровень социальной адаптации | Работающие | | Неработающие | |
|------------------------------|------------|-------------------|--------------|-------------------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| I подгруппа (плох.) | 6 | 14,6 | 10 | 34,5 [#] |
| II подгруппа (затрудн.) | 27 | 65,9 [#] | 17 | 58,6 |
| III подгруппа (хорош.) | 8 | 19,5 [#] | 2 | 6,9 |
| Всего | 41 | 100 | 29 | 100 |

Примечание: [#] $p < 0,05$, где [#] межгрупповые различия

Таблица 2

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в зависимости от трудовой занятости в контрольной группе

| Уровень социальной адаптации | Работающие | | Неработающие | |
|------------------------------|------------|-------------------|--------------|-----------------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| I подгруппа (плох.) | 3 | 7,5 | 9 | 30 [#] |
| II подгруппа (затрудн.) | 26 | 65 | 18 | 60 |
| III подгруппа (хорош.) | 11 | 27,5 [#] | 3 | 10 |
| Всего | 40 | 100 | 30 | 100 |

Примечание: [#] $p < 0,05$, где [#] межгрупповые различия

Таблица 3

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в зависимости от трудовой занятости в основной группе (с исключением больных пенсионного возраста)

| Уровень социальной адаптации | Работающие | | Неработающие | |
|------------------------------|------------|-------------------|--------------|-------------------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| I подгруппа (плох.) | 6 | 14,6 | 4 | 26,7 [#] |
| II подгруппа (затрудн.) | 27 | 65,9 | 9 | 60 |
| III подгруппа (хорош.) | 8 | 19,5 [#] | 2 | 13,3 |
| Всего | 41 | 100 | 15 | 100 |

Примечание: [#] $p < 0,05$, где [#] межгрупповые различия

Таблица 4

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в зависимости от трудовой занятости в контрольной группе (с исключением больных пенсионного возраста)

| Уровень социальной адаптации | Работающие | | Неработающие | |
|------------------------------|------------|-------------------|--------------|-------------------|
| | Абс. | % | Абс. | % |
| I подгруппа (плох.) | 3 | 7,5 | 4 | 30,8 [#] |
| II подгруппа (затрудн.) | 26 | 65 [#] | 6 | 46,1 |
| III подгруппа (хорош.) | 11 | 27,5 [#] | 3 | 23,1 |
| Всего | 40 | 100 | 13 | 100 |

Примечание: [#] $p < 0,05$, где [#] межгрупповые различия

Полученные результаты представлены в таблице 3 (для основной группы) и 4 (для контрольной группы). Как видно из таблиц, пациенты основной и контрольной групп в подгруппе безработных (с исключением пенсионеров) имели более низкий уровень социального функционирования по сравнению с группой работающих. Так, удельный вес пациентов с плохой социальной адаптацией в подгруппе неработающих оказался больше, чем в группе работающих: в контрольной группе в 4 раза, в основной группе почти в 2 раза ($p < 0,05$, χ^2 -статистика). В отношении пациентов с хорошей социальной адаптацией

отмечалась обратная ситуация, их доля в группе неработающих уступала аналогичной в группе работающих: в основной группе – 13,3 и 19,5% соответственно, в контрольной группе – 23,1 и 27,5% соответственно.

То есть в основной группе уровень социальной адаптации в меньшей степени зависел от трудовой занятости, по сравнению с контрольной группой. Возможно, это связано с тем, что в случаях более тяжелой психической патологии (что может быть отнесено к случаям коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, в сравнении с депрессивными расстройствами без коморбидного тревожного расстройства) снижение соответствующих показателей в большей степени определялось негативным влиянием психического расстройства, чем безработицы.

При межгрупповом сравнении (между основной и контрольной группами) показателей уровня социальной адаптации у работающих пациентов, в основной группе отмечались более низкие показатели, чем в контрольной: частота встречаемости плохой социальной адаптации была выше, а хорошей – ниже ($p < 0,05$, X^2 -статистика). Вероятно, это связано с тем, что пациентам с более тяжелой психической патологией (что можно отнести к случаям коморбидности депрессивных и тревожных расстройств, в сравнении с пациентами, страдающими только депрессивными расстройствами) труднее справляться с профессиональными обязанностями и поддерживать отношения с коллегами по работе.

Выводы. Безработица является фактором, снижающим уровень социальной адаптации при депрессивных расстройствах, а в случаях коморбидности депрессивного расстройства с тревожным расстройством зависимость показателей социальной адаптации от трудовой занятости несколько ослабевает.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Власова Н.Г., Нечаева Т.О.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема наркомании и алкоголизма является актуальной в современном обществе. В настоящее время серьезную озабоченность вызывают масштабы распространения заболеваний, связанных с потреблением психоактивных веществ в Российской Федерации. Пагубные пристрастия разрушают генофонд нации, снижают трудоспособность, становятся бедой многих семей. Существуют разные средства решения проблем химической зависимости. Одним из видов эффективной помощи зависимым людям и их близким на сегодняшний день является создание программ в условиях оказания стационарной и амбулаторной помощи.

В «Краевом наркологическом диспансере» города Читы на базе отделения медико-социальной реабилитации, в марте 2013 года была создана программа «Багульник», основой которой является 12-шаговая психотерапевтическая система с учетом личностных особенностей пациента. Данная программа рассчитана в среднем на 3-6 месяцев и, помимо мер медицинского, психологического и психотерапевтического воздействия, социально-трудовой и духовной составляющей включает в себя работу с близкими зависимого человека, постреабилитационное сопровождение. Комплексная система психологического сопровождения реабилитации химически зависимых выстроена

в той же логике, что и весь реабилитационный процесс, в котором выделено 3 основных этапа.

Первый этап лечебно реабилитационного процесса – адаптационный (мотивационный), рассчитанный на 7-10 дней. В данный период происходит адаптация пациента к реабилитационной среде, его приспособление к распорядку работы по лечебно-реабилитационной программе. На этом этапе особенное внимание уделяется индивидуальным психотерапевтическим занятиям с пациентом с целью знакомства, сбора анамнеза, диагностики ожиданий и опасений пациента, а также выявления и создания мотивации на длительное лечение по программе. С учетом выявленной проблематики формируется программа тренинговой и индивидуальной психокоррекционной работы на всех этапах реабилитации.

Второй этап – базовый или интеграционный («этап погружения»). Его длительность составляет в среднем 60-90 дней. Данный этап представляет собой вхождение в реабилитационную программу, с реализацией комплекса психолого-коррекционных мероприятий, разработанных с учётом выявленных на первом этапе индивидуально личностных особенностей пациента. Психологическое сопровождение включает индивидуальное консультирование и психокоррекцию (в том числе коррекцию мотивации); активного включения пациента в групповой процесс (тренинг коммуникативных умений). К концу данного этапа проводится плановая (промежуточная) диагностика эмоционально-волевой, личностной и мотивационной сферы с целью выявления актуального состояния пациента, его личностных особенностей и ресурсов, а также наличия внутрличностных изменений (внутренней работы). По возможности продолжается психологическая и психотерапевтическая работа с родственниками пациента и терапия созависимости.

Одними из основных показателей положительной динамики реабилитационного процесса на данном этапе являются низкие показатели тревоги и отсутствие депрессивных состояний; появление стойкой мотивации на лечение; выработку навыков в организации своего времени и повседневной жизни, навыков саморегуляции; переосмысление представлений о себе (в результате психокоррекции, а также на основе обратной связи от участников группы); попыткам научения анализа происходящего в группе и рефлексии; расширение сферы осознаваемого в понимании поступков другого; выработку навыков конструктивного решения конфликтов.

Третий, стабилизационный (противорецидивный) этап реабилитации, продолжительностью в среднем 20-30 дней, посвящён планированию профилактики срыва – обучению пациента предвидеть предвестники срыва, выработке навыков тактики и линии поведения в конфликтно-стрессовых ситуациях, продолжению формирования устойчивой мотивации, установлению продуктивных отношений с близкими людьми. Психологическое сопровождение на данном этапе заключается в индивидуальном консультировании; групповой психокоррекции в виде тренингов личностного роста. Все эти мероприятия направлены на закрепление стойкой мотивации; отработку индивидуальных стратегий и тактик эффективного взаимодействия в социуме; устранение (компенсацию) личностных нарушений, поведенческих расстройств, стимуляцию личностного роста; формирование новых личностных качеств, ответственности за свое поведение и выработку стойких мотивов на отказ от употребления.

Целью заключительной психодиагностики (ретестирования) является оценка динамики проведённой терапии. Важно, чтобы в процессе этих занятий произошло осознание пациентом произошедших в нем изменений, были выработаны представления о том, чем данные изменения помогут ему в дальнейшей жизни, а также сформировалась мотивация на продолжение работы со специалистами. С каждым пациентом разрабатываются концепции индивидуального сопровождения в постреабилитационный период, т.к. после завершения программы стационарной реабилитации пациент

включается в программу амбулаторной поддерживающей терапии, направленную на усиление мотивов личностного и социального роста, на профилактику срывов и рецидивов заболевания. Продолжительность ее строго индивидуальна, определяется стабильностью интегрированности больного в общество, длительностью заболевания и стойкостью ремиссии.

Подводя итоги, следует отметить, что непрерывное психологическое сопровождение, в сочетании с преемственностью всех этапов реабилитационного процесса позволяет добиться более высокой эффективности реабилитационного процесса, показателями которого является стойкая ремиссия.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Гаврилова А.С.

Наркологический диспансер, Омск, Россия

Наркологические расстройства, являясь социально-значимыми, оказывают неблагоприятное влияние на экономическую и криминогенную обстановку, демографическую ситуацию. Злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) приводит к быстрому формированию зависимости и появлению все более тяжелых форм сопутствующей патологии, трудно поддающихся лечению, нередко приводящих к ранней инвалидизации и смерти больных.

Изучение тенденций развития наркологической ситуации позволяет дать оценку эффективности мероприятий по профилактике, ранней диагностике, лечению и реабилитации наркологических больных и медицинских последствий употребления ПАВ, в том числе среди несовершеннолетних, а также определить основные направления совершенствования деятельности работы по снижению распространенности наркологических расстройств.

Целью профилактических мероприятий наркологических расстройств в сохранении здоровья населения Омской области является сокращение масштабов потребления ПАВ, формирование негативного отношения к незаконному обороту и потреблению наркотиков и существенное снижение спроса на них.

Ведущим принципом организации работы Министерства здравоохранения Омской области и наркологической службы региона по снижению заболеваемости наркологическими расстройствами является межведомственное взаимодействие в профилактике, раннем выявлении, наблюдении, лечении и медико-социальной реабилитации больных.

В целях консолидации усилий всех заинтересованных министерств и ведомств деятельность строится в соответствии с основополагающими документами Российской Федерации: Стратегией государственной антинаркотической политики и Концепцией реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией. Для реализации положений этих программных документов в Омской области созданы региональные и ведомственные планы и долгосрочные целевые программы Правительства Омской области.

Наркологическая помощь на территории Омской области организована на принципах максимальной доступности и преемственности между подразделениями службы и представлена в виде современной трехуровневой системы, которая включает

амбулаторный, стационарный и реабилитационный этапы. В настоящее время показатели мощности подразделений службы соответствуют средним значениям по Сибирскому Федеральному округу. Работа построена в соответствии с федеральными стандартами лечения наркологических больных и Порядком оказания медицинской помощи по профилю «наркология».

Задачами наркологической службы Омской области являются совершенствование концепции и системы организации профилактики наркологических расстройств в регионе, мониторинг наркологической ситуации, раннее выявление и лечение наркологических больных, укрепление материально-технической базы службы, а также оказание постоянной поддержки и помощи в реализации профилактических программ, обучение специалистов различных ведомств, работающих в сфере профилактики.

В наркологической службе Омской области на 1 января 2015 года состояло на учете 32 210 человек с наркологическими расстройствами, в том числе 7 535 женщин, 864 несовершеннолетних. Из общего количества больных 24 247 человека злоупотребляют алкоголем; 7 460 человек – наркотиками; 403 человек – токсическими веществами.

Городских жителей состояло под наблюдением 17 738 человек (2013 год – 17 941 человек), из них несовершеннолетних 699 человек. В структуре распространенности наркологических заболеваний преобладают лица, злоупотребляющие алкоголем – 11 277 человек, злоупотребляющие наркотическими препаратами – 6 062 человека, злоупотребляющие ненаркотическими веществами – 399 человек.

Анализ эпидемиологической ситуации по распространенности наркологических расстройств среди населения в Омской области позволяет выстроить определенную систему профилактики, выделения группы риска развития наркологических расстройств, медико-социально-психологической реабилитации и коррекции, процесса взаимодействия специалистов различных ведомств, исполнительной и законодательной власти.

Исходя из объективных условий состояния наркологических проблем на территории Омской области и стратегии сдерживания наркологических расстройств, разработана концепция комплексной активной профилактики и реабилитации, которая предлагает в качестве кардинального решения проблемы профилактики наркологических расстройств объединение в единый комплекс медицинских, психотерапевтических, социальных, образовательных мер, обеспечивающих достижение общей цели. Такой методологический подход позволяет максимально опереться на уже имеющиеся ресурсы и возможности наркологической службы и возможности общеобразовательных учреждений, социальных служб, общественных организаций, а также использовать последние достижения современных образовательных, психологических и медико-социальных технологий в области профилактики наркологических расстройств.

В формировании системы профилактики немедицинского потребления ПАВ должны участвовать органы государственной власти всех уровней, органы местного самоуправления, общественные объединения и религиозные организации, в том числе специалисты образовательных, медицинских и культурно-просветительских учреждений, волонтеры молодежных организаций.

Система межведомственного взаимодействия в Омской области сформирована и активно функционирует, налажены связи, распределены функции. Дальнейшее развитие позволит улучшить систему раннего выявления наркологических больных и профилактики алкоголизма, наркомании, токсикомании среди различных групп населения. Необходимо обратить особое внимание на взаимодействие с учреждениями системы образования, молодежной политики, правоохранительными органами с целью повышения эффективности мероприятий по профилактике наркологических расстройств.

Ежегодными стали межведомственные профилактические массовые акции (Классный час, Родительский урок, Здоровье молодежи – богатство России, Интернет-урок, Летний лагерь – территория здоровья и др.), которые являются средством для

привлечения внимания различных целевых групп населения к проблеме злоупотребления ПАВ. Как показывает практика работы с населением, наилучший эффект достигается при объединении усилий в рамках социального партнерства на муниципальном уровне с обязательным привлечением средств массовой информации.

Мероприятия профилактики наркологических расстройств должны быть предназначены для всех категорий населения и созависимых, не только для лиц, находящихся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также для лиц групп риска немедицинского потребления наркотиков, но и социально благополучных.

Одним из предпочтительных направлений антинаркотической деятельности является включение в основные и дополнительные образовательные программы общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования разделов по профилактике злоупотребления ПАВ, а также программ, направленных на соответствующие целевые аудитории. При этом реализация целевых программ должна охватывать различные возрастные и социальные группы. В целом это дети и подростки в возрасте до 18 лет включительно (обучающиеся, воспитанники образовательных учреждений и осужденные в воспитательных колониях уголовно-исполнительной системы России), а также их семьи.

Стратегия профилактики предусматривает активность профилактических мероприятий, направленных на:

- формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у населения социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема ПАВ;

- формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, а также ресурсов семьи, обеспечивающих поддержку больного, начавшему употреблять ПАВ, сдерживающих его разрыв с семьей и помогающих ему на стадии социально-медицинской реабилитации при прекращении приема ПАВ;

- внедрение в образовательной и производственной среде инновационных педагогических и психологических технологий, обеспечивающих развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от «пробы» и приема ПАВ, а также технологий раннего обнаружения случаев употребления;

- развитие социально-поддерживающей инфраструктуры, включающей семью в микросоциальное окружение человека «группы риска» или страдающего наркологическим расстройством.

При планировании и разработке профилактических мероприятий учитывается объем данных, который необходим целевой аудитории по обсуждаемой проблеме. Для несовершеннолетних необходимо подчеркивать незаконный и социально неприемлемый характер употребления ПАВ, с формированием адекватных антинаркотических установок и прочих навыков социально-адекватного и безопасного поведения.

При проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию индивидуальных и групповых методов работы, а также методам прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из групп риска немедицинского потребления ПАВ, освоения и раскрытия ресурсов психики и личности, поддержки человека и помощи ему в самореализации собственного жизненного предназначения.

Предполагаемые результаты профилактической деятельности: развитие конструктивного поведения и навыков самоактуализации; формирование у человека нравственных качеств, представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни; уменьшение факторов риска, приводящих к безнадзорности, правонарушениям и злоупотреблению ПАВ в подростковой среде; возможность управлять своим поведением в различных ситуациях, избегая конфликтов во взаимоотношениях с родными.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕПРЕССИИ

Герасимчук М.Ю.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова,
Москва, Россия*

Актуальность: По данным ряда исследователей, в течение жизни депрессией страдают 16,2% населения (Kryger M.H., 2010), женщины – примерно в два раза чаще мужчин (Краснов В.Н., Незнанов Н.Г., 2009). Частота встречаемости биполярного аффективного расстройства (БАР) колеблется в пределах 3,7-5% (Judd L.L., 2003). Начиная с середины 20 века, прицельно изучается вклад хронобиологических механизмов в возникновении и течении аффективных расстройств. Наиболее показательными с этой точки зрения являются нарушения в цикле сна-бодрствования.

Цель: оценить нарушения цикла сна-бодрствования у больных депрессией.

Материалы и методы: в проведенном исследовании были обследованы больные (n=11), проходившие стационарное лечение с верифицированным диагнозом «Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии» (F 31.3). Мужчины – 6 человек (54,5%), женщины – 5 (45,5%). Возраст пациентов составил от 27 до 70 лет, средний возраст – 48,8±3 лет. Для установления диагноза были использованы критерии МКБ-10, оценка состояния больных производилась с помощью клинико-психопатологического и психометрического методов.

Результаты: клинически выраженные расстройства сна (снижение общей продолжительности сна, трудности при засыпании, частые ночные пробуждения, плохое самочувствие в утренние часы) были выявлены у 8 больных (72,7%). Более глубокие нарушения отмечались у лиц старших возрастных групп, у женщин чаще, чем у мужчин.

Выводы. Расстройства сна, относясь к облигатным признакам депрессии в рамках БАР, требуют особого внимания в целях своевременного выявления нарушений, грамотной диагностики, эффективного лечения и позитивного прогноза. В условиях ограниченного количества времени и большого числа больных нецеликом помощь практикующему специалисту могут оказать различные психометрические методики, достоверно отражающие отдельные аспекты нарушения сна каждого конкретного больного.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПОДРОСТКОВ

Гиёсова Н.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Семья – основной институт воспитания детей. Образцы поведения дети перенимают у своих родителей, поскольку именно родители определяют нормы оценки поведения. Дети часто играют роли своих родителей, поэтому очень важно предупредить закрепление дезадаптивных форм поведения ребенка путем психокоррекционной и консультативной работы не только с детьми, но и с родителями.

Начиная свою работу с подростками, психолог всегда должен помнить, что главное в отношениях с ними – это взаимоуважение и доверие. То, что говорит подросток, всегда должно оставаться тайной. Его проблемы можно обговаривать с родителями и педагогами

только по просьбе школьника или с его согласия. Утрата доверия, разглашение тайны, даже случайное, является для ребенка большой психологической травмой и может привести к непредвиденным последствиям. Подросток чрезвычайно активно стремится к изменениям, улучшению своего характера, часто ощущая даже ненависть к себе за свое «слабоволие» или «вспыльчивость». Поэтому одной из основных задач психолога является выявление главной проблемы подростка и четкая формулировка ее механизма, и четкие, однозначные направления в достижении цели, которые должны признаваться и самим подростком и окружающими. Выбор методов психологической коррекции должен проводиться в тесном контакте с ребенком. Обязательным шагом в психокоррекции подростка есть выявление особенностей его мотивации, поиск любых видов деятельности, связанных с положительными эмоциями (радостью, интересом, увлеченностью). Важно, чтобы в эту деятельность не включались элементы нежелательного, «проблемного поведения». С упором на такую положительную мотивацию возможна работа по достижению желанного изменения.

В работе с подростками «группы риска» эффективно использовать методы групповой психологической коррекции, ролевые игры. Это дает возможность ребятам рассмотреть свое поведение, как бы со стороны другого человека, т.е. объективно. Кроме этого ролевые игры дают возможность отработать навыки реагирования в сложных ситуациях. При комплектовании подростковых групп желательно, чтобы количество участников не превышало 5-7 человек, с учетом пожелания ребят, которые могут желать, чтобы группы были смешанными, либо раздельными. Желательно объединение в одной группе ребят с различной акцентуацией. Для овладения навыками анализа своего поведения и способов принятия решений, на групповых занятиях практикуется обсуждение произведений художественной литературы, кинофильмов, герои которых сталкиваются с такими же проблемами, что и участники занятий. В начале обсуждения ребятам предлагается перечислить возможные альтернативные варианты решения проблемы, без учета возможных последствий. После этого им предлагается выбрать одно-два решения с описанием их положительных и отрицательных последствий с учетом чувств героя, его окружения, давления, которое оказывают на него, его личностные особенности и пр. Аналогично можно проводить ретроспективный анализ жизненного решения кого-либо из участников группы, если, конечно, на то имеется его согласие.

Апробации и внедрения программы тренинг модификации поведения в практику показали, что организация работы с детьми, имеющими нарушения поведения, имеет свои особенности и принципиальные отличия от традиционных форм организации тренинговой работы. В ходе тренинга решались следующие задачи: осознание собственных потребностей; отреагирование негативных эмоций и обучение приемам регулирования своего эмоционального состояния; формирование адекватной самооценки; обучение способам целенаправленного поведения, внутреннего самоконтроля и сдерживания негативных импульсов; формирование позитивных моральной позиции, жизненных перспектив и планирования будущего. Предметом коррекции являлось не столько собственно агрессивное поведение детей, сколько мотивационный, эмоциональный, волевой и нравственный компоненты его регуляции. В рамках программы «Тренинг модификации поведения» дети не только начинают понимать социальные, возрастные и другие проблемы своих сверстников, но и причины своего неправильного поведения. Расширяются и пределы их терпимости, снижается порог агрессивности. Дети обретают способность контролировать свои стрессовые состояния, страхи, гнев, учатся адекватно реагировать на свои эмоциональные конфликты и прорабатывать их совместно с группой.

Наш практический опыт свидетельствует, что комплектование группы должно строиться исходя из двух основных принципов информированности участников и добровольности. При комплектовании группы важно использовать принцип информированности участников, дети заранее имеют право знать все о той работе, в

которой они будут участвовать. Поэтому с участниками тренинга проводится предварительная беседа о том, что такое тренинг, каковы его цели, какие результаты могут быть достигнуты. Известно, что для многих ребят, особенно подростков, необходимость противостоять натиску группы вызывает стрессовое состояние, поэтому тренировка является необходимым условием в умении отстоять свое мнение, даже когда другие думают иначе. Игра «Умей сказать «нет» дает возможность приобрести такие навыки. Например, разыгрывается такая ситуация, когда трое подростков приглашают четвертого принять участие в вечеринке, где соберутся незнакомые ему люди, и где приглашающие обещают ему какие-то сюрпризы. Разыгрывая эту ситуацию несколько раз и меняя состав участников и главного героя, подростки с помощью психолога должны прийти к выводу, что лучше всего действовать по такой схеме, называть вещи своими именами; твердо отказать, аргументировав свое мнение, предложить свой вариант.

Анализ результатов анкетирования, проведенных психологами как отечественными, так и зарубежными, подтверждает существование общепризнанных причин отклонений в поведении учеников негативное влияние окружения, в том числе и многих родителей; раннее укоренение вредных привычек (табакокурения, приема алкогольных напитков и даже наркотических средств). Кроме этого, каждая возрастная группа и каждый ребенок в отдельности имеет свои причины отклонения в поведении.

В работе по исследованию причин девиантного поведения школьников широко используются методы анкетирования и опросов, анализ которых, дает психологу возможность для применения дифференцированного подхода по коррекции, как к отдельному индивиду, так и к отдельным группам путем использования тренингов и психологических игр.

ОЦЕНКА НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЭТАПА РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ С УЧЕТОМ ФАКТОРА ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Главинский Р.Н.

Станция скорой медицинской помощи, Улан-Удэ, Россия

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Введение. Уровень самоубийств в России остается высоким, при этом в разных регионах РФ показатели суицидального поведения населения могут различаться в несколько раз, что может быть связано и с определенным влиянием этнокультуральных факторов (Положий Б.С., 2012). В республике Бурятия проблема суицида является также одной из самых актуальных медико-социальных проблем. Согласно данным Бурятстата, население республики Бурятия с учетом этнического фактора состоит из русских (66,1%), бурят (29,5%), прочих национальностей (4,4%). Показатели смертности по причине суицида в республике Бурятия в 2000 году составляли 83,8 на 100 тыс. населения, в 2004 – 80,7; в 2006 – 77,2; в 2012 – 73,4. Психотропная фармакотерапия, направленная на редукцию актуальных проявлений психического расстройства и последующей профилактики рецидивов заболеваний, способных привести и к рецидивам суицидального поведения, является основным методом терапии больных, страдающих психическими расстройствами и совершивших суицидальную попытку в условиях психиатрического стационара (Ворсина О.П. и др., 2013). В настоящее время актуальным представляется

исследование по дифференцированной оценке эффективности лечения суицидентов с психическими расстройствами с учетом их национальной принадлежности (Семке В.Я. и др., 2009).

Цель исследования: оценить нозологическую структуру психических расстройств и этап реконвалесценции в ходе психофармакологического лечения у лиц, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с попыткой суицида, с учетом этнического фактора.

Материал и методы исследования. Для осуществления поставленной цели были обследованы пациенты возрастной группы 18-65 лет, доставленные психиатрической бригадой скорой медицинской помощи в психиатрический стационар г. Улан-Удэ в связи с суицидальным поведением за временной интервал с декабря 2010 года по май 2013 года.

В последующем были сформированы две клинические подгруппы соответствующих пациентов с учетом их национальной принадлежности (бурят и русских) по 60 человек. Количество мужчин в группе славян составило 66,7%, а женщин 33,3%, у бурят 49,6% и 50,4% соответственно ($p > 0,05$). Средний возраст славян составил $47,4 \pm 8,6$ лет, бурят – $33,7 \pm 0,3$ лет ($p < 0,05$). Клиническое исследование проведено на базе Республиканского психоневрологического диспансера (г. Улан-Удэ). Диагностика психических расстройств осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Клинико-психометрическая оценка опиралась на использование шкалы глобального клинического впечатления (Clinical Global Impression). Оценка эффективности психофармакотерапии проводилась еженедельно в течение 4 недель. 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. Межгрупповые сравнения нозологической структуры психических расстройств у пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар после суицидальной попытки, в зависимости от этнической принадлежности представлены следующим образом. Среди русских расстройство личности составило 23,4% (14 чел.), у бурят 28,3% (17 чел.) ($p < 0,05$). Шизофрения среди русских 26,7% (16 чел.), среди бурят 30% (18 чел.); из них, параноидная форма среди русских 56,3% (9 чел.), период наблюдения менее года 31,3% (5 чел.), резидуальная шизофрения 12,4% (2 чел.) ($p < 0,05$); у бурят – 50,0% (9 чел.), 38,3% (7 чел.) ($p < 0,05$) и 5,5% (1 чел.) соответственно. Первичный депрессивный эпизод среди русских 18,3% (11 чел.) ($p < 0,05$) и 13,3% (8 чел.) у бурят. Рекуррентное депрессивное расстройство среди русских – 15,0% (9 чел.) ($p < 0,05$), биполярное аффективное расстройство 11,6% (7 чел.), среди бурят – 5,0% (3 чел.), 15,1% (9 чел.) ($p < 0,05$) соответственно. Алкоголизм среди русских 5,0% (3 чел.) и 8,3% (5 чел.) ($p < 0,05$) у бурят.

С учетом нозологии пациенты получали дифференцированную психотропную терапию. Так, пациенты русской национальности в качестве базисной психотропной терапии получали типичные нейролептики в 51,66% (32 чел.) случаев, антидепрессанты – 38,33% (23 чел.), нормотимики – 8,33% (5 чел.). Буряты в качестве базисной психотропной терапии получали типичные нейролептики в 63,33% (38 чел.) случаев, антидепрессанты – 20,0% (12 чел.), нормотимики – 11,66% (7 чел.), атипичные нейролептики – 5% (3 чел.). Статистически значимых различий средних доз психотропных препаратов и в частоте применения комбинированной психотропной терапии у пациентов выделенных групп выявлено не было ($p > 0,05$).

На этапе реконвалесценции наблюдались стертые циркуляторные колебания аффекта – у русских в 48,33% (29 человек), а у бурят 28,33% (17 чел.) случаев ($p < 0,01$); резидуальная астения – соответственно 31,66% (19 чел.) и 41,66% (25 чел.) ($p < 0,03$); резидуальная реактивная лабильность – соответственно 16,66% (10 чел.) и 16,66% (10

чел.); резидуальная депрессия – соответственно 3,33% (2 чел.) и 8,33% (5 чел.) ($p < 0,05$); резидуальная дисфория – соответственно 0% и 5,0% (3 чел.).

Заключение. Таким образом, анализ нозологической структуры психических расстройств и этапа реконвалесценции в ходе психофармакологического лечения у лиц, госпитализированных в психиатрический стационар в связи с попыткой суицида, с учетом этнического фактора, выявил, что среди пациентов русской национальности отмечается больший удельный вес первичного депрессивного эпизода и рекуррентного депрессивного расстройства, а среди пациентов бурят – алкоголизма и расстройств личности. На этапе реконвалесценции у бурят чаще наблюдалась резидуальная астения и депрессия, а также дисфория. Эти данные необходимо учитывать в контексте поддерживающей и профилактической психофармакотерапии.

РАСЧЕТЫ И АНАЛИЗ АЛКОГОЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Говорин Н.В., Сахаров А.В., Герасимова Я.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последние десятилетия в литературе широко обсуждается возможность существенного влияния алкоголя на высокие показатели смертности населения. В тоже время вопрос о связи потребления алкоголя и смертности является до конца не исследованным, в том числе ввиду отсутствия единых подходов к изучению этой проблемы и отсутствия соответствующего учета алкоголь-ассоциированных заболеваний. Тем более многие её нозологии стали учитывать лишь с 2005 года.

Целью настоящей работы стал анализ современной ситуации с алкогольной смертностью населения в Забайкальском крае.

Материал и методы. Для изучения алкоголь-ассоциированной смертности населения Забайкальского края были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в Государственном архиве Забайкальского края (с 1975 по 1994 гг.), ТО ФС Государственной статистики по Забайкальскому краю (с 1995 по 2013 гг.). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. По нашему мнению, смертность, непосредственно связанная с алкоголем, включает две основные группы причин – это отравления алкоголем и алкоголь-ассоциированные соматические заболевания, выступающие в качестве основной причины смерти.

В 2014 году распространенность смертельных отравлений алкоголем в Забайкальском крае составила 17,8 на 100 тыс. человек населения (в 2013 году – 22,8 на 100 тыс.), по величине этого показателя регион в прошлом году оказался на 13 месте в Российской Федерации; максимальной она была в 2003 году – 68,8 на 100 тыс. Частота таких случаев в нашем регионе по-прежнему в 2,7 раза выше, чем в среднем по России и в 2,1 раза выше, чем в СибФО, хотя в последнее десятилетие отмечается существенное снижение этого вида смертности. В 2013 году показатель отравлений алкоголем в сельской местности составил 23,8 на 100 тыс. человек населения, в городской – 22,2 на 100 тыс. Высокая смертность по этой причине регистрируется в трудоспособном возрасте – 26,0 на 100 тыс. населения в 2013 году. Среди умерших от случайных отравлений алкоголем преобладают мужчины, так в 2013 году в Забайкалье «мужских» отравлений

было 70,7% (176), «женских» – 29,3 % (73); соотношение 2,4 : 1. Показатель этого вида смертности в мужской популяции региона составил 33,6 на 100 тыс. населения в 2013 году, в женской – 12,8 на 100 тыс. соответствующего пола.

Наши расчеты показали, что на смертность от случайных отравлений алкоголем в Забайкальском крае в среднем за 2005-2013 гг. пришлось 2,4 % (3 468) от всей смертности населения края (142 395) и 12,0 % от смертности по причине внешних факторов (28 849). При этом доля смертности по этой причине в структуре общей смертности существенно снизилась за последнее десятилетие (с 3,8 % в 2005 до 1,8 % в 2014 году).

Что касается смертности от алкоголь-ассоциированных заболеваний, согласно МКБ-10, не вызывает сомнений смертельный исход у человека в результате следующих соматических причин алкогольной смерти: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; алкогольная полиневропатия; алкогольная миопатия; алкогольная кардиомиопатия; алкогольная болезнь печени; панкреатит алкогольной этиологии. Большую часть этих причин с 2005 года учитывают органы государственной статистики.

Показатель смертности от психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя, в Забайкалье составил в 2013 году 6,8 на 100 тыс. населения (в 1975 году он был 0,49 на 100 тыс. населения). В трудоспособном возрасте показатель смертности от данной причины в 2013 году был равен 7,3 на 100 тыс. При этом в мужской популяции региона он в 3,5 раза выше, чем в женской (10,7 и 3,1 на 100 тыс. населения соответствующего пола в 2013 году). Существенной разницы между показателями смертности от алкоголизма в сельской местности и городских поселениях не установлено.

Смертность от алкогольной болезни печени в регионе существенно выросла за последние 15 лет (с 0,5 на 100 тыс. населения в 1998 году до 10,7 в 2013 году). У лиц в трудоспособном возрасте показатель составил 10,8 на 100 тыс. в 2013 году. Среди умерших по причине алкогольной болезни печени закономерно преобладают мужчины, так в 2013 году в Забайкальском крае «мужских» смертей было 60,7 % (71), «женских» – 39,3 % (46); соотношение 1,5 : 1. Показатель в мужской популяции составил 13,5 на 100 тыс. мужчин, в женской – 8,0 на 100 тыс. женщин. В городских и сельских поселениях показатели смертности населения от алкогольных гепатитов и циррозов практически не отличались. Смертность по причине панкреатита алкогольной этиологии в нашем регионе за шесть последних лет остается стабильной, показатель в 2013 году составил 0,3 на 100 тыс. населения. Чуть выше смертность в результате алкогольной дегенерации нервной системы – 1,1 на 100 тыс. населения в 2013 году.

Показатель смертности по причине алкогольной кардиомиопатии, начиная с момента учета, имеет тенденцию к снижению в Забайкальском крае: с 59,1 на 100 тыс. населения в 2005 году до 19,0 на 100 тыс. в 2013 году.

При этом данный вид смертности у лиц в трудоспособном возрасте несколько выше, чем в общей популяции – 23,1 на 100 тыс. человек населения в 2013 году. Среди умерших по причине алкогольной кардиомиопатии значимо преобладают мужчины, так в 2013 году в Забайкальском крае мужчин в данной группе было 74,5 % (155), женщин – 25,5 % (53); соотношение 2,9 : 1. Показатель в мужской популяции составил 29,6 на 100 тыс. мужчин, в женской – 9,3 на 100 тыс. женщин. Кроме того, в сельской местности показатель смертности населения от данной причины существенно выше, чем в городских поселениях: 26,0 и 15,5 на 100 тыс. населения в 2013 году соответственно.

Если суммировать показатели приведенных причин смертности, то в среднем за 2005-2013 гг. алкогольная смертность от соматических заболеваний составила в Забайкальском крае 3,5 % (5 002) от всей смертности населения (142 395) за указанный период, при этом она имеет тенденцию к снижению – с 4,5 % в 2005 до 3,0 % в 2013 году.

Таким образом, при анализе полученных данных установлено, что прямые алкогольные потери (случайные отравления алкоголем и алкоголь-ассоциированная

соматическая патология) в среднем за 2005-2013 гг. составили в регионе 5,9 % (8 470) от всей смертности населения. За девять последних лет учитываемая алкогольная смертность снизилась в 1,7 раза (с 8,3 % в 2005 году до 4,9 % в 2013), что наглядно демонстрирует улучшение алкогольной ситуации в нашем субъекте. В 2005 году общий показатель алкогольной смертности составлял 143,2 на 100 тыс., в 2013 – 60,9 на 100 тыс. человек населения.

У мужчин прямые алкогольные потери существенно выше, чем у женщин (в 2,8 раза в 2005 году и в 2,6 раза в 2013 году). Среди лиц трудоспособного возраста данный показатель смертности также является высоким. При этом в динамике за 9 последних лет имеется отчетливая динамика снижения официальной алкоголь-ассоциированной смертности во всех группах в 2-2,5 раза. В структуре уменьшение показателей произошло за счет снижения смертности по причине случайных отравлений алкоголем и смертности от алкогольной кардиомиопатии.

Конечно, приведенные расчеты алкогольной смертности на основе официальных данных являются неполными и несколько заниженными, т.к. они не учитывают косвенную связь определенных причин смертности (в первую очередь, насильственных) с алкоголизацией населения.

Заключение. Таким образом, официальная алкоголь-ассоциированная смертность в Забайкальском крае составила за 9 последних лет 5,9 % от всей смертности населения региона. При этом расчеты, произведенные на основе учитываемых службой статистики данных, демонстрируют отчетливое снижение показателя алкогольной смертности в 2,4 раза (с 143,2 до 60,9 на 100 тыс. населения), которое произошло за счет уменьшения количества случайных отравлений алкоголем и умерших по причине алкогольной кардиомиопатии.

Полученные данные объективно свидетельствуют об улучшении алкогольной ситуации в нашем регионе, хотя ряд показателей остается еще существенно выше общероссийских. Особую озабоченность вызывает количество случаев алкогольной смертности у мужчин трудоспособного возраста.

ИТОГИ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД 2013-2014 ГГ.

Говорин Н.В., Ступина О.П.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

В рамках оптимизации психиатрической службы Забайкальского края в период модернизации в целом всей системы здравоохранения, была проведена огромная организационная работа в 2013-2014 гг. Приоритетным направлением в реформировании отечественной психиатрической службы является внедрение общественно-ориентированной модели оказания психиатрической помощи, которая характеризуется развитием амбулаторного звена, внебольничной, полустационарной и стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи. Данные современные организационные технологии предусмотрены Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах и расстройствах поведения».

По мнению многих организаторов психиатрической службы, совершенствование психиатрической помощи должно быть тесно связано с территориальными аспектами: социально-экономическими особенностями региона, экологией, особенностями распространенности, динамики и структуры психических и поведенческих расстройств среди населения.

Анализ основных статистических показателей распространенности и структуры психических и поведенческих расстройств среди населения Забайкальского края за последние 15 лет выявил тенденцию роста показателей до 2007 года включительно, особенно выраженную в 2001, 2003 и 2006 гг. (394,0 – 389,3 – 386,3 на 100 000, соответственно), с последующим снижением первичной регистрации лиц с психическими расстройствами до 283,1 на 100 000 населения в 2014 году, что в целом приближается к таковому по РФ (319,0, 2013) и в 1,5 раза ниже соответствующего по СибФО за 2012 год (432,6). В структуре заболеваемости в Забайкальском крае наметилась тенденция к снижению доли умственной отсталости, начиная с 2007 года, и к 2014 году этот показатель составил 28,0, что ниже такового по СибФО, однако в 1,3 раза выше общероссийского (22,1 на 100 000).

Высокие показатели болезненности психическими расстройствами в Восточном Забайкалье подтверждают указанную тенденцию, которую мы наблюдаем при изучении динамических показателей инвалидности, особенно среди трудоспособного возраста (в 2014 году – 65,7% от общего числа пациентов являются инвалидами). В Забайкалье пик роста инвалидности пришелся на 2000 год, когда показатель первичного определения стойкой утраты трудоспособности составил 96,6 на 100 000 населения (в РФ – 41,1 в 1999 году). В 2014 году показатель первичного выхода на инвалидность в крае составил 43,4; превышение забайкальского показателя над российским (27,1) составило 60%, в 2013 году превышение составляло 29%.

Сохраняющиеся высокие показатели первичного выявления и болезненности психическими и поведенческими расстройствами в Забайкальском крае, а также высокий уровень инвалидизации побудили нас к внедрению новых современных организационных форм.

Улучшение материально-технической базы психиатрической службы края за счет ввода новых корпусов Краевой психиатрической больницы в 2013 году, проведенная реструктуризация за счет объединения 3-х ЛПУ психиатрического профиля (Краевая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Краевой психоневрологический диспансер и Краевая психотерапевтическая поликлиника) позволило не только создать достойные условия для содержания психически больных, но и дало возможность реорганизовать психиатрическую службу нашего края в соответствии с «Порядками оказания медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами». Разработаны и внедрены новые современные организационные формы с акцентом на превенцию психических расстройств и на интеграцию ее в сообщество.

Объединение психиатрических ЛПУ позволило сократить количество круглосуточных коек на 104, увеличив при этом на 34 койки дневного пребывания.

На базе диспансерного отделения организовано отделение интенсивного наблюдения, с целью оказания неотложной помощи пациентам, нуждающимся в активной терапии, в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний для недобровольной госпитализации; отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях; кабинет активного диспансерного наблюдения и амбулаторного принудительного лечения.

Таким образом, стационарзамещающие формы позволят увеличить интенсивность и повысить эффективность деятельности созданного учреждения, что вполне определенно улучшит качество оказываемой медицинской помощи при уменьшении финансовых затрат на ее оказание.

Введение в практику новых организационных технологий позволит не только приблизить психиатрическую помощь к населению, но и будет способствовать сокращению числа повторных госпитализаций и сроков пребывания больных в стационаре. Эти показатели являются индикаторными в Программе развития здравоохранения до 2020 года.

Забайкальский край входит в группу регионов Российской Федерации со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств, в 2013 году показатель составил 54,0 на 100 тыс. населения, что в более чем 2 раза выше российского показателя. Столь серьезная ситуация по распространенности суицидов обязала нас организовать целостную по структуре кризисную службу в рамках реорганизационных мероприятий. В настоящее время служба представлена отделением « Телефон доверия», кабинетом медико-социально-психологической помощи и стационарным отделением для пограничных психических расстройств, в структуре которого имеются кризисные койки. За 2014 год показатель суицидов в Забайкальском крае снизился в сравнении с 2013 годом на 12,6% и составил 47,2 на 100 000 населения. На наш взгляд, в снижении показателя свой вклад внесла кризисная служба Краевой психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского за счет усиления профилактической работы с пациентами на более высоком профессиональном уровне.

Происходящая реорганизация психиатрической службы предполагает дальнейшее развитие геронтопсихиатрической помощи населению Забайкальского края. Открытие на новой базе специализированного стационарного отделения дало возможность оказывать пожилым пациентам помощь в достойных человека условиях. На базе отделения создан геронтопсихиатрический центр, который свою работу строит во взаимодействии с социальными службами города, внебольничной службой, где помимо амбулаторной помощи медицинская помощь оказывается в условиях стационара на дому. На базе геронтопсихиатрического отделения открыта палата интенсивной терапии для оказания неотложной помощи больным с соматопсихиатрической патологией.

Таким образом, необходимо отметить, что основными итогами оптимизации психиатрической службы является приближение ее к населению и преемственность между стационарной и внебольничной помощью. Объединение взрослой стационарной и внебольничной помощи позволило контролировать судьбу больных, выписанных из стационара во внебольничную сеть.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СМЕРТНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ САМОУБИЙСТВ

Говорин Н.В., Сахаров А.В., Мындускин И.В., Калашникова Н.М., Загузина М.В.,
Мишкилеева Д.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последние десятилетия проблеме суицидального поведения уделяется все больше внимания, особенно в аспекте их предотвращения. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2012 году в мире число смертей по причине самоубийств составило 804 тыс. случаев (11,4 на 100 тыс. человек населения), при этом их количество за последние 13 лет уменьшилось на 9,0%. В России также в прошедшие 10 лет наблюдалось отчетливое снижение смертности населения по причине самоубийств, в 2014 году показатель составил 18,2 на 100 тыс. жителей. Несмотря на положительную

динамику, суициды по числу уносимых жизней по-прежнему стоят на первом месте в структуре насильственной смертности.

Кроме того, следует отметить существенные региональные различия по распространенности смертности от самоубийств, которые составили в прошлом году в нашей стране более 600 раз. Это определяет необходимость изучения основных факторов, влияющих на величину суицидов в конкретных регионах.

При этом Забайкальский край по-прежнему входит в число субъектов РФ с максимальными показателями суицидной смертности населения – показатель в 2014 году был равен 47,1 на 100 тыс. жителей (четвертое место в стране).

Цель данного исследования: изучить основные эпидемиологические характеристики завершенных суицидов в городе Чите с 1993 года по 2014 год.

Материал и методы. Были проанализированы данные, полученные из карт вскрытий и журналов регистрации трупов Краевого бюро судебно-медицинской экспертизы за период с 1993 по 2014 годы. За исследуемый период времени в бюро СМЭ было произведено 47 135 вскрытий, из них на долю самоубийств пришлось 3 121, что составило 6,6 % от их общего числа.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Женщин (Ж) среди суицидентов было 17,6 % (548), мужчин (М) – 82,4 % (2573). Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом: дети до 15 лет – 0,8 %; подростки и молодежь до 20 лет – 6,1 %; лица от 21 до 30 лет – 24,5 %; от 31 до 60 лет – 54,2 %, 61 год и старше – 14,4 %. У женщин, в сравнении с мужчинами, на возраст 61 год и старше пришлось в 2 раза больше случаев (24,7 % и 12,3 % соответственно; $p < 0,001$).

При анализе сезонности самоубийств выявлен четкий весенне-летний подъем, со снижением количества самоубийств осенью и зимой. Исключением стал только январь (особенно среди мужского контингента), что, на наш взгляд, связано с возрастающей алкоголизацией населения в этот месяц.

Способы совершения самоубийств были следующими: самоповешение – 82,0 %; огнестрельное повреждение – 5,6 %; отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями – 3,6 %; медикаментозное отравление – 3,5 %; самопорезы – 2,2 %; падения с высоты – 1,8 %; самосожжение – 0,9 %; иные – 0,4 %.

У мужчин значительно преобладало самоповешение (85,4 %) и огнестрельные самоповреждения (6,7 %), самоотравления составили только 2,9 %; тогда как у женщин самоповешение составило 66,2 % ($p < 0,001$), самоотравления – 26,6 % ($p < 0,001$).

Установлено, что количество суицидов, совершённых в состоянии алкогольного опьянения, составило 54,5 % (М – 57,8 %, Ж – 39,1 %; $p < 0,001$). При анализе наличия опьянения в каждой возрастной группе, получены максимумы в возрастах 15-20 лет (58,4 %) и от 21 до 30 лет (64,6%), минимум – у детей (36,0 %) и старше 60 лет (31,0%).

Содержание этанола в крови, отражающее степень алкогольного опьянения, составило у мужчин $2,34 \pm 0,07$ ‰, у женщин – $2,31 \pm 0,08$ ‰. Распределение концентраций алкоголя в крови у суицидентов: 0,5‰ и менее – 4,5 %; 0,51-1,5‰ – 21,0 %; 1,51-2,5‰ – 36,4 %; 2,51-3,5‰ – 26,2 %; 3,51-4,5‰ – 8,7 %; 4,51-5,5‰ – 1,6 %; 5,51‰ и более – 1,4 %. Что свидетельствует о наличии в момент самоубийства тяжелого алкогольного опьянения или отравления алкоголем у 38,0% суицидентов (М – 37,9 %; Ж – 38,8 %).

Среди умерших с наличием алкоголя в крови 89,2 % заканчивали жизнь путём самоповешения, 6,5 % – путем самострела. В целом, при самоповешении в алкогольном

опьянении находилось 59,3 % суицидентов, при самострелах – 64,5 %, а при самоотравлениях – лишь 15,4 %.

Заключение. Таким образом, самоубийства преимущественно совершают мужчины молодого и трудоспособного возраста путем самоповешения. Женщины, в сравнении с ними, чаще совершают суициды в пожилом возрасте и в 9 раз чаще выбирают самоотравления.

При этом большая часть самоубийств у мужчин совершается в состоянии алкогольного опьянения (57,8 %), в структуре которого у 38,0 % наблюдается отравление этиловым спиртом. Кроме того, прием алкоголя способствует брутализации способов самоубийств, т.е. выбору более грубого и «надежного» способа.

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННЫХ ФАКТОРОВ НА РИСК РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Говорин Н.В., Штань М.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Известно, что в этиологии шизофрении наследственные факторы занимают важнейшее место. При этом реализация генетической уязвимости к шизофрении во многом определяется факторами провоцирования. Представляет интерес изучение и сезонных рисков манифестации шизофренических расстройств, т.к. инфрадианные биоритмы могут не только влиять на риск развития эндогенных психических расстройств, но и определять их клинические особенности (Мосолов С.Н., 2014). Работами Р.В. Mortensen (1999) было установлено, что сезон рождения и риск последующего развития шизофрении в странах северного полушария повышается в феврале-марте, тогда как в странах южного полушария риск рождения больных шизофренией повышается в августе-сентябре.

Целью нашего исследования является изучение влияния сезонных факторов на риск развития шизофрении среди населения Забайкальского края.

Задачи: 1. Изучить динамику рождений больных шизофренией по годам; 2. Оценить взаимосвязь между количеством рожденных больных шизофренией и днем недели, месяцем, значением по восточному календарю; 3. Изучить связь сезонных факторов, формы и типа течения шизофрении; 4. Оценить влияние различных фаз лунного цикла на риск развития шизофрении.

Материалы и методы. Проведен анализ 3496 амбулаторных карт пациентов (1793 женщин, 1703 мужчин), состоящих на учете в диспансерном отделении Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского с диагнозом «Шизофрения» (F 20), выставленным в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Годы рождения больных 1920-2004. Статистическая обработка производилась с помощью пакета Statistica 6.1, Microsoft Excel, достоверность различий определялась с использованием непараметрического парного критерия Уилкоксона.

Результаты и обсуждения. В результате анализа полученных данных выявлено, что большинство пациентов мужского пола рождены в 1977 году, а женского – в 1959 году.

«Пик» рождаемости для обоих полов приходится на июнь и составляет 12 % (352 абс.) от общего числа рожденных больных шизофренией. Второй «пик» для женщин приходится на январь, а для мужчин – на март. В остальные месяцы число рождений уменьшается и колеблется в пределах 7-8 % (261-291 абс.). Таким образом, можно

предположить, что наиболее частыми месяцами зачатия являлись весенние и осенние месяцы, в которые, как известно, растет распространенность вирусных инфекций.

В ходе исследования достоверная связь между числом рождений и определенными формами и типами течения шизофрении не была выявлена ($p > 0,05$).

В литературных данных не просматривается связь между рождением больных шизофренией и определенными днями недели, значением по восточному календарю. При анализе амбулаторных карт нами также не было выявлено данной взаимосвязи. Наибольшее число рождений приходилось на воскресенье – 16% (493 абс.), по восточному календарю на год тигра – 12,2 % (324 абс.).

В многочисленных работах выявляют связь между фазами лунного цикла и рядом психических нарушений, однако, в нашем исследовании не было выявлено четкой закономерности между числом рождений больных шизофренией и определенной фазой Луны. Так, процент рожденных больных шизофренией в третью четверть максимален и составляет 6,3% от их общего числа, в новолуние – 6%, полнолуние – 5,7%, первую четверть – 5% больных.

Выводы.

- Максимальное число рождений больных шизофренией в Забайкальском крае среди женщин было в 1959 году, среди мужчин – в 1977 году.
- Выявлена достоверная связь числа рождений больных шизофренией с месяцем рождения, причем в Забайкальском крае установлено два таких пика. Общим пиком повышенного рождения больных шизофренией как мужчин, так и женщин является месяц июнь; второй пик для женщин приходится на январь, а для мужчин – на март. По нашим предположениям данный факт, вероятнее всего, связан с влиянием вирусной инфекции как в период зачатия, так и ранний период беременности (осенне-весенние сроки зачатия).
- В исследовании не выявлена достоверная связь между числом рождений и определенными формами, типами течения шизофрении.
- По полученным результатам не прослеживается влияние определенных фаз лунного цикла на число рождений больных шизофренией, так как максимальное количество рождений совпадает с обычными днями.

СОДЕЙСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОМУ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ РОССИИ – ДЕНЬ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

История профессиональной помощи в области психического здоровья начинается в 1899 году, когда Томская городская Дума постановила: «...ходатайствовать, чтобы предложенная к постройке окружная для Западной Сибири психиатрическая лечебница для душевнобольных была построена вблизи г. Томска...». В 1908 году больница была принята комиссией, и тогда же прибыла первая партия больных. Лечебница должна была обслуживать 4 Сибирские губернии (Томскую, Тобольскую, Енисейскую, Иркутскую), а также Семипалатинскую, Акмолинскую и Забайкальскую области. Постепенно лечебница превратилась в крупный республиканский центр психиатрической помощи.

В 1992 году Всемирная Федерация психического здоровья предложила международной общественности ежегодно в октябре проводить Всемирный День психического здоровья, который предоставляет уникальные возможности: для общества –

сделать психическое здоровье всеобщим приоритетом и базовым элементом общего здоровья личности и ее благополучия; для бизнес-структур – проявить социальную ответственность; для широких слоев населения – возможность информирования и обучения, вовлечения в это массовое международное движение, получения безвозмездной профессиональной специализированной помощи; для служб здравоохранения – интеграции процесса лечения психических расстройств в деятельность многих учреждений в рамках реформы здравоохранения.

Цель данного исследования – анализ проведения Дня психического здоровья в НИИ психического здоровья, город Томск, Российская Федерация. Материалы и методы – документация о проведении Дня психического здоровья; данные о количестве посетителей клиник института в Дни «открытых дверей» за 20 лет с 1993 по 2012 годы (социально-демографические, общеклинические и лабораторные методы осмотра, анкетный опрос потребителей психиатрической помощи в 2010-2012 гг.).

С 1993 года ежегодно в октябре НИИ психического здоровья проводит день открытых дверей для всех жителей Томской области, посвящая этот день определенной тематике, которую объединяют основные проблемы в области психического здоровья. Так качество, социально-культурные, правовые аспекты психического здоровья были приоритетом в 1993-1995, 1998, 2007-2008 годах; психическое здоровье женщин – в 1996, безработных – в 2000-2001 годах, особое внимание уделялось психическому здоровью детей и подростков – 1997, 2002-2003 годы (Lebedeva V.F., 2012), лиц пожилого возраста (1999) (Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н., 2010; Гуткевич Е.В., Павлова О.А., Лебедева В.Ф., 2010), связи психического и физического здоровья, психосоматические расстройства определяли 2004-2005, 2010 годы (Семке В.Я., Якутенок Л.П., Лебедева В.Ф., 2010; Лебедева В.Ф., Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. и др., 2011); рискам самоубийств и депрессивным психическим расстройствам были посвящены 2006 и 2012 годы. Значение служб медицинской помощи, первичных, специализированных и служб профилактики освещали в 2009, 2011 годах (Gutkevich E.V., 2010; Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., 2013).

На начальном этапе подготовки формируется пакет документов, в который входят объявления о Дне психического здоровья для средств массовой информации (газет, радио, телевидения); письма спонсорам и благотворителям. Так, объявления о Дне психического здоровья включают информацию о времени и месте проведения «Дня открытых дверей», когда врачи, научные сотрудники института готовы оказать помощь в диагностике, лечении, психотерапии, психокоррекции в решении личностных, семейных, производственных проблем, которые могут быть причиной сниженного настроения, появления раздражительности, нарушений сна, повышенной тревоги, подавленности, головной боли». Обязательно приводятся данные о том, что «в клинике представлены современные методы исследования, такие, как энцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография, ультразвуковая диагностика, компьютерное картирование головного мозга, медико-генетическое консультирование, исследование иммунного статуса, психологическое консультирование по семейным проблемам». Подтверждается, что Институт психического здоровья «располагает достаточной терапевтической базой, лечебная помощь ориентирована главным образом на немедикаментозные виды терапии: различные виды психотерапии, КВЧ-терапия, физиолечение, иглорефлексотерапия, массаж, методы лечебно-физкультурной терапии». Завершается информационное письмо приглашением «всех, кто желает получить бесплатную консультативную помощь психотерапевта, психолога, психиатра, нарколога; у кого есть психологические проблемы личностного, социального, экономического плана. Мы поможем Вам разрешить Ваши проблемы, чтобы избежать кризисную ситуацию в Вашей жизни».

Спонсорам и благотворителям, социально-ответственным бизнес-структурам предлагается следующая информация о Дне психического здоровья: «НИИ психического здоровья в рамках Международного Дня психического здоровья традиционно проводит

День открытых дверей. День этот отмечается всеми цивилизованными странами. Цель акции – привлечение широкой общественности и государственных органов на вопросы охраны и укрепления психического здоровья населения. Ежегодно в День психического здоровья сотрудниками НИИ психического здоровья оказывается бесплатная помощь около 200 лицам. Это и психологические консультации, и специализированные приемы психотерапевтов, психиатров, наркологов, специалистов подростковой и геронтологической службы. Прием в этот день проводят высококвалифицированные специалисты, имеющие степень докторов и кандидатов наук. Можно пройти психологическое тестирование, если необходимо (по рекомендации врача) сделать ЭЭГ-исследование, пройти компьютерную диагностику состояния психического здоровья. Мы также приглашаем Ваших сотрудников и всех, кому необходима квалифицированная психологическая и психотерапевтическая помощь. Если Вам не безразлична судьба России, если в Вашем сердце есть сострадание к лицам, страдающим нервно-психическими расстройствами, мы ищем Вашу финансовую поддержку этой важной акции, направленной на реабилитацию душевно больных. Будем признательны и благодарны за любую помощь в лечении и профилактике лиц с психическими расстройствами». Наряду с письменными обращениями, информация о Дне психического здоровья звучит по телевизионным и радиовещательным каналам, размещается в Интернет-пространстве на официальном сайте института.

Были проанализированы данные за 2000, 2002, 2003 годы и за 2009, 2011 годы. Эти периоды выбраны, как отражающие наиболее общие положения в периоды социально-экономического, политического, организационно-правового развития российского общества, периоды до экономического кризиса 2008-2009 гг. и после него.

При сравнении двух периодов наблюдения определили, что число обратившихся во второй период (после кризиса 2008 года) увеличилось в 1,4 раза по сравнению с количеством обратившихся в периоды 2000-х годов. При этом в 1,1 раза выросло обратившихся за помощью женщин. В оба периода преобладали лица зрелого и пожилого возраста. В 3/4 случаев были диагностированы непсихотические психические расстройства, среди них – невротические, аффективные, органические и личностные расстройства, наркомании и алкоголизм определены в 15% случаев, эндогенные психические расстройства – в 10%. Однако во втором периоде наблюдений консультативная, срочная помощь оказана почти в 2/3 случаев по сравнению с первым периодом, что может характеризовать тяжесть психического состояния обратившихся.

Таким образом, необходимость проведения Дня психического здоровья обусловлена: во-первых, стремлением психиатров привлечь внимание широкой общественности к вопросам психического здоровья и вызвать интерес к обсуждаемой проблеме, формированием долгосрочных мероприятий по охране психического здоровья населения, созданием нового отношения к этой проблеме, развитию актуальных взаимоотношений между медицинскими учреждениями и социальными ведомствами; во-вторых, подобные мероприятия дают возможность всем желающим, имеющим проблемы в состоянии психического здоровья получить бесплатную, квалифицированную помощь и, в-третьих, анализ причин обусловленности психических расстройств, их нозологической принадлежности позволяет более эффективно проводить реабилитационные мероприятия, разрабатывать превентивные общемедицинские программы, ориентированные на повышение качества жизни населения.

Результаты 20-ти летнего уникального опыта проведения Дня психического здоровья в сибирском регионе России свидетельствуют о том, что службы охраны психического здоровья и оказания специализированной психиатрической помощи соответствуют социально-экономическим преобразованиям, происходящим в России. При этом решаются проблемы идентификации индивидуальной чувствительности к факторам окружающей среды, как внутренней, так и внешней; межнациональной толерантности;

латентной наркотизации и квалификации донозологических форм психических расстройств в населении. Все это говорит в пользу перспектив реализации принципов предикативной, превентивной, трансляционной медицины для укрепления психического здоровья популяции Сибирских регионов.

ОЦЕНКА РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ, УПРАВЛЯЮЩИХ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ

Дворин Д.В.

*Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия*

В последнее время в наркологический диспансер нередко обращаются лица, которым ранее был установлен диагноз наркомания, но в последующие годы они по тем или иным причинам находились вне поля зрения врачей-психиатров-наркологов. Больные заявляли, что длительное время вообще не употребляли какие-либо наркотические вещества и настаивали на снятие диагноза и соответственно восстановления их конституционных прав.

Прежде всего, это связано с принятым Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 № 1604 «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством». В данном Постановлении Правительства представлены два основных раздела:

1. «Психические расстройства и расстройства поведения (при наличии хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями): органические, включая симптоматические, психические расстройства; шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; расстройства настроения (аффективные расстройства); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; умственная отсталость.

2. «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (до прекращения диспансерного наблюдения в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением), в которое входит под п. 7. «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ F 10-F 16, F 18, F 19.

В соответствии с этим больные наркоманией, за которыми диспансерное наблюдение прекращено в связи со стойкой ремиссией (выздоровлением), могут управлять транспортным средством, в то время как при отсутствии ремиссии – нет.

Наиболее сложным и неразработанным остается вопрос об освидетельствовании данных лиц, как в наркологическом диспансере, так и в особенности при направлении их на судебно-психиатрическую экспертизу в рамках гражданского судопроизводства при отсутствии объективных сведений о воздержании больных от употребления наркотических средств. Сложность заключается в том, что в Постановлении речь идет вообще о водителях без указания видов категорий (А, В, С, Д), различных типов и видов транспортных средств и не учитывается «Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности» от 23.05.98 № 486, от 31.07.98 № 866, от 21.07.2000 № 546, от 08.05.2002 № 302, от 23.09.2002 № 695.

При освидетельствовании или проведении экспертизы приходится давать ответ на вопросы: 1. Страдает ли данное лицо в момент обследования наркоманией? 2. Находится ли в состоянии «стойкой ремиссии» (выздоровления)? 3. Если ли медицинские противопоказания к управлению транспортным средством?

Следует отметить, что давать заключения такого рода приходится не только в отношении водителей, но и других граждан занятых в различных сферах профессиональной деятельности. Например, при допуске к некоторым видам трудовой деятельности (Приказ МЗ РФ от 12.04.2011 года № 302); при выдаче лицензии на приобретение оружия (Постановление Правительства РФ от 21.07.1998 года № 814); проведении военно-врачебной экспертизы (Постановление Правительства РФ от 25.03.2003 года № 123); назначение лечения в соответствии со статьями 72.1, 73, 82.1 УК РФ, 178.1 УИК РФ (ФЗ РФ от 07.12.2011 года № 420 и ФЗ РФ от 25.11.2013 года № 313 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ»).

До настоящего времени действует Приказ Минздрава СССР от 12 сентября 1988 г. № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями», в котором установлен порядок постановки, а в случае выполнения больным всех назначений лечащего врача, соблюдение сроков явок в наркологические учреждения и наступления после лечения стойкой, объективно подтвержденной ремиссии, снятие их с учета. Наиболее важной задачей является формирование стабильных, длительных ремиссий являющихся важнейшим показателем оценки достигаемых результатов лечения, психотерапевтического воздействия на факторы, способствующие актуализации влечения и развитию рецидива болезни.

Под ремиссиями у больных наркоманиями понимается полное воздержание от употребления наркотиков и других ПАВ. Они могут быть спонтанными (возникать редко и, как правило, обусловлены тяжелыми соматическими заболеваниями или социальными последствиями наркомании) и терапевтическими. Динамика формирования и стабильность последних определяются влиянием социальных, клинических, терапевтических, биологических, средовых и индивидуально-психологических факторов, причем в большинстве случаев имеет место их взаимодействие.

К основным биологическим факторам относится: 1. Обострение патологического влечения к наркотикам (ПВН) в связи со спонтанным повышением уровня дофамина, возникающего без видимых причин и не укладывающееся в какой-либо закономерный, циклический процесс. Как известно, уровень дофамина прямо пропорционален выраженности ПВН. 2. Формирование ПВН в более раннем возрасте ведет к более злокачественному (безремиссионному) течению. Однако возможны и более благоприятные (малопрогрессирующие) формы болезни или «выход по взрослению». 3. Личностные особенности пациента: тяжесть заболевания прямо пропорциональна тяжести личностных девиаций. 4. Длительность заболевания и соматические последствия хронической интоксикации приводят к угасанию ПВН, а улучшение здоровья – к его усилению (феномен «сомато-психического балансирования»). 5. Проведение длительного, планомерного лечения, существенно влияет на профилактику ранних рецидивов заболевания, так как при лечении происходит воздействие на биологический субстрат.

К наиболее важным индивидуально-психологическим факторам, способствующим возникновению рецидива заболевания относится установка больного на лечение (соответственно, поддержание трезвого образа жизни), чем она менее сформирована, тем вероятнее рецидив заболевания. Данный фактор тесно связан с наличием и полнотой критической оценки своего состояния, мотивацией на поддержание трезвого образа жизни. Мотивация повышается «тогда, когда у больного удастся сформировать новые интересы, достаточно прочные и разнообразные, более привлекательные, чем опьянение».

К средовым причинам относятся в порядке их значимости следующие: 1. Возвращение в прежнюю компанию и связанное с этим поддержание псевдомодного, но

распространенного имиджа. 2. Внутрисемейные конфликты, когда требования, предъявляемые членами семьи к больному, изменяются на такие, как к «здоровой» личности. 3. Низкая трудовая занятость с увеличением конфликтов.

Анализ причин, способствующих формированию рецидива заболевания, показал следующее. На этапе становления ремиссии, помимо биологических, можно было наблюдать влияние индивидуально-психологических и средовых факторов. При удлинении, стабилизации и увеличении качества ремиссии ведущую роль в формировании рецидива приобретают биологические факторы. Данная тенденция наблюдается при увеличении длительности заболевания: психологические и социальные факторы при сравнительно небольшой длительности заболевания, в большинстве случаев глубина имеющихся психопатологических расстройств не достигает тяжелой степени. При прогрессировании заболевания и увеличении его длительности рецидивы чаще развивались под влиянием актуализации ПВН и мало зависели от внешних факторов, психогений.

При оценке ремиссий необходимо анализировать:

- эффективность проведенного лечения (самостоятельность обращения за медицинской помощью, длительность пребывания, отношение к лечению, имеющихся установок на воздержание от употребления ПАВ, повторность обращений, длительность ремиссий, причины срывов или рецидивов);
- уровень реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий) - критерии изложены в Приказе Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 года № 500 «О реабилитации больных наркоманией»;
- наличие или отсутствие основных психических нарушений: физической и психической (патологического влечения) зависимости, астенических и аффективных синдромов, поведенческих расстройств, интеллектуально-мнестических нарушений, эмоционально-волевою сферу (мотивации, критики), а также социальную адаптацию (отношений в семье, на работе и к окружающим), возможность влияния провоцирующих факторов.

Однако отдельные клинические проявления могут присутствовать и в ремиссии. Так, синдром зависимости характеризуется потребностью (часто сильной, иногда непреодолимой) принимать ПАВ (предписанное или нет врачом), алкоголь или табак; синдром отмены проявляется в виде так называемой «сухой абстиненции», при котором отмечается неярко выраженная симптоматика спонтанного влечения к ПАВ, появления алгических, вегетососудистых, эмоциональных, поведенческих расстройств; астенический (неврастенический) и аффективный (депрессивный, дистимический, дисфорический) синдромы, встречаются в менее выраженной форме; поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение и др.) наиболее неблагоприятны, так как больные пытаются любым способом приобрести ПАВ, а также втянуть в свои девиантные и делинквентные поступки, криминальные действия других пациентов, находящихся на реабилитации.

При сборе катamnестических сведений всегда существует проблема верификации имеющихся или отсутствующих объективных данных. Исходя из строгих критериев доказательной медицины оценка характера ремиссии должна осуществляться не от сведений от самих больных, а на основании объективных данных от лиц из ближайшего окружения (семьи, сослуживцев, соседей и т.п.), особенно характеризующих материалов с места работы и жительства, ОВД, медицинской документации как из медицинских учреждений психиатрического или наркологического профиля, так и лечебно-профилактических учреждений по месту регистрации или иных учреждений, в том числе данных динамического контроля токсико-химического исследования биологических жидкостей.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛАЕНСА НА АДАПТАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Демьянов И.А., Ткачук Н.В., Игнатьев А.Ю.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Введение. Вопрос адаптации в социуме пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших лечение в условиях психиатрического стационара привлекает внимание не только врачей-психиатров, но также организаций и лиц, задействованных в проведении социально-реабилитационных мероприятий, а также в осуществлении ухода и оплате амбулаторного лечения. Немаловажным фактором, влияющим на способность к адаптации в социуме пациентов с расстройствами шизофренического спектра, является длительность госпитализации. На что, в свою очередь, влияют социальное положение больного в обществе и особенность адаптации в социуме, а также преемственность и эффективность оказания стационарной и амбулаторной помощи.

Несмотря на постоянные усилия исследователей в разработке оптимальных методов, схем терапии и новых лекарственных препаратов, существуют аспекты, недостаточное внимание к которым может сводить на нет любые усилия специалистов. Одним из них является комплаенс, который обычно обозначают как согласие пациента следовать рекомендациям врача (Лапин И.П., 2000), что, безусловно, влияет на успех лечения и всех этапов адаптации пациентов.

Проблема соблюдения пациентами врачебных предписаний была актуальна всегда, а в последние годы интерес к вопросу комплаенса заметно вырос в связи с тем, что фокус внимания многих специалистов смещается с терапии состояний обострения к предупреждению рецидивов заболевания. Это придает проблеме соблюдения режима приема препаратов особое значение (Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2008) и определяет необходимость подбора оптимального соотношения фармакотерапии, психотерапии, активной психосоциальной реабилитации и адаптации (Семке А.В., Логвинович Г.В., 1995).

Цель исследования. Исследование степени комплаенса у пациентов с различными клиническими формами расстройств шизофренического спектра, оценка влияния приверженности терапии на качество их жизни и адаптацию в социуме. Определение типов адаптации и компенсаторно-приспособительных защит у пациентов с различным уровнем комплаенса, изучение преморбидных особенностей личности, предрасполагающих к улучшению или ухудшению комплаенса пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов проходивших стационарное лечение на базе отделения психотических расстройств в ГБУЗ «СКПБ №1», состояние которых соответствовало диагностическим критериям расстройств шизофренического спектра по МКБ-10 (F21.0, F22.0, F23.0, F25.0) на момент обследования. Возраст пациентов от 18 лет. Давность заболевания на момент обследования составляла не менее 1 года. В исследовании использовались: Шкала медикаментозного комплаенса (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007) и шкала оценки соблюдения режима терапии (MARS – medication adherence rating scale Thompson et al., 1999).

Результаты и обсуждение. Обследовано 60 пациентов, из которых 33 (55%) были мужчинами, 27 (45%) женщины. Давность заболевания в среднем составила $7 \pm 5,8$ года. Диагностическая принадлежность выборки оказалась следующей: Шизотипическое расстройство – 22 человека (36,67%), хронические бредовые психозы – 8 человек (13,33%), острые и транзиторные психотические расстройства – 17 человек (28,33%),

шизоаффективные расстройства – 13 человек (21,67%). При первой госпитализации необходимость поддерживающей терапии, по мнению самих пациентов, осознавали лишь 18 человек (30,0%), осознавали, но не следовали рекомендациям лечащего врача – 30 человек (50,0%), не осознавали и не следовали рекомендациям врача – 12 человек (20,0%). В течение года после первой госпитализации в психиатрический стационар было повторно госпитализировано 48 человек (80,0%), из них на фоне несоблюдения медикаментозной терапии или частичного несоблюдения – 39 человек (65,0%). У обследованных пациентов было выявлено следующее соотношение преморбидного склада личности и уровня комплаенса (по Шкале прогнозирования комплаенса в психиатрии): эпилептоидный – 42 балла, истерический – 40 баллов, тревожно-мнительный – 38 баллов, возбудимый – 24 балла, психастенический – 27 баллов, паранойяльный – 26 баллов. Соотношение типов адаптации (по Логвинович Г.В., 1987) и уровня приверженности терапии распределилось следующим образом: интегративный тип формировался при уровне комплаенса 38 баллов, интравертивный – 33 балла, экстравертивный – 31 балл, при уровне ниже 29 баллов формировался деструктивный тип адаптации. Благоприятные типы компенсаторно-приспособительных защит (по Логвинович Г.В., 1987), такие как «гуттаперчевая защитная капсула» и «экологическая ниша», формировались при уровне комплаенса 41 и 39 баллов соответственно. Менее благоприятные типы защит формировались при более низком уровне комплаенса: «укрытия под опекой» при уровне 32 балла и «социальной оппозиции» при уровне 27 баллов, что соответствует данным других исследований.

Выводы. Больные с расстройствами шизофренического спектра на протяжении первого года после манифестации заболевания в большинстве случаев либо не соблюдали режим приема медикаментозной терапии, либо полностью прекращали прием препаратов, что сочетается с низким уровнем осознания пациентами необходимости продолжения терапии. Самый высокий уровень комплаенса был отмечен у пациентов с такими преморбидными личностными типами, как эпилептоидный, истерический, тревожно-мнительный. Самый низкий уровень приверженности терапии был отмечен у пациентов с возбудимым типом личности.

Более благоприятные типы компенсаторно-приспособительных защит и типа адаптации формировались при более высоком уровне комплаенса, что позволяет говорить о прямой связи между уровнем приверженности терапии и адаптационными возможностями больных. Для увеличения приверженности терапии пациентов с расстройствами шизофренического спектра необходимо проведение индивидуальных бесед с пациентами, во время которых они должны получить исчерпывающую информацию о назначенных препаратах, особенностях их действия. Учитывая проявления анозогнозии у близкого окружения больных шизофренией (Лутова Н.Б., 2012), что вполне справедливо и для пациентов с расстройствами шизофренического спектра, и их отстраненность от проблем соблюдения больным приема лекарственных препаратов, даже при выраженности психопатологических симптомов, для увеличения комплаенса самих пациентов необходимо проведение психообразовательной работы в виде лекций, бесед с родственниками, подготовка раздаточных справочных материалов по наиболее часто возникающим вопросам.

К ВОПРОСУ О СТРАТЕГИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (КОМПЛАЕНС)

Джолдыгулов Г.А.

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии,
Алматы, Казахстан

Введение. По данным ВОЗ, более 50% пациентов с хроническими заболеваниями не придерживаются врачебных назначений (WHO, 2003). До 80% пациентов с шизофренией прекращают прием поддерживающей терапии в течение 1 года (Johnson et al., 1983; Hoge et al., 1990; Kasper et al., 1997; Nose et al., 2003), что обуславливает широкий спектр последствий: экономических (значительные государственные потери, связанные с повторными госпитализациями, потерей трудоспособности и проч.), медицинских (низкая эффективность терапии пациентов с шизофренией в силу неуправляемость процесса лечения), микросоциальных (разрыв микросоциальных связей больного) (Белюсов Ю.Б. с соавт. 2007; Rice, 1999; National Institute of Mental Health, 2002).

Цель исследования – установление особенностей формирования и динамики комплаенса больных с расстройствами шизофренического спектра.

Методы исследования – клинический (клинико-психопатологический, клинико-анамнестический), социометрический (анкетирование и интервьюирование). Основной рабочий инструмент – регистрационная карта, структурированное интервью.

Материал исследования: Общее количество больных 300. Нозологическая принадлежность – шизофрения (83%) и иные расстройства шизофренического спектра (17%). Продолжительность наблюдения – с 2005 года

1 группа (110 человек) – пациенты, госпитализация которых, на момент включения в исследование, была первой в жизни.

2 группа – пациенты, госпитализация которых, на момент включения в исследование, была повторной (неоднократной) и отражала рецидивы текущего верифицированного заболевания. (190 пациентов).

Результаты: установлено 2 основных варианта динамики комплаенса при терапии шизофрении.

Дрейфующий вариант (84%) – характеризуется постепенным исключением больного из системы связей микросоциального окружения (далее МСО). Для деятельности МСО свойственен реактивный характер терапевтической активности, коррелирующий со стабильно низким уровнем психообразовательной информированности. Реактивность терапевтического поведения МСО проявляется в том, что в начале заболевания (особенно при остром начале) наблюдается полная, но хаотичная комплаентность родственников в отношении любых специалистов, которые, по их мнению, могли бы оказать помощь больным. Семья готова сделать «что угодно», «поехать куда угодно», «достать любые лекарства» и проч. Однако, на фоне отсутствия психообразования членов МСО, временное улучшение состояния больного после первой госпитализации влекло за собой не критичный взгляд родных на заболевание и, как следствие, ложную уверенность, что все проблемы позади, что обуславливало поверхностное отношение к поддерживающей терапии и тем более к иным реабилитационным мероприятиям. Первая и последующие регоспитализации вызывали разочарование в психиатрической службе и окончательное «охлаждение» к мероприятиям, необходимым для ресоциализации больного. Итогом является внутрисемейный разрыв и социальная изоляция пациента, который становится обузой.

Управляемый вариант (16% случаев) – этот вариант основан на сохранении больного в системе связей МСО. Результаты терапевтической активности МСО

полностью обеспечивает потребности больного в медикаментозной терапии, непрерывность лечения и своевременную его коррекцию. Основой и «энергетическим ресурсом» указанной активности МСО является непрерывное (на доступном уровне) психофармакологическое и психообразовательное информирование его членов со стороны врача, а также точность его прогнозов как в отношении положительных, так и в отношении негативных сторон терапии. При этом варианте роль врача меняется от организатора терапевтического процесса (на этапе купирующей и частично стабилизирующей антипсихотической терапии) до консультанта (на этапе стабилизирующей и поддерживающей терапии). Параллельно с этим, роль МСО, напротив, трансформируется от исполнителя рекомендаций до организатора терапевтического процесса.

Обсуждение. Результаты исследования показывают, что в большинстве случаев вне поля зрения психиатрической службы остается семья больного (МСО). Ее влияние на пациента остается неучтенным, что формирует простые диадные отношения врач-больной, которые через призму шизофрении не имеют результата.

Альтернативой является целенаправленное формирование триады врач-больной-семья больного, а принципиально важным периодом для формирования, и, самое главное, для организации управления комплаенсом являются первые месяцы от начала заболевания, вплоть до первой госпитализации. Созданная в этот период система взаимодействия врача и МСО является предиктором высокого уровня комплаенса в последующие годы.

Профессиональная компетентность и активность врача, включающая, помимо аргументированного назначения психофармакопрепаратов, еще и целенаправленное информирование и обучение членов МСО аспектам терапии и взаимодействия с больным, во-первых, подготавливает основу для самостоятельной (но контролируемой специалистом) курации больного со стороны МСО, т.е. сохраняет систему микросоциальных связей больного, а во-вторых, постепенно переносит нагрузку по наблюдению за пациентом в части контроля за выполнением рекомендаций на подготовленное МСО (семью). В этом случае анозогнозия больного изначально берется под контроль, и ее значение как фактора, препятствующего комплаенсу, сводится к нулю. Все это обеспечивает управляемость и непрерывность терапевтического процесса, в значительной степени повышая вероятность его эффективности.

Выводы.

1. Одной из стратегических целей стационарной и амбулаторной терапии больных с шизофренией должно стать максимальное смягчение влияния болезни на преморбидные микросоциальные связи больного. Достижение этой цели возможно за счет активных действий врача в аспекте целенаправленного формирования комплаенса со стороны МСО (чаще семьи) больного.

2. Условиями достижения комплаенса являются активное и спланированное информационное взаимодействие врача и МСО больного и как можно более раннее вовлечение МСО в терапевтический процесс. С целью минимизации социальных потерь МСО, связанных с вовлечением в терапевтический процесс, государственная социальная поддержка была бы более эффективна именно на начальных этапах заболевания. Привлечение социальных служб после получения инвалидности не имеет никакого значимого эффекта, т.к. система связей в семье больного на этом этапе нередко необратимо нарушена.

3. Поддержание активности и продуктивности взаимодействия врач-МСО позволяет устранить большинство неблагоприятных факторов (за исключением, может быть, степени прогрессивности и тяжести болезненного процесса), определяющих клинико-социальный прогноз шизофрении.

ПСИХОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОГЕННОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Дмитриенко В.В., Заусова О.Г., Квашура В.А.

Специализированная психиатрическая больница № 7, Краснодар, Россия

Актуальность. Еще около 50 лет назад шизофрения практически не лечилась, и выставление этого диагноза означало потерю трудоспособности и, как следствие, оформление инвалидности. К настоящему времени в арсенале врачей есть достаточно действенные средства лечения шизофрении, с каждым годом они становятся более эффективными, и позволяют вернуться к нормальной качественной жизни.

Основная терапия при шизофрении заключается в правильном подборе и дальнейшей коррекции медикаментов, что должно быть четко спланировано и контролируется лечащим врачом-психиатром. Однако нельзя забывать и о специфической психотерапии.

На течение шизофрении влияет множество факторов, в том числе – и личность пациента, особенности его характера, психологические установки, климат в семье. В связи с этим психотерапия, во всем её многообразии, в настоящее время рассматривается как полноценный метод лечения шизофрении. Разумеется, она ни в коем случае не заменяет медикаментозных методов терапии, а лишь органично дополняет их, улучшая результаты лечения.

Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе мужского общепсихиатрического отделения № 5 ГБУЗ СПб № 7 г. Краснодара, в котором приняло участие 30 пациентов за 2014 год с заболеваниями эндогенного спектра с тревожно-депрессивной симптоматикой. Программа была рассчитана на 9 занятий. Продолжительность одного занятия – 1 час, периодичность – 3 раза в неделю. В структуру занятий входили тематические лекции, проблемно-ориентированные дискуссии, релаксационные упражнения, приемы активирующей психотерапии, разные варианты поведенческой психотерапии. Оценка эффективности программы психологических занятий проводилась с помощью опросников: уровень депрессии А. Бека, самооценки психических состояний Г. Айзенка (тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность), СОН (субъективная оценка настроения), субъективная шкала (оценка факторов влияющих на улучшение состояния).

Результаты. Сравнительный анализ данных до занятий и по окончании цикла занятий показал значительное улучшение по показателю уровня депрессии. До начала занятий наличие депрессии различной степени тяжести, от легкой до выраженной, отмечалось в 80% случаев и лишь в 20% – депрессия отсутствовала. По окончании цикла занятий депрессия отсутствовала в 80% случаев, легкая степень депрессии и выраженная не отмечалась, и лишь в 20% отмечалась умеренная степень депрессии.

До начала занятий отмечалось наличие тревожности среднего уровня – 40% и низкого – 60%. К концу занятий наблюдалось уменьшение процента пациентов со средним уровнем тревожности (20%) и возрастание пациентов с низким уровнем (80%). Значительных различий по показателям фрустрации и агрессии не выявилось. Однако неожиданными были результаты по показателю ригидности, т.к. в программе занятий не содержалось специальных упражнений направленных на коррекцию данных показателей. До начала занятий отмечалась ригидность умеренного уровня в 80%, и низкого уровня в 20%. В то время как к концу занятий отмечалась противоположная тенденция: низкий уровень ригидности – 80% и лишь 20% – среднего уровня.

На протяжении всех занятий отмечалось колебание субъективной оценки настроения пациентов, как в начале занятия, так и к концу. Однако повышение субъективной оценки настроения отмечалось после каждого занятия. Наиболее

значительное улучшение наблюдалось на занятиях посвященных навыкам саморегуляции и активизации личностных ресурсов.

У 20% пациентов не наблюдалось значительных улучшений по показателям депрессии и тревожности, хотя они отмечали улучшение настроения к концу каждого занятия. После дополнительного анализа было выявлено, что в эту группу попали пациенты с высокой резистентностью к медикаментозной терапии.

Выявлено, что у пациентов, особенно при наличии в анамнезе рецидивов, имеется недостаточное осознание собственной болезни и факторов влияющих на улучшение состояния. Недооценивается фактор приема лекарств, переоцениваются собственные возможности, наибольшее значение придается влиянию семьи. К концу курса занятий отмечалось формирование положительного отношения к психотерапевтическим занятиям, определилось возрастание интереса к самоисследованию, расширению представлений о факторах влияющих на улучшение состояния.

Закключение. Таким образом, проведение психотерапевтических занятий, наряду с медикаментозной терапией в условиях стационара может оказывать на пациента более широкое действие. Помогает принять болезнь и адаптироваться к ней, улучшить свое психологическое и физическое состояние, расширить представление о факторах, влияющих на ухудшение и улучшение состояния, способствовать в приобретении опыта, который позволит лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Сформировать адекватное отношение пациента к болезни, что находит отображение в качестве и глубине ремиссий, а также общей социально-бытовой адаптации больного.

В ПОИСКЕ НОВЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА: ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ ПРИ ТРАВМАХ У ДЕТЕЙ

Длужневская В.И., Крыжановский А.А., Емельянцева Т.А.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

Актуальность. Ежегодно в Республике Беларусь травмы получают более 750 тыс. человек, из них около 150 тыс. (20%) – это дети в возрасте до 18 лет.

По данным зарубежных исследований, дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (далее – СДВГ), в 5-8 раз чаще оказываются на операционном столе из-за травм. Травматизм в детском возрасте нередко становится причиной инвалидности. Исходя из вышесказанного, в настоящее время особенно актуальными являются вопросы поиска новых путей профилактики детского травматизма и разработки целевых мероприятий по его снижению.

Цель. Оценить значимость СДВГ в комплексе причин, приведших к травме, разработать целевые рекомендации по профилактике детского травматизма с учетом результатов проведенной оценки.

Материалы и методы. Исследованы 62 ребенка (41 мальчик и 21 девочка (34%)) в возрастном диапазоне 5-18 лет, обратившиеся за специализированной помощью в межрайонный травматологический пункт УЗ «8-ая городская детская поликлиника» г. Минска за период с 01.10.13 по 01.03.14. Проводилось интервью родителей с уточнением обстоятельств травмы, особенностей семейного окружения, частоты обращения к травматологу. Выраженность синдрома дефицита внимания,

гиперактивности/импульсивности оценивалась по шкале Вандербилт (для заполнения родителями). Статистический анализ проводился с исследованием size effect и др. (SPSS 17.0).

Результаты. Травмы значительно чаще встречались у мальчиков (66%), как и СДВГ (3:1 в белорусской популяции детей). Получение травмы не зависело от того, воспитывается ли ребенок в полной или неполной семье: 90% детей, получивших травму, воспитывались в полной семье. Большая часть травм (58%) была получена в период 12.00-18.00 детьми в возрастном диапазоне от 11 до 14 лет на последних уроках в школе или после уроков. Выявлена достоверная связь средней силы между получением травмы и СДВГ. Величины эффекта дефицита внимания и импульсивности на получение травмы были значимы (0,24 и 0,20 соответственно). Гиперактивность не имела достаточного влияния на получение травмы (0,01).

Выводы:

1. Получение травмы в большей степени связано с дефицитом внимания и импульсивностью.
2. Поведение детей с СДВГ определялись состоянием ребенка: в ситуациях, когда ребенок уставал, он становился более неуправляемым, и, как результат, такие дети чаще получали травмы. Ребенок особенно нуждается в контроле со стороны взрослых, в организации деятельности и окружения, особенно после уроков.
3. Необходимо проводить образовательную работу с родителями, педагогами, врачами, которые сталкиваются с перечисленными особенностями ребенка, что может способствовать снижению детского травматизма
4. Необходимо продолжить дальнейшее исследование для разработки концептуального нового направления профилактики детского травматизма с учетом психофизиологических особенностей у детей и их распространенности в Республике Беларусь.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕМЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ МЕТОДОМ ДЕТЕКЦИИ БЕЛКОВ-МАРКЕРОВ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦИИ

Докукина Т.В., Махров М.В., Пинчук А.С., Асташенок А.Н., Рубаник Л.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии,

Минск, Беларусь

Введение. В силу возрастных изменений мозга у значительного процента населения возникает тот или иной вид когнитивных нарушений. Наиболее распространёнными на сегодняшний день считаются деменция альцгеймеровского типа (БА). Частота встречаемости БА растет с возрастом: у лиц 30-59 лет она составляет 0,02%, у лиц 60-69 лет – 0,03%, у лиц 70-79 лет – 3,1%, у лиц 80-89 лет – 10,6%, причем БА у женщин встречается чаще, чем у мужчин. В 2000 году распространенность БА в мире оценивалась в 24 миллиона случаев. Ожидается, что эта цифра удваивается каждые 20 лет и по прогнозам специалистов, к 2050 году число пациентов с БА может достичь, по разным оценкам, от 80 млн. до 115 млн. человек.

По результатам метаанализа 11 европейских популяционных исследований распространенность когнитивных нарушений (КН) в странах Европы составляет в среднем 6,4%, в том числе болезни Альцгеймера – 4,4% и сосудистой деменции – 1,6%

(Lobo A. et al., 2000). На территории Республики Беларусь отмечается значительное расширение удельного веса сосудистых деменций (СД) – до 40% от общего числа заболеваний с КН, тогда как в среднем по Европе – 15-20%. В то же время выявляемость БА остается невысокой – около 12-15%. Причины увеличения абсолютного и относительного числа пациентов с СД окончательно не выяснены.

Несмотря на огромный объем накопленных в последние десятилетия знаний о биологических основах БА, этиология заболевания остается малоизученной. Тем не менее, большинство исследователей выделяют два ключевых процесса, определяющие развитие и прогрессирование БА: амилоидоз и нейродегенерация (таупатия) (Успенская О.В. и др., 2010; Figurski M. et al., 2012; Blennow K. et al., 2015).

Цель работы. Выявить биомаркеры нейродегенерации (Аβ40, Аβ42, фосфорилированный тау-белок) в клиническом материале пациентов с деменциями.

Материал и методы. Исследованию подвергнуты клинические образцы (кровь, лимфоциты) 90 пациентов, находившихся на лечении в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (Минск, РБ). Были выделены 3 группы: 1 группа – 25 пациентов (болезнь Альцгеймера – рубрики F00.0, F00.1, F00.2, F00.9); 2 группа – 25 пациентов (сосудистая деменция – рубрики F01.0, F01.1, F01.2, F01.3, F01.9); 3 группа – 40 пациентов (другие расстройства – рубрики F02.1, F02.3, F02.8, F03, F06.2, F06.4, F06.7, F06.8, F07.0, F10.0, F20.0, согласно МКБ-10). Возраст пациентов варьировал – от 51 до 89 лет (средний возраст – 73,5±3,4 лет); соотношение мужчин и женщин – 2:1. Всем пациентам проводилось предварительное клиническое исследование, тестирование с использованием количественных нейропсихологических шкал и количественная оценка эмоционально-аффективных и поведенческих нарушений.

Подготовка крови для исследования.

Для исследования забирались образцы крови, взятые путем венепункции из локтевой вены. Сыворотку крови получали сразу после взятия путем центрифугирования при 3000 оборотов в течение 15 минут. Надосадочную жидкость отделяли и хранили до использования при -20 °С.

Для получения плазмы в центрифужную пробирку вносили 50 мг ЭДТА или 50 мкл гепарина (5000 МЕ/мл). Образцы крови перемешивали с антикоагулянтом, охлаждали при +4 °С в течение 15 минут и центрифугировали при 3000 оборотов в течение 10-15 мин. Надосадочную жидкость переносили в отдельные пробирки и подвергали глубокой заморозке (-80 °С) до использования.

Выделение лимфоцитов из крови проводили в градиенте плотности фикоколурографина (ρ=1,077 г/мл) по методу седиментации, описанному A. Brown.

Иммуноферментный анализ. Образцы клинического материала (кровь) тестировались методом твердофазного иммуноферментного анализа (ELISA) на наличие маркеров нейродегенерации (тау-белок, тест-система Human Tau [pT181] phosphoELISA™ Kit, КНО0631), Аβ40 (Аβ40 Elisa Kit, КНВ3481), Аβ42 (Аβ42 Elisa Kit, КНВ3441). Учет результатов проводили согласно инструкциям, прилагаемым фирмой-изготовителем.

Статистическая обработка результатов. Статистический анализ выполняли с использованием программы Statistica 7.0 (StatSoft, США). За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты исследования. Методом иммуноферментного анализа проведен анализ количественного соотношения белков Аβ40, Аβ42, тау-белка в образцах сыворотки/плазмы крови в выбранных группах пациентов. Установлено, что во всех группах концентрация биомаркеров нейродегенерации варьировала. В группе 2 (СД) уровень амилоида Аβ40 не превышал 7,81 пг/мл у пациентов с подкорковой СД; находился в диапазоне от 7,81 до 47 пг/мл у пациентов с клиническим диагнозом смешанная корковая и подкорковая СД. У пациентов с мультиинфарктной и СД с острым

началом Аβ40 не был выявлен ни в одной из анализируемых проб. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с диагнозом смешанная корковая и подкорковая СД, отмечается одновременное присутствие клинических и анатомических признаков деменции, т.е. снижение концентрации Аβ40, обусловленное, вероятно, происходящим сосудистым ишемически-деструктивным мозговым процессом в сочетании с альцгеймеровской деменцией.

В группе 1 (БА) уровень амилоидного белка Аβ40 в крови не имел резких колебаний. У пациентов с диагнозами из рубрик F00.1, F00.2 амилоидный пептид регистрировался в очень низкой концентрации, при этом его пороговая величина не превышала 7,81 пг/мл. У пациентов с БА из рубрик F00.0, F00.9 Аβ40 вообще не обнаруживался. Исходя из полученных данных, можно полагать, что концентрация амилоида Аβ40 закономерно ниже у пациентов с клиническими диагнозами F00.1, F00.2, что согласуется с зарубежными данными (Pesini P. et al., 2012).

При исследовании крови методом твердофазного ИФА другой амилоидный пептид Аβ42 не был выявлен ни в одной из групп. Учитывая крайнюю клиническую значимость пептида Аβ42 как ключевого биомаркера, определяющего образование нерастворимых отложений (бляшек) в головном мозге, необходимо усовершенствование подходов с целью повышения чувствительности к индикации и прогнозирования течения деструктивных процессов, опосредуемых данным маркером в центральной нервной системе (ЦНС).

Тау-белок был обнаружен только в 1-й группе пациентов, у которых также был зарегистрирован в крови амилоидный белок Аβ40. Согласно зарубежным данным, амилоидные белки могут самостоятельно индуцировать гиперфосфорилирование тау-белка и отложение его в нейронах ЦНС (Zheng W. et al., 2012). При этом тау-патию у пациентов с клиническим диагнозом БА можно рассматривать как вторичный патологический процесс, опосредованный токсическим действием амилоидных белков.

В группе 3 маркеры амилоидоза и нейродегенерации практически не определялись. Тау-белок не был выявлен ни в одном из образцов клинического материала. Аβ40 в различных количествах все же регистрировался: 1 пациент (болезнь Паркинсона, F02.3) – 31,25 пг/мл; 2 пациента (алкогольный амнестический синдром, F10.6) – 23 пг/мл; 1 пациент (шизофрения параноидная, F20.0) – 15,63 пг/мл; 1 пациент (резидуальные и отсроченные психотические расстройства, F10.7) – 47 пг/мл. Полученные результаты свидетельствуют, что изменение количественного показателя Аβ40 может отмечаться не только у пациентов с БА и СД, но и встречаться при других когнитивных нарушениях вследствие амилоидной ангиопатии.

Таким образом, на основании результатов проведенных исследований выявлены различия в количественном соотношении маркеров амилоидоза и нейродегенерации у пациентов с различными когнитивными нарушениями. Снижение уровня бета-амилоида (Аβ40) в крови пациентов с БА подтверждает специфичность протекающих мембрано-ассоциированных деструктивных процессов и свидетельствует, вероятно, об активной фазе заболевания.

Обсуждение результатов. Общемировая тенденция к повышению частоты заболеваний ЦНС, сопровождающихся дегенеративными процессами, определяет возрастающий интерес различных специалистов к изучению этих расстройств. Особое внимание уделяется изучению молекулярных механизмов развития церебральной патологии, так как их понимание необходимо для разработки подходов к ранней диагностике и тактики патогенетической терапии.

Среди полученных результатов обращает на себя внимание относительно большой разброс значений в концентрации биомаркера Аβ40 во 2-й группе, что, возможно, связано с вариабельностью состояния микроваскулярного русла у этих пациентов и роли амилоида в прогрессировании сосудистых патологических процессов. Тау-белок в этой

группе не был выявлен. Выявление тау-белка приобретает диагностическое значение на более поздних стадиях заболевания, являясь индикатором распространения и прогрессирования патологического процесса (McKhann G.M. et al., 2011).

Выводы Апробирован подход к обнаружению методом иммуноферментного анализа биомаркеров – Аβ40, Аβ42, фосфорилированный тау-белок в крови пациентов с когнитивными нарушениями. Показана вариабельность количественного соотношения в сыворотке/плазме крови амилоида Аβ40 у пациентов с СД и БА. Ни в одном из образцов не было обнаружено наличие белка Аβ42. Тау-белок выявлен только в группе пациентов с БА, что свидетельствует о специфичности дегенеративного процесса в ЦНС.

О ХОДЕ МОДЕРНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Дубинин О.П.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Высокая распространенность наркологических расстройств и связанные с ними медико-социальные потери диктуют необходимость совершенствования наркологической службы, укрепления ее материально-технического оснащения, повышения эффективности и качества оказания специализированной наркологической помощи.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Правительству Российской Федерации и органам исполнительной власти субъектов поручено завершить в срок до 01 января 2016 года модернизацию наркологической службы.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 июня 2014 года № 263 была утверждена Концепцией модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, которая предусматривает комплекс правовых, организационных и экономических мер, направленных на повышение доступности и качества оказания наркологической медицинской помощи населению Российской Федерации.

Распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16.10.2012 года № 1755 был утвержден План мероприятий по завершению модернизации наркологической службы до 2016 года в Забайкальском крае, который в настоящее время реализуется. Планом на период 2012-2015 года предусмотрены мероприятия по оснащению оборудованием ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», совершенствованию кадровой политики и дополнительному профессиональному образованию специалистов наркологической службы, внедрению инновационных методов профилактики и лечения наркологических расстройств, а также совершенствованию медико-социальной реабилитации наркологических больных.

Финансирование мероприятий по модернизации наркологической службы Забайкальского края осуществлялось из регионального бюджета в рамках Краевой целевой программы «Модернизация здравоохранения Забайкальского края на 2011-2012 годы», а также в рамках Краевых целевых программ (краевой долгосрочной целевой программы «Комплексные меры противодействия табакокурению, злоупотреблению наркотиками, их незаконному обороту и алкоголизации населения (2009-2013 годы)» и

Краевой долгосрочной целевой программы «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Забайкальском крае (2011-2014 годы)»).

Согласно распоряжения Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2013 года № 1684-р «Об утверждении распределения субсидий, предоставляемых в 2013 году из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака», в 2013 году для ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» было выделено 13 333,4 тыс. рублей.

Всего на проведение модернизации наркологической службы Забайкальского края в 2012-2014 годах было использовано 33 млн. 921,3 тыс. рублей, из которых 24 млн. 438,4 тыс. рублей были средства регионального бюджета и 9 млн. 482,9 тыс. рублей – средства федерального бюджета (остаток федеральных субсидий планируется использовать в 2015 году). В структуре расходов на обеспечение мероприятий по модернизации наркологической службы в 2012-2014 годах более 43% финансовых средств было направлено на приобретение медицинского оборудования для выполнения порядка оказания наркологической помощи. Свыше 32% финансовых средств освоено на капитальный ремонт отделения медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер». 13% финансовых средств было использовано на повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала. Свыше 7% от всех финансовых средств было направлено на приобретение лекарственных препаратов нового поколения и тест-систем для выявления наркотических веществ. Порядка 5% средств было направлено на обучение кадров и внедрение современных информационных систем в здравоохранении. Таким образом, все финансовые средства из регионального и федерального бюджета были использованы по целевому назначению.

Совершенствование кадровой политики и дополнительное профессиональное образование специалистов наркологической службы является одной из приоритетных задач в реализации Плана мероприятий по модернизации наркологической службы в Забайкальском крае. Для оказания наркологической помощи населению в медицинских организациях Забайкальского края (по состоянию на 01.01.2015 года) имеют сертификат специалиста 55 врачей психиатров-наркологов. Показатель обеспеченности населения психиатрами-наркологами составляет 0,5 на 10 тыс. населения, что выше среднего показателя по РФ – 0,38 и среднего показателя по СФО – 0,37. За период 2012-2014 годов профессиональную переподготовку прошли 17 врачей.

В целях модернизации наркологической службы в Забайкальском крае организована единая трехуровневая система оказания специализированной помощи наркологическим пациентам. К первому уровню отнесены центральные районные больницы края, в структуре которых созданы кабинеты врачей психиатров-наркологов. Ко второму уровню отнесены ГУЗ «Краевая больница № 4», ГУЗ «Борзинская ЦРБ», ГУЗ «Балейская ЦРБ», ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ», на базе которых имеются отделения для оказания стационарной наркологической помощи. К третьему уровню отнесен ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», который является организационно-методическим центром, на базе которого оказываются все виды наркологической помощи, в т.ч. медико-социальная реабилитация. На 01.01.2015 года на территории Забайкальского края развернуто 183 наркологических койки круглосуточного пребывания. Показатель обеспеченности населения наркологическими койками на 10 тыс. населения края составил 1,7, что соответствует среднему показателю по России (1,7).

Для оценки эффективности работы наркологической службы приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05 июня 2014 года № 263 установлены единые индикаторы (показатели) модернизации наркологической службы, отражающие единую динамику изменений медицинской эффективности проводимых

мероприятий и доступности медицинской помощи. К ним относятся «Число больных наркологическими расстройствами, включенных в программы медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях, а также успешно завершивших эти программы», а также «Число больных наркоманией и алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, и свыше 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента». В 2014 году все установленные единые индикаторы (показатели) модернизации наркологической службы в Забайкальском крае были достигнуты.

Таким образом, финансирование из регионального и федерального бюджетов позволило выполнить комплекс мероприятий по модернизации наркологической службы Забайкальского края, включая повышение доступности и эффективности наркологической помощи населению края.

Улучшение показателей деятельности наркологической службы в Забайкальском крае будет и в дальнейшем обеспечиваться на основе улучшения ее материально-технической базы, развития кадровой политики, включая профессиональную подготовку и переподготовку специалистов и улучшение кадрового состава, а также путем повышения доступности и эффективности наркологической помощи населению края за счет внедрения в деятельность медицинских учреждений порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи по профилю «Наркология».

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Дубинин О.П., Лобанова А.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В 2014 году в Забайкальском крае зарегистрировано 20 916 больных наркологическими расстройствами, т.е. 1918,3 больных в расчете на 100 тыс. населения, или около 2% общей численности населения. По сравнению с 2013 годом, показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами снизился на 6,2%. Как и в предыдущие годы, большинство зарегистрированных пациентов – это больные алкоголизмом, алкогольными психозами и пациенты с пагубным употреблением алкоголя (75% от общего числа зарегистрированных). На больных наркоманией и лиц, злоупотребляющих наркотиками, пришлось 24%, токсикоманией и лиц, злоупотребляющих ненаркотическими ПАВ – 1%. Число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 14 471 человек, или 1327,2 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет почти 1,3 % общей численности населения. Кроме того, наркологической службой края зарегистрировано 1 236 пациентов, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (пагубное употребление), или 113,4 на 100 тыс. населения. Таким образом, в 2014 году с алкогольными расстройствами было зарегистрировано 15 681 пациент, или 1438,2 на 100 тыс. населения (почти 1,4% от численности населения Забайкальского края).

В 2014 году впервые в жизни обратились за наркологической помощью 1 048 больных алкоголизмом (включая алкогольные психозы). Показатель первичной заболеваемости алкоголизмом при этом составил 96,1 больных на 100 тыс. населения. По сравнению с 2013 годом (97,5), он снизился на 1,4%. Число больных алкогольными психозами с впервые в жизни установленным диагнозом увеличилось с 230 до 239 человек. Первичная заболеваемость алкогольными психозами в Забайкальском крае

увеличилась с 21,0 на 100 тыс. населения в 2013 году до 21,9 в 2014 году. Несмотря на незначительное увеличение заболеваемости в 2014 году, в последние 5 лет наметилась выраженная тенденция к снижению этого показателя – по сравнению с уровнем 2010 года (34,6) он снизился в 1,6 раза; и стал на 20,7% ниже показателя СФО (27,6) и на 6,4% ниже среднего показателя по России (23,4). Таким образом, в последние годы наблюдается тенденция снижения показателей общей и первичной заболеваемости алкоголизмом.

В 2014 году в Забайкальском крае зарегистрировано 1 152 больных наркоманией, или 105,7 в расчете на 100 тыс. населения, что на 65,2% ниже показателя по СФО (303,5) и на 53,5% ниже среднего показателя по России (227,2). По сравнению с 2013 годом (116,8), этот показатель снизился на 9,5%. Кроме того, 3 876 человек в 2014 году были зарегистрированы с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков». В расчете на 100 тыс. населения этот показатель в 2014 году составил 355,5, что на 127,2% выше показателя по СФО (156,5) и на 145,8% выше среднего показателя по России (144,6). По сравнению с уровнем 2013 года (346,4), этот показатель увеличился на 2,6%. Общее число зарегистрированных потребителей наркотиков (включая больных наркоманией и лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями) в 2014 году составило 5 029 чел., или 461,2 на 100 тыс. населения, т.е. показатель уменьшился на 0,4%. Из общего числа потребителей наркотиков в 2014 году 969 человек употребляли наркотики инъекционным способом (ПИН), или 88,5 на 100 тыс. населения. Число зарегистрированных ПИН за последний год уменьшилось с 1 273 человек в 2013 году до 969 человек в 2014 году. При этом показатель учтенной распространенности (обращаемости) ПИН по краю в целом снизился на 23,9% с 116,2 до 88,5 на 100 тыс. населения. Среди зарегистрированных больных наркоманией в 2014 году подавляющее большинство составили больные с опийной зависимостью (65,0%), второе ранговое место заняла группа пациентов, включающая больных с зависимостью от каннабиса (34,8%), больные с полинаркоманией и зависимых от других наркотиков заняли третье ранговое место – 0,2%. В 2014 году динамика числа пациентов с болезнями зависимости по видам наркотиков имела различные тенденции: число больных опийной наркоманией уменьшилось на 21,4% (953 человек в 2013 и 749 в 2014); каннабиноидной наркоманией увеличилось на 23,4% (соответственно 325 и 401 человек); при этом наблюдался рост числа больных с зависимостью от других наркотиков и полинаркоманией – с 1 до 2 чел.

В 2014 году впервые в жизни обратились за наркологической помощью по поводу наркомании 61 человек. Показатель первичной заболеваемости наркоманией в 2014 году, по сравнению в 2013 годом, увеличился на 33,3% и составил 5,6 на 100 тыс. населения, что в 2,3 раза было ниже показателя РФ (12,6) и в 3,1 раза – показателя СФО (17,1). Самый высокий уровень этого показателя в течение последних 5 лет отмечался в 2011 году (9,1 на 100 тыс. населения), при этом с 2012 года наблюдалось его неуклонное снижение. В целом за период с 2011 по 2014 год показатель уменьшился на 38,5%. В 2014 году было отмечено уменьшение числа впервые обратившихся больных с опиоидной зависимостью. Показатели первичной обращаемости по поводу каннабиноидной зависимости, зависимости от психостимуляторов, полинаркомании и зависимости от других наркотиков – напротив, возросли.

Следует отметить, что, как и в предыдущие годы, в 2014 году наиболее часто за наркологической помощью обращались больные каннабиноидной наркоманией. Наряду с этим, в 2014 году наблюдается существенный рост числа пациентов с зависимостью от психостимуляторов и заболеваемости, связанной с употреблением наркотиков этой группы.

Число больных токсикоманией, зарегистрированных наркологической службой в 2014 году, составило 91 человек. Показатель общей заболеваемости токсикоманией в Забайкальском крае в 2014 году, по сравнению с уровнем 2013 годом, уменьшился на 17,8% и составил 8,3 больных на 100 тыс. населения (в 2013 – 10,1), что на 12,2% выше

показателя по СФО (7,4) и на 7,8% выше среднего показателя по России (7,7). Впервые в жизни обратились за наркологической помощью в 2014 году 5 больных токсикоманией. Уровень первичной заболеваемости токсикоманией в Забайкальском крае в 2014 году составил 0,5 больных на 100 тыс. населения, что сопоставимо со средним показателем по России (0,5). По сравнению с 2013 годом, этот показатель не изменился.

Таким образом, в последние годы в Забайкальском крае наметилась тенденция снижения числа зарегистрированных больных наркологического профиля, с 2302,8 больных в расчете на 100 тыс. населения в 2010 году до 1918,3 в 2014 году. Снижение отмечено как в группе больных алкоголизмом (включая алкогольные психозы), так и в группе больных наркоманией. Однако наряду с этим продолжился рост числа лиц, с диагнозом «пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотиков, где более 90% приходится на потребителей каннабисной группы наркотиков.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В МАЛЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ГРУППАХ В СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ТРЕНИНГЕ

Дугарова А.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В настоящее время в нашей стране наблюдается бурное развитие психологии, психотерапии как науки в теоретических и практических ее аспектах. В частности, очень быстро развиваются, прежде всего, практические области применения психологических знаний. Одним из направлений такого развития является социально-психологический тренинг, объединяющий достижения современной практической и социальной психологии.

Бесспорно, что социально-психологический тренинг активно влияет на человека, на качество взаимоотношений в группе, заметно улучшая и углубляя их. Наше исследование призвано еще раз подчеркнуть практическую значимость социально-психологического тренинга, в частности, в области межличностных взаимоотношений.

Относительная новизна исследования заключается в том, что сравниваются особенности межличностных отношений в социально-психологическом тренинге и других малых социальных группах. Практическая значимость данной работы заключается в том, что его материалы могут быть использованы, прежде всего, в работе практических психологов, психотерапевтов, занимающихся групповыми формами психологического воздействия, а также всех тех, кто интересуется проблемами межличностных взаимоотношений.

В предлагаемом исследовании мы опирались на работы отечественных исследователей: Петровской Л.А., Вачкова И.В. и др. Также были использованы материалы исследований зарубежных авторов: К. Роджерса, К. Рудестама и др. Все это составляет теоретическую базу нашего исследования.

Объектом исследования являются межличностные отношения. Предметом исследования являются особенности межличностных отношений в социально-психологическом тренинге.

Цель исследования: изучить особенности развития межличностных взаимоотношений в социально-психологическом тренинге.

Гипотеза нашего исследования следующая: социально-психологический тренинг в малой социальной группе способствует улучшению межличностных взаимоотношений,

делает их более глубокими, качественно лучшими, по сравнению с другими малыми социальными группами (не в социально-психологическом тренинге).

Задачи исследования: изучить состояние данной проблемы в психологической теории; разработать программу исследования межличностных отношений в малой социальной группе; реализовать программу исследования межличностных отношений в малой социальной группе.

Исследовательской базой исследования является отделение № 2 ГУЗ КНД.

Группа А – социально-психологический тренинг. Занятия проходят 1 раз в неделю. Возраст участников тренинга 18-40 лет, количество – 13 человек (средний мед. персонал).

Группа Б – пациенты отделения № 2. Занятия проходят 1 раз в неделю. Возраст участников 18-40 лет. Количество – 13 человек.

В качестве методов исследования были использованы: методика «Изучение психологического климата в коллективе», диагностический опросник социально-психологического климата группы.

Исследование проводилось параллельно в малой социальной группе: А (группа социально-психологический тренинг), выступающей в качестве основной (медицинские работники среднего звена) и в малой социальной группе; Б (пациенты, проходившие лечение в ГУЗ КНД отделение № 2), выступающей в качестве контрольной.

Исходя из гипотезы, исследование было спланировано следующим образом:

- исследование межличностных отношений и социально-психологического климата основной и контрольной групп;
- анализ, обработка результатов проведенного исследования;
- обсуждение результатов, выводы;
- изучение психологического климата группы.

В соответствии с результатами исследования мы сделали вывод о том, что социально-психологический тренинг в малой социальной группе способствует улучшению межличностных отношений, делает их более глубокими, качественно лучшими, по сравнению с малыми социальными группами.

Итак, нами были изучены особенности межличностных отношений в социально-психологическом тренинге. В теоретической части нашего исследования отражены основные подходы к социально-психологическому тренингу, рассмотрена специфика межличностных отношений в тренинге.

Таким образом, социально-психологический тренинг представляет собой особый, искусственный вид организации межличностных отношений в группе, который характеризуется, прежде всего, открытостью, искренностью, самораскрытием каждого из участников тренинга, что обуславливает создание более сплоченной и благоприятной атмосферы в группе.

Проведенные нами исследования позволяют сделать вывод о более благоприятном социально-психологическом климате и более глубоких, качественно лучших, по сравнению с обычными, межличностных взаимоотношениях в социально-психологическом тренинге. Исходя из этого, можно рекомендовать специалистам (психологам, психотерапевтам) использовать активно социально-психологический тренинг как способ развития межличностных отношений в разных социальных группах.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У КОМБАТАНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПОСТБОЕВОМ ПЕРИОДЕ

Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Несмотря на значительное число исследований клинических проявлений боевого ПТСР, многие аспекты остаются недостаточно разработаны или не систематизированы. В частности, представляет интерес изучение психического здоровья участников локальных войн в постбоевом периоде их жизни.

Нами была обследована группа пациентов отделения пограничных состояний клиники Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт психического здоровья» – участников локальных вооруженных конфликтов (всего 46 человек) в отдаленном постбоевом периоде (не менее 15 лет). Большинству обследованных было 40 (20,0%) и больше лет: 41-45 лет – 55,0%, 46-50 лет – 25,0%. Основная часть обследованных данной группы выполняла срочную службу (85,0%), находясь в «горячих точках» (преимущественно в Афганистане). Продолжительность пребывания в условиях боевых действий составляла 6-7 месяцев у 42,0%, 12 месяцев и более – у 43,0%. 15,0% являлись участниками «чеченских» событий и выезжали в служебные командировки.

Всем пациентам проводилось клиническое и клинико-физиологическое обследования (электроэнцефалография, реоэнцефалография, ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов головы и шеи, электрокардиография) а также экспериментально-психологическое исследование когнитивной и эмоционально-личностной сфер.

Последствия перенесенных черепно-мозговых травм были наиболее распространенной причиной госпитализации участников локальных вооруженных конфликтов в отдаленном постбоевом периоде. Изучение участия различных факторов в формировании и дальнейшем течении посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов показало, что в их генезе наряду с психогенным воздействием боевого стресса большое значение имел характер соматогенных и экзогенно-органических вредностей. Чаще всего наблюдалась церебрально-органическая патология сложного генеза. Среди сопутствующей патологии у 45,0% комбатантов имелась сердечно-сосудистая (ИБС, гипертоническая болезнь второй степени), у 20,0% – болезни мочеполовой системы (простатит, хронический пиелонефрит), у 15,0% – хронические заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония). 20,0% отмечали другие соматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, эндокринные и др.). Как правило, имело место сочетание нескольких патологий.

Заболевание манифестировало (начальный этап) стойкими цефалгическими (30,0%) расстройствами спустя 1-3 года после органического поражения головного мозга (что чаще было связано с перенесенными контузиями и ранениями в голову), продолжительность составляла 1-2 года. Пациенты наряду с цефалгиями отмечали вялость, гиперестезию, вспыльчивость, явления вестибулярной и вазомоторно-вегетативной дисфункции в виде потливости, головокружений, гипергидроза, усиливающихся при перемене погоды, психогениях и переутомлении. В течение дня отмечались неустойчивое внимание с трудностью сосредоточения, быстрая истощаемость при умственной работе, неравномерный темп её работы. Часто им сопутствовали кошмарные сновидения, подавленное настроение, сексуальные дисфункции. При неврологическом обследовании различные патологические изменения неврологического статуса были выявлены практически у всех ветеранов. На ЭЭГ наблюдались снижение альфа-индекса, деформация альфа-ритма, сглаживание межрегиональных различий.

Дальнейшее прогрессирование заболевания (этап структурирования аномального склада) наступало в результате воздействия не только психогенных (острых и хронических), но и массивных соматогенных и экзогенно-органических (чаще сложного генеза) вредностей на фоне продолжительной астенизации. Продолжительность его составляла 1-2 года. На фоне стойких аффективных (дистимических, дисфорических) нарушений у комбатантов происходило заострение характерологических черт с их трансформацией в патохарактерологические. Симптоматика приобретала полиморфный характер, в основном за счёт нарастания в клинической картине удельного веса факультативных проявлений.

При дистимико-цефалгическом (30,0%) варианте наряду с выраженной цефалгической симптоматикой отмечалась тенденция к углублению личностных изменений. Массивные психотравмирующие факторы военного времени в значительной мере изменяли, трансформировали личность. Наиболее болезненно комбатанты реагировали в ситуациях при затрагивании военной («афганской», «чеченской») тематики. Резкость, максимализм суждений, грубое поведение свидетельствовали о перерастании стойкой астенизации в психопатизацию. Указанные проявления создавали комбатантам репутацию конфликтных, неуживчивых людей, настроенных «оппозиционно» в отношении близких, коллег по работе или даже случайных прохожих; приводили к дезадаптации в межличностном, социальном и профессиональном функционировании. Нарастание раздражительности и вспыльчивости часто являлось отражением эмоциональной лабильности, имея характер «раздражительной слабости» с появлением тревожной мнительности у возбудимых личностей (несвойственной им ранее) и её усилением у личностей тормозимого склада.

Дистимико-дисфорический вариант (20,0%) отличались наличием стойкого расстройства настроения в виде сочетания напряжённых аффектов тоски и злобы. Отличительной особенностью данного синдрома являлись выраженные поведенческие нарушения в виде конфликтности, грубой демонстрации аффекта гнева и ярости, с застреванием на отрицательно окрашенных переживаниях, склонности к разрушительным действиям вплоть до криминальных поступков. У исследуемых имело место злоупотребление алкоголем с преобладанием атарактической мотивировки.

Комбатанты отличались крайней импульсивностью, брутальностью, непредсказуемостью и тяжестью поведенческих проявлений. У части больных выявлялось желание вернуться назад в обстановку военных действий, которое имело своеобразную интерпретацию («там точно знаешь, кто друг, а кто враг», «там чувствуешь себя нужным»). На производстве они не могли без раздражения общаться с окружающими, часто «срывались», требовали безоговорочного подчинения. Типично было положение «домашнего тирана»: в кругу родных и близких людей они проявляли злобность, агрессивность, нетерпимость. Когнитивные нарушения выражались преимущественно в повышении психической истощаемости, снижении способности запоминания и воспроизведения (особенно имён собственных, названий улиц, справочных данных), ухудшении умственной продуктивности. Пациенты вынуждены были пользоваться записными книжками, контролировать свою работу, что значительно уменьшало её объём.

При неврологическом обследовании у них выявлялись симптомы двухсторонней пирамидной недостаточности; в 80% случаев регистрировались дизэнцефальные кризы, среди которых чаще всего наблюдались симпатоадреналовые приступы. Наличие соматического заболевания являлось фактором, приводящим к повседневному психическому травмированию, фиксируя внимание человека на болезненном физическом неблагополучии. Длительно текущее соматическое заболевание приводило к личностным изменениям. Пациенты не доверяли врачам, обвиняли в непонимании и недостаточном внимании к проблемам своего здоровья близких, настаивали (порой необоснованно) на проведении сложных диагностических процедур, обращаясь за помощью в подразделения

социальной защиты (для ускорения их проведения), мотивируя тем, что «здоровье они оставили на войне».

На третьем этапе (патохарактерологического сдвига) наблюдалось качественное изменение симптоматики. На первый план выступало нарастание вязкости, инертности психических процессов. Клиническая картина в меньшей степени зависела от психогенных факторов, определялась трансформированными или усиленными личностными качествами пациента.

На этом этапе происходила утрата чётких границ между группами, выделенными в соответствии с преобладающими клиническими феноменами. К основным из которых мы относили стойкие цефалгические расстройства (в виде «онемения левой половины головы и лица в месте осколочного ранения», ощущение «тяжести, несвежести» в голове), упорные агрипнические жалобы с пугающими, устрашающими сновидениями («вижу, как на моих глазах подрывается на mine и разрывается на части мой друг», «расстреливают моих близких, а я не могу им помочь», «просыпаюсь с ощущением липкой тёплой крови на руках, чувствую даже её запах» и т.п.); сложные ипохондрические переработки по типу кардиалгических, сенестопатических включений, склонности к агравации и рентным установкам. В 10,0% случаях наблюдались эпилептиформные пароксизмы по типу abortивных приступов (судорожные подёргивания мимической мускулатуры, устремление взгляда в одну точку с резким побледнением лица и внезапным прерыванием деятельности), имевших достаточно отчётливый психогенный запуск и связь с черепно-мозговой травмой в анамнезе.

В случае, когда на первый план выступали прогрессирующие церебрально-органические нарушения, наблюдался переход к общеорганическому снижению личности (в 10,0% случаев). Мышление становилось тугоподвижным, обращали на себя внимание выраженная обстоятельность, олигофазичность. В характере наблюдались изменения в виде утраты чувства такта, появление назойливости в общении. Значительно была затруднена корректировка поведения у лиц с эйфорическим фоном настроения, поскольку у них обычно существовало убеждение в полном благополучии своего состояния. Они легкомысленно относились к выявленной серьёзной патологии, формально и нерегулярно выполняя рекомендации врача.

Таким образом, изучение участия различных факторов в формировании и дальнейшем течении посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов показало, что в их генезе наряду с психогенным воздействием боевого стресса большое значение имел характер соматогенных и экзогенно-органических вредностей.

Чаще всего в клинической структуре психических расстройств у участников локальных вооружённых конфликтов в отдалённом постбоевом периоде наблюдалась церебрально-органическая патология сложного генеза. Поражение стволовых структур головного мозга и сосудистый фактор играли ведущую роль в формировании психопатологических нарушений преимущественно астенического и невротоподобного спектра. В то же время локальное поражение головного мозга способствовало преобладанию в клинической картине проявлений энцефалопатии в виде нарастания признаков общеорганического снижения личности, тогда как признаки постстрессовых нарушений были менее выражены.

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Жигар А.М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Умственная отсталость – «состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Умственная отсталость может развиваться с любым другим психическим или соматическим расстройством или возникать без него. Однако у умственно отсталых может наблюдаться весь диапазон психических расстройств, частота которых среди них, по меньшей мере, в 3-4 раза выше, чем в общей популяции» (МКБ-10).

По данным различных исследований распространенность умственной отсталости колеблется в пределах 1-5%. Эти различия могут быть обусловлены не только реальным числом умственно отсталых в том или ином регионе, но и разными критериями диагностики умственной отсталости, степенью выявляемости таких больных, культуральными особенностями. На конец 2012 года в Республике Беларусь пациенты с умственной отсталостью составляли 26,77% от всех лиц, состоящих под наблюдением в психоневрологических организациях (без больных алкоголизмом, алкогольным психозом, наркоманией и токсикоманией), в то время как пациенты с шизофренией составили 21,25%.

Согласно многочисленным исследованиям, у лиц, страдающих умственной отсталостью, значительно повышен риск возникновения других психических расстройств, по сравнению с общей популяцией вследствие комплексного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. По данным различных исследований, у 20-40% лиц с умственной отсталостью также может быть диагностировано какое-либо другое психическое расстройство. В то же время, у врачей психиатров есть тенденция трактовать появившиеся нарушения поведения у данной категории пациентов скорее как проявления умственной отсталости, чем как симптомы коморбидного расстройства. На самом деле при умственной отсталости могут наблюдаться те же психические расстройства, которые встречаются у лиц с нормальным интеллектом. По некоторым данным при легкой умственной отсталости риск возникновения депрессии в 4 раза превышает среднепопуляционный. Возможно, это связано с тем, что лица с умственной отсталостью более подвержены стрессу и используют менее эффективные копинг-стратегии. Примерно у 8% взрослых с синдромом Дауна в возрасте 35-50 лет и у 65% данной категории пациентов в возрасте старше 60 лет развивается болезнь Альцгеймера.

Во всем мире существует проблема диагностики коморбидных психических расстройств, в том числе депрессии, при умственной отсталости. Проявления психических расстройств при умственной отсталости зависят от уровня когнитивного, физического и социального функционирования, а также от развития коммуникативных навыков пациента. Известно, что диагностика депрессии в значительной мере основывается на оценке своего состояния самим пациентом. Обычно симптомы психических расстройств у лиц с легкой умственной отсталостью похожи на те, которые наблюдаются у лиц с нормальным интеллектом. Таким образом, для постановки диагноза депрессии у лиц с легкой умственной отсталостью могут быть использованы критерии МКБ-10.

Значительно сложнее диагностировать коморбидные расстройства у лиц с умеренной и тяжелой умственной отсталостью. У данных лиц при развитии депрессии часто появляются нарушения поведения, в том числе с агрессией и аутоагрессией, утрата

ранее приобретенных навыков, психомоторная замедленность. Поэтому изменения в поведении у пациентов с умственной отсталостью должно вызывать настороженность в плане возможного развития коморбидного психического расстройства. У данных лиц часто развиваются реактивные депрессии в ответ на изменения в привычном образе жизни: потеря привычного человека, который осуществлял уход за больным, смерть домашнего животного, смена места жительства.

Таким образом, для адекватной оценки психического состояния пациента с умственной отсталостью необходимо оценивать не только актуальный уровень навыков, особенности поведения на момент осмотра, но и владеть информацией об обычном уровне функционирования данного пациента, об изменениях в его окружении, в образе жизни. Важна также оценка соматического статуса пациента с умственной отсталостью для исключения соматогенного делирия, который может развиваться как неспецифический ответ мозга на инфекцию, интоксикацию, а также при применении некоторых лекарственных препаратов, особенно обладающих холинолитическими свойствами (в том числе, димедрол, аминазин). Вероятность развития делирия у данной категории пациентов повышена в связи с исходным органическим поражением головного мозга. Для лиц с синдромом Дауна повышен риск развития гипотиреоза. По некоторым данным примерно у 15-20% взрослых с синдромом Дауна отмечаются нарушения в работе щитовидной железы.

ИМИДЖ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

Зайцева О.Г., Петрова Т.В., Король В.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования: изучение и сравнение имиджа врача психиатра у пациентов ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края и здоровых людей.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 148 человек. Нами было проведено анкетирование, включающее в себя основные разделы, такие как: личный имидж врача (конституциональный, интеллектуальный, характерологический, социально-бытовой, профессионально-статусный), представление населения о наличии у близких психиатрических проблем, обращаемость за помощью к врачу-психиатру и удовлетворенность полученным результатом в случае обращения.

Результаты и обсуждение. Жители города Краснодара составили 33%, 67% респондентов проживают в районах Краснодарского края.

Из жителей города 50% (средний возраст $23 \pm 1,2$ года) находилось на стационарном лечении ГБУЗ «СКПБ № 1», 50% (средний возраст $27 \pm 2,4$ лет) – не наблюдались у врача-психиатра. Из жителей Краснодарского края 31% (средний возраст $18,5 \pm 0,8$ лет) находились на стационарном лечении, 69% (средний возраст $43 \pm 5,3$ года) – не проходили лечение у врача психиатра. Из 148 опрошенных 58% – мужчины, среди которых 71% являлись пациентами психиатрической клиники.

При изучении мнения населения о личном имидже врача-психиатра, выявлено следующее. Для большинства опрошенных национальность и пол врача не оказывают влияние на выбор его в качестве специалиста. Большинство находящихся на стационарном лечении предпочитают специалистов в возрасте от 30 до 45 лет, среди здоровых – от 35 до 60 лет.

Около 83% опрошенных предпочитают лечиться у врачей со средним ростом и весом. Женщина-психиатр в их представлении должна умеренно использовать декоративную косметику, либо не использовать вовсе (75% больных и 25% здоровых), иметь длинные волосы (48% исследуемых), а мужчина – коротко подстриженные волосы (58% исследуемых). В интеллектуальной сфере 71% опрошенных подчеркивает важность простой и понятной речи лечащего врача, а так же считает, что владение иностранными языками не обязательно.

Все исследуемые – 100% обратились бы к врачу, который заботится о своем внешнем виде. Для большинства респондентов (69%) важно наличие у врача белого халата, для остальных – нет. Большинство так же отдают предпочтение врачу-психиатру, стиль общения которого носит дружелюбный, поддерживающий характер (60%). Среди здоровых опрошенных 82% считают важным для врача наличие парфюма, среди больных – 35%. Наличие татуировки является нежелательным для 67% сельских жителей, городское население этому значения не придает. Имидж врача зависит от качества работы, специализации, личностных качеств, умения общаться с пациентом, но не связан с семейным положением и положением в обществе, как считает 87% исследуемых больных и 36% здоровых. Большая часть опрошенных предпочитает лечиться у врача без вредных привычек, ведущего здоровый образ жизни – 67% здоровых, для большинства пациентов это не имеет значения.

Среди больных 60% опрошенных не задумывались над тем, есть ли у их родственников какие-либо психические расстройства, среди здоровых – 69%.

На вопрос о том, почему они не обращались за медицинской помощью к психиатру, 60% больных ответили, что не замечали никаких проблем, 76% опасались оказаться на учете у психиатра и подвергнуться социальным ограничениям. Среди здоровых же 58% не считали это необходимым и не замечали каких-либо отклонений, а 42% были неуверенны в успехе лечения и опасались побочных эффектов от возможной терапии.

Больные так же отметили, что после обращения к врачу они были удовлетворены результатом от общения с врачом – 40%, а 25% – от медикаментозной терапии.

Выводы. Таким образом, в целом и для людей знакомых с работой врача-психиатра и для здоровых людей в выборе врача остаются в приоритете такие качества, как: опрятность, внимательность и дружелюбие. Для пациентов характерно менее притязательное отношение к конституциональным составляющим личного имиджа, они считают, что имидж врача зависит от качества работы, специализации, личностных качеств и умения общаться с пациентом, но не связан с семейным положением и положением в обществе.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Иванов А.А., Лушина Е.А.

Алтайский краевой наркологический диспансер, Барнаул, Россия

На территории Алтайского края с 2012 года отмечается рост распространения и употребления населением синтетических наркотиков. В 2012 году в основном были распространены синтетические каннабимиметики (курительные смеси, спайсы) группы JWH; с 2013 года появились N-алкильные производные индол-3-карбоновой кислоты и 8-оксихинолина (PB-22, PB-22-F), производные индазол-3-карбоксамиды (AB-PINACA, AB-

FUBINACA), производные индол-3-карбоксилата (QCBL-2201), а также психостимуляторы синтетического происхождения, распространяемые на черном рынке под общим названием «скорость» (PVP, MDPV). В 2014 году распространены синтетические каннабимиметики производные индазол-3-карбоксамиды (AB-CHMINACA), производные индол-3-карбоновой кислоты и 8-оксихинолина (PB-22, PB-22-F), так же отмечается рост употребления «скорости» (PVP, MDPV).

В химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» за 2013 год по направлению правоохранительных органов прошли химико-токсикологическое исследование 6 217 человек, выявлено 2 918 потребителей наркотических и психотропных веществ, из них потребителей синтетических психостимуляторов 605 чел, что в 4,2 раза больше, в сравнении с 2012 годом (145).

В 2014 году по направлению правоохранительных органов прошли химико-токсикологическое исследование 5 673 человек, выявлено 2 731 потребитель наркотических и психотропных веществ, из них потребителей синтетических психостимуляторов 720 чел., что в 1,2 раза больше, в сравнении с 2013 годом (605) и в 5 раз больше, в сравнении с 2012 годом (145). Это свидетельствует о том, что значительное число наркопотребителей перешло на синтетические заменители традиционных наркотиков.

В декабре 2013 года в химико-токсикологическую лабораторию был поставлен газовый хроматограф с масс-селективным детектором «МАЭСТРО» 7820/5975. В январе 2014 года поставлена методика определения синтетических каннабимиметиков и других психоактивных веществ в биологических объектах и волосах методом газовой хроматографии с масс-селективным детектированием, на приборах «МАЭСТРО» и «Agilent 6850/5973 N». Внедренные методики позволили проводить комплексные исследования с дифференциацией случаев разового и систематического употребления психоактивных веществ, в том числе солей и спайсов.

За 2014 год на приборе «МАЭСТРО» было проведено 3 218 химико-токсикологических исследований, выявлено 1 532 потребителя наркотических и психоактивных веществ.

В структуре выявленных наркотических веществ первое место занимают синтетические наркотические средства – 1 277 потребителей, доля синтетических каннабимиметиков (AB-CHMINACA, PB-22, PB-22-F, QCBL-2201, AB-PINACA, AB-FUBINACA) составляет 557 чел., синтетических психостимуляторов (PVP, MDPV) – 720 чел. В возрастной структуре потребителей синтетических каннабимиметиков доминирует возрастная категория 18-24 года.

Таким образом, приобретение газового хроматографа с масс-селективным детектором, постановка новых методик определения синтетических каннабимиметиков и других психоактивных веществ в биологических объектах, регулярно пополняемый библиотечный фонд спектров веществ позволило своевременно выявлять новые виды синтетических наркотических веществ с целью оказания специализированной медицинской помощи, осуществлять мониторинг видов наркотиков, употребляемых населением с целью принятия управленческих решений.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СЛУЖБ

Казаковцев Б.А.

*Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия*

Цель исследования. Определение критериев эффективности деятельности кризисных и реабилитационных психиатрических служб, использующих методы бригадного ведения пациентов.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2012 гг. проанализирована деятельность по профилактике суицидов служб «Телефон доверия» (ТД), кабинетов социально-психологической помощи (КСПП), кризисных стационаров (КС) и деятельность реабилитационных служб (РС). Результаты анализа сопоставлены с динамикой численности врачей-психиатров и врачей-психотерапевтов, работающих в амбулаторных условиях.

Проведен сравнительный анализ данных за 2005 г. и 2013 г. по первичной инвалидности и численности должностей специалистов с немедицинским образованием, занятых в амбулаторных и стационарных службах, в сопоставлении с ежегодным контингентом амбулаторных и стационарных пациентов в целом по России (РФ) и федеральным округам (ФО) (Дальневосточному – ДФО; Приволжскому – ПФО; Северо-Западному – СЗФО; Северо-Кавказскому – СКФО; Сибирскому – СФО; Уральскому – УФО; Центральному – ЦФО и Южному – ЮФО).

Результаты. За период с 2002 по 2012 гг. статистически значимых ($p > 0,05$) изменений в соотношении числа ФО, использующих указанную номенклатуру кризисных служб не произошло. Вместе с тем абсолютное число служб ТД в стране увеличилось в 2,1 раза, КСПП – в 2,4 раза, КС – в 1,3 раза (кратность, сопоставимая с кратностью снижения показателей распространенности суицидов в стране – в 1,9 раза).

Количественные изменения в обеспечении населения кризисными службами в ФО с разным темпом снижения показателя распространенности суицидов также значимо не различались.

В то же время между группами ФО с наибольшим и наименьшим темпом снижения распространенности суицидов были выявлены статистически значимые различия по обеспеченности кризисных служб медицинскими и немедицинскими специалистами. В ФО с большим темпом снижения показателя распространенности суицидов медицинские специалисты (врачи-психиатры и врачи-психотерапевты) занимали значимо большее число штатных должностей, чем немедицинские специалисты (психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники), по сравнению с ФО с меньшим темпом снижения данного показателя.

По итогам реализации федеральной целевой программы (ФЦП) «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 гг.)» установлена обратная связь между показателями использования бригадных форм оказания психиатрической помощи и показателями психиатрической госпитализации (Табл. 1).

По данным единовременных отчетов, полученных из 83 регионов страны, установлено, что из 150 организованных в 2012-2013 гг. РС 85 (56,7%) находятся на начальной стадии развития, а 65 РС (43,3%) под другими наименованиями уже функционировали в качестве реабилитационных. До приведения в соответствие с новой номенклатурой (2012) последние в течение длительного периода активно накапливали собственный, нередко уникальный, опыт психосоциальной работы и в настоящее время их деятельность осуществляется по уже сформированным алгоритмам. Группы ФО с более высокими и менее высокими темпами снижения показателя первичной инвалидности

значимо различались ($p < 0,05$) по количеству РС с уже разработанным и апробированным алгоритмом психосоциальной работы.

Таблица 1

Реализация федеральной целевой программы (2007-2012 гг.)

| Показатели | 2005 | 2012 |
|---|------|--------|
| Пациенты, охваченные бригадными формами оказания психиатрической помощи | 5% | 27,35% |
| Пациенты, нуждающиеся в стационарной психиатрической помощи | 16% | 12,91% |
| Средняя продолжительность стационарного лечения (в днях) | 75,6 | 64,65 |
| Повторные госпитализации в течение года | 20% | 16,32% |

Значимых различий между указанными группами ФО по общей сумме вновь созданных и уже действовавших РС не установлено, что позволяет надеяться на продолжение их равномерного количественного роста по мере повышения кадрового потенциала специалистов.

Сложившиеся в стране в последние годы структурные изменения в сети учреждений здравоохранения неблагоприятно отразились на численности работающих в амбулаторных психиатрических и психотерапевтических службах врачей-психотерапевтов. Однако в ФО с большей эффективностью деятельности тех учреждений, где на протяжении более длительного временного периода при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи используются бригадные формы профилактической и реабилитационной работы, отмечается рост числа амбулаторных и стабилизация числа стационарных пациентов, получающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь.

Отмеченный в годы реализации ФЦП рост числа специалистов с немедицинским образованием (табл. 2) позволяет более широко использовать бригадные формы работы с пациентами амбулаторных и стационарных психиатрических служб, включающие психообразование, проведение тренингов, направленных на развитие навыков совладания с болезнью, приобретение коммуникативных и других навыков, реализацию индивидуальных и групповых программ психосоциальной реабилитации.

Активное включение медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников в работу с пациентами и их родственниками способствует предупреждению развития дезадаптации пациентов, повышению комплайенса и, как следствие, снижению показателя первичной инвалидности, чему также способствует снижение числа госпитализаций в психиатрические стационары.

В динамике роста в исследуемый период числа занятых должностей основных трех категорий специалистов с немедицинским образованием наметились определенные различия. В общем числе занятых должностей медицинских психологов более интенсивно увеличивается число занятых должностей в амбулаторных психиатрических службах при том, что темпы роста числа должностей специалистов по социальной работе выше в стационарах. Рост показателей по категории социальных работников в стационарах адекватен расширению в них объема социальной работы более чем на треть. Однако значительное число регионов страны характеризуется низкими уровнями обеспеченности и нулевыми показателями, что свидетельствует об актуальности проблемы дальнейшего развития психосоциальной помощи пациентам и их семьям как в амбулаторных, так и стационарных психиатрических службах.

Таблица 2

**Занятые должности специалистов с немедицинским образованием в
психиатрических службах**

| Территория | Медицинские психологи | | | | | |
|---|-----------------------|----------|-------------|-----------------------|------|-------------|
| | Абс. | | Прирост (%) | На 100 тыс. населения | | Прирост (%) |
| | 2005 | 2013 | | 2005 | 2013 | |
| РФ | 3 158,25 | 3 840,25 | 21,6 | 2,22 | 2,67 | 20,3 |
| СЗФО | 419,50 | 577,25 | 37,6 | 3,06 | 4,18 | 36,8 |
| ПФО | 565,25 | 700,50 | 23,9 | 1,86 | 2,36 | 26,9 |
| ЮФО | 322,25 | 411,00 | 27,5 | 2,33 | 2,94 | 26,4 |
| ЦФО | 854,50 | 1 076,00 | 25,9 | 2,24 | 2,77 | 23,6 |
| СФО | 471,25 | 523,50 | 11,1 | 2,42 | 2,71 | 12,3 |
| ДФО | 127,00 | 137,00 | 7,9 | 1,97 | 2,20 | 11,9 |
| УФО | 329,50 | 336,75 | 2,2 | 2,72 | 2,75 | 1,3 |
| СКФО | 69,00 | 78,25 | 13,4 | 0,88 | 0,82 | -6,8 |
| Специалисты по социальной работе | | | | | | |
| РФ | 576,75 | 940,50 | 63,1 | 0,41 | 0,65 | 61,3 |
| УФО | 47,75 | 131,50 | 175,4 | 0,39 | 1,07 | 173,0 |
| СФО | 62,25 | 134,25 | 115,7 | 0,32 | 0,70 | 117,9 |
| ДФО | 19,50 | 35,50 | 82,1 | 0,30 | 0,57 | 88,9 |
| ЦФО | 128,00 | 201,75 | 57,6 | 0,34 | 0,52 | 54,7 |
| ПФО | 122,50 | 182,25 | 48,8 | 0,40 | 0,61 | 52,3 |
| ЮФО | 73,00 | 99,00 | 35,6 | 0,53 | 0,71 | 34,4 |
| СЗФО | 107,50 | 142,25 | 32,3 | 0,78 | 1,03 | 31,5 |
| СКФО | 16,25 | 14,00 | -13,8 | 0,21 | 0,15 | -29,2 |
| Социальные работники | | | | | | |
| РФ | 1 463,50 | 1 637,50 | 11,9 | 1,03 | 1,14 | 10,7 |
| СЗФО | 240,25 | 346,25 | 44,1 | 1,75 | 2,51 | 43,2 |
| ЦФО | 301,25 | 404,00 | 34,1 | 0,79 | 1,04 | 31,7 |
| СФО | 141,25 | 167,75 | 18,8 | 0,72 | 0,87 | 20,0 |
| ЮФО | 150,25 | 168,75 | 12,3 | 1,09 | 1,21 | 11,3 |
| ДФО | 81,50 | 83,50 | 2,5 | 1,26 | 1,34 | 6,3 |
| ПФО | 323,75 | 330,25 | 2,0 | 1,06 | 1,11 | 4,5 |
| СКФО | 29,25 | 23,25 | -20,5 | 0,37 | 0,24 | -34,7 |
| УФО | 196,00 | 113,75 | -42,0 | 1,62 | 0,93 | -42,5 |

Заключение. Для устранения кадрового дефицита участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи специалистов с медицинским и немедицинским образованием необходимо использовать утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 года № 566н «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Эффективность деятельности кризисных и реабилитационных психиатрических служб, использующих методы бригадного ведения пациентов, определяется ориентированным на профилактику суицидов и первичной инвалидности в связи с психическими расстройствами ростом количественных и качественных показателей кадровой обеспеченности РС медицинскими и немедицинскими специалистами.

С учетом высокой востребованности социальной работы в практике РС необходима активизация послевузовской подготовки специалистов по социальной работе и расширение подготовки социальных работников в медицинских колледжах по уже разработанным и используемым в стране образовательным программам.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Канаева Л.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б., Гришкина М.Н., Яковлев А.А., Акжигитов Р.Г.
Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия

Научно-практический центр психоневрологии, Москва, Россия

По данным Американской психологической Ассоциации (2006), суицидальные мысли выявляются у более трети населения. Они рассматриваются как форма выражения суицидального желания в действии и изучаются в качестве ведущей переменной при исследовании суицида. Однако для того чтобы суицидальное желание привело к суициду, требуется достаточно высокий уровень способности к самоповреждению: низкий уровень страха смерти и боли. Другим не менее важным фактором риска является наличие психических расстройств (Положий Б.С., 2010; Cavanagh J.T. et al., 2003).

Целью исследования явилось сравнительное изучение социо-демографических и клинических факторов, влияющих на формирование суицидальности у больных с пограничными психическими расстройствами и у здоровых добровольцев. Исследование было выполнено в клинических отделениях ГБУЗ НПЦ психоневрологии ДЗМ в рамках проекта № 14-06-00866 в РГНФ «Суицидальность: возрастные и гендерные особенности, предикторы и методы профилактики». В исследование включались больные, страдающие пограничными психическими расстройствами (ППР) в возрасте 18 лет и старше. Критерием исключения явился отказ от участия в исследовании.

Методы исследования. Для реализации поставленной цели была разработана индивидуальная регистрационная карта, включающая в себя социо-демографические показатели (пол, возраст, семейное положение, социальный статус, источник доходов, учет в ПНД, инициатива в обращении за психиатрической помощью), клинические данные (анамнестические сведения и текущее состояние больного). Изучение суицидальности осуществлялось с помощью Колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений (C-SSRS) (Posner K. et al., 2007), а оценка степени выраженности психических расстройств - с использованием самоопросника SCL-90. Статистический анализ проводился с помощью теста Колмогорова-Смирнова, метода Манна-Уитни. Достоверными считали отличия с $p < 0,05$.

Результаты исследования. Всего было обследовано 199 человек, которые были разделены на три группы: 1 группа пациентов с ППР и с суицидальностью на момент поступления (56 человек); 2 группа пациентов с ППР при отсутствии суицидальности на момент поступления (68 человек); 3 группа здоровых добровольцев (75 человек).

Результаты опроса пациентов по C-SSRS показали, что в группе больных с суицидальностью (1 группа) на момент поступления преимущественно выявлялись суицидальные мысли: желание умереть (94,64%), активные неспецифические мысли о самоубийстве (73,21%) и актуальные суицидальные идеи, при низкой частоте намерения действовать (23,21%). В рамках суицидального поведения истинная попытка самоубийства наблюдалась у 23,21%, прерванная суицидальная попытка – у 17,86%, остановленная суицидальная попытка – у 5,36%. Несмотря на тот факт, что во второй группе пациентов суицидальность на момент поступления отсутствовала, анамнестические сведения показали, что в прошлом у них отмечались суицидальные мысли: желание умереть (38,24%), активные неспецифические мысли о самоубийстве (16,18%), актуальные суицидальные идеи, при низкой частоте намерения действовать (16,18%). При этом суицидальное поведение пациентов характеризовалось истинной (4,41%) и остановленной (1,47%) суицидальной попыткой, тогда как прерванные суицидальные попытки отсутствовали. Статистически достоверные различия между

группами выявлялись как по частоте возникновения суицидальных мыслей ($p < 0,0001$), так и по суицидальному поведению ($p < 0,01$). В группе здоровых добровольцев суицидальное поведение отсутствовало, а суицидальные мысли наблюдались в виде желания умереть (6,67%), активных неспецифических мыслей о самоубийстве и актуальных суицидальных идеях, при отсутствии намерения действовать (по 4%) и редко актуальных суицидальных идей, включая намерение действовать при отсутствии конкретного плана (2,67%).

Анализ социо-демографических и клинических показателей позволил выявить как общие факторы, так и различия между группами. Так, средний возраст больных первой и второй групп практически был схожим ($36,25 \pm 13,72$ и $35,25 \pm 11,09$ лет соответственно), а в третьей группе ниже ($27,63 \pm 11,84$ лет). Во всех группах преобладали больные, состоящие в браке (33,93%/32,35%/34,67%, соответственно). В первой группе отмечался больший процент лиц, не имеющих постоянную работу (53,57%/35,29%/0, соответственно, $p < 0,05$). У больных с суицидальностью на момент поступления преобладало неполное высшее (53,57%), а у пациентов, у которых суицидальность на момент поступления отсутствовала и здоровых добровольцев – высшее (45,59% и 77,33%) образование. В первой группе пациентов, было больше лиц проживающих с родителями (1 группа – 21,43%, 2 группа – 0%, 3 группа – 1,33%). Источником дохода у пациентов первой группы было нахождение на иждивении родных (53,57%), а второй и третьей групп – экономическая независимость (63,24% и 80%, соответственно) ($p < 0,001$). Больные обеих групп в основном обращались за помощью по собственной инициативе (1 группа – 55,36%, вторая группа – 61,76%).

Наследственная отягощенность психическими заболеваниями чаще встречалась у больных первой группы (1 группа – 10,71% и 2 группа – 7,35%, $p < 0,05$). На учете в ПНД в связи с наличием психических расстройств состояли 16,07% больных с суицидальностью на момент поступления.

В первой группе чаще диагностировались соматоформное расстройство (F45) (36,73%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) (33,67%), реже – специфические расстройства личности (F60) (24,49%) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33) (21,43%). По сравнению с первой, у больных второй группы превалировало смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) (51,47%), а соматоформное расстройство (F45) (19,12%) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33) (11,76%) наблюдались значительно реже.

У больных с суицидальностью на момент поступления, по сравнению с пациентами, у которых она отсутствовала, чаще наблюдалась сопутствующая патология: органические поражения ЦНС (58,93% и 13,24%, соответственно) соматические заболевания (75% и 22,06%, соответственно, $p < 0,05$), алкоголизм (28,57% и 9,24%, соответственно, $p < 0,05$) и наркомании (16,07% и 0%, соответственно).

Данные самоопросника SCL-90 продемонстрировали большую выраженность психических расстройств в первой группе, по сравнению со второй и третьей группами, достигая статистически значимых различий по шкале депрессии ($p < 0,001$), тревожности ($p < 0,001$), враждебности ($p < 0,001$), фобической тревожности ($p < 0,001$), паранойяльным тенденциям ($p < 0,001$), психотизму ($p < 0,001$), обсессивности-компульсивности ($p < 0,001$), межличностной сензитивности ($p < 0,001$), общему индексу тяжести симптомов ($p < 0,001$). Значимые различия между первой и второй группами отсутствовали по шкале соматизации ($p = 0,12$) и индексу наличия симптоматического дистресса ($p = 0,057$).

Выводы. У больных с пограничными психическими расстройствами отмечаются более благоприятные типы суицидальности, что проявляется в преобладании суицидальных мыслей над суицидальным поведением. При этом в первой группе наблюдалась большая вариабельность, коморбидность и выраженность психических расстройств. Из социально-демографических факторов существенное влияние на формирование суицидальности оказывали отсутствие постоянной работы и нахождение на иждивении родных.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Карагезян Е.А., Курдакова О.К., Попова Ю.Н.

Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1, Краснодар, Россия

В последние годы появляется всё больше лекарственных средств, обладающих широким спектром фармакологической активности, сочетающих анксиолитические, ноотропные, стимулирующие и другие свойства. Теоретически представляется вполне обоснованным практическое применение указанных средств при сложной и полиморфной клинической картине различных патологических состояний, при которых традиционно применяют комбинированную терапию. К такой патологии относятся органические поражения головного мозга, в частности те их варианты, при которых когнитивные нарушения сочетаются с неврозоподобной, в том числе псевдоневрастической симптоматикой.

Одним из препаратов, обладающих широким спектром терапевтического действия, применяемым в неврологической и психиатрической практике, является мексидол.

Мексидол (3-окси-6-метил-2-этилперицина сукцинат), производное 3-оксиперицина, относится к классу шестичленных азотистых гетероциклов с одной стороны и к простейшим гетероциклическим аналогам ароматических фенолов с другой. Мексидол является соответствующей эмоксипину солью янтарной кислоты (сукцинатом) и относится к группе синтетических антиоксидантов. Механизм действия мексидола определяется, прежде всего, его антиоксидантными свойствами, способностью стабилизировать биомембраны плазматических клеток, активировать энергосинтезирующие функции митохондрий, модулировать работу рецепторных комплексов и прохождение ионных токов, усиливать связывание эндогенных веществ, улучшать синаптическую передачу и взаимосвязь биологических структур мозга.

Открытое, ограниченное исследование было проведено на базе общепсихиатрического отделения № 9 ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» министерства здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар). В лечении и оценке состояния 65 включённых в данное исследование пациентов приняло участие 3 врача-психиатра. Все пациенты проходили лечение в стационарных условиях, продолжительность терапии мексидолом в разных формах (внутривенно, внутримышечно, перорально) составляло 56 дней. Полный курс лечения прошли все 65 пациентов. Критериями включения в исследование являлись: диагноз органически обусловленного психического расстройства, острое или подострое состояние пациента (острый дебют, острый рецидив, внутрибольничное ухудшение, неэффективность попыток купирования обычными схемами из-за выраженности побочных эффектов). Из исследования исключались пациенты с иными психиатрическими диагнозами, беременные и кормящие грудью женщины, а также пациенты с наличием сведений о гиперчувствительности к мексидолу.

В результате проводимого исследования были получены следующие данные: отмечалось выраженное улучшение когнитивных функций у 17% пациентов, умеренное улучшение – у 43%, небольшое улучшение – у 30%, без динамики – у 10%. Динамика когнитивных изменений соответствовала данным электрофизиологического исследования (ЭЭГ, РЭГ), отмечалась отчётливая положительная ЭЭГ-динамика в виде уменьшения медленно-волновой и пароксизмальной активности, увеличение индекса альфа-ритма, восстановление его пространственного распределения, адекватности реакций на функциональные нагрузки. Происходило уменьшение количества патологических дельта-и тета-форм. Кроме того, подтвердился выраженный положительный эффект при лечении мексидолом хронического нейрорепитического синдрома. Всем больным до лечения

мексидолом проводилась активная терапия нейролептического синдрома по обычным схемам с применением эфферентных методик, которая оценивалась как малоэффективная. Мексидол оказывал выраженное противопаркинсоническое и вегетотропное действие у этих трудно поддающихся терапии больных. Действие мексидола начинало проявляться уже со 2-3 дня терапии и заключалось в уменьшении выраженности гиперкинезов, которые полностью проходили к 7-14 дню лечения, а затем наблюдалось уменьшение скованности, гипокинезии и гипомимии, проходили явления ортостатизма, головокружение, отмечалась тенденция нормализации АД при лёгкой гипотонии, уменьшалась слабость, вялость. Противопаркинсонический эффект мексидола сохранялся ещё в течение 3-5 дней после его отмены.

Статистически значимых изменений динамики биохимических показателей не отмечено, но несколько снижался уровень холестерина крови, повышался лецитин-холестериновый коэффициент.

Отсутствие побочных эффектов и потенцирование действия других препаратов позволяло снижать дозы сопутствующих препаратов и способствовало сокращению сроков терапии. Так, у принимавших мексидол пациентов средний койко-день составил $58,2 \pm 2,7$, у не принимавших – $65,2 \pm 4,0$. Существенных побочных эффектов, аллергических реакций не было. В процессе терапии у одного больного через несколько минут после внутривенной инъекции мексидола наблюдалось головокружение, у трех пациентов были жалобы на сухость во рту, у двух – на тошноту, но эти явления были преходящими и кратковременными, и не требовали отмены препарата.

У большинства пациентов улучшение психопатологического состояния происходило на первой неделе после начала терапии. Происходило исчезновение астении, тревоги, повышение эмоциональности, живости, активности, инициативности и контактности, улучшалась концентрация внимания, когнитивные способности, критичность. Все это благоприятствовало сокращению общей продолжительности пребывания больных в стационаре и более раннему включению их в повседневную деятельность.

Вторую-третью неделю лечения можно было охарактеризовать как период стабилизации психического состояния. На этом этапе удавалось приступить к проведению реабилитационных мероприятий и применению психотерапевтических методов (тренинг социальных навыков, семейная психотерапия и психообразовательные программы).

По окончании двадцатидневной терапии раствором мексидола больные переводились на прием эквивалентных доз в таблетках, что не сопровождалось ухудшением состояния больных.

На протяжении всего периода лечения мексидолом в сочетании с нейропсихотропными препаратами происходила равномерная редукция психопатологической (неврозоподобной) симптоматики, исчезала растерянность, уменьшались аффективная заряженность, подозрительность, упорядочилось поведение. Формировался устойчивый антипсихотический эффект.

Таким образом, применение мексидола в комбинации с психотропными препаратами потенцирует их действие, что позволяет снижать дозы, уменьшает выраженность побочных экстрапирамидных и вегетотропных эффектов, что особенно важно при лечении органически обусловленных психических расстройств. Мексидол обнаруживает выраженное анксиолитическое действие, нормализует цикл сон-бодрствование, способствует восстановлению нарушенных процессов обучения и памяти, повышает резистентность к экзогенным повреждающим факторам. Важно, что мексидол имеет незначительные побочные эффекты и низкую токсичность. Применение мексидола в психиатрической практике повышает эффективность лечения, способствует сокращению сроков стационарного лечения, снижению затрат на лечение, и повышает комплаентность пациентов на амбулаторном этапе лечения.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С СЕНСОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Карауш И.С.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Внутренняя картина болезни может быть адекватной объективной картине болезни или существенно отличаться от нее, может быть инертной или подвижной (Вассерман Л.И., Менделевич В.Д., 2001), в ряде случаев – осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечебных мероприятий и тормозить ход реабилитационного процесса (Николаева В.В., 2009). Данный феномен является регулятором поведения и, в зависимости от условий, способствует развитию адаптационных или дезадаптационных эффектов. Оценка внутренней картины болезни (ВКБ) у детей требует системного подхода, должна осуществляться с учетом возрастного аспекта, позиции теории деятельности и социальной ситуации развития. (Исаев Д.Н., 2001).

Имеется ряд работ, характеризующих внутреннюю картину болезни детей с различными хроническими соматическими заболеваниями (Куртанова Ю.Е., 2004; Свистунова Е.В., 2010), опухолями головного мозга (Котлярова А.Б., 2009), сахарным диабетом (Бондаренко С.М., Смирнов В.В. с соавт., 2006). Однако до сих пор остаются практически неисследованными аспекты её формирования у детей с наличием дефектов (детей-инвалидов), у которых дефект проявляется с рождения или раннего возраста. Эти дети и подростки не имеют предшествующего болезни опыта «здоровья», поэтому структура ВКБ у них может существенно отличаться от таковой у «обычных» детей. Однако, по нашему мнению, определение понятия внутренней картины болезни у этой категории детей остается правомочным, поскольку характеристика восприятия ребёнком своего дефекта является одним из значимых факторов как в формировании и особенностях нарушений психического здоровья, так и в процессе реабилитации, играя ресурсную или препятствующую роль.

Изучалась также внутренняя картина болезни (ВКБ) детей и подростков с нарушениями слуха и зрения, она оценивалась на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях, соответственно характеристике клинического статуса – характеристика уровня мышления и состояния основных его операций, настроения, эмоциональных реакций, поведения (соответствие поведения своему возрасту, диагнозу (дефекту), представления ребенка (подростка) о своём дефекте/заболевании, знания о возможностях лечения и особенностях функционирования в соответствии с имеющимся заболеванием (например, необходимость ношения слухового аппарата, очков, использование других тифло- и сурдотехнических средств), у старших школьников выяснялись планы на будущее, ориентация в возможном выборе профессии в соответствии с имеющимся дефектом. Также учитывались количественные и качественные характеристики клинических шкал и психологических опросников.

Отличительной особенностью исследуемой группы детей являлось наличие широкого спектра нарушений психической сферы: нарушений психологического развития, умственной отсталости, развитие психодезадаптационных состояний, невротических, аффективных реакций. Психические расстройства, выявленные у детей с сенсорными нарушениями – фактор, значимо влияющий на формирование ВКБ: снижение интеллектуального потенциала и недостаточная критичность к своему состоянию, незрелость, которую можно объяснить, помимо возрастных особенностей, явлениями инфантилизма, ведут к недооценке детьми и подростками серьезности своего заболевания и своих возможностей.

В соответствии с содержанием внутренней картины болезни и степени соответствия этого содержания объективным данным можно выделить следующие группы детей и подростков с сенсорными нарушениями:

1. Подростки с реальной оценкой заболевания (дефекта), с активно формирующейся ВКБ – нормозогнозия. Данный вариант проявляется несколько различно в зависимости от наличия/отсутствия интеллектуальных нарушений. Он был характерен для 51% детей и подростков с нарушением слуха и 73% детей с нарушением зрения.

2. Подростки с искажённой внутренней картиной болезни – диснозогнозия, которыми болезнь (дефект) воспринимается амбивалентно. Наряду с восприятием негативных сторон заболевания, значимыми являются аспекты, связанные с получением вторичной выгоды – определённых преимуществ «как инвалиду» и ослабление различных требований (учебных, воспитательных, социальных и т.п.). Такой вариант был характерен для 26% детей и подростков с нарушением слуха и 10% детей с нарушением зрения.

3. Подростки с искажённой внутренней картиной болезни – диснозогнозия или анозогнозия – отрицающие или не осознающие тяжесть своего заболевания. Он был характерен для 23% детей и подростков с нарушением слуха и 17% детей с нарушением зрения.

Характеристика ВКБ позволяет оценить отношение к своему дефекту, особенности его восприятия на различных уровнях – когнитивном, эмоциональном, поведенческом, выявить особенности мотивации. Опора на ресурсы и своевременная коррекция «проблемных» сторон ребенка и его социального окружения, является базисом для формирования комплайенса, адекватного восприятия болезни ребенком и его семьей, адаптации к ограничению возможностей и улучшению качества социального функционирования.

ПРЕКРАЩЕНИЕ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Кириллова А.В., Нохуров Б.А.

Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А. Гиляровского, Москва, Россия

В решении проблемы первичной и вторичной профилактики общественно опасных действий (ООД), совершаемых лицами с психическими расстройствами, большое значение приобретает активное диспансерное наблюдение (АДН), как завершающий этап реадaptации пациента к социально приемлемым моделям поведения (Гурович И.Я. и др., 1988; Макушкина О.А. и др., 2012, 2014; Мальцева М.М., Котов В.П., 2013). Согласно Приказу Минздрава РФ, МВД РФ от 30 апреля 1997 года № 133/269 «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», АДН подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

Выведение пациентов из группы АДН также является актуальной проблемой, предполагает оценку эффективности профилактики ООД на основании определения риска

опасного поведения лиц с психическими расстройствами. С этой целью были проанализированы клинико-социальные характеристики, выявлены основные психопатологические расстройства у 47 пациентов, которые были выведены из группы АДН в Филиале № 1 (Психоневрологический диспансер № 8) ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского в период с 2010 г. по 2014 г.

Всем обследованным было установлено АДН после совершения ими ООД и вынесения судами постановлений об их невменяемости (вторичная профилактика ООД). Средняя продолжительность АДН составила 9,1 лет.

Нозологический состав пациентов в соответствии с МКБ-10 устанавливался по следующим группам: расстройства шизофренического спектра – 26 пациентов (55,3%), органические психические расстройства (в том числе, деменции) – 18 пациентов (38,3%), умственная отсталость – 3 (6,4%). Расстройства шизофренического спектра распределялись следующим образом: шизофрения параноидная, эпизодический тип течения (17-36,2%), шизофрении псевдопсихопатическая и псевдоневротическая – 5 (10,6%) и 4 (8,5%) случая соответственно. Обращает внимание отсутствие других малокурабельных эндогенных расстройств (простой и детский типы шизофрении, непрерывный тип течения параноидной шизофрении, хронические бредовые расстройства и др.). Среди органических психических расстройств отмечалось преобладание расстройств личности органической этиологии – 14 пациентов (29,8%), над другими – деменцией, органическим бредовым расстройством и органическим эмоционально-лабильным расстройством. Пациенты с умственной отсталостью характеризовались легкой степенью интеллектуальных нарушений с выраженными нарушениями поведения.

Средний возраст пациентов на момент снятия с АДН составил 48,2 лет. Отмечалось значительное преобладание лиц пожилого возраста (старше 55 лет) – 20 пациентов (42,5%). Около четверти пациентов (12 – 25,5%) ко времени снятия с АДН состояли в браке. Однако другая часть – 23 пациентов (48,9%) ранее никогда не состояли в браке, у 20 пациентов (42,6%) браки распались. Уровень образования обследованных был представлен следующим образом: около половины – 23 (48,9%) имели среднее специальное образование, 10 (21,3%) – неполное среднее/среднее, 8 (17,0%) – имели высшее образование, 6 (12,8%) – обучались в коррекционной школе. Однако к моменту снятия с АДН лишь 4 пациента (8,5%) занимались трудовой деятельностью, тогда как 35 (74,5%) – не работали по причине психического расстройства. Стойкие нарушения социальной и трудовой адаптации явились причиной установления инвалидности 36 пациентам (76,6%), в основном второй группы (33 – 70,2%); 4 обследованных (8,5%) являлись инвалидами детства. Более того, 10 обследованных (21,3%) в последующем по ходатайствам родственников либо органов социальной защиты признавались судами недееспособными.

Таким образом, социо-демографические показатели с одной стороны указывают на неблагоприятные тенденции, приводившие к утрате социальных связей и значительной трудовой дезадаптации, с другой – своевременное установление инвалидности, опеки решали насущные социальные вопросы, способствовали предупреждению повторных ООД.

Большинство пациентов (35 – 74,5%) до совершения ООД получали специализированную психиатрическую помощь, чаще в виде диспансерного наблюдения в условиях ПНД. Более половины обследованных (30 – 63,8%) эпизодически либо систематически злоупотребляли алкогольными напитками и другими психоактивными веществами, что является важным предиктором делинквентного поведения.

В целом, асоциальность поведения (иждивенчество, бродяжничество, злоупотребление ПАВ, совершение незначительных правонарушений: бытовые кражи, угрозы, хулиганства, которые не привели к уголовной ответственности) была характерна

для 21 обследованных (44,7%), а 14 пациентов (29,8%) ранее привлекались к уголовной ответственности.

Анализ характера ООД показал преобладание имущественных «неагрессивных» правонарушений (кражи, угоны транспортных средств, мошенничества – 15 случаев – 31,9%) и других нетяжких ООД (хулиганство, угрозы, уничтожение имущества – 11 – 23,4%), над покушениями на убийство, убийствами, нанесениями телесных повреждений и истязаниями (13 – 27,7%). При судебно-психиатрической оценке психических расстройств, а также с целью последующей дифференцированной профилактики совершения повторных ООД большое значение приобретает изучение психопатологических механизмов, лежащих в основе ООД (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995). Данное исследование указывает на значительное преобладание пациентов, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам (43 – 91,5%) над обследованными с продуктивно-психотическими механизмами совершения ООД (4 – 8,5%). Среди негативно-личностных механизмов чаще встречались ситуационно-спровоцированные действия (28 случаев – кражи; причинения вреда здоровью, побои, угрозы, как следствия неразрешимых для больного конфликтных ситуаций), реже – инициативные действия (15 случаев – хулиганства, клевета, разбои). Продуктивно-психотические механизмы (4 случая) сопровождалась бредовой мотивацией и приводили к особо тяжким ООД (убийство).

В соответствии с рекомендациями СПЭК, 44 обследованным (93,7%) назначались принудительные меры медицинского характера, из них: почти половине (20-45,4%) – в психиатрическом стационаре общего типа, 12 (27,3%) – в психиатрическом стационаре специализированного типа, 11 (25,0%) – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) и 1 (2,3%) – в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Длительность принудительного лечения в психиатрических стационарах была относительно короткой – 2,1 года. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре почти всегда (96,9%) завершалось полной отменой судами принудительных мер медицинского характера без «ступенчатого» уменьшения интенсивности лечебно-профилактических мероприятий (через АПНЛ). АПНЛ как первичная принудительная мера медицинского характера (непосредственно после признания лица невменяемым) назначалась пациентам с формированием стойкой ремиссии уже на этапе проведения судебно-психиатрической экспертизы (Котов В.П., 2003) и ее длительность составляла в среднем 10,8 месяцев.

В дальнейшем, после отмены принудительных мер медицинского характера, они продолжали наблюдаться и получать лечение в группе АДН. В целом, состояние пациентов оставалось относительно стабильным. Они регулярно посещали диспансер. Две трети из них (33 – 70,2%) редко (не более 2-х раз за весь период наблюдения), либо вообще не госпитализировались в круглосуточный психиатрический стационар. Случаи недобровольной госпитализации, связанные с возможным совершением повторного ООД (п. «а» ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании») были также единичными. Вместе с тем, более половины обследованных (32 – 68,1%) неоднократно направлялись в отделения дневного стационара, чаще, в медико-реабилитационное отделение, где различные психотерапевтические программы, длительное времяпрепровождение в просоциальном окружении, материальная поддержка (обеды) также способствовали социализации больных и профилактике повторных ООД.

Клиническое состояние обследованных на момент выведения их из группы АДН характеризовались формированием следующих основных синдромов: дефектные состояния с редукцией продуктивной психопатологической симптоматики у пациентов с прогрессивными формами течения шизофрении; стойкая терапевтическая ремиссия у обследованных с рекуррентными формами течения шизофрении, псевдопсихопатической

или псевдоневротической шизофрениями; стойкая редукция психопатоподобных и поведенческих нарушений у пациентов с органическими психическими расстройствами и у лиц с умственной отсталостью.

У большинства отмечалась, хотя и невысокая, но стабильная социальная адаптация (способность к самообслуживанию, возможность общения в соответствующих просоциальных группах, отсутствие повторных ООД). Ощутимую роль в профилактике повторных ООД сыграли контроль состояния и помощь со стороны родственников пациентов. 42 обследованных (89,4%) совместно проживали с родственниками, либо регулярно навещались ими.

Важная роль в профилактике первичных и повторных ООД принадлежит возможностям пациентов в прекращении алкоголизации/наркотизации – «катализаторов» ООД (Киселев Д.Н. и соавт, 2011; Мальцева М.М., Котов В.П., 2013). На момент снятия с АДН 43 пациента (91,5%) практически не употребляли алкогольные напитки и другие ПАВ. Данная положительная тенденция явилась следствием как эффективных терапевтических мероприятий, так и формированием конечных состояний (исходов) психических расстройств.

Таким образом, если установление АДН имеет явные очерченные показания (принудительные меры медицинского характера, назначенные судом, склонность к совершению ООД), то прекращение АДН предполагает определение и совокупный анализ не только клинико-психопатологических и социальных показателей, но и анамнестических, криминологических критериев (характер и психопатологические механизмы ООД, длительность и эффективность принудительных мер медицинского характера), детерминирующих вероятность опасного поведения. Дальнейшее изучение и уточнение критериев прекращения АДН позволит совершенствовать возможности профилактики ООД, совершаемых лицами с психическими расстройствами.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ГКУЗ КПБ № 1

Колмакова К.Ю.

Краевая психиатрическая больница № 1, Чита, Россия

В последнее десятилетие проблема аутистических расстройств в круге общих нарушений психического развития заняла свое особое место в международной и отечественной детской психиатрии. Проблема сложного дефекта становится все более актуальной для современной психопатологии детского возраста, патопсихологии и коррекционной педагогики. За последние десятилетия специалисты, работающие в области этих наук, отмечают рост числа случаев сложных нарушений развития.

Ранний детский аутизм (РДА) – сравнительно редкая форма патологии. Основными проявлениями синдрома, которые наблюдаются при всех его разновидностях, являются выраженная недостаточность или полное отсутствие потребности в контакте с окружающими, эмоциональная холодность или безразличие к близким, страх новизны и любой перемены в окружающей обстановке, болезненная приверженность к рутинному порядку, однообразное поведение со склонностью к стереотипным движениям, а также расстройства речи, характер которых существенно отличается при разных вариантах синдрома.

Показатели распространенности заболевания детей с аутистическими расстройствами в последние годы увеличивается, это связано с различными причинами: улучшение диагностики данного заболевания, более раннее обращение за медицинской помощью, неблагоприятное влияние факторов окружающей среды и прочее.

Это отражается и на работе отделения ГКУЗ КПБ № 1, если в 2011 году на РДА приходилось 1,2 % обратившихся, в 2012 году – 2,4 %, в 2013 году – 4,1 %, то в 2014 году удельный вес раннего детского аутизма среди других нозологических форм составил 8,4 %.

В КПБ № 1 используются следующие методы реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра:

- Медикаментозная терапия;
- Обучение навыкам и поведению;
- Коррекция поведения;
- Логопедическая и дефектологическая коррекция;
- Психотерапия;
- Психологические занятия;
- Театрально-игровые занятия;
- При необходимости индивидуальное питание: диета БГБК (ребенок развивает аллергию на глютен и казеин).

По итогам реабилитации, около 84,2 % пациентов при выписке имеют положительную динамику (улучшение коммуникативных функций и навыков самообслуживания, нивелирование эхололий и стереотипий), остальные 15,8 % выписываются без динамики. При этом на последних приходится подавляющее большинство случаев выявления заболевания на поздней стадии.

По результатам проведенного анализа в течение четырех лет (2011-2014 гг.), можно проследить, что аутизм, выявленный на поздних стадиях, в большей степени приводит к инвалидности: 2011 – 2 %; 2012 – 3 %; 2013 – 5 %; 2014 – 8 %.

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПОСЛЕШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

Колотилин Г.Ф.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

Рост распространения наркотической зависимости в России обусловил высокую актуальность научного интереса наркологов, психиатров, неврологов, юристов к проблемам системного контроля над наркологической ситуацией.

Целью осуществляемого нами на протяжении ряда лет анкетирования является выявление причин и мотивов, по которым юноши включаются в девиантные компании и приобретают опыт потребления наркотиков в период наиболее активного усвоения интеллектуальных, нравственных, профессиональных, бытовых и социальных навыков, замещая последние.

Результаты проведенного нами в различных возрастных группах студентов ДВГГУ комплексного исследования 1253 человек по теме гранта РГНФ № 05-06-06098а «Информационное моделирование групповых зависимостей потребителей психоактивных веществ» позволяет выделить несколько видов группового поведения, угрожаемого появлением наркотической зависимости.

Основным принципом отбора послужила стадия отношения к ПАВ. Этап первичного приобщения к употреблению наркотических веществ, как правило, приходится на период адаптационного поведения, возникающего у подростков при переходе от привычного школьного обучения к профессиональному. Образование может иметь широкий спектр уровневых форм от рабочих профессий (ПТУ) до более углубленных видов высшего специального. При этом на первом этапе формируется единый тип поведения для всех членов данной возрастной группы. Общим является именно процесс адаптации индивида к иным условиям микросоциума. Вдали от привычных традиций школьной среды процесс обучения на новом уровне проходит с существенной долей депривации. Поэтому первый этап может быть обозначен как состояние социальной депривации. Это обусловлено нарастающим конфликтом между кажущейся независимостью от семейно-родительских паттернов воспитания, традиционного жизненного-бытового обеспечения и фактическим сохранением и даже усугублением экономической и социально-психологической зависимостью от родителей вследствие отрыва от семьи.

В условиях депривации от семьи появляется другой признак поведения, который связан с обеспечением индивидуальной сохранности и значимости в новой группе при резко изменившихся принципах межличностного общения. Этот признак диктует свои закономерности поведения, т.е. возникает второй этап в формировании зависимого поведения, которое обуславливается необходимостью приобщения к употреблению в группе наркотических препаратов и приводит к появлению потребности в повторном приеме, уже желательном. Осуществляется переход к этапу мотивированного поведения, его, можно обозначить, как потребностный рост (реакция на депривацию). Эта двойственная направленность векторов воздействия на индивида в переходный период создает не только дополнительные трудности в процессе социально-психологической адаптации, но и порождает явный личностный конфликт (извне и внутри).

Возникающий конфликт непреодолим в рамках прежнего способа поведения и прежних привычек. Новые трудности адаптационного периода могут найти свое разрешение, если индивидуальное и групповое поведение облегчается посредством употребления ПАВ. Появляющиеся общие потребности в приобретении наркотических веществ и получении информации о них не только упрощают сближение, но и создают общее поле мотивации и поведенческие реакции, которые становятся понятными и легко воспринимаются как качественно высокие. Это порождает миф личностного роста, наличия общих групповых интересов. Формируются суррогатные или патологические формы адаптивного поведения. Третий этап обозначает себя как ложно приспособительный, и определяет включение в систему привычного употребления ПАВ.

Наркотик или иные ПАВ становятся знаковым феноменом, образцом подражания «высокого и достойного» качества жизни, хотя по существу так и остаются его замещающим фетишем, формируя патологически зависимое поведение. При совместном групповом потреблении ПАВ создается иллюзия легкости социально-психологической адаптации, прозрачности и комфортности в межличностных отношениях. Быстро возникает иллюзия взаимного понимания потребностей и мотивов поведения друг друга (вернее, их групповой суррогат). При групповом потреблении ПАВ не требуется напряжения в доказательстве правильности и адекватности своего поведения, внутреннего самоконтроля. Все это подчиняется внутригрупповым квазиадаптационным потребностям. Более того, возникает групповая порука, немотивированная поддержка при неприятных переживаниях, вызванных внешними раздражителями, и прежде всего миром сформировавшегося окружения. Особенно эта коллективная поддержка и защита важны в период постинтоксикационных болезненных ощущений («ломки»), дополнительно еще и предоставляя возможность получить необходимую дозу ПАВ не просто именно от сверстника, а от «соратника» по аддиктивной коалиции. Это, в свою очередь, создает

дополнительные условия, облегчающие формирование зависимости с ее психологической, а затем и физиологической составляющими, т.е. патологическое влечение к наркотику состоялось и четвертый завершающий этап обозначается как зависимый (аддиктивный).

Важно отметить, что этот период адаптивного поведения с его явно выраженным суррогатно-патологическим радикалом дает возможность более легкого и упрощенного доступа к реализации потребностей, лежащих в основе в целом позитивных мотивов получения профессионального образования. Проще обеспечивается через группу потребителей ПАВ доступ к литературе, конспектам, учебным пособиям, Интернет-изданиям, что иногда осуществляется ненормативным, внешне граничащим с криминальным, способом. Более ярко и нетривиально проходят подобные средства «коллективного доступа» в тесном кругу престижного по началу окружения с демонстрацией амбициозно вызывающего отношения к окружающим.

Такие формы межличностных внутригрупповых отношений напоминают ритуалы социализации подростков, и ошибочно воспринимается ими как надежная адаптационная ниша, удовлетворяя молодых людей, постепенно втягивающихся в необратимый процесс наркотизации.

Выводы. Адаптация подростков в период послешкольного образования проходит через сложные проблемы социально-психологической защиты, которые могут служить мотивацией к употреблению наркотиков. Структурно их можно разделить на четыре этапа: депривационный; потребностный; приспособительный (конфликто разрешающий); зависимый (аддиктивный).

ОПЫТ РАБОТЫ ВЫЕЗДНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ БРИГАД В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2006-2014 ГОДЫ

Колчанова Т.Г.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

За последние десятилетия как в России, так и во всем мире произошло немало чрезвычайных ситуаций: различные войны, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, межнациональные конфликты и другие экстремальные происшествия, приводящие не только к нарушению условий и качества жизнедеятельности, но и к гибели большого количества людей.

Как известно, чрезвычайные ситуации приводят к появлению лиц с различными психическими расстройствами и расстройствами поведения, обусловленными воздействием разнообразных стрессогенных факторов, что ставит перед специалистами вопрос о необходимости создания психологической службы, оказывающей помощь пострадавшим в ЧС. При этом оказание психолого-психотерапевтической помощи населению при чрезвычайных ситуациях предполагает создание службы, которая будет обеспечивать проведение необходимых мер на региональном уровне (предварительных, лечебно-диагностических, реабилитационных), а также в эпицентре чрезвычайной ситуации.

На территории Забайкальского края было создано специализированное формирование по оказанию экстренной психологической и психотерапевтической помощи жителям Забайкальского края в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций – выездные психолого-психотерапевтические бригады (далее – ППТБ).

ППТБ предназначаются для работы в зонах ЧС и могут работать автономно или во взаимодействии со специализированными бригадами Забайкальского территориального центра медицины катастроф и с аналогичными подразделениями других министерств и ведомств, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Выездные психолого-психотерапевтические бригады были организованы на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского в соответствии с утвержденными штатами должностями. Организационно-штатная структура устанавливается заведующим отделением «Телефон Доверия» и утверждается главным врачом данного лечебного учреждения, исходя из функций ППТБ и расчетных форм времени. В состав бригады входят врач психотерапевт и медицинские психологи. Обеспечение готовности ППТБ и контроль над ее работой возлагается на заведующего отделением «Телефон Доверия». Привлечение ППТБ к ликвидации ЧС осуществляется в соответствии с планами предупреждения и ликвидации ЧС на территории Читы и Забайкальского края.

Психолого-психотерапевтические бригады в своей деятельности руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, соответствующими положениями, уставами, правилами и другими нормативными актами. Они могут осуществлять свою деятельность по обслуживанию объектов и территорий на договорной основе.

Задачи психолого-психотерапевтических бригад являются:

1. Сбор информации о состоянии здоровья населения и участников ликвидации последствий ЧС в очаге поражения.
2. Анализ сложившейся ситуации и определение объема работ по оказанию помощи пострадавшим с расчетом необходимых для этого сил и средств
3. Оказание круглосуточной экстренной специализированной помощи в условиях чрезвычайной ситуации.
4. Оказание психологической и психотерапевтической помощи на месте; при необходимости транспортировка в лечебные учреждения для специализированного лечения, по предварительному согласованию с Министерством здравоохранения Забайкальского края.

В ходе проведения работ по ликвидации чрезвычайных ситуаций сотрудники ППТБ имеют право на: полную и достоверную информацию, необходимую для выполнения ими своих обязанностей; проход на территорию и производственные объекты организаций, в жилые помещения для проведения работ по оказанию психотерапевтической помощи.

Продолжительность рабочего времени одной психолого-психотерапевтической бригады в зоне ЧС в зависимости от масштаба ситуации составляет 3-5 дней. При проведении работ по оказанию психотерапевтической помощи режим работы и продолжительность рабочего дня устанавливаются старшим по бригаде, с учетом характера ЧС, особенностей проведения работ и медицинских рекомендаций. Сотрудникам, выполнявшим задачи в условиях ЧС, предоставляется реабилитационный отпуск в количестве 3-5 дней.

Общее руководство осуществляет руководитель-координатор, которому подчиняется непосредственно состав всех выездных психолого-психотерапевтических бригад. Руководство ППТБ осуществляет старший по бригаде, назначаемый заведующим отделением «Телефон Доверия» ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского». Старший бригады в ходе проведения работ по ликвидации имеет право на полную, достоверную информацию о ЧС, необходимую для выполнения ими своих обязанностей. В очаге ЧС он подчиняется руководителю бригады экстренного реагирования Забайкальского территориального центра медицины катастроф.

Старший ППТБ не позднее 5 дней после ликвидации ЧС представляет руководителю-координатору отчет о проделанной работе. Руководитель-координатор психотерапевтической помощи пострадавшим в ЧС не позднее 10 дней после ликвидации последствий ЧС представляет главному врачу ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» отчет о проделанной работе с предложениями по улучшению ее организации.

Впервые на территории Читинской области (сейчас – Забайкальский край) был осуществлен выезд специалистов в экстренном порядке (врачи психотерапевты, медицинские психологи ГУЗ КДП «Психотерапевтический центр» Читинской области) в 2003 году с целью оказания экстренной психологической и психотерапевтической помощи детям, пострадавшим во время взрыва боеприпасов вблизи детского летнего оздоровительного лагеря в городе Нерчинск.

Опыт участия в проведении работ по ликвидации последствий ЧС показал необходимость наличия специализированного формирования с подготовленным составом для оказания помощи на случай чрезвычайной ситуации.

В 2006 году на базе Психотерапевтического центра Читинской области были сформированы 3 ППТБ. С 2014 года, в итоге реорганизации психиатрической службы, выездные психолого-психотерапевтические бригады являются формированием ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского».

В течение 2006-2014 гг. ППТБ принимали участие в ликвидации последствий 7 чрезвычайных ситуаций:

- пожар на шахте «Центральная» Вершино-Дарасунского рудника (Тунгокочинский район) – сентябрь, октябрь 2006 года;
- оказание психологической поддержки высвобождаемых работников Жирекенского производственного комплекса – январь 2014 года;
- массовое отравление суррогатами алкоголя в с. Красный Великан – март 2014 года,
- взрывы боеприпасов от лесных пожаров в п. Большая Тура – апрель-май 2014 года;
- участие в оказании медицинской помощи в пунктах временного размещения лицам, вынужденно покинувшим территорию Украины и прибывшим на территорию Забайкальского края – август-сентябрь 2014 года;
- оказание психологической поддержки обучающимся ГОУ НПО «Профессиональное училище № 32» в связи с завершёнными суицидами 2-х студентов – ноябрь 2014 года;
- оказание психологической поддержки пострадавшим во время пожара в г. Чите на спортивном комплексе «Высокогорье» – декабрь 2014 года.

В обеспечении психологической помощи принимали участие 17 выездных медико-психологических бригад в составе 20 специалистов (4 врача-психотерапевта, 16 медицинских психологов).

Всего оказана помощь 586 пострадавшим, в том числе 142 несовершеннолетним.

В зависимости от вовлеченности в чрезвычайную ситуацию, мы условно выделяли 3 основные группы среди получавших помощь:

1. Лица, пострадавшие во время ЧС;
2. Родственники погибших;
3. Родственники пострадавших.

В непосредственно посттравматическом периоде нервно-психические нарушения проявлялись в широком диапазоне: от состояния дезадаптации, физиологических (непатологических) реакций, невротических, неврозоподобных реакций до аффективно-шоковых реакций. В течение первых часов и дней отмечено развитие следующих синдромов: астенический; астено-депрессивный; тревожно-фобический; депрессивный;

обсессивный. Также отмечалось нарушение сна, обострение имеющейся соматической патологии.

Специализированная помощь оказывалась по следующим направлениям: индивидуальная, групповая, семейная. В терапии использовались такие методы, как психологическое кризисное консультирование, дебрифинг, создание ресурса безопасности, рациональная, суггестивная, личностно-ориентированная, телесная психотерапия, релаксирующие методы. Продолжительность помощи в зависимости от состояния варьировала от 1 беседы до 10 сеансов.

В результате было получено снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших и родственников, уменьшение эмоциональной напряженности, стабилизация состояния, оптимизация актуального психического состояния. Эффективность оказанной помощи оценивалась по клиническому методу (симптоматическое улучшение, изменение психологического статуса), в части случаев по катamnестическому.

Таким образом, опыт работы в течение последнего десятилетия показывает необходимость обязательного функционирования экстренной психолого-психотерапевтической помощи на месте происшествия.

ПРИМЕНЕНИЕ 22 СТАТЬИ УК РФ К ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кондрашова С.М.

*Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия*

Сложившаяся за последние годы наркологическая ситуация в нашей стране развивается достаточно динамично. Это обусловлено как ростом употребления «традиционных» наркотических средств, так и появлением на рынке новых потенциально опасных ПАВ, еще не включенных в «Перечень наркотических средств и психотропных веществ». В связи с появлением на рынке наркотиков синтетических каннабиноидов (спайсы с англ. – пряность), в настоящее время в список наркотиков включены свыше 70 веществ этого типа (большинство из них по своему химическому строению относятся к группе JWH) возникла проблема психоактивных веществ «дизайнерского» типа. К ним относятся субстанции, близкие по химическому строению и особенностям действия на психику человека к каким-либо наркотикам, уже включенным в «Перечень наркотических средств и психотропных веществ». Но при этом сами ПАВ «дизайнерского» типа наркотиками не являются. Это значит, что соответствующие службы не могут запретить их оборот. Период оформления нового вещества в качестве наркотика занимает длительное время, в течение которого распространение психоактивного вещества «дизайнерского» типа может приобретать значительные масштабы. В настоящее время ФСКН РФ ищет пути решения этой сложной проблемы (Кекелидзе З.И., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Офтаев И.В., 2015).

Между тем, рост заболеваемости наркоманиями во всех социальных слоях населения приводит к увеличению числа дезадаптированных лиц с психическими расстройствами, препятствующему их социальному функционированию (Оруждев Н.Я., 2002).

Традиционно считается, что больные наркоманией отличаются устойчивыми антисоциальными тенденциями, и рост преступности среди лиц, страдающих наркоманией, происходит преимущественно за счет преступлений против личности (Пятницкая И.Н., 1969; Ураков И.Г. с соавт., 1980; Трайнина Е.Г., 1984; Зурабашвили А.Д. с соавт., 1986; Качаев А.К., Агаларзаде А.З., 1986; Врублевский А.Г., Глазов А.А., 1988; Korel N. et al., 1972). В то же время другие исследования показывают, что лица с синдромом зависимости от ПАВ чаще совершают имущественные правонарушения и правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств (Донченко Б.Ф., Тропин Н.А., Генайло С.П. с соавт., 1988; Клименко Т.В., 1996; Пахомов В.Д., 1996; Калинина Е.А., 2002; Субханбердина А.С., 2004; Newmeyer J.A., 1988).

В соответствии со сформулированной гипотезой о том, что противоправная активность лиц с наркотической зависимостью не является исключительно результатом хронической интоксикации наркотическими средствами, а представляет собой модифицированные вследствие развивающейся наркотической зависимости личностные установки, сформировавшиеся еще в преморбидном периоде, были выделены группы исследования: 1 группа – лица, совершившие за период с момента развития наркомании (включая актуальный деликт) различные виды правонарушений, в том числе и связанные с незаконным оборотом наркотиков (ст.ст. 105, 111, 127, 131, 132, 158, 161, 162, 166, 167, 213, 222, 228, 325, 327 УК РФ); 2 группа – лица, совершившие за тот же период только правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотиков (ст. 228 УК РФ); 3-я (контрольная) группа – лица с зависимостью от психоактивных веществ, ни разу не привлекавшиеся к уголовной ответственности к периоду настоящего исследования.

Проведенное исследование выявило значительные различия между выделенными группами изучения по большинству биологических, социальных и клинических параметров. Изучение преморбидных патохарактерологических особенностей показало, что большинство испытуемых всех групп на донозологическом этапе в той или иной степени отличались излишней внушаемостью, неспособностью к целенаправленной деятельности, слабостью волевых усилий, эгоцентризмом, недостаточностью критических возможностей как по отношению к себе, так и к окружающей их ситуации. Вместе с тем, у лиц 1 группы еще в детском возрасте выявлялись такие черты характера как импульсивность, аффективная лабильность, повышенная конфликтность, в то время как у лиц контрольной группы указанные особенности встречались достоверно реже. У испытуемых 1 группы в детском и подростковом возрасте наблюдались различные нарушения поведения (побеги из дома, нарушение школьной дисциплины, конфликты с окружающими – 69,05%), в связи с чем почти половина из них (40,48%) состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. У обследованных 2-ой и контрольной групп имеющиеся отклонения поведения не достигали степени, позволяющей характеризовать их как антиобщественные и влекущие за собой какие-либо меры административного характера.

Большинство обследованных 1-й и 2-й групп задолго до формирования синдрома зависимости были склонны к проявлению агрессии (76,2%; 51,1%), которая проявлялась в диапазоне от пренебрежительного отношения к лицам ближайшего окружения, игнорирования общепринятых норм поведения, оппозиционной манеры поведения, стремления к внешнеобвиняющим тенденциям, экспрессивности реакций до жестокости, сопровождающейся повторными драками, избиением младших и физически более слабых детей, в некоторых случаях немотивированным мучением и убийством животных (чаще встречалось у лиц 1-ой группы). Лиц с агрессивным поведением достоверно меньше в контрольной группе.

Почти половина испытуемых 1-ой (47,62%) и треть испытуемых 2-ой (34,04%) групп до развития синдрома зависимости привлекались к уголовной ответственности в

связи с имущественными правонарушениями (50%; 43,75%), правонарушениями против личности (25%; 25%) и против общественного порядка (25%; 31,25%).

Таким образом, по основным социально-биологическим параметрам донологический период у лиц 1-ой и 2-ой групп характеризовался неблагоприятными показателями по сравнению с лицами контрольной группы.

По мере развития синдрома зависимости от ПАВ имело место снижение критических и прогностических способностей в отношении вопросов, связанных с наркотизацией, что описывалось также и у больных с алкогольной зависимостью (так называемая парциальная интеллектуальная слабость по В.Б. Альтшуллеру, 1984, 1994; Т.В. Клименко, 1996). Наряду с этим, развивающиеся у них вследствие злоупотребления психоактивными веществами личностные расстройства и психические нарушения, как стойкие, так и в рамках фазных наркоманических состояний, влияли на социальную активность этих лиц. Это проявлялось в отчетливом снижении уровня их социального функционирования и в специфическом сужении спектра криминальной активности на действиях, связанных с незаконным оборотом наркотиков. Когда антисоциальная активность лиц с наркотической зависимостью являлась следствием развивающихся у них в связи с наркоманией психических расстройств и находила свое отражение в совершении, в том числе, и противоправных действий, связанных с ежедневным употреблением наркотиков (приобретение, хранение, перевозка наркотических средств), в этих случаях можно говорить о недостаточном прогнозировании ими своих действий и их последствий, снижении критических способностей в оценке ситуации, связанной с употреблением наркотика, что соответствует юридическому критерию ч. 1 ст. 22 УК РФ и позволяет ставить вопрос о ее применении.

Подэкспертные с непсихотическими формами зависимости от ПАВ обычно не признаются судом не только невменяемыми, но и ограниченно вменяемыми. В настоящее время число лиц, в отношении которых судебно-психиатрическим экспертами рекомендуется применение ст. 22 УК РФ, представляется неоправданно малым.

Между тем, признание больного ограниченно вменяемым и назначение ему лечения могло бы способствовать гуманизации пенитенциарной практики, профилактике повторного совершения наркологических больными противоправных действий (Клименко Т.В. и др., 2007). Крайне редкое назначение в случаях непсихотических форм наркологических заболеваний принудительного лечения, соединенного с исполнением наказания, обусловлено также наличием ст. 18 УИК РФ, которая позволяет врачебной комиссии пенитенциарного учреждения самой решить вопрос о проведении обязательного лечения во внесудебном порядке.

К состояниям, при диагностике которых может ставиться вопрос об ограниченной вменяемости и применении ст. 22 УК РФ, в первую очередь относится абстинентный синдром. Переносающий его больной испытывает крайне интенсивную потребность в ПАВ в виде так называемого компульсивного влечения к ним. Это особенно характерно для опийной наркомании. Если пациент через 18-24 часа после последнего приема героина не введет себе очередную дозу, его ждет мучительная «ломка». Иногда опийный абстинентный синдром даже создает угрозу для жизни больного. Основным, мотивирующим к совершению правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, побудительным психопатологическим моментом является патологическое влечение к наркотическому средству.

В связи с этим, с экспертных позиций принципиальным представляется определение роли, которое оно занимало в реализации противоправного действия. Если патологическое влечение при незначительной выраженности аффективных и поведенческих расстройств в его структуре было представлено преимущественно идеаторным компонентом (обсессивный вариант), который не препятствовал осуществлению сложно организованной деятельности в виде выстраивания стратегии

своего поведения, планирования действий с целью добыть и употребить наркотическое средство, то в данном случае можно было говорить о способности лица в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в период инкриминируемого ему деяния.

Если же в реализации патологического влечения к наркотику основное значение играли его аффективный и поведенческий структурные компоненты с характерной суженностью сознания, привычными действиями, направленными на непосредственную реализацию побуждающего мотива, когда между возникновением побуждения употребления наркотика и его реализацией прослеживалась прямая связь при отсутствии когнитивного осмысления ситуации и ее последствий вследствие редуцированного ассоциативного компонента (компульсивное влечение) можно утверждать, что способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими была сохранена не в полной мере. В этих случаях также обоснованным является рекомендация применения ч. 1 ст. 22 УК РФ.

Вынесение аналогичного решения возможно также при выраженных аффективных, психопатоподобных и когнитивных расстройствах наркологического генеза.

АНАЛИЗ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Коробицина Т.В., Находкин Е.Г.

*Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Красноярск, Россия
МСЧ-24 ФСИН России, Красноярск, Россия*

На протяжении последних пяти лет в России активно претворяется в жизнь Концепция развития уголовно-исполнительной системы, предполагающая полноценное развертывание сил и средств психологической службы, направленных, в том числе и на решение проблемы аутоагрессивного поведения лиц, лишенных свободы. Факты аутоагрессивного поведения личности в пенитенциарных учреждениях (следственных изоляторах, тюрьмах, колониях и воспитательных центрах), являясь повсеместно встречающимся явлением, имеют крайне негативные социальные последствия, включая возможное наступление смерти подозреваемого, обвиняемого, осужденного в процессе их реализации. Ряд авторов, изучая представителей спецконтингента, рассматривали аутоагрессивное поведение, как имеющее целью лишение себя жизни, так и без цели самоубийства, с позиции причинения серьезного вреда здоровью и создания прямой угрозы жизни (Качнова Н.А., Зосименко А.В., 2004).

Целью данного исследования является анализ риска возникновения аутоагрессивного поведения лиц, подвергнутых социальной изоляции в исправительных учреждениях Красноярского края.

Учитывая, что одним из критериев, определяющих адаптационные способности личности и непосредственно влияющих на формирование аутоагрессивного поведения, наряду с социальным статусом (наличие детей, родителей и уровень коммуникации с ними; уровень конформности в социальной группе до осуждения), является криминальный опыт (Заломова В.М., 2001), отдельно рассмотрены особенности криминальной активности лиц, отбывающих наказание в Красноярском крае.

На начало 2015 года в 42 пенитенциарных учреждениях края содержится более 24 тысяч подозреваемых, обвиняемых, подсудимых и осужденных. Значительная часть осужденных отбывает наказание за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков – 5 521 (25%) человек. За кражу отбывает наказание 3 304 (16,3%), за убийство – 6 199 (30%), за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью – 1 101 (5,4%), за разбой – 1 502 (7,6%), за грабеж – 1 086 (5,8%) человек. Более половины всех осужденных отбывают наказание в исправительных колониях – 13 536 (56%) человек, в колониях-поселениях – 3 861 (16%), в лечебных учреждениях – 2 471 (10,2%), в тюрьмах – 865 (3,6%), в следственных изоляторах – 3 372 (14%), в воспитательной колонии – 44 (0,2%) человека. Пенитенциарные учреждения Красноярского края являются самыми технически оснащенными в уголовно-исполнительной системе (Шаешников В.К., 2015), круглосуточное наблюдение со стороны сотрудников режима и безопасности играет весомую роль в обеспечении безопасности спецконтингента на территории учреждения и профилактики фактов аутоагрессии.

Обращая внимание на то, что большее число осужденных содержатся в условиях исправительных колоний края, местом проведения исследования была выбрана мужская колония строгого режима № 16 (поселок Громадск Красноярского края). В I группу (основная) включены 49 осужденных (средний возраст $37,3 \pm 8,9$ лет) с синдромом зависимости от опиоидов в условиях исключаящих употребление. II группу (контрольная) составили лица без синдрома зависимости от психоактивных веществ – 55 человек (средний возраст $39,6 \pm 7,5$ лет). Исследование проводилось экспериментально-психологическим методом посредством анализа ответов на опросник суицидального риска (в адаптации Шмелева А.Г., 2002 год). Данный опросник предназначен для выявления уровня выраженности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток суицида. Обработка результатов осуществлялась в программе Psychometric Expert 8.

В обеих группах преобладают лица с 1-й судимостью – 81,6% и 74,5% соответственно, с различием по характеру преступлений, ставших причиной социальной изоляции. В основной группе более половины, были осуждены за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ – 67,3% случаев. В контрольной группе подавляющее большинство составили лица, совершившие преступные деяния против личности, – убийства или причинение тяжкого вреда здоровью – 60% осужденных. В период совершения деликта большинство обследованных из обеих групп не состояло в браке – 65,3% и 60%.

Достоверные различия в группах отмечаются по представительству лиц имеющих начальное (10,2% и 3,6% в I и II группах соответственно; $p < 0,05$), среднее профессиональное образование – 40,9% и 21,8% соответственно ($p < 0,05$), однако при оценке по иным уровням образовательных достижений достоверных различий не было: средний – 32,7% и 41,8%, высший и незаконченный высший – 10,2% и 12,8% соответственно.

При выявлении уровня сформированности суицидальных намерений отмечается достоверное различие в группах по следующим шкалам: несостоятельность, социальный пессимизм и временная перспектива. В основной группе 62% обследованных выявляли отрицательную концепцию собственной личности и окружающего мира с представлениями о ненужности, некомпетентности, «выпадении» из среды. Их самооощение определялось чувствами физической и интеллектуальной несостоятельности. В контрольной группе лишь 12% осужденных отмечали невозможность конструктивного планирования своего будущего, возможно из-за сильной погруженности в настоящую ситуацию и преобладания чувства неразрешимости текущих проблем.

Учитывая показатели по вышеуказанным шкалам в группе лиц, потребляющих опиоиды, выявилась некоторая парадоксальность – более низкий уровень по шкале

аффективности. У них доминировала интеллектуальная составляющая над эмоциональной в 23% случаев (51% в контрольной; $p < 0,05$). Это можно объяснить склонностью к более рефлексивному стилю мышления, позволяющему «остановиться и задуматься».

Прослеживаемая связь психологических характеристик личности с особенностями криминального анамнеза и наличием наркологического расстройства с ремиссией в ситуации, исключающей употребление, делает возможным целенаправленное профилактическое вмешательство для снижения уровня аутоагрессии среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных.

ВЛИЯНИЕ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ПРОЦЕССЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ ЛИЧНОСТИ

Костарев В.В., Кожевникова Т.А.

*Филиал Московского психолого-социального университета, Красноярск, Россия
Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева,
Красноярск, Россия*

Актуальность исследования обусловлена тем, что истоки формирования проблемы распада семьи могут быть представлены в особенностях саморегуляции личности (Богомаз С.А., Каракулова О.В., 2010; Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю., Осин Е.Н., Плотникова А.В., Рассказова Е.И., 2007; Лихошерстова Н.А., Лукьянченко Н.В., 2013; Hawkins Alan J., Blanchard Victoria L., Baldwin Scott A., Fawcett Elizabeth B., 2008; Kozhevnikov V.N., Kozhevnikova T.A., Kostarev V.V., 2013). Высокий личностный потенциал человека оказывается важным условием не только при формировании эффективных механизмов саморегуляции, позволяя тем самым человеку справляться с возникающими проблемами в различных сферах жизни, но и организовывать собственное жизненное пространство самореализации (Богомаз С.А., Мацута В.В., 2010; Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И., 2008).

Одним из критериев личностного потенциала являются показатели самоорганизации деятельности, а также степень осмысленности жизни и проявления самореализации индивида. На основании анализа научных исследований можно предположить, что у супругов в состоянии развода имеются нарушения в самоорганизации деятельности. Это свидетельствует о снижении ресурсов личностного потенциала человека, его дефицитности.

Определение изменений в сфере самоорганизации деятельности в контексте проявлений снижения личностного потенциала помогут осуществлять меры профилактики, психологической коррекции и реабилитации супругов, находящихся в состоянии распада семьи. Динамика параметров и уровней самоорганизации деятельности является важнейшим элементом при оценке личностного потенциала разводящихся.

С целью диагностики сформированности навыков тактического планирования и стратегического целеполагания был использован опросник «Самоорганизации деятельности», ОСД (Мандрикова Е.Ю., 2007). Опросник используется для диагностики навыков тактического планирования и стратегического целеполагания в количественном и качественном выражении. Он включает 25 вопросов, с помощью которых оцениваются 6 шкал: «планомерность», «наличие целей», «настойчивость», «фиксация», «самоорганизация», «ориентация на настоящее».

Набор материала проводился в территориальных отделах ЗАГС по Советскому и Октябрьскому районам города Красноярска. Работа выполнялась по запросу руководства «Агентства записи актов гражданского состояния» Красноярского Края. Всего обследовано 80 человек (41 женщина и 39 мужчины) в возрасте от 22 до 34 лет. Супруги, находящиеся в состоянии распада семьи были распределены на 2 группы согласно мотивам вступления в брак. 1 группа (контрольная) – мужчины и женщины, вступившие в брачные отношения по расчету (материальной положение, социальный статус). Количество супругов в первой группе составило 40 человек. Из них 19 мужчин и 21 женщина. 2 группа (экспериментальная) – это супруги, вступившие в брак по любви. Эта группа включила в себя 40 человек, из них 20 мужчин и 20 женщин.

Проведенное исследование показало, что у супругов, вступивших в брак по любви, относительно респондентов вступивших в брак по расчету, показатели шкалы «Планомерность» позволили установить достоверно ($p < 0,05$) низкие значения этих параметров. Это указывало на то, что у респондентов, вступавших в брак по любви, навыки планирования своей жизни развиты слабо, планы подвержены частой смене. Отсутствует устойчивость и долговременность планирования, отмечаются недостаточная прогнозируемость и частая смена установок. При этом поставленная цель редко бывает достигнута, планирование оказывается не действенным, нереалистичным. Пациенты предпочитают не задумываться о своём будущем, цели выдвигают под влиянием окружения и обстоятельств.

Супруги, вступившие в брак по расчету, имели высокие показатели по шкале «Планомерность» опросника ОСД, что указывало на сформированные потребности, осознанное планирование деятельности, самостоятельное выдвижение целей и их осуществление. Параметры второй шкалы «Целеустремленность», указывающие на направленность и концентрацию в достижении определенной цели, у супругов, вступивших в брак по любви, были низкими ($35,5 \pm 6,3$ балла). В связи с чем, супруги, вступившие в брак по любви, характеризовались как личности, не видевшие собственные цели в жизни и считающие, что им не к чему стремиться. Испытуемые первой группы имели достоверно ($p < 0,05$) более высокие баллы по шкале «Целеустремленность», относительно супругов 2 группы, что свидетельствовало о таких чертах характера, как стремление к достижению поставленных задач, несмотря ни на какие трудности, подчиняя решению этих задач все свои мысли, чувства и действия.

Результаты исследования по шкале «Настойчивость», измеряющей склонность личности к приложению волевых усилий для завершения начатого дела и упорядочения активности, у супругов второй группы выявили низкие значения ($21,4 \pm 7,5$ баллов). Полученные по этой шкале результаты характеризовали супругов, вступивших в брак по любви, как личностей, не способных к длительным волевым усилиям для доведения начатого дела до конца, часто отвлекающихся на посторонние дела. Они не были способны преодолевать препятствия, а при столкновении с трудностями, особенно неожиданными нередко вообще отказывались от цели.

Исследование, проведенное у супругов первой группы по шкале «Настойчивость» опросника СРО, позволило определить наличие достоверно ($p < 0,05$) более высоких баллов относительно лиц, вступивших в брак по любви. Это характеризовало супругов, вступивших в брак по расчету, как волевых и организованных, способных структурировать поведенческую активность и завершать начатое дело, несмотря на возникающие трудности.

Показатели четвертой шкалы «Фиксация» у мужчин и женщин второй группы были выше нормативных показателей и составляли по группе $27,8 \pm 9,4$ балла. Это указывало на склонность супругов, вступавших в брак по любви, к фиксации на запланированной структуре организации событий во времени, ригидности в отношении планирования, затруднениями при переходе на другие виды деятельности. У испытуемых

1 группы параметры 4 шкалы были достоверно ($p < 0,01$) более низкими, относительно респондентов 2 группы. Низкие баллы по этой шкале характеризовали супругов, вступивших в брак по расчету, как не столь заикленных на завершении начатого дела, им при более выгодных ситуациях легко перестроиться на новый вид деятельности.

Результаты исследования параметров шкалы 5 опросника ОСД «Самоорганизация» у супругов второй группы, выявили достоверно ($p < 0,01$) низкие значения, по сравнению с респондентами первой группы. Это указывало на склонность супругов, вступивших в брак по любви, не прибегать при самоорганизации своей деятельности к помощи внешних средств или не добиваться при их использовании успешности в своей деятельности. Супруги 1 группы согласно результатам шкалы 5 опросника ОСД имели высокие баллы, что характеризовало этих людей как личностей, склонных при самоорганизации к использованию внешних вспомогательных средств и успешно их использующих.

Результаты по шестой шкале «Ориентация на настоящее» супругов второй группы имели нормальные среднестатистические значения $10,8 \pm 1,4$ балла (Мадрикова Е.Ю., 2007). Полученные данные свидетельствовали о том, что временная ориентация на настоящее время у этих лиц не нарушена. Группа респондентов, вступивших в брак по расчету, имела по 6 шкале опросника ОСД более высокие показатели, чем супруги второй группы. Общий суммарный балл характеризовал этих людей как личностей, которым свойственно видеть и ставить цели, планировать свою деятельность, проявляя волевые усилия, но возможно в последующем не завершение ими начатых дел.

Соотношение показателей всех шкал опросника указывали на то, что супруги второй группы находятся в настоящем времени, но чувствуют себя в нем неуверенно. При этом выявлены трудности организации временного пространства, которые проявляются в нарушении планирования и организации текущей деятельности. Общий суммарный балл у супругов, вступивших в брак по любви, составил $121,09 \pm 8,3$ балла. Низкие показатели общего суммарного балла, полученного с помощью ОСД, характеризовали супругов первой группы тем, что для них будущее является неопределенным, планировать свою ежедневную активность им не свойственно, а прилагать волевые усилия для завершения начатых дел им не свойственно.

Исследования, проведенные с использованием ОСД, позволили установить, что в первой группе респондентов общий суммарный бал составил $152,6 \pm 12,7$. В этом случае результаты оценки респондентов оказались в пределах между средним значением и верхним квартилем, что позволяет рассматривать и их как перспективных партнеров. Проведенный нами сравнительный анализ суммарного показателя опросника ОСД позволили установить, что максимальная склонность к самоорганизации деятельности определяется в группе супругов вступивших в брак по расчету.

Таким образом, диагностика параметров и уровня самоорганизации у супругов находящихся в состоянии распада семьи рассматривается как важный элемент при оценке их личностного потенциала. Полученные результаты проведенного исследования указывают на то, что методика исследования «Самоорганизации деятельности» дала возможность получить новую информацию о психологических особенностях супругов, находящихся в состоянии распада семьи с позиций их личностного потенциала, что позволяет использовать полученные результаты для разработки и апробации профилактических психолого-коррекционных программ, особенно перспективных в группе супругов, вступивших в брак по расчету.

РОЛЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Костин А.К.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Роль семейных факторов в генезе и динамике психических, психосоматических расстройств подчеркивалась многими исследователями (Мясищев В.В., 1960; Ушаков Г.К., 1987; Захаров А.И., 1995; 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, влияние на которую бесспорно оказывают факторы семейного окружения.

Цель исследования: изучить особенности влияния семейных и тесно связанных с ними психологических факторов 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.

Материал и методы. На базе отделения пограничных состояний обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст $40,4 \pm 4,5$ года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни и синдрома раздраженной толстой кишки. Использовались клинический, клинко-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. Изучение психотравмирующих факторов, влияющих на развитие психопатологических расстройств, позволило ранжировать их по структуре психотравмирующих ситуаций: конфликты в собственной семье – 16,0% случаев; материальные проблемы – 10,7% случаев; неблагоприятные отношения в ядерной семье – 10,7%; развод – 10,0% случаев; семейно-брачная дисгармония – 10,0% случаев; соматогенные вредности – 10,0% случаев; конфликты с родителями мужа – 5,3% случаев; измены – 4,7% случаев; психологический дискомфорт – 4,0% случаев; конфликты на работе – 3,3% случаев; потери родителей – 3,3% случаев; переутомление – 3,3% случаев; одиночество – 3,3% случаев; миграция – 2,7% случаев; беременность и роды – 1,3% случаев; «несчастливая любовь» – 1,3% случаев.

Изучалось содержание психогений в зависимости от клинической группы и возраста больных. Так, в возрастной группе до 20 лет значимыми были потери родителей (2,7% случаев) и неблагоприятные отношения в ядерной семье (10,7% случаев), соматогенные вредности (1,3% случаев);

Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее стрессогенное значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. При сопоставлении клинических групп наиболее острые психогенные моменты семейных психотравмирующих ситуаций выявлены в третьей группе пациентов (сочетание язвенной болезни (ЯБ) и синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК)).

Аномальные формы воспитания имели место у 92,7% пациентов с психосоматической патологией пищеварительного тракта: преобладающим типом для истерических личностей оказались условия воспитания в виде «кумира семьи» и «золушки» (39% и 15,9%; $p < 0,05$). При иной структуре личности более частыми были

ситуации гипоопеки (37,8%) и комбинации неправильного типа воспитания (18,9%), ($p < 0,01$).

При исследовании структуры «ядерной» семьи выявлено, что в 62,0% имелась полная семья. Развод отмечен у 25,3% пациентов; в 10,0% воспитанием занимался один из родителей; в 2,7% дети воспитывались другими членами семьи. Семья с измененной структурой зафиксирована в 6,0% случаев и характеризовалась тем, что активным лидером в семье являлась мать, зарабатывала деньги, формировала устои и традиции семьи, отец пассивно исполнял все поручения, часто являлся безработным или временно работающим. Анализ показал, что большинство обследованных – 58,0% характеризовали отношения между своими родителями, как «спокойные и добрые»; 28,0% воспитывались в условиях «частых конфликтов», 3,3% отмечали в родительской семье «систематические скандалы» и 10,7% оценили отношения между родителями как «ровные, холодные». В 43,3% семей наблюдалось злоупотребление алкоголем со стороны отца, в 1,3% – со стороны обоих родителей и в 55,3% случаях алкогольное поведение родителей было нормальным. В большинстве случаев в семьях было 2 детей, в 10,0% случаев воспитание проходило в многодетной семье, в 28,0% случаев это был единственный ребенок. Данный фактор тесно связан с формированием психосоматического расстройства.

Характерным являлся высокий уровень семейной дезадаптации во всех патогенетических подгруппах психосоматических расстройств пищеварительного тракта. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$), по сравнению с полной и неполной семейной адаптацией, отмечены в третьей подгруппе (ЯБ+СРТК). При язвенной болезни также отмечен высокий уровень семейной дезадаптации.

Рассмотрение копинг-механизмов с помощью тесту Е. Hein (1988) в модификации И.Я. Стояновой выявило следующие параллели: сфера контактов недостаточно развита – пациенты чаще выбирали отвлечение и активное избегание, а 44,0% отрицали сотрудничество как таковое; озлобленность, гнев и протест не выражаются открыто – подавление эмоций выходит на первое место, отвергаются – агрессивность и протест; недостаточная психическая гибкость отражается как в сфере общения, так и в эмоциональной и когнитивной сферах. Оценив влияние отдельных сфер функционирования личности больного, было отмечено, что неадаптивные стратегии чаще встречались в когнитивной сфере (диссимуляция в 52,7%, игнорирование в 44,3%), однако в сфере эмоций на 2-е место выносился наиболее распространенный механизм, ассоциировавшийся с психосоматическими заболеваниями гастроинтестинальной системы (подавление эмоций 84,3%).

Одним из распространенных психологических качеств пациентов с психосоматическими расстройствами системы пищеварения являлась алекситимичность. В нашем исследовании она исследовалась с помощью Торонтской шкалы алекситимии. Среди обследованных пациентов алекситимией не страдали 13,4%; 41,3% относились к пограничной группе; у 45,3% была обнаружена собственно алекситимия. Во второй (ЯБ) и третьей (ЯБ+СРТК) группе больных отмечено преобладание алекситимии (20,0% и 17,3%), в третьей группе отсутствовали лица, не имевшие признаков алекситимии, что соотносилось с худшим прогнозом в плане течения и терапии психосоматических заболеваний данной локализации. Значение данных факторов сложно переоценить, так как они отражают как особенности формирования личности пациента в нукlearной семье, так и являются предикторами качества его функционирования в различных сферах, при создании собственной семьи и формирования болезненного состояния как способа патологической адаптации.

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 R.L. Levy, K.R. Jones, W.E. Whitehead (2001), F. Pace, G. Zuin, S. Di Giacomo (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.

Особое внимание необходимо обратить на формирование симбиотических отношений в нуклеарной семье пациента, мифологизацию, идеализацию и интроекцию образа родителя, формирующие психосоматические, зависимые паттерны поведения, где болезнь зачастую являлась единственным «разрешенным» способом снятия внутреннего напряжения, конфликта, а пациенты были беззащитными перед лицом агрессии со стороны родителей (Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., 2001, Авдеенок Л.Н., Аксенов М.М., 2009).

Необходимо подчеркнуть значение семейного окружения при формировании комплаентных отношений с пациентом, особенно на этапе поддерживающей терапии, когда родственники пациента, зачастую получающие определенную вторичную выгоду от его болезненного состояния, инициируют прекращение лечения, конкурируя с врачом за «власть» над пациентом.

Важным для формирования клинической картины является получение пациентом вторичной выгоды от своего болезненного состояния. Исходя из концепции душевных кризисов, разработанной В.Я. Семке, и разрабатываемой нами в отношении пациентов с сочетанным воздействием экологических и психосоматических факторов, можно говорить о формировании у данных пациентов как экологического, так и психосоматического кризиса. Сформировавшееся и нарастающее социально-медицинское неблагополучие, обусловленное сложной сочетанной психической и соматической патологией, явилось основой массивного социального стресса, накладывающегося на экологический стресс.

Подобные нарушения структуры нуклеарной семьи, взаимоотношений между родителями, наличие аномальных форм воспитания, ведущие к нарушению семейной адаптации и формированию личности, предрасположенной к психосоматическому реагированию. 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 комплаентных 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. Оценивая роль данного «фасада» применительно к взаимодействию пациента в собственной семье, необходимо отметить то, что его наличие будет, по нашему мнению, способствовать усвоению детьми пациентов паттернов психосоматического реагирования и способствовать их дезадаптации.

Выводы. В генезе психосоматических расстройств гастроинтестинальной системы преобладают эмоционально значимые внутрисемейные конфликты, важным патогенетическим моментом является неправильное воспитание в «ядерной» семье, структура семьи и искаженные внутрисемейные отношения вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию. Наличие подобных данных в анамнезе соотносится с ранним началом психосоматического процесса, выраженностью клинической картины и затяжным течением. Особенности структуры и воспитания в ядерной семье оказывают

существенное влияние на формирование личности пациентов, психосоматической предрасположенности, паттернов психосоматического реагирования на психогении, клинической картины и определяют показания для комплексного применения соматотропных, психотропных препаратов, лечебной физкультуры и психотерапии. Необходима разработка превентивных мероприятий, направленных на предотвращение «передачи по наследству» паттернов психосоматического реагирования.

РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИЙ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Краснова-Гольева В.В.

*Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия*

Тревожные расстройства на сегодняшний день – самый распространенный класс психических расстройств. Около 17% населения в разные периоды жизни страдает тем или иным тревожным расстройством (Somers et al., 2006). Кроме того, тревожные расстройства имеют высокую коморбидность с депрессивными расстройствами и химическими зависимостями. Пациенты с тревожными расстройствами, по данным многочисленных исследований, имеют более низкий уровень социального функционирования и качества жизни, по сравнению с неклинической выборкой (Mendlowicz, Stein, 2000; Stein et al., 2005; Olatunji, Cisler, Tolin, 2007). Исследователи на протяжении длительного времени недооценивали инвалидизирующий характер течения многих расстройств, в том числе тревожных. Как указывают авторы: «Потери, связанные с заболеваемостью тревожными расстройствами, оказались вполне сопоставимыми с экономическим бременем депрессии» (Гаранян, Холмогорова, 2013).

Распознавание эмоций – это модель, на основе которой изучается социальное познание. Социальное познание определяется как способность воспринимать и интерпретировать реакции в процессе взаимодействия с другими людьми. Это понятие включает в себя несколько специфических когнитивных процессов, лежащих в основе социального взаимодействия (Green et al., 2008). Дефицит социального познания существенно снижает качество жизни человека (Fett et al., 2011; Maat et al., 2012).

Melfsen и Florin (2002) обнаружили, что детям с высоким уровнем социальной тревожности требуется гораздо больше времени на распознавание эмоций по выражению лица и по речи. Simonian et al. (2001), проведя аналогичное исследование, сообщили, что существует отрицательная связь между уровнем социальной тревожности и распознаванием эмоций по выражению лица и речи у детей и подростков. То есть чем выше уровень социальной тревожности, тем хуже дети распознают эмоции по выражению лица и по речи. Кроме того, Vanerjee и Henderson (2001) обнаружили, что высокий уровень социальной тревожности и застенчивости у детей с негативным опытом социального взаимодействия в прошлом отрицательно коррелирует с эффективностью понимания мотивов действий других людей, обмана, ситуаций «неловкости» в сюжете рассказа.

Результаты исследования распознавания эмоций у детей с тревожными расстройствами оказались противоречивыми. Так, некоторые исследования (например, Easter et al., (2005)) показали, что тревожные дети действительно хуже справляются с задачей на распознавание эмоций, тогда как другие (например, Guyer et al., 2007; McClure

et al., 2003; Allen et al., 2006; Manassis, Young, 2000) не обнаружили данного факта. По мнению Demenescu et al. (2010), подобное несоответствие результатов может быть связано с различиями в группах испытуемых (несоответствие выборов), разницей в предъявлении инструкции к заданиям, а также с изучением эмоций, пока не доступных детям данной возрастной категории.

Другие результаты были получены на выборке взрослых людей. Так, Kessler et al. (2007) и Mohlman et al. (2007) обнаружили, что пациенты с социальной тревожностью, по сравнению со здоровыми участниками, имели тенденцию к неправильному опознанию такой эмоции, как гнев. Пациенты демонстрировали повышенную чувствительность к восприятию и пониманию негативных эмоций. Неклиническая выборка людей с высоким уровнем личностной тревожности продемонстрировала более высокие показатели по распознаванию страха. Demenescu et al. (2010) подобный результат объясняют тем, что тревожные люди селективны в восприятии негативных эмоций, а кроме того, чаще приписывают нейтральным эмоциональным состояниям негативный смысл.

В исследовании распознавания эмоций у больных социофобией Gilboa-Schechtman et al. (1999) предлагали участникам эксперимента 12 фотографий для оценки лицевой экспрессии (мимики). Специфика заданий состояла в том, чтобы оценить выражение лица человека на фоне других лиц, например, сердитое лицо в веселящейся толпе или веселое лицо в разъяренной толпе. В результате исследования группа больных социальной фобией продемонстрировала более высокий результат в обнаружении сердитого лица в нейтральной по настроению толпе, чем счастливых лиц в нейтральной толпе, по сравнению с контрольной группой здоровых людей. В аналогичном исследовании Esteves (1999) были получены схожие результаты: быстрее обнаруживались сердитые, чем веселые лица. Однако значимых различий внутри групп с высоким и низким уровнем тревоги выявлено не было. Veljaca и Rapee (1998) для оценки способности распознавать эмоции использовали публичные выступления. Испытуемым предлагалось во время собственного выступления оценивать положительные и негативные эмоции, возникавшие в аудитории, которая была заранее специальным образом подготовлена. Результаты оказались в русле данных уже проведенных исследований Gilboa-Schechtman et al. (1999). Так, испытуемые с высоким уровнем социальной тревожности быстрее и точнее обнаруживали сердитые, негативные мимические реакции, в то время как нетревожные испытуемые быстрее обнаруживали веселые и положительные. В исследовании Pozo et al. (1991), где распознавание эмоций изучалось в процессе межличностного взаимодействия, результаты вышеописанных исследователей не подтвердились. Автор не выявил никаких различий в качестве оценки мимических реакций у нетревожных и тревожных людей.

Избирательность в восприятии эмоциональных реакций также исследовалась методом фиксирования траектории движения глаз. Этот метод считается одним из самых валидных, поскольку избирательность внимания индексируется резкими движениями глаз в ответ на стимул, а также длительностью удержания взгляда на стимуле. В исследовании изображений с разными выражениями лица, была выявлена особая настороженность тревожных людей к нейтральным лицам, не выражавшим ни гнева, ни веселья. Различий в селективности внимания к негативным или положительным эмоциям в группе тревожных пациентов и контрольной группе выявлено не было (Garner et al., 2003). Summerfeldt et al. (2006) обнаружили значимую отрицательную связь социального интеллекта и социальной тревожности. Так, межличностный компонент (распознавание чужих эмоций) и внутриличностный компонент (распознавание собственных эмоций) эмоционального интеллекта отрицательно связаны с уровнем тревоги в социальном взаимодействии. В другом исследовании больных с генерализованным тревожным расстройством были выявлены сильные отрицательные связи между эмоциональным интеллектом и степенью выраженности социальной тревоги (Jacobs et al., 2008). Хотя несколько исследований и продемонстрировали связь эмоционального интеллекта и социальной тревожности,

говорить о непосредственной связи социального познания и социальной тревоги не представляется возможным, поскольку не все составляющие социального познания изучены экспериментально (Sutterby et. al, 2012).

Исследуя гендерные особенности связи социальной тревожности и социального познания, ученые не получили значимых результатов в мужской выборке, однако в женской популяции были получены интересные результаты (Sutterby et al., 2012). Так, женщины с высоким уровнем социальной тревожности в тесте Reading the mind in the eyes (распознавание психического состояния по глазам) превзошли женщин с низким уровнем социальной тревожности в способности распознавать состояние человека по выражению глаз. Кроме того, группа с высоким уровнем социальной тревожности оказалась более точной в интерпретации социальных ситуаций, предъявляемых на видео. Полученные результаты авторы объясняют тем, что женщины с высокой социальной тревожностью более внимательны к социальным сигналам, более мотивированы в точной интерпретации социальных стимулов из-за того, что чаще беспокоятся именно по поводу интерперсональных отношений. Авторы также выдвигают гипотезу, что выявленная обостренная чувствительность при считывании психического состояния другого человека вероятнее всего подкрепляет социальное беспокойство и тревожность в более широком смысле и тем самым способствуют их росту. Множество исследований говорит о том, что социально тревожные индивиды отличаются меньшим количеством развитых социальных навыков (Sutterby et. al, 2012). Таким образом, выраженная способность интерпретировать социальные стимулы не означает, что человек способен верно распорядиться полученной информацией, то есть это знание не дает гарантий верного поведения.

Фиксируя противоречивость полученных результатов и трудность соотнесения данных, полученных на основе разных моделей, следует подчеркнуть необходимость дальнейших более согласованных исследований нарушений социального познания у больных с тревожными расстройствами. Тем не менее, можно сделать ряд предварительных выводов о современном состоянии исследований нарушений социального познания при тревожных расстройствах.

ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ВОСПИТАННИКОВ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ

Крылова А.В.

Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Надежда», Чита, Россия

Молодое поколение России сейчас переживает кризисную социально-психологическую ситуацию. Разрушены все прежние стереотипы поведения, нормативные и ценностные ориентации. Молодежь утрачивает ощущение смысла происходящего и не имеет жизненных навыков, которые позволили бы сохранить свою индивидуальность и сформировать здоровый образ жизни.

В последнее десятилетие в нашей стране употребление несовершеннолетними алкоголя (особенно пива и алкогольсодержащих напитков), наркотических и других ПАВ превратилось в проблему, которая представляет серьезную угрозу здоровью населения, экономике, социальной сфере и правопорядку.

Сравнительный анализ статистических показателей частоты наркологических расстройств среди подростков и населения в целом говорит о том, что в последнее время уровень заболеваемости наркоманией среди подростков был в 2 раза выше, чем среди

всего населения; а заболеваемость токсикоманией – в 8 раз больше. Подростки злоупотребляют наркотиками в 7,5 раза чаще, а ненаркотическими психоактивными веществами (ПАВ) – в 11,4 раза чаще, чем взрослые.

Происходит неуклонное «омоложение» наркоманией. В России средний возраст мальчиков, в котором они начинают употреблять алкоголь, сейчас составляет 12,5 лет, а девочек – 12,9 лет. Возраст мальчиков, в котором они приобщаются к употреблению других ПАВ, снизился до 14,2 лет, а девочек – до 14,6 лет.

Среди основных причин, влияющих на распространенность употребления ПАВ среди несовершеннолетних, можно выделить следующие:

- Стремление доказать свою взрослость.
- Уйти от решения проблем.
- Способ расслабиться.
- Любопытство.
- Желание выделяться среди окружающих.

Ситуация в стране осложняется тем, что ранняя алкоголизация и наркотизация подростков преимущественно поражает детей, оставшихся без попечения родителей, детей из неблагополучных семей, когда родители ведут асоциальный образ жизни. Но их число также пополняется подростками из благополучных слоев общества, семей с высоким достатком.

Ущерб от употребления наркотиков и других ПАВ для системы образования и страны в целом выражается в следующем:

- ухудшение криминогенной обстановки в образовательной и микросоциальной среде;
- снижение внутришкольной дисциплины и общей успеваемости учащихся;
- распространение идеологии употребления наркотиков и ПАВ, и связанном с этим искажении иерархии ценностей у несовершеннолетних.

Сложившаяся обстановка приводит к необходимости реализации нового подхода в профилактике употребления ПАВ среди подростков.

Как правило, в нашем социально-реабилитационном центре «Надежда» проходят реабилитацию несовершеннолетние, проявляющие поведение риска употребления алкоголя и наркотиков, или уже злоупотребляющие ими, но еще не имеющими сформированной зависимости. Причины этому, могут быть различными: врожденная или приобретенная психическая патология; психосоциальная дезадаптация, связанная с нарушением воспитания и проблемами в семье; психические травмы или насилие, перенесенные в детстве или подростковом возрасте.

В учреждении профилактическая работа по употреблению ПАВ реализуется в рамках пилотного проекта «Мое будущее – в моих руках» подпрограммы «Правильный выбор (2013-2015)» государственной программы Забайкальского края «Социальная поддержка граждан на 2012-2014 годы».

Работа специалистов всегда основывается на эмоциональной и социальной поддержке ребенка, сочетающейся с идентификацией проблемы употребления ПАВ и профилактикой их употребления.

В профилактической работе с несовершеннолетними применяются следующие методы:

- Психодиагностика (выявление зависимости).
- Консультирование несовершеннолетнего.
- Консультирование семьи несовершеннолетнего (при необходимости).
- Тренинг личностного роста.
- Индивидуальные занятия, направленные на профилактику употребления ПАВ.
- Интегрированные групповые занятия специалистов, направленные на пропаганду здорового образа жизни.

- Дискуссии, беседы, мозговой штурм.
- Элементы психодрамы и символдрамы.
- Элементы арт-терапии, песочной терапии, сказкотерапии и библиотерапии.
- Создание ситуации успеха.
- Участие несовершеннолетних в театральной деятельности.
- Ролевые игры, игры-погружения и игры-оболочки.
- Стабилизация эмоционального фона несовершеннолетних.
- Предложение альтернативных видов деятельности несовершеннолетним для получения радости и удовольствия (занятие спортом, посещение кружков по интересам, посещение культурно-эстетических мест в нашем городе).

Эффективностью реабилитационной работы является снижение или отказ от употребления психоактивных веществ среди воспитанников учреждения.

ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кулинченко А.В., Бобрик Ю.В., Сардак С.Б.

*Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета
им. С.И. Вернадского, Симферополь, Россия*

Для современной физиотерапии, которая стала высокоразвитой специализированной отраслью и неотъемлемой частью современной медицины, характерно расширение показаний и сужение противопоказаний к её применению, а также всё более раннее назначение и использование в более тяжёлых случаях, например, для лечения терапевтически резистентных форм шизофрении. Широкое и эффективное применение лечебных физических факторов, прежде всего, определяется их седативным, обезболивающим, противовоспалительным, антиспастическим, десенсибилизирующим и противоотечным действием, активным влиянием на микроциркуляцию и реологию, периферическую и центральную гемодинамику, трофику тканей и обмен веществ, иммунобиологические и компенсаторно-приспособительные процессы, реактивность организма, а также возможностью нормализации функций органов и систем. Многие из них могут стимулировать синтез физиологически активных веществ, создавать условия для потенцирования и пролонгирования нейротропного действия препаратов, способствовать локализации действия ионной формы нейролептиков непосредственно в заинтересованных структурах головного мозга, повышению проницаемости гематоэнцефалического барьера, влиять на гемостаз и апоптоз, а также важнейшие саногенетические процессы.

Для лечения и реабилитации больных шизофренией предложено много медикаментозных средств, которые не всегда эффективны и, кроме того, могут оказывать побочные неблагоприятные действия в виде аллергических, токсических реакций, угнетения кроветворения, нефро-, нейро- и гепатотоксичности, вызвать гормональный дисбаланс, аменорею, изменение массы тела, экстрапирамидные расстройства и т.п. Применение же физиотерапии позволяет избежать или нивелировать вышеописанные негативные последствия фармакотерапии.

Учитывая важность данного вопроса, а также недостаточную информированность многих врачей-психиатров о возможностях физических методов лечения мы поставили

цель обобщить известные положения и принципы применения физиотерапии при лечении и реабилитации больных шизофренией.

Задача физиотерапии: усилить процессы охранительного торможения, оказать дезинтоксикационное, седативное, транквилизирующее и анестезирующее действие, нормализовать нарушенные функции органов и систем, улучшить мозговое кровообращение, стимулировать функции защитных механизмов организма, повысить обмен веществ, усилить окислительные процессы, эффекты. По классическим канонам, наряду с медикаментозной терапией и систематической лечебной физкультурой, назначают:

1) ванны общие 37-35°C, 20 мин, ежедневно или через день, чередуют с электролечебными процедурами; или

2) ванны общие 37-38°C, 20 мин - 1 ч и более в зависимости от состояния больного, при явлениях моторного и речевого возбуждения, показаны и сульфидные ванны (0,05-0,1 г/л);

3) укутывания влажные 36-35°C, 45 мин, ежедневно. Противопоказаны при спутанном сознании и возбуждении; на курс – до 20 процедур;

4) циркулярный (дождевой) душ 33-35°C 1-2 мин, ежедневно после курса теплых ванн;

5) электросон 2-10 Гц, 20-40 мин, ежедневно, при бессоннице; на курс -15-20 процедур; Так, важнейший параметр электросонотерапии – частота импульсного тока, ее выбирают исходя из состояния больного, его нервной системы. При выражениях невротических проявлениях, при повышенной возбудимости центральной нервной системы применяют ток низкой частоты (5-20 Гц). При заторможенности больного, преобладании процессов, свидетельствующих об угнетении нервно-гуморальной регуляции, используют ток более высокой частоты (40-100 Гц);

6) аминазин-электрофорез на воротниковую зону, 15-20 мин, ежедневно, на курс 20-30 процедур. На прокладку берут от 1 до 5 мл раствора. Назначают после выхода больного из острого состояния (при этом следует учитывать, что электрофоретическая проницаемость кожи человека является максимальной в поздние ночные и утренние часы – утренние часы до 12.00. ч наиболее целесообразны для проведения данной физиотерапевтической процедуры);

7) гальванический воротник, через день. Сочетают с водными процедурами, более показан при наличии гипоманиакальных состояний;

8) УФ-облучение всего тела полями (поверхность тела делят на 15 полей), 3-5 биодоз, через день по одному полю (400 см²), в беспорядочной последовательности, применяют при простой и циркулярной формах шизофрении, целесообразно сочетать с инсулинотерапией. Повторно облучают увеличенной дозой 5-10 полей. В случаях, когда эритему получить не удастся, облучение отменяют;

9) индуктотермия области головы двумя витками на уровне лба, 15-20 Мин, через день, при головной боли, сразу после внутривенного введения хлорида кальция (методика Гиляровского). На курс лечения – 12-15 процедур;

10) светотепловая ванна для туловища и конечностей, 20-30 мин, через день. Перед процедурой дают 5-7 г столовой соли, при отсутствии обильного потоотделения процедуры отменяют;

11) сера-электрофорез области печени (методика № 36), 20 мин, через день применяют для стимуляции дезинтоксикационной функции печени, сочетают с потогонными светотепловыми ваннами; на курс – 12-15 процедур;

12) электропирексия индуктотермией, через 4-5 дней; на курс- 6-10 процедур;

13) четырехкамерные ванны постепенно повышаемой температуры 36-40°C, 20 мин, через день; ванны постепенно повышаемой температуры по Гауффе 37-42°C, 25-30 мин, через день.

В современных руководствах и рекомендациях по ведению больных шизофренией физические методы не всегда включены в протоколы терапии, но показаны при лечении резистивных к нейролептикам форм шизофрении: электроконвульсивная терапия, гипербарическая оксигенация, иглорефлексотерапия, субсенсорная латеральная трансцеребральная электростимуляция, электрофоретическое введение нейролептиков, лазерное облучение. Использование низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) при терапии шизофрении проводится в виде надвенного облучения красным излучением длиной волны 0,63-0,69 мкм и мощностью 1-2 мВт в течение 10-20 мин на проекцию кубитальной зоны, а затем осуществлялось контактное воздействие на биологически активные зоны – орбитальные, височные, проекции яремных сосудисто-нервных пучков. В научных исследованиях доказано, что добавление НИЛИ к комплексному лечению больных шизофренией отмечался достоверный положительный эффект: снижение по шкале PANSS балла позитивной и негативной симптоматики, по сравнению с результатами терапии в группе пациентов, где применялось только фармакологическое лечение. С целью оптимизации лечебного процесса больных параноидной формой шизофрении применяется в комплексной терапии латеральная магнитотерапия, которая проводится с помощью воздействия пульсирующим магнитным полем частотой 50 Гц, амплитудой индукции в 37,5 мТл на область левого полушария головного мозга и правое предплечье. Продолжительность процедуры – 20 минут. Курс лечения включает 10 процедур, каждый день. В результате проведенного лечения у больных (по сравнению с контрольной группой) уже после первых сеансов заметно уменьшается выраженность психомоторного возбуждения и продуктивных расстройств, корректируется поведение больных, значительно улучшается сон, эмоциональное состояние. Для преодоления «буферности» неврозоподобной симптоматики эндогенно-процессуального генеза также в комплексной терапии шизофренией применяется воздействие импульсными токами на головной мозг по методике трансцеребральной электростимуляции (ТЭ). Сеансы ТЭ проводятся билатерально по лобно-сосцевидной методике через день продолжительностью 45–60 мин. Величина тока в цепи пациентов – 0,8-1,2 мА, частота импульсов 200-900 Гц, их продолжительность 0,2-0,3 мс, режим переменной скважности. На курс лечения 10-15 сеансов. Проведённые исследования демонстрируют, что правополушарные электростимуляции спустя сутки вызывают редукцию депрессии, тревоги, нарушений сна, соматической озабоченности, снижается аффективная насыщенность сенестопатической и обсессивно-фобической симптоматики, загруженность психопатологическими переживаниями. ТЭ даёт чёткий седативный, электротранквилизирующий и электроанестезирующий эффекты. ТЭ нормализует нарушенные показатели общей гемодинамики, уменьшает выраженность нервно-психического напряжения, ослабляет вегетативные проявления аффективных нарушений, способствует уравниваемости основных нервных процессов и, как следствие этого, улучшает внимание, память, мышление. Кроме этого, ТЭ пролонгирует действия психотропных средств и улучшает компенсаторные и адаптивные механизмы центральной и вегетативной нервной системы. Левополушарные стимуляции спустя сутки вызывают противоположное действие, усиливая депрессивную симптоматику, тревогу, диссомнические расстройства, возрастание соматической озабоченности и загруженности психопатологическими переживаниями.

Таким образом, проведённый литературный обзор научной литературы продемонстрировал, что, несмотря на наличие признанных протоколов физиотерапии шизофрении, является актуальной разработка новых более эффективных способов комплексной реабилитации больных с данной патологией и внедрение их в практическое здравоохранение.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Куприянова И.Е., Ротова И.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Механизмы влияния стрессовых факторов на течение и исход беременности, а также на плод изучаются, но до конца не раскрыты (Турченко Н.М., 2005; Ледина В.Ю., 2007; Хломов К.Д., 2008; Колесников И.А., 2010). Психические нарушения у беременных при акушерской патологии остаются неизученными, нет и работ, посвященных изучению зависимости состояния внутриутробного развития ребенка от психического состояния беременных. Также нет программ по психотерапевтической профилактике, реабилитации при патологическом течении беременности, что и послужило целью нашего исследования.

Цель исследования – изучение клинических особенностей психических состояний при патологии беременности для разработки методов психотерапевтической коррекции психических расстройств.

В исследовании принимали участие 111 пациенток, находящихся на учете в женской консультации на базе ОГБУЗ «Роддом № 1» г. Томска в различные сроки беременности. Основным критерием отбора в группу исследуемых было наличие акушерской патологии, а также невротического синдрома как ведущего в клинической картине с длительностью месяц и более.

На первом этапе с учетом выраженности клинической картины выбрано 149 беременных, кто активно обращался за психотерапевтической помощью. Основную группу составили 111 пациенток с акушерской патологией (гестозы, угроза прерывания беременности, многоводие, кесарево сечение в анамнезе, плацентарные нарушения). Контрольная группа – 38 человек, среди которых были здоровые беременные (с нормально протекающей беременностью и без психических расстройств) – 20 человек и беременные с психическими расстройствами без патологии беременности – 18 человек.

Клиническая систематика изучаемых состояний проводилась в соответствии с МКБ-10 и рассматривалась в рубриках для невротических расстройств: F 40 – фобические и тревожные расстройства, F 42.0 – преимущественно навязчивые мысли и размышления, F 43.2 – расстройства адаптации, F 44 – диссоциативные расстройства, F 48.0 – неврастения. Среди беременных у 39 женщин (35,14%) были диагностированы невротические расстройства, причем психопатологические проявления возникали после выявления акушерской патологии. Тем не менее, психотравмирующее влияние акушерского диагноза не является единичным, т.к. изначально у каждой женщины имелись нерешенные социально-психологические проблемы (плохие отношения с мужем, не зарегистрированный брак, отсутствие жилья и т.д.).

Помимо характерных психопатологических проявлений мы наблюдали у 72 пациенток (64,86%) невыраженные психопатологические состояния, которые трудно отнести к какой-либо рубрике МКБ, но психический статус беременных характеризовался астеническими с физической или психической слабостью, соматовегетативными, дистимическими проявлениями. Данные донозологические состояния наблюдались в течение всей беременности без выраженной динамики, либо эти симптомы усиливались или ослаблялись вне зависимости от внешних проявлений или сомато-акушерского состояния беременных.

Таким образом, психическое состояние беременных с акушерской патологией является мощным фактором, определяющим течение беременности. Наличие индивидуальных, дифференцированных программ позволит облегчить предродовый период и улучшить качество жизни беременных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Курдакова О.К., Карагезян Е.А., Попова Ю.Н.

Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1, Краснодар, Россия

Вопрос о фебрильной шизофрении продолжает оставаться одной из сложнейших проблем в психиатрии. Разнообразие взглядов, отсутствие единого мнения относительно её нозологической принадлежности, психопатологии, клинических особенностей, прогноза, патогенеза и лечения заставили ещё раз обратиться к изучению этого варианта шизофрении.

К фебрильной шизофрении относят особые виды приступов заболевания, сопровождающегося повышенной температурой, общим лихорадочным обликом больных, появлением кровоподтёков, нередко нарастающим истощением, причём все эти явления могут быть выражены в различной степени.

Как известно, критериями фебрильной шизофрении являются: - острое развитие приступа шизоаффективной структуры с кататоническими включениями; - быстрое (в течение от 1 до 5 дней) появление температурной реакции вне связи с каким-либо соматическим заболеванием приёмом нейролептических средств.

Клиническую картину фебрильной шизофрении можно условно разделить на продромальный период, дофебрильный и фебрильный.

Продромальный период характеризуется преимущественно астеническими расстройствами (рассеянность, капризность, обидчивость, раздражительность, утомляемость, головные боли); соматопсихическими расстройствами, гриппоподобными расстройствами; аффективными нарушениями.

Дофебрильный период – это период продолжительностью от 1 до 6 дней. В нём можно распознать все типы кататонического возбуждения: растеряннопатетическое, импульсивное, гебефреническое, немое.

Фебрильный период, независимо от особенностей дофебрильного периода, совпадает с появлением кататонико-гебефренического и импульсивного возбуждения или кататонического ступора. При тяжёлом течении период возбуждения может быть достаточно коротким (1-3 дня). В дальнейшем, в клинической картине развития фебрильных приступов отмечаются эпизоды со сменой возбуждения негативистическим ступором с полной обездвиженностью, при котором любая попытка изменить позу, положение конечностей, приподнять голову вызывает немедленное противодействие с резким напряжением мышц. Явления каталепсии на общем фоне повышенного тонуса вначале возникают в мышцах шеи, затем в верхних и лишь в последнюю очередь – в нижних конечностях. Уменьшение явлений каталепсии с возобновлением негативистического ступора, как правило, свидетельствует об утяжелении фебрильного приступа. Завершение фебрильного периода приступа наступает при значительной редукции кататонических расстройств, преобладании аффективно-бредовой и иллюзорной симптоматики.

Соматические нарушения характеризуются вегетативным, гиповолемическим, кардиоваскулярным, гемодинамическим и метаболическим синдромами, что указывает на крайне сложный патогенез развития фебрильных приступов шизофрении. Соматовегетативные нарушения сохраняются длительное время, и совпадают с аффективно-бредовым расстройством. По мере утяжеления психоза резко усиливаются проявления токсикоза, и усложняются соматические нарушения, максимально выраженные в сопорозно-коматозном периоде. На ЭКГ отмечаются признаки гипоксии миокарда и нарушения проводимости. Показатели свёртывающей системы крови отклоняются в сторону гиперкоагуляции. Диурез может снизиться вплоть до анурии.

Переход в кому усугубляется изменениями КЩС крови. Ранним лабораторным признаком фебрильной шизофрении является увеличение СОЭ до 75 мм/час, с умеренно выраженным лейкоцитозом и лимфопенией. Отмечается снижение уровня общего белка до 50-60 г/л, альбуминов до 40 г/л и повышение глобулинов до 25-39 г/л. Также отмечается нарастание АЛТ, АСТ, ЩФ.

Таким образом, для больных фебрильной шизофренией характерна поли- и гиперферментемия, свидетельствующая о полиорганности цитолиза и угрозе развития синдрома полиорганной недостаточности. Фактически же ухудшение состояния больных протекает в виде синдрома кинеза, при котором совокупность токсико-аллерго-адаптационных механизмов может привести к летальному исходу, что нередко и отмечается у данного контингента больных.

Прежде всего, необходимо подчеркнуть необходимость своевременного назначения пациентам адекватного лечения, которое должно начинаться в первые дни развития приступа и появления лихорадки. Во всех случаях нужно придерживаться правила быстрого увеличения дозы аминазина до 300-400 мг в сутки, продолжительность курса должна составлять от 2 до 4 месяцев. Чрезвычайно важным является установленный факт, что перерыв в лечении аминазином и переход на другие методы терапии вызывает новый подъём температуры и ухудшение соматического состояния пациентов.

Аминазинотерапия в большинстве случаев в достаточно сжатые сроки устраняет лихорадку, замедляет истощение, улучшает соматическое состояние пациентов, нормализует показатели крови. Однако в ряде случаев аминазинотерапия осложняется резким падением артериального давления, развитием колаптоидных состояний, тахикардией, приобретающей пароксизмальный характер, что заставляет поставить вопрос о правомочности дальнейшего лечения данным препаратом. При неэффективности аминазинотерапии показана электросудорожная терапия (ЭСТ).

ЭСТ проводится с различной частотой сеансов. В особо тяжелых случаях рекомендуется проведение 1-2 сеансов, в других случаях после 2-3 дней ежедневного проведения этой терапии, нормализации температуры и при отсутствии тенденции к её повышению, после стабилизации или уменьшения трофических расстройств, а также улучшения психического состояния больных возможно проведение сеансов ЭСТ через день. Общее число их, как правило, колеблется от 3-5 до 10-12.

ЭСТ можно комбинировать с применением аминазина. Доза аминазина в этих случаях не должна превышать 150-200 мг. После прекращения ЭСТ, лечение аминазином следует продолжить, причём суточная доза должна быть вновь увеличена до 300-400 мг в сутки. Наряду с проводимой патогенетической терапией, должна осуществляться борьба с отёком мозга, который характерен для тяжело протекающих приступов фебрильной шизофрении.

Фебрильную шизофрению необходимо дифференцировать со злокачественным нейролептическим синдромом. Для злокачественного нейролептического синдрома, в отличие от фебрильной шизофрении, характерны следующие признаки: более пожилой возраст пациентов; длительное течение шизофрении и большое число предыдущих приступов заболевания; указание в анамнезе на побочные действия нейролептиков; продолжительный дофебрильный период; выраженные экстрапирамидные расстройства в начале приступа; «смазанность» начала фебрильного периода. При этом дневная температура непостоянна: от субфебрильной, до нормальной, с отдельными гиперпиретическими свечками. Затем в течение 2-3 дней может наблюдаться нормализация температуры, а в последующем вновь отмечаться перемежающаяся, часто с инверсией температурной кривой. И лишь спустя 5-7 дней, реже 10 дней, лихорадка становится постоянной.

КОРРЕКЦИЯ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Кучкаров У.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность. Героиновая наркомания является одно из важнейших проблемой сегодняшнего дня. Преобладающими в спектре психических расстройств при аддиктивной патологии являются непсихотические психические расстройства, а среди них неврозоподобные нарушения, особенно тревога и субдепрессия. Эти психопатологические синдромы одни из основных предрасполагающих факторов аддиктивного поведения, которые также определяют клинику и динамику основных наркопатологических расстройств – психической и физической зависимости, абстиненции, постабстинентных состояний и последствий хронической наркотизации. Кроме того, неврозоподобные и когнитивные расстройства являются основным интегрирующим звеном триады психобиологической зависимости, состоящей из трех компонентов – идеаторного, аффективного и соматического. Дефицит в когнитивной сфере ухудшает социальную адаптацию и отрицательно влияет на ремиссию болезни. Улучшение когнитивной сфере способствует редукции компонентов синдрома ангедонии и других неврозоподобных расстройств. В связи с этим, коррекция неврозоподобных и когнитивных расстройств является одной из центральных задач аддиктивного поведения.

Целью исследования явилось изучение динамики и особенностей неврозоподобных и когнитивных расстройств, а также оценка эффективности венлафаксина при неврозоподобных и когнитивных расстройствах.

Задачи исследования. Оценить противотревожный и тимоаналептический эффект венлафаксина при героиновой наркомании в постабстинентном периоде (ПАС) и проанализировать качество жизни в процессе терапии.

Материалы и методы. Обследованы клинически и демографически не отличающиеся 46 больных в возрасте 21-45 лет с диагнозом героиновая наркомания в постабстинентном периоде. Больные были разделены на 2 группы: основную группу составили 26 больных, получивших на фоне базисной терапии венлаксор, в контрольную группу включены 20 больных, которые на фоне базисной терапии принимали amitriptilin. Анксиолитический эффект препаратов оценивалось с помощью шкалы тревоги Гамильтона (НАМА) в 0, 10, 20, 30-й дни от момента начала терапии в ПАС. Для оценки триады психобиологической зависимости (синдром ангедонии по Крупницкому Е.М. и соавт.) использовалась анкета оценки синдрома ангедонии у детоксицированных больных. SF-36 тест для оценки качества жизни.

Результаты и обсуждение. В постабстинентном периоде при героиновой наркомании аффективные нарушения были тесно связаны с его вегетативными проявлениями и характеризовались дисфорической депрессией с тревогой. У части пациентов на первый план выступали тревога, беспокойство, внутреннее напряжение, другие жаловались на апатию, безразличие, тоску. После 5 дня лечения в основной группе больные чувствовали послабление тревоги и внутреннего напряжения. Средняя суточная доза венлаксора в начале лечения составила 75 мг на фоне базисной терапии. Через 6-8 часов после лишения наркотика у всех больных возникали напряженность, неусидчивость, тревога, раздражительность, которые сочетались с общим недомоганием, слабостью.

По шкалам Гамильтона достоверное уменьшение тревоги отмечено на 10-й день постабстиненции. В контрольной группе в ПАС также отмечались снижение настроение, усиление раздражительности и тревоги, появлялось двигательное беспокойство в виде неусидчивости. У 5 (25%) пациентов наблюдалась апатия, безразличие, угрюмость. Для большинства больных была характерна злобность, иногда агрессивное поведение.

Компульсивное влечение к наркотику возникало в начале лечения в основной группе – у 18 (69%) а в контрольной группе – у 13 (65). На фоне лечения компульсивное влечение к наркотику снизилось у – 11 больных основной группы (61%), а в контрольной группе – у 5 больных (38%). У 22 пациентов основной группы в начале терапии венлаксором отмечался депрессивный фон настроения с элементами заторможенности, неверие в свои силы, апатия, отсутствие реальных планов. Отмечались эпизоды тревоги с обострением компульсивного влечения к наркотику. В основной группе продолжительность дисфорического компонента протекала с криками, злобой, агрессией и недопониманием ситуации. Дисфории повторялись через определенные промежутки времени по типу органических пароксизмов. Но больные сообщали о своих состояниях, просили и принимали дополнительные препараты.

Пациенты контрольной группы при возникновении тревоги в различных ситуациях стремились ее погасить, принимая героин. Компоненты синдрома ангедонии были более выражены в контрольной группе. Больные, принимавшие amitriptilin, жаловались на сухость во рту, нарушение зрения, слабость, головокружение, тахикардию, затруднение мочеиспускания и на запоры. В процессе терапии венлаксором холинолитические побочные эффекты встречались лишь у – 3 (11%) больных.

В начале болезни отмечалось значительное снижение тех функций, которые отражают когнитивную сферу: внимание, речь, гнозис, праксис, счет, мышление, ориентация, планирование и контроль психической деятельности в социуме. После длительного злоупотребления психоактивными веществами появляются утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации внимания и невозможность интенсивной умственной деятельности. У больных суживается умственный кругозор и способность обобщать и выделять главное. Постепенно падает работоспособность, больные работают лишь короткими периодами при условии приема достаточной дозы и достижения состояния психического и физического комфорта в периоде интоксикации. У большинства больных развивается общее эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда, они становятся равнодушными, их не волнует потеря работы или семьи, и даже собственное здоровье. Анализ результатов когнитивных тестов показал, что статистически достоверное улучшение состояния когнитивных функций, по сравнению с исходным уровнем, к окончанию терапии венлаксором наблюдалось по всем тестам. При проверке способности повторения слов, больные в 1-й день лечения называли в среднем 5 слов, к 20-му дню терапии венлаксором – повторяли 8-9 слов.

Объем внимания оценивался по количеству просмотренных букв, а концентрация по количеству сделанных ошибок. После лечения венлаксором достоверно улучшалось анализ, синтез, плавность речи и качество внимания. Больные стали планировать свои жизненные пути и начали контроль психической деятельности в отделении.

При исследовании качества жизни (тест SF-36) после лечения венлаксором оказалась, что параметры качества жизни улучшались в основной группе по многим шкалам, чем в контрольной группе: шкала жизненной активности, шкала социального функционирования, шкала ролевого функционирования, обусловленная эмоциональным состоянием, и шкала общего состояния здоровья. В процессе лечения ноотропными препаратами больные осознали свою вину, и появилась критика к своему состоянию.

Выводы. Неврозоподобные и когнитивные расстройства являются одними из основных симптомов патологического влечения к наркотику, при этом воздействуя на эти симптомы, мы можем преодолевать тягу к наркотикам. Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность венлафаксина при неврозоподобных и когнитивных расстройствах при героиновой наркомании. Улучшения качества жизни ещё раз доказывают необходимость включения антидепрессантов в терапию героиновой зависимости.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА

Кучкаров У.И., Жалолова В.З., Нуритов А.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель. Оценка качественных изменений невротических расстройств в целях выявления эффективности церебролизина.

Материалы и методы исследования. Обследовано 36 больных героиновой зависимостью в период стационарного лечения, средний возраст больных 31,5 года, длительность заболевания 3,5 года, суточная доза внутривенно употребляемого наркотика 0,5 г. Больные были разделены на основную и контрольную группу, которые статистически не отличались по большинству параметров. Лечение церебролизином начинали на 7-9 день после последнего употребления наркотика. Доза церебролизина составила 5 мл внутримышечно – 1 раз в день. Всего каждому больному было сделано 20 инъекций. Клиническое наблюдение проводилось методикой «Кратковременная память», «Корректирующая проба», «Счет по Крепелину», таблицы Шульте; синдром ангедонии определялся по Е.М. Крупицкому и соавт. Продолжительность клинического наблюдения составляла 20 дней.

Результаты и обсуждение. При длительном злоупотреблении психоактивными веществами появляются утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации внимания, невозможность интенсивной умственной деятельности. Постепенно падает работоспособность, больные работают лишь короткими периодами при условии приема достаточной дозы и достижения состояния психического и физического комфорта в периоде интоксикации. Больные становятся раздражительными, дисфоричными, злобными.

Постепенно у больных развивается состояние токсической энцефалопатии, проявляющееся в замедленности мыслительных процессов и речи. У больных развивается общее эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда, они становятся равнодушными, их не волнуют потеря работы или семьи, и даже собственное здоровье. Одновременно с этим все заметней становится интеллектуально-мнестическое снижение, которое характеризуется сужением умственного кругозора, неспособностью обобщать и выделять главное, застреванием на «мелочах», утратой логической нити и целенаправленности в мышлении, торпидностью мышления, поверхностностью суждений, бедностью воображения, нарушением концентрации внимания, ослаблением непосредственной и опосредованной памяти и рядом других симптомов.

При исследовании концентрации внимания (метод Шульте) прослеживали отчетливую тенденцию к улучшению: до начала исследования – 2,69 балла, на 10-й день лечения – 3,08, на 20-й – 3,75. Такую же отчетливую тенденцию прослеживали в отношении улучшения непосредственной (механической) памяти, которую оценивали по методу запоминания 10 слов. Однако эти данные нерезко отличались от того, что было получено в контрольной группе. Значительно уменьшались дисфория, раздражительность, тревога, в меньшей степени – лабильность аффекта, ипохондричность, свойственные многим больным в период лишения наркотика. Уровень тревоги снизился. Отчетливо уменьшились проявления астенических расстройств: с 2,15 балла до начала лечения церебролизином до 1,0 балла на 10-й день и 0,63 балла на 20-й день лечения. Конечно, проявления астенических расстройств к 20-му дню лечения уменьшаются и без применения церебролизина, но не так быстро и в меньшей степени. Это же касается и апатико-абулических расстройств; больные становились значительно более активными, уменьшались вялость, слабость, апатия, безразличие. Очень важно, что при лечении

церебролизином у больных не отмечено обострения влечения к наркотикам, что нередко наблюдается при использовании ноотропила. Не наблюдали нарушений сна.

Таким образом, наибольшее действие церебролизин оказывал на когнитивные функции, а также на такие расстройства, как быстрая истощаемость, астения, апатико-абулический синдром, тревога. Все вышесказанное указывает на целесообразность включения церебролизина в терапевтическую программу лечения больных опийной (героиновой) наркоманией.

Положительную субъективную оценку результатам лечения дали 8 (57,1%) пациентов. В 4-х (28,6%) случаях эффект лечения пациенты оценили как незначительный, а в 2-х (14,3%) отметили отсутствие эффекта. Анализ результатов когнитивных тестов показал, что статистически достоверное улучшение состояния когнитивных функций, по сравнению с исходным уровнем, к окончанию терапии наблюдалось по всем тестам. У большинства пациентов (55%) было отмечено минимальное, а у 15% выраженное улучшение. У 30% больных к моменту окончания исследования состояние не изменилось, по сравнению с исходным уровнем.

По субъективной оценке пациенты отмечали повышение настроения, появление «чувства спокойствия», уменьшение тревожности и суетливости, повышение жизненного тонуса, работоспособности и улучшение качества жизни. Наши исследование когнитивного статуса пациентов показало относительно умеренные нарушения внимания, кратковременной слуховой и зрительной памяти уровень внимания по таблицам Шульте – $35,5 \pm 2,5$ секунд и количество запомнившихся слов из 10 возможных – $6,5 \pm 1,5$ слов. Установлена различная терапевтическая эффективность церебролизина в отношении актуальных неспецифических жалоб. Наиболее заметный эффект церебролизина отмечен в отношении астении, интереса к окружающей среде, эмоциональной оживленности, чувства комфорта, нарушений сна. Отчетливая позитивная динамика этих жалоб под влиянием препарата позволяет предполагать, что в их генезе основную роль играло органическое поражение головного мозга. После курса лечения 18 (75,0%) пациентов выявляли определенные улучшения мнестических возможностей. Мы наблюдали несоответствие между субъективной оценкой памяти и объективными показателями когнитивного статуса, которые значимо улучшились после лечения церебролизином. Большинство пациентов, получавших терапию церебролизином, не отметили в ходе лечения никаких побочных эффектов.

Неврозоподобные расстройства были выражены в постабстинентный период и характеризовались дисфорической, тоскливой или апатической депрессией. Длительное время сохранялись аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность, неспособность заняться каким-либо трудом. Больные были бездеятельны, беззаботны, легкомысленны, развязны. На 20-й день лечения церебролизином отмечалось увеличение общей двигательной активности, оживление интересов. Очень важно, что при лечении церебролизином у больных не отмечено обострения влечения к наркотикам, что нередко наблюдается при использовании ноотропов. Компоненты синдрома ангедонии уменьшались в процессе лечения одинаково в основной и в контрольной группе, что видимо, было связано с проводимой психотерапией. Больные становились менее рассеянными, у них уменьшались растерянность и аспонтанность, увеличивалась целенаправленная активность и продуктивность в деятельности. Поведение больных становилось более упорядоченным и организованным, улучшалось настроение, значительно реже возникали реакции раздражения с негативизмом и агрессивностью. У пациентов улучшались возможности и интерес к несложной интеллектуальной деятельности, расширялся объем выполнения повседневных видов деятельности, многие пациенты возвращались к уже утраченным вследствие болезни видам активности, у них улучшалось самочувствие и настроение. У пациентов контрольной группы, был установлен положительный терапевтический эффект

(как правило, минимальный), он ограничивался улучшением настроения и некоторым повышением активности в повседневной деятельности. При проверке способности кратковременной зрительной памяти – больные основной группы до лечения запоминали в среднем 5 чисел, эти данные улучшались к 20-му дню терапии – 8 чисел. Так, при проверке способности повтора слов, больные в 1-й день лечения называли в среднем 4-5 слов, к 20-му дню терапии церебролизином повторяли 7-8 слов. Открытое клиническое исследование эффективности и безопасности препарата церебролизина, выполненное в группе из 24 больных с нарушением когнитивных функций, показало выраженный терапевтический эффект препарата у 55% пациентов, ещё у 25% больных терапевтический эффект был на среднем уровне. Результаты исследования свидетельствовали, что церебролизин, по сравнению с плацебо, существенно повышал первоначальные показатели психометрических тестов. Особенно значительное отличие церебролизина от плацебо проявилось в поведенческих тестах, что позволило сделать вывод о способности церебролизина улучшать самостоятельность и взаимодействие с окружающей средой у пациентов. Следует обратить внимание на то, что применение церебролизина наряду с улучшениями в когнитивной сфере сопровождалось редукцией сопутствующей психопатологической симптоматики – депрессивных и других расстройств.

Выводы. Курсовая терапия церебролизином уменьшала выраженность расстройств памяти и внимания, улучшая общий когнитивный статус пациентов, терапия церебролизином не увеличивала патологическое влечение к наркотику. В процессе лечения отмечалось улучшение настроения, снижение тревожности, достоверно снизилась выраженность астении и апатии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВЕНЛАФАКСИН В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ СОСТОЯНИИ БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Кучкаров У.И., Мусаева Д.М., Орипова Ф.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Психопатологические нарушения формируются в ранних стадиях героиновой наркомании, нередко предворяя клинические проявления физической зависимости. В дальнейшем они сопутствуют болезни на всех этапах ее развития, утяжеляясь и усложняясь. В связи с этим, квалификация клинико-динамических особенностей и коррекция невротоподобных расстройств является одной из центральных задач как теоретических исследований аддиктивного поведения, так и в работе практикующего психиатра-нарколога.

Цель. Изучение эффективности препарата венлафаксин (венлаксор) в постабстинентном состоянии (ПАС) больных героиновой наркоманией.

Материалы и методы. Обследованы клинически и демографически не отличающиеся 32 больных в возрасте 21-45 лет с диагнозом героиновая наркомания в постабстинентном периоде. У всех обследованных больных героиновой наркоманией наблюдались достаточно серьезные проблемы, связанные с физическим здоровьем, появившиеся в процессе заболевания. Из соматических осложнений наркомании отмечались: вирусный гепатит С у 8 (25%) больных, вирусный гепатит В+С у 4 (12,5%). Признаки токсического поражения печени обнаруживались у 18 (56,3%); ВИЧ-инфекция была выявлена в 6 случаях (18,8%); токсическая кардиопатия – в 9 (28,1%), хронические поражения других органов и систем – в 11 (34,4%) случаях. Больные были разделены на 2 группы: основную

группу составили 20 больных, получивших на фоне базисной терапии венлаксор, в контрольную группу включены 12 больных, которые на фоне базисной терапии принимали amitриптилин. Следует отметить, что в обеих группах пациенты получали венлаксор и amitриптилин в порошкообразном состоянии, и пациент не знал, какое лекарственное средство он получает. Эффект препаратов оценивался с помощью шкалы оценки уровня реактивной тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина от момента начала терапии в ПАС. Для оценки триады психобиологической зависимости (синдром ангедонии по Е.М. Крупицкому и соавт.) использовалась анкета оценки синдрома ангедонии у детоксифицированных больных. С помощью теста SF-36 оценивалось качество жизни больных.

Результаты и обсуждение. Средняя суточная доза венлаксора в начале лечения составила 75 мг на фоне базисной терапии (гепатотропные препараты, витамины). Пациенты принимали венлаксор, начиная с дозировки 75 мг в сутки (по 37,5 мг утром и вечером после еды), через неделю дозу увеличили до 150 мг в сутки (по 75 мг вечером). В 3-х случаях, учитывая побочные явления, в связи с имеющейся соматической патологией, была назначена дозировка в 18,75 мг утром и 18,75 мг вечером, с увеличением дозы до 75 мг в сутки к 10 дню лечения. В некоторых случаях при малой интенсивности соматических расстройств доза была повышена до 225 мг с 10-12 дня приема. Улучшение состояния больных было оценено в 2-х направлениях: уменьшение постабстинентных нарушений, степень дезактуализации патологического влечения к наркотику. В обеих группах компоненты синдрома ангедонии улучшались, но в основном группе достоверность выше. Клинически и статически было установлено, что уже к 5-7 дню приёма венлаксора отмечались достаточно выраженная редукция неврозоподобных проявлений, отмечалось уменьшение раздражительности, дисфории, тревоги и повышение жизненной активности. У всех пациентов обеих групп до начала терапии отмечалась раздражительность, дисфория, тревога, нарушения сна, иногда снижение настроения с апатией, общий дискомфорт, неверие в свои силы. Все эти патологические проявления отличались от таковых в общей психиатрической практике тем, что они тесно были связаны с патологическим влечением к наркотику, чётко подразделялись на аффективный, идеаторный, поведенческий компоненты и могли быть купированы применением наркотических средств.

В дальнейшем наблюдалась положительная динамика в плане исчезновения подавленности настроения и чувства внутреннего напряжения, уменьшилась раздражительность, нормализовался сон, дезактуализировались общий дискомфорт, патологическое влечение к наркотику. У части больных появилась работоспособность. Следует отметить хорошую переносимость венлаксора у лиц, страдающих гепатитом. Доза венлаксора в 75 мг в день никак не повлияла на лабораторные показатели печеночных проб (АЛТ и АСТ). У 50% больных после наступившего минимального улучшения отмечалась тяга к наркотическим средствам, дисфорический, пониженный фон настроения. У этих больных потребовалось увеличение доз венлаксора до 225 мг в сутки. Уровень реактивной тревожности до лечения оценивался по шкале Спилберга-Ханина и соответствовал низкому и среднему уровню (20-40 баллов) Уже на 10-ый день лечения в основной группе больные чувствовали послабление тревоги и общего дискомфорта. По шкалам Спилберга и Ханина достоверное уменьшение тревоги отмечено на 20-й день постабстиненции. Но эта положительная динамика в сравнительной группе не осознавалась пациентами за счёт отрицательных побочных проявлений amitриптилина – заторможенности, головокружения, особенно у соматически ослабленных пациентов. Пациенты контрольной группы часто неохотно принимали лечение amitриптилином, отказывались от него, и только под давлением врача и родственников продолжали терапию. Злобность, иногда агрессивное поведение часто сопровождало весь курс лечения в этой группе.

Следует отметить, что в процессе терапии больные основной группы сообщали о своём состоянии, просили помощи и были хорошо подвержены психотерапии. Больные контрольной группы, леченные amitriptином, при актуализации психопатологических проявлений стремились их погасить, предпринимая попытки нарушения режима. В сравнительной группе больные жаловались на сухость во рту, нарушение аккомодации, слабость, головокружение, тахикардию, затруднение мочеиспускания и на атонические запоры (побочные эффекты amitriptилина). В процессе терапии венлаксором холинолитические побочные эффекты встречались лишь у 3-х больных в незначительной выраженности. Больные думали о своем будущем, составляли планы, думали об исправлении ошибок и серьезно относились к лечению. При исследовании параметров качества жизни (тест SF-36) после лечения венлаксором оказалось, что критерии качества жизни улучшались в основной группе по следующим шкалам: шкале жизненной активности, шкале функционирования, связанного с физическим состоянием, шкале функционирования, связанного с эмоциональным состоянием и шкале психического здоровья. В контрольной группе эти изменения были менее выраженными и статистически недостоверными.

Выводы. Тревога и депрессия при героиновой наркомании отличаются от таковых при других психических заболеваниях тем, что они интимно связаны с влечением к наркотику и могут быть успешно купированы его применением. Медикаментозно воздействуя на эти нарушения, мы можем успешно преодолевать тягу к наркотикам. Проведенное исследование подтверждает высокую эффективность венлафаксина при фармакотерапии неврозоподобных расстройств героиновой наркомании. Клинические исследования показывают, что препарат венлаксор обладает маловыраженными побочными эффектами, и может быть успешно применен у пациентов героиновой наркоманией с соматической патологией. Улучшение параметров качества жизни в процессе лечения венлаксором ещё раз доказывает высокую эффективность препарата. Венлафаксин при достаточно продолжительной терапии не вызывает привыкания, может быть рекомендован в амбулаторной практике для длительного применения больным героиновой наркоманией.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Кучкаров У.И., Жарылкасынова Г.Ж., Гиёсова Н.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Цель. Выявление и квалификация депрессий в условиях первичного звена здравоохранения, ранняя диагностика и квалифицированная диагностика депрессивных расстройств с учетом глубины и продолжительности симптоматики.

Материалы и методы. Обследовано 122 больных – 60 мужчин и 62 женщины в возрасте от 30 до 60 лет. Пациентам проводился тест Гамильтона для оценки депрессивного состояния. Больные были разделены на 2 группы – основную (30 мужчин и 31 женщина) и контрольную (30 мужчин и 31 женщина). Больным основной группы были назначены миртел и флуоксетин. В контрольной группе проводилась традиционная терапия с ноотропами и витаминами. В динамике лечения оценивались симптомы болезни, проводился тест Гамильтона. Также были опрошены больные методом экспресс-анкеты для выявления депрессии. Обследование и оценка эффективности лечения проходили в амбулаторных условиях, всем пациентам проводились общее соматическое и

неврологическое исследования. Повторное амбулаторное обследование пациентов происходило через три, шесть, девять и двенадцать недель, после лечения. Критерии включения в обследование: больные по поводу своего состояния здоровья. Критерии исключения: проходящее нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, геморрагический инсульт, тяжелая форма инсульта, возраст старше 70 лет, наличие субарахноидального кровоизлияния или интрацеребральной гематомы.

Результаты. Следует подчеркнуть, что выявление и квалификация депрессий в условиях общеврачебной практики сопряжены со значительными сложностями – 70% врачей общей практики не интересуются жизненными обстоятельствами больных, и они затрудняются определить психический статус пациента. В 80% случаев врачи не определяют личность больного, который обращается с разными жалобами. Гиподиагностика происходит значительно чаще, главной причиной которой являются особенности клинической картины депрессии, проявляющиеся в преобладании соматизированной симптоматики, вегетативных проявлений, расстройств сна и аппетита. В результате гиподиагностики только 6-8% больных получает необходимую специализированную помощь. Гипердиагностика связана с возможностью депрессивной симптоматики выступать в качестве продрома патологии внутренних органов. Задачей врача общей практики в этих случаях должно быть только распознавание основного заболевания. В общемедицинской сети коморбидные состояния чаще всего реализуются путем присоединения к депрессивным обсессивно-фобическим, соматоформным расстройствам, а также истерических проявлений. Значительно реже в практике врача общего профиля встречаются депрессии с бредом. Опасность гипердиагностики составляет 1,5-8%, а опасность гиподиагностики намного больше. Следует учитывать, что 60% больных с депрессией нередко акцентируют внимание на соматических жалобах. Гиподиагностика имеет ряд причин: низкая квалификация врача общей практики, лимит времени врачу на обследование, низкий уровень сотрудничества с психиатрической службой, предубежденность пациента и врача против констатации психического расстройства, направленной исключительно на выявление соматического заболевания, отсутствие опыта использования антидепрессантов и полных сведений о побочных эффектах психотропных средств у больных соматическими заболеваниями.

К врачам общей практики в первую очередь попадают больные со стертыми депрессивными расстройствами, легкие и атипичные формы остаются вне поля зрения. При тяжелой соматической патологии врачи не обращают внимания на психическое состояние больного, и могут пропускать депрессию. В результате гиподиагностики только 10-15% больных получают необходимую специализированную помощь, хотя доказано, что терапия депрессии приводит не только к обратному развитию депрессивных расстройств, но и способствует редукции проявлений основного заболевания. Ранняя диагностика депрессивных расстройств с учетом глубины и продолжительности симптоматики не производится многими врачами общей практики.

При опросе выяснились психологические и социальные факторы депрессивных расстройств. Из них превалируют экзогенные депрессии (обусловлены семейными конфликтами, трудностями на работе и обществе, адаптацией в жизни). Практически все больные до начала терапии лечились бензодиазепинами, часть их принимала просульпин, рексетин, флуоксетин, amitриптилин. Среди больных пожилого и старческого возраста, обращающихся в поликлинику, пациенты с депрессией составляют около 20%. Иногда у них определяется серьезная патология, которая приводит их к депрессии. Анализ пациентов, обратившихся к врачу общей практики, показывает, что депрессивные расстройства встречаются в 25% случаев. Недостаточность опыта использования, знание терапевтических и побочных действий антидепрессантов приводит к неквалифицированной терапии у больных соматическими заболеваниями.

Выводы. Типичные формы депрессии выявлены у 22-28% пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общесоматической сети. У 35-45% из них устанавливается правильный диагноз. 80-90% больным назначаются антидепрессивные препараты, всего 22% больных получают антидепрессанты, учитывая патогенез. Полученные данные подтверждают высокую эффективность флуоксетина в терапии легкой и средней степени депрессии, так и астенодинамических расстройств. Динамика показателей шкалы депрессии Гамильтона является отражением редукции симптомов депрессии, субъективного улучшения состояния пациентов и, соответственно, повышения качества жизни. При сравнении состояния больных более достоверными были показатели в основной группе, а в контрольной группе отмечалось затяжное течение болезни и продолжительная депрессия. Больным основной группы назначены препараты СИОЗС в частности, как седативный миртел и стимулирующий флуоксетин. Среди пациентов с тревожными расстройствами, включая панические атаки, соматоформную боль, миртел обуславливает значительное снижение симптомов тревоги, беспокойства, а также своевременно устраняет нарушения сна.

Из вышеуказанных данных можно оценить наиболее важные аспекты тактики лечения и правильный выбор антидепрессантов в общесоматической медицине в практике врача общего профиля.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНОНА В НАРКОЛОГИИ

Лебедева Ю.В., Лобанова А.А., Днепровский В.С.
Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Наркологические заболевания в настоящее время являются широко распространенными, они несут не только тяжелые соматические и психические страдания, но и негативные социальные, психологические и нравственные последствия. Поэтому основной целью лечения пациентов с зависимостью является не только эффективное лечение абстиненции, но и быстрое возвращение пациента к нормальной жизни.

В последние годы интенсивная терапия абстинентного синдрома строится на коррекции нарушений метаболизма, которые возникают вследствие систематического приема психоактивных веществ. Для лечения абстиненции используются лекарственные средства, нередко вызывающие неблагоприятные побочные эффекты, утяжеляющие состояние больных. Поэтому в настоящее время идет поиск новых эфферентных методов лечения, которые будут лишены негативных эффектов, ускорят выход больных из состояния абстиненции, и приведут к более качественным ремиссиям (Гофман А.Г., Гражевский А.В., 1998; Чуев Ю.Ф., 1999; Кадымов Р.О., 2000; Балашов П.С., 2003; Добровольский А.П., 2005 и др.).

Согласно многочисленным литературным данным в анестезиологии уже давно используется инертный газ – ксенон, в промышленности получаемый из воздуха (Долина О. А., Дубова М.Н., Лохвицкий С.В., 1966; Трошихин Г.В., 1989; Белокуров В.Н., 1991). Механизм его связан с действием на мембраны клеток, в результате чего изменяется деполяризация и реполяризация мембран синоптического звена болевых рецепторов, изменяется скорость прохождения болевого импульса, что применяется для обезболивания. Однако дальше изучая физико-химические свойства ксенона, было выявлено, что он может влиять не только на болевые, но и на другие виды рецепторов (бензодиазепиновые, серотониновые, гистаминовые и др.). Подтверждением этой

гипотезы могут служить исследования о подавлении ксеноном активности NMDA-рецепторов, что позволяет использовать его как нейропротектор при гипоксических состояниях центральной и периферической нервной системы различной этиологии (Кошкина Е.А., 2011). Ксенон способствует снижению кортизола, адреналина; снижает температуру тела, потребление кислорода; повышает в крови содержание опиатов, серотонина, инсулина. Из вышеизложенного вытекает вывод о том, что спектр использования ксенона может быть значительно расширен и возможно его применение в наркологической практике для лечения абстинентных состояний.

В наркологии ксенон используется в некоторых регионах России, описаны показания для его применения, разработаны научные рекомендации. Так, по данным С.А. Шамова (2009), при абстинентном синдроме алкогольного и опиоидного генеза вследствие терапии ксеноном уже после первого применения отмечалась положительная динамика соматовегетативной симптоматики. У пациентов опиоидной зависимостью наиболее быстро купировались мышечные боли, гипергидроз, тремор, озноб. Также при использовании ксенона купируются диссомнические расстройства (Ахметов Э.Р. и др., 2005; Дудко Т.Н., 2010).

Положительное терапевтическое действие ксенона выявлено при лечении больных с абстиненцией, сопровождающейся психотической симптоматикой (галлюциноз, делирий). Ингаляции ксенона в этих случаях оказывали седативный и антипсихотический эффекты: исчезали тревога, страх, купировалось двигательное возбуждение; заметно редуцировался галлюцинозный синдром (Шамов С.А., 2009).

Использование кислородно-ксеноновой смеси для лечения абстинентного синдрома значительно снижает курсовые и суточные дозы седативных препаратов, хорошо переносится и не вызывает отсроченные побочные эффекты (Винникова М.А. и др., 2010). При повторном применении ксенона толерантность к нему не возрастает, как у большинства психотропных препаратов, а уменьшается. Терапия ксеноном хорошо сочетается с терапией другими психотропными препаратами, позволяет значительно снизить эффективные дозировки последних, избегая опасных осложнений и побочных эффектов (Кузнецов А.В. и др., 2005, 2007; Доненко В.Е., 2008; Доненко В.Е., Цыганков Б.Д., 2008). Не описаны случаи тяжелых нежелательных психических, гемодинамических и иных эффектов, а также не наблюдалось усиления побочных эффектов или извращения действия других препаратов (Дудко Т.Н., Сафина Н.Ф., 2012).

Вследствие биохимической инертности ксенон не обладает острой и хронической токсичностью (Burov N.E., Makeev G.N., Potapov V.N., 2000), тератогенностью и эмбриотоксичностью, не является аллергеном (Joyce J.A., 2000), не нарушает целостность структур мозга (Schmidt M., Papp-Jambor C., Schirmer U., Steinbach G., Marx T., Reinelt H., 2000), поэтому может использоваться у беременных, при тяжелых соматических состояниях.

В связи с тем, что экономические затраты методики применения ксенона на сегодняшний день относительно велики, эта методика пока не находит широкого применения в повседневной практике. Безусловно, нельзя утверждать, что ксенотерапия является альтернативой стандартных методов лечения абстиненции, однако включение ее в схемы терапии дает выраженный положительный эффект (Дудко Т.Н. и др., 2010).

На территории Забайкальского края в условиях наркологического диспансера с 2015 года мы имеем возможность использования и применения ксенона в терапии абстинентных состояний, как при алкогольной, так и при других видах зависимости. Это позволит повысить эффективность неотложной помощи зависимым, сократить сроки лечения и улучшить качество жизни пациентов.

ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ БАЛЛОННУЮ АНГИОПЛАСТИКУ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ

Литовкина Н.И., Богушевский А.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

На сегодняшний день в России лечение ишемической болезни сердца методом коронарной реваскуляризации миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием приобретает всё большую значимость. Его применение способствует наступлению значительного улучшения состояния пациента, однако среди прооперированных больных высок процент (45-55%) возникновения нарушений социальной и профессиональной адаптации (Киселева М.Г., 2012).

Исходя из данных анализа распространенности высокотехнологичной медицинской помощи по профилю сердечно-сосудистой хирургии в Российской Федерации в 2012-2013 гг., можно сделать вывод о том, что наиболее распространенным видом является «Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца» и, соответственно, метод лечения «Баллонная вазодилатация с установкой стента в сосуды», применение которого составило 30,9% от общего числа пролеченных больных» (Карпов Ю.А., 2010; Бокерия Л.А., 2014).

Как и любое оперативное вмешательство, указанный способ лечения связан с переживанием психотравмирующего состояния больным. В специальной литературе рассматриваются понятия предоперационный и послеоперационный стресс, обозначена взаимосвязь психологического состояния и течения послеоперационного периода в рамках внутренней картины болезни. В связи с тем, что подобные методы лечения ишемической болезни сердца внедрены в практику относительно недавно, остается неизученным вопрос о психологическом сопровождении пациентов в ходе баллонной ангиопластики. Психологические составляющие переживания больным самого оперативного вмешательства на сердце, его эмоциональный фон в послеоперационном периоде могут отразиться на эффективности проведенного лечения и последующей реабилитации. Актуальность нашего исследования связана с предположением о необходимости оптимизации эмоционального состояния больных, перенесших хирургическое лечение ИБС.

Описанию особенностей психической сферы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы посвящен ряд работ. По данным эпидемиологического исследования КОМПАС, у соматических пациентов депрессивные расстройства при ИБС диагностируются в 34% наблюдений. Т.В. Довженко отмечает, что симптомы депрессии и тревоги выявляются у 61,5% пациентов с ИБС (Мкртчян В.Р., 2014). А.А. Великанов (2009) утверждает, что при исследовании выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с различными формами ИБС, были обнаружены более высокие показатели обсессивно-компульсивных расстройств, тревожности, фобических расстройств у пациентов со стабильной стенокардией.

Психопатологические проявления при инфаркте миокарда изменяются в зависимости от периода развития заболевания (Погосов А.В. и соавт., 2008). В острой стадии возможно наличие сильно выраженного страха смерти, тревоги, тоски, ощущения обреченности. Нередки проявления гиперестезии, когда пациента раздражают самые незначительные воздействия: легкие прикосновения, тихая речь, приглушенный свет. Поведение пациентов отличается: одни неподвижны и молчаливы, а другие возбуждены, суетливы, растеряны (Морозов Г.В., 1988). А.В. Фомин (2006) пишет, что в послеоперационном периоде наблюдается подавленность настроения, вызванная чувством дефектности, ущемленности, соматическим неблагополучием.

М.Г. Киселева (2012) выявила высокую вероятность возникновения депрессии в послеоперационный период у пациентов кардиохирургического отделения при наличии следующих факторов: отсутствие социальной поддержки, хотя бы одно стрессовое событие за последний год, низкий уровень образования, пребывание в палате интенсивной терапии. Вопрос о достоверности результатов исследований проявлений аффективных расстройств при ишемической болезни сердца остается открытым, так как среди больных инфарктом миокарда наблюдается тенденция к диссимуляции. Актуальность настоящего исследования обусловлена отсутствием сведений в специальной литературе о психологическом состоянии больных, перенесших оперативное лечение ИБС, рекомендаций по их психологическому сопровождению.

Целью исследования являлось изучение особенностей психического статуса, эмоционального состояния у больных после баллонной ангиопластики со стентированием и предложение мероприятий психологической коррекции.

Задачи:

1. Изучить особенности психического состояния у больных после баллонной ангиопластики со стентированием.
2. Путем сравнения особенностей эмоционального состояния выявить различия у пациентов с ишемической болезнью сердца без оперативного вмешательства по поводу ИБС и больных после баллонной ангиопластики со стентированием.
3. Используя полученные результаты, разработать программу психологического сопровождения больных, проходящих оперативное лечение ИБС методом баллонной ангиопластики со стентированием.

Материал и методы. Всего в исследовании приняли участие 19 пациентов с диагнозом ИБС. Среди участников 7 женщин и 12 мужчин. Средний возраст респондентов составляет 59 лет. В ходе исследования было выделено 2 группы. Первую составили 19 пациентов с ИБС после баллонной ангиопластики со стентированием, вторую 20 больных с ишемической болезнью сердца, проходивших курс консервативного лечения в БМУ «Курская областная клиническая больница», ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

Эмпирический аппарат исследования представлен следующими методами: клинико-психопатологический, работа с медицинской документацией (анализ истории болезни), психодиагностическая методика симптоматический опросник SCL-90-R (в адаптации Н.В. Тарабриной). Последний включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал – соматизации, навязчивостей, сенситивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобии, паранойяльности, психотизма. Также выделяется общий индекс тяжести, индекс тяжести наличного дистресса, число утвердительных ответов (соответствует числу беспокоящих симптомов).

Результаты. В результате исследования нами были обнаружены различия на высоком уровне статистической значимости по шкале навязчивости, по индексу утвердительных ответов, статистически значимые различия по шкале враждебности, на уровне статистической тенденции – по шкале соматизации.

Предварительные результаты опросника сопоставлены с таковыми клинико-психопатологического метода. Клинические наблюдения, данные расспроса свидетельствуют об эмоциональной неустойчивости, повышенной раздражительности на фоне проявлений астении в первые дни после операции.

В высказываниях больных звучат опасения по поводу возможных осложнений, стремление соблюдать постельный режим вопреки рекомендациям лечащих врачей посещать занятия ЛФК, вести активный режим. Больные предъявляют обилие жалоб функционального характера, которые отражают субъективное неблагополучие, не подтверждающееся результатами мониторинга в послеоперационном периоде. При этом объективных причин для возникающих сомнений, тревожных мыслей нет,

результаты проводимых обследований не подтверждают каких-либо отклонений. Пациенты понимают отсутствие оснований для беспокойства, доверяют медицинскому персоналу, соглашаются с необходимостью активно участвовать в реабилитации. В тоже время подчеркивают, что мысли о возможных осложнениях появляются у них внезапно, и усилием воли избавиться от них возможности нет. Кроме того, наблюдается тенденция «прислушиваться» к организму, анализировать работу сердца, изменения артериального давления, мысленно дифференцировать телесные ощущения. Стремление давать утвердительные ответы в ходе тестирования можно объяснить проекцией тревоги о соматическом благополучии.

Приведенные факты свидетельствуют о необходимости проведения психокоррекционных мероприятий, направленных на снижение уровня тревожности. Наличие повышенного уровня раздражительности, враждебности, связанных с астенией, характерной для соматического состояния в первые дни после операции.

Таблица 1

Результаты симптоматического опросника SCL-90-R (в адаптации Н.В. Тарабриной)

| Шкала | М группы после баллонной ангиопластики со стентированием | М группы пациентов без перенесенных операций по профилю ССХ | Норма | p- level |
|------------------------------------|--|---|-------|-----------|
| Соматизация | 1,28 | 1,85 | 0,29 | 0,019683* |
| Навязчивости | 0,59 | 0,93 | 0,38 | 0,006779* |
| Сенситивность | 0,41 | 0,51 | 0,44 | 0,661324 |
| Депрессия | 0,62 | 0,69 | 0,25 | 0,714456 |
| Тревожность | 0,57 | 0,85 | 0,26 | 0,124536 |
| Враждебность | 0,21 | 0,38 | 0,33 | 0,046209* |
| Фобия | 0,25 | 0,32 | 0,12 | 0,304754 |
| Паранойальность | 0,25 | 0,38 | 0,37 | 0,218256 |
| Психотизм | 0,3 | 0,32 | 0,15 | 0,881811 |
| Общий индекс тяжести симптомов | 0,60 | 0,77 | 0,29 | 0,144919 |
| Число утвердительных ответов | 22,875 | 32,45455 | 21,61 | 0,005507* |
| Индекс тяжести наличного дистресса | 2,387083 | 2,156574 | 1,16 | 0,243545 |

Заключение. Таким образом, полученные результаты необходимо учесть при разработке психокоррекционной программы для больных, перенесших баллонную ангиопластику со стентированием. Такие пациенты нуждаются в психологическом сопровождении не только в послеоперационном периоде.

В случаях планового поступления необходимо начинать психологическую подготовку больного к оперативному вмешательству до его осуществления. Психологическая коррекция эмоционального состояния будет способствовать оптимизации реагирования на хирургическую операцию, профилактике появлений реактивной тревожности, навязчивых мыслей, сомнений, опасений, которые ухудшают течение восстановительного периода.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СКЛОННОСТИ К ЗАВИСИМОМУ ПОВЕДЕНИЮ У СТУДЕНТОВ КУБГМУ

Ложникова Л.Е., Стрижев В.А., Затолокина А.А., Наталенко Е.А.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Аддиктивное поведение (от англ. «Addiction» – склонность, пагубная привычка) – особый тип форм деструктивного поведения, которые выражаются в стремлении к уходу от реальности посредством специального изменения своего психического состояния.

Цель исследования: изучение комплекса биологических и социальных факторов риска развития склонности к аддиктивному поведению.

Материалы и методы исследования. Методом экспериментально-психологического исследования было проведено анонимное тестирование 160 студентов: 80 юношей и 80 девушек 5 курса ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России с помощью двух опросников: «Склонность к зависимому поведению» (Менделевич В.Д.) и специально разработанной анкеты-опросника для выявления биологических и социальных факторов риска.

Результаты исследования и их обсуждение. Определяя наличие склонности к зависимому поведению, можно отметить, что и юноши, и девушки имеют склонность к зависимому поведению, однако у девушек она определяется в 43,75% случаях, а у юношей – в 33,75% случаях. По уровням зависимости среди девушек получены следующие данные: признаки тенденции к наркозависимости выявлены в 34,2% случаев; признаки тенденции к алкогольной зависимости – в 51,4% случаев; признаки повышенной склонности по обеим зависимостям – в 11,5% случаев; признаки высокой вероятности алкогольной зависимости – в 2,9% случаев; признаки высокой вероятности наркозависимости ни у кого не были выявлены. Среди юношей: признаки тенденции к наркозависимости выявлены в 48,1% случаев; признаки тенденции к алкогольной зависимости в 44,4% случаев; признаки повышенной склонности по обеим зависимостям – в 3,7% случаев; признаки высокой вероятности алкогольной зависимости – в 3,7% случаев; признаки высокой вероятности наркозависимости – в 3,7% случаев.

Характеристика биологических и социальных факторов риска проводилась по анамнестическим сведениям, собранным по специально разработанной анкете-опроснику. Отмечены значимые различия в наличии биологических и социальных факторов риска у студентов, имеющих склонность к развитию аддиктивного поведения: имели место анте-, пери или постнатальная патология (в 67,4% случаях), частые заболевания, хронические заболевания отмечены в 42,8% случаях; алкоголизация родителей присутствует в 54,3% случаях, что говорит о наличии органического фона.

Студенты, имеющие признаки склонности к развитию аддиктивного поведения достоверно чаще воспитывались в неполных семьях – юноши в 27,5% случаев, девушки в 20,1% случаев, а также в семьях с низким материальным положением – юноши в 53,8% случаев, девушки – в 65% случаев, что свидетельствует о дисфункциональном характере семьи.

Вывод. Таким образом, проведенное исследование показало значимые различия в наличии биологических и социальных факторов риска развития склонности к аддиктивному поведению у респондентов – это наличие органического фона и дисфункциональность семьи.

ОСОБЕННОСТИ УЧЕБНОГО СТРЕССА УЧЕНИКОВ 9 И 11 КЛАССОВ МБОУ СОШ № 24 ГОРОДА КРАСНОДАРА

Ложникова Л.Е., Рубан К.В., Плотников А.С.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Стресс – это неотъемлемая часть повседневной жизни каждого школьника в предэкзаменационный период. Реакция на стресс, как и начало трудового дня, режим питания, двигательная активность, качество отдыха и сна, взаимоотношения с окружающими, являются составными частями образа жизни.

Цель исследования: определить особенности учебного стресса у учеников старших классов МБОУ СОШ № 24 города Краснодара в предэкзаменационный период.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 60 учеников 9 и 11 классов МБОУ СОШ № 24 Краснодара, в возрасте от 15 до 18 лет. В ходе исследования применялась экспериментально психологическая методика «Тест на учебный стресс» Ю.В. Щербатых.

Результаты исследования и их обсуждение: основными причинами возникновения стресса у школьников являются большая учебная нагрузка (33,3%) и страх перед будущим (26,7%). Меньше всего старшеклассников волнуют конфликты в коллективе (6,7%) (можно сделать вывод о том, что класс дружный). Средний показатель предэкзаменационного волнения в классе – 8,3. Школьники волнуются больше нормы, возможно, это связано с одной из популярных причин стресса «страх перед будущим». Уровень постоянного стресса за последние 3 месяца учебы значительно уменьшился у 16 учеников (26,7%); незначительно уменьшился у 20 (33,3%); не изменился у 4 (6,7%); незначительно возрос – у 8 (13,3%); значительно увеличился – у 12 (20,0%).

Проявление стресса отмечено в виде понижения работоспособности учеников (65,0%), в плохом сне (15,0%), в нехватке времени (20%). Биологические признаки проявления стресса: проблемы с желудочно-кишечным трактом (1,2%), головные боли (1,8%), учащенное сердцебиение (3,0%), боли в сердце (2,4%), затрудненное дыхание (0,6%) присутствуют всего в 9,0% случаев. Можно сделать вывод о хорошем показателе здоровья учеников МБОУ СОШ № 24 г. Краснодара. Основным способом снятия стресса является сон (используют 100% респондентов). Радует то, что алкоголь, сигареты и наркотики в качестве приема снятия стресса в коллективе не используются.

При проведении теста, определяющего уровень самооценки стрессоустойчивости, средний его показатель составил 16,6 из 40 возможных баллов, что соответствует удовлетворительной оценке показателя самооценки стрессоустойчивости старшеклассников, который означает адекватность восприятия своей стрессоустойчивости и уровень стрессоустойчивости школьников.

Вывод. Таким образом, в результате нашего исследования мы выяснили, что основными причинами появления стресса у старшеклассников являются большие учебные нагрузки, которые появляются из-за большого количества заданий по разным учебным дисциплинам. Все это приводит к спешке и постоянной нехватке времени. Чаще всего ученики СОШ № 24 Краснодара восстанавливают силы крепким сном и общением с друзьями и близкими людьми. От самих школьников зависит, каким будет их образ жизни – здоровым, активным или же нездоровым, пассивным, а, следовательно, как часто и продолжительно он будет находиться в стрессовом состоянии, поэтому на основании полученных данных мы предложили ученикам школы больше времени проводить на свежем воздухе, заботиться о своем здоровье и вести здоровый образ жизни.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ИХ ДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Мамай И.А.

Краевая психиатрическая больница № 1, Чита, Россия

В настоящее время изучение психического здоровья детского населения Забайкальского края является актуальной социальной проблемой. Это связано с тем, что в данной группе широко распространена и не стабильна по структуре и тяжести проявлений психическая патология, растет процент инвалидизации. В целях укрепления психического здоровья детей, для своевременной абилитации и реабилитации, важное значение имеет изучение динамических показателей деятельности психиатрической службы, и как ее единицы – деятельности психиатрического стационара.

Среди актуальных аспектов важно отметить, что, по официальным данным, общая болезненность детского населения Забайкальского края в 2014 году превысила показатели прошлых лет и составила 3076,6 на 100 тыс. (в 2013 – году 2978,9; в 2012 году – 2927,0; показатель по РФ – 2767,4). Болезненность непсихотическими расстройствами превысила показатель РФ и составила в 2014 году – 2483,6 (в 2013 году – 2361,9; в 2012 году – 2927; РФ – 1955,7). Болезненность умственной отсталостью снизилась с 589,5 в 2012 году до 535,0 в 2014 году, и не достигает общероссийского показателя – 721,3 на 100 тыс. населения. Показатель болезненности психотическими расстройствами за анализируемый период значительно вырос и составил в 2014 году – 53,9 (в 2013 году – 27,49; в 2012 году – 23,0), он ниже такового по РФ – 90,5. При этом показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС от 7,1 в 2012 году до 32,5 в 2014 году. Первичный выход на инвалидность в 2014 году составил 70,7, что кратно выше, по сравнению с 2012 годом – 49,6 (СФО – 54,8; РФ – 33,1).

Таким образом, с 2012 года по 2014 год в Забайкальском крае отмечается снижение доли умственной отсталости и увеличение расстройств непсихотического и психотического регистра, вследствие чего структура заболеваемости в целом приближается к таковой по РФ.

По данным показателей работы детского отделения ГКУЗ «КПБ № 1», за последние 3 года в нозологической структуре значительно возрос и превалирует процент органических расстройств (2012 – 35%, 2013 – 55%, 2014 – 64%). Данная тенденция прослеживалась по годам и ранее, но менее ярко. А именно, с 26% в 2006 году этот показатель постепенно возрастал (2007 год – 37,1%, 2008 год – 43%, 2009 год – 32%, 2010 год – 34,6%, 2011 год – 35%), но резко и значительно увеличился с 2013 года.

В структуре непсихотических расстройств равноценно увеличились состояния как с дефектными, так и с пограничными интеллектуальными формами. Процент умственной отсталости снижается (в 2012 году – 34%, в 2013 году – 20%, в 2014 году – 17%). Доля задержек психического развития не высока в течение ряда лет (2011 год – 4%, 2012 год – 5%, 2013 год – 1,7%, 2014 год – 2%), что обусловлено обследованием данной группы пациентов в детском медико-психолого-педагогическом отделении. Расстройства аутистического спектра выявились только в 3 случаях, и в течение последних отчетных периодов не высоки, в связи верификацией диагноза в более раннем возрасте и с низкой обращаемостью пациентов на лечение только для коррекции выраженных нарушений поведения, психотических расстройств. Диагноз психического здоровья ставится редко и составляет 0,4-1% случаев (как правило, пациентам, направляемым для уточнения и снятия диагноза). Психотическая патология, в большей степени шизофренического спектра, выявляется реже, в 2-7% случаев, но не ниже показателей РФ (3%).

По нашим наблюдениям, обращает на себя внимание регистрация более грубой поведенческой патологии и выраженных эмоционально-волевых нарушений у детей до 8 лет. В связи с этим в отделении за последний год прошли курс лечения 37 детей данного возраста. Эта категория заметно увеличилась с 4,6% в 2013 году до 13% в 2014 году. Кроме того, важным критерием тяжести патологии является возрастающее количество пациентов, направленных из отделения в бюро МСЭ для решения экспертных вопросов и признанных по результатам комиссии инвалидами по психическому заболеванию. Так, в 2014 году представлено на врачебную комиссию для направления в БМСЭ 54 ребенка, что составляет 18% от всех выписанных из стационара детей. Данный показатель близок к данным прошлого 2013 года – 17,3%, незначительно выше показателя 2012 года – 15%.

Вывод. Выявленная структура нозологии психических заболеваний и ее степени свидетельствует о том, что необходимы дальнейшие активные меры охраны психического здоровья детей Забайкальского края в разных сферах, не только в медицинской и педагогической, но и, что очень важно, социально-экономической.

СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕВУШЕК, ВОСПИТАННЫХ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Меринов А.В., Бычкова Т.А.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия*

Количество неполных семей в России за последние годы возросло почти до 40%. В плане суицидологической практики данный факт является весьмастораживающим. Семейный фактор может относиться к значимым антисуицидальным факторам только если мы говорим о здоровой и гармоничной семейной атмосфере. В противном случае, семейный институт может полноценно не выполнять своих функций и даже выступать в роли главного просуицидального катализатора. Нас заинтересовал следующий вопрос: как влияет на суицидологические и личностно-психологические характеристики факт воспитания ребенка в неполной семье.

Материал и методы. Для решения поставленных задач были обследованы 40 девушек (студенток ВУЗа), воспитанных одним родителем (матерью). В качестве контрольной группы использованы студентки, воспитанные, соответственно, в полных семьях - в количестве 153 человек. Обе группы были сопоставимы по возрастным и основным социально-демографическим показателям.

В качестве диагностического инструмента использовался опросник, направленный на выявление суицидальных и несуйцидальных феноменов аутоагрессии в прошлом и настоящем, а также «Шкала родительских предписаний».

Результаты. После статистического анализа полученных данных было выявлено, что между изученными группами имеется значительное количество отличий. Суицидальные мысли чаще обнаруживались у студенток, выросших в семьях с обоими родителями, что, на первый взгляд, противоречит общепринятому мнению, что полная семья - безусловное благо. Суицидальные мысли в этой группе девушек наиболее часто возникали на фоне причин реактивного характера. В группе девушек, воспитанных в семьях с одним родителем, суицидальные мысли чаще возникали на фоне чувства безнадежности, нередко сопровождалась обдумыванием способа реализации суицида и его последствий.

Также было отмечено, что группы по количеству суицидальных попыток в анамнезе не имеют отличий. С другой стороны, обращает на себя внимание явное преобладание несуйцидальных аутоагрессивных паттернов в экспериментальной группе, что почти всегда демонстрирует интенсивность «непрямого» пути реализации антивитаальных импульсов. Респондентки данной группы в основном характеризуются рискованно-виктимными паттернами поведения: склонностью к опасным хобби, неоправданному риску, большому количеству ожогов и обморожений. В отношении предикторов аутоагрессивного поведения мы не увидели «однозначной» картины. Наиболее «легкие» из них, преимущественно гендерно-эмоционального характера (угрызения совести и переживания стыда), чаще обнаруживаются у девушек из полных семей. Однако предикторы аутоагрессивного поведения, характеризующие девушек из неполных семей, являются одними из самых прогностически неблагоприятных в суицидологической практике.

Заключение. Таким образом, девушки, воспитанные одним родителем, являются группой с более высоким аутоагрессивным потенциалом. Эта группа характеризуется целым рядом важнейших предикторов аутодеструкции. Можно констатировать, что факт воспитания в неполной семье в ряде ситуаций можно рассматривать как прогностически просуйцидальный. Отдельно отметим значительное количество суицидальных идеаций в относительно благополучной группе девушек из полных семей, является весьма настораживающим фактором, требующим пристального внимания.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЗРОСЛЫХ ДЕТЕЙ АЛКОГОЛИКОВ

Меринов А.В., Лукашук А.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия*

Как за рубежом, так и в нашей стране взрослые дети алкоголиков (ВДА) изучаются многими исследователями (Москаленко В.Д., 2006; Jordan S., 2010; Hall C.W., Webster R.E., 2002). Все эти исследователи приходят к мысли, что воспитание в семьях с родителями, которые страдают от алкогольной зависимости, накладывает отпечаток на всю жизнь ребенка. Актуальность проблемы, в первую очередь, складывается из значительной распространенности ее во всем мире. В нашей работе были исследованы экспериментально-психологические и суицидологические особенности девушек и юношей, у которых, как минимум, один из родителей которых страдал алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Нами были обследованы «взрослые дети алкоголиков»: 90 незамужних девушек (20,5±1,5 года) и 100 неженатых юношей (20,7±2,2 года). В состав контрольной группы вошли 200 девушек (20,6±1,1 года) и 180 юношей (21,2±1,7 года), не имеющих родителя, страдающего алкогольной зависимостью. Все респонденты были набраны при обследовании студентов старших курсов медицинского вуза в течение пяти лет. В качестве ведущего диагностического инструмента мы использовали опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем (Шустов Д.И., Меринов А.В., 2010).

Для оценки личностно-психологических показателей в группах использована батарея тестов содержащая: тест преобладающих механизмов психологических защит

(LSI), опросник диагностики переживания гнева (STAXI), тест Mini-Mult. Статистический анализ и обработку данных проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона).

Результаты исследования и их обсуждения. В группе юношей и девушек из группы ВДА достоверно чаще встречаются суицидальные мысли и суицидальные попытки. Как юношей, так и девушек из исследуемых семей характеризует достоверно большее количество обнаруживаемых у них предикторов суицидального поведения, таких как: чувство одиночества, безысходность, отсутствие смысла жизни, длительное чувство угрызения совести. В изучаемых группах достоверно чаще выявляются и несуйцидальные паттерны аутоагрессивного поведения (нанесение себе самоповреждений, эпизоды приёма психоактивных веществ, склонность к рискованному поведению, опасные хобби). В группе юношей из группы ВДА отмечаются значимые показатели шкалы Pt по данным теста Mini-Mult, говорящие о преобладании в группе психастенических черт характера (тревожность, нерешительность, частые сомнения), что совпадает с характеристиками «взрослых детей алкоголиков», приводимых в литературе.

Значение коэффициента, отражающего направленность гнева и агрессии «на себя» (AX/IN), у юношей и девушек, воспитанных в семьях, где родитель страдал от алкоголизма, достоверно превышает подобные показатели у лиц контрольной группы, что коррелирует с их высокими показателями суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии. В группе юношей обращает на себя внимание частота использования такого защитно-психологического механизма, как замещение, суть которого заключается в разрядке подавленных эмоций, направленных на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувства (часто, на самого себя). У девушек наиболее часто используется регрессия, подразумевающая использование наиболее простых и привычных поведенческих стереотипов, существенно обедняющих арсенал решения конфликтных ситуаций.

Полученные данные позволяют рассматривать взрослых юношей и девушек, воспитанных в семьях больных алкогольной зависимостью, как группу повышенного суицидального риска. Факт наличия алкогольной зависимости у родителя, следует отнести к предикторам суицидальной активности для его детей.

Заключение и выводы. Полученные нами данные говорят о необходимости создания психотерапевтических программ и сообществ для взрослых детей алкоголиков. Со стороны специалистов необходимо понимание «проблемности» контингента ВДА, которая заключается не только в приобретении деструктивных паттернов поведения, но и в развитии высокого уровня суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии.

ФИЗИОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Митин М.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Лечение и реабилитация наркологических больных, особенно с сопутствующими соматическими заболеваниями и социальной дезадаптацией – это сложная медико-социальная проблема, направленная на восстановление физического и психосоциального статуса больных, их способности полноценного функционирования в обществе.

Одной из приоритетных задач в повышении эффективности комплексного лечебно-реабилитационного процесса наркологических больных является поиск новых средств, повышающих эффективность реабилитации, способствующих улучшению их сомато-психического состояния, усилению биологической сопротивляемости и купированию аффективных нарушений.

Решению этих задач максимально соответствуют возможности физиотерапии – область медицины изучающей действие на организм природных и искусственных физических факторов. Среди преимуществ физиотерапии можно отметить следующие: сокращение сроков лечения, отсутствие аллергии, потенцирование действия лекарственных веществ, отсутствие лекарственных зависимостей и побочных воздействий на другие органы и ткани, более длительный период ремиссии хронических заболеваний.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «Наркология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 года № 929н отделение медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» оснащено физиотерапевтическим оборудованием в полном объеме.

В отделении ведет прием врач физиотерапевт, который входит в состав полипрофессиональной бригады. Пациенты, находящиеся в отделении, получают физиотерапевтическое лечение как по основному заболеванию, так и по поводу сопутствующей патологии. Решение о применении физиотерапии принимает заведующий отделением, либо врачи консультанты, после чего пациентов осматривает врач физиотерапевт, назначающий оптимальные физические факторы, их дозировку, количество процедур в зависимости от состояния больного, наличия или отсутствия противопоказаний.

Среди физиотерапевтических методов, используемых в отделении можно отметить такие как гальванизация и электрофорез лекарственных веществ, дидинамотерапия с амплипульстерапией, транскраниальная электростимуляция и динамическая электронейростимуляция, дарсонвализация, УВЧ и магнитотерапия, лазеротерапия, ультразвуковая терапия, структурно-резонансная терапия. Использование данных методов позволяет получить антиабстинентный, сосудорасширяющий, секреторный, седативный, стресс-протективный, миорелаксирующий, гипоальгезивный, дегидратирующий и иммуномодулирующий эффекты.

Для достижения детоксицирующего, иммуномодулирующего, релаксирующего и липолитического эффекта в отделении используется «Альфа Окси Спа» капсула. Сочетанное воздействие на пациента механо-, термо- и фотолечебных и ароматерапевтических факторов, дополненных релаксирующими музыкальными композициями и подачей высоких концентраций кислорода активирует сенсорные притоки информации о действии разномодальных стимулов, приводит к активации различных участков центральной нервной системы. Полисенсорное воздействие улучшает настроение пациентов, снижает внутреннюю напряженность, значимо увеличивает прирост толерантности к физической нагрузке и стабилизирует вегетативный статус. Альфа-массаж, дополненный оксигипертермическими процедурами, обладает также энзимстимулирующим эффектом.

Физиотерапевтическое лечение прекрасно дополняет основные методы лечения, используемые в отделении, усиливая и продлевая их эффект. Практика показывает хорошую переносимость физических факторов пациентами. Одним из немаловажных достоинств физических методов лечения является их доступность и сравнительная дешевизна.

Терапевтический эффект физиотерапии не только сохраняется в течение довольно значительного промежутка времени, но даже нередко нарастает после окончания курса

лечения. Поэтому отдаленные результаты после физиотерапии зачастую лучше непосредственных.

Физиотерапия эффективна на всех периодах и этапах лечебно-реабилитационного процесса. В частности, на этапе детоксикации в абстинентном периоде применение физиотерапии позволяет:

- сократить длительность реабилитации абстинентного синдрома;
- более эффективно нормализовать состояние вегетативных функций, биохимический антиоксидантный «профиль», психомоторную сферу пациентов;
- снизить (устранить) дисфорические поведенческие расстройства и отклонения в эмоциональной сфере;
- в некоторой степени дезактуализировать болезненное влечение к алкоголю и наркотикам;
- улучшить переносимость больными нейролептиков и антидепрессантов.

Таким образом, использование физических факторов значительно расширяет арсенал классических методов и средств, применяющихся в комплексной медико-социальной реабилитации пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.

ПСИХОЛОГИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Молоткова Н.Ю.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Ребенок с особыми потребностями привносит определенную атмосферу в семью: нарушается психологический климат, а порой и разрушаются браки. Признание у ребёнка дефектов развития почти всегда вызывает у родителей тяжёлое стрессовое состояние (Тимофеева Т.Л. 2012). Психологи Р.Ф. Майрамян, О.К. Агавелян выделяют 4 фазы психологического состояния родителей:

Первая фаза – «шок», характеризуется состоянием растерянности, беспомощности, страха, возникновением чувства неполноценности.

Вторая фаза – «неадекватное отношение к дефекту», характеризующееся негативизмом и отрицанием поставленного диагноза, что является своеобразной защитной реакцией.

Третья фаза – «частичное осознание дефекта ребёнка», сопровождаемое чувством «хронической печали». Это депрессивное состояние, являющееся результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребёнка.

Четвёртая фаза – начало социально-психологической адаптации всех членов семьи, вызванной принятием дефекта, установлением адекватных отношений с педагогами, специалистами и достаточно разумным следованием их рекомендациям.

Каждая из вышеперечисленных фаз характеризуется определенной внутренней работой родителей над собой и возникающими проблемами. При этом, согласно исследованию, проводившемуся на базе одного из Североморских ДОУ (Силушина Д.В., 2009) формируется ряд основных проблем, возникающих в семьях с детьми с ОВЗ, в частности, с детьми с умственной отсталостью:

1. Умышленное ограничение в общении: родители детей с умственной отсталостью ограничивают круг общения (как свой, так и ребёнка), избегают новых знакомств. Таким

образом, социальная среда ребёнка с интеллектуальной недостаточностью ограничивается семейным кругом.

2. Гиперопека: часто является единственным способом самореализации для родителей ребёнка с умственной отсталостью. Вследствие этого, дети часто начинают использовать свою ущербность, становятся ревнивы, требуют повышенного внимания.

3. Родители испытывают чувство неполноценности, смотрят на проблему, как на свой «крест».

4. Отсутствие знаний и навыков, необходимых для воспитания ребёнка не позволяют родителям создавать оптимальные (иногда и специальные) условия для ребёнка дома.

Как правило, родителям приходится сталкиваться с настороженным отношением со стороны окружающих, собственной растерянностью перед обстоятельствами и противоречивыми чувствами по отношению к себе. Решение данных вопросов на сегодняшний день является одним из приоритетных направлений в системе медико-психолого-педагогической работы с родителями детей с умственной недостаточностью. Но, несмотря на активную разработку и внедрение программ реабилитации и психологической поддержки таких семей, вопрос остается не до конца решенным.

Цель нашего исследования – выявление непосредственно потребностей членов семей с детьми с умственной отсталостью.

Материалы и методы исследования. Для изучения потребностей родителей детей с ОВЗ, в частности с умственной отсталостью в городе Томске, было проведено исследование в специальной (коррекционной) общеобразовательной школе VIII вида, г. Томска. В школе обучаются 120 детей, от 6,5 до 18 лет. Из 120 детей обучающихся в школе полные семьи у 88 детей, семьи с одним родителем у 26, проживают с опекунами 6 детей. В работе с родителями использовались: анкетирование, вопросы были составлены в соответствии с целью данного исследования, а также индивидуальная консультация.

Результаты. Обследовано 30 матерей, возраст детей варьировался от 9 до 14 лет. У всех детей диагностирована умственная отсталость легкой и средней степени, в соответствии с МКБ 10.

Установлено, что 70% родительниц заинтересованы в решении вопроса отношения других людей к их ребенку и семье в целом, 50% обеспокоены психоэмоциональным состоянием самого ребенка. На долю 40% пришлась заинтересованность взаимоотношениями между детьми внутри семьи и с другими детьми. Лишь по 20% пришлось на заинтересованность в решении вопроса о психологическом состоянии других членов семьи (взрослых), и соответственно лишь 20% матерей готовы обратить внимание на свое психическое состояние, при этом 10% из них не готовы обсуждать свои проблемы в группе, а только на индивидуальной консультации. Так же интересным оказалось, что лишь 10% опрошенных пожелали внести в ряд предложенных вопросов проблему отношения детей к родителям.

Выводы. Таким образом, изменение (улучшение) качества жизни семей с детьми с умственной отсталостью, должно рассматриваться как вопрос, требующий разностороннего подхода. Недостаточно заниматься только психоэмоциональным состоянием членов семьи с особенным ребенком, когда общество становится основным фрустрирующим элементом, от которого родителям приходится отстраняться, формируя стойкие защитные механизмы.

Так, к примеру, по данным А.С. Дорониной и С.М. Машевской (2012), в работе «Формирование толерантного отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья в социуме» указаны следующие показатели: лишь 10% от населения нормально воспринимают людей с ОВЗ, а все остальные испытывают либо сострадание, либо вообще негативное чувство, 88% являются сторонниками проживания детей-инвалидов в интернатном учреждении, 68% респондентов считают, что дети-инвалиды не должны

сидеть за партой с инвалидом, так как им необходимо обучение в специальных учреждениях, и только 32% считают, что могут, так как это такие же дети, как и все. Толерантность должна стать сегодня сильнейшим регулятором жизни людей, которое направляет государственное устройство, социальные структуры и индивидуальные стратегии поведения и существования по пути гуманизации и социально-культурного равновесия (Радаева Д.П., Данилова М.В., 2012).

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Моор Л.В., Рахмазова Л.Д.

*Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова, Омск, Россия,
Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия*

Социальная обусловленность психических расстройств непсихотического характера в существенной мере объясняет повсеместный рост данной группы заболеваний. В тоже время, на разных административных территориях показатели зарегистрированной болезненности населения варьируют в широком диапазоне, отличаются темпами прироста и нозологической структурой непсихотических психических расстройств. Увеличение доли лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в структуре психических состояний, склонность к усложнению как облигатных, так и факультативных синдромов, затяжному, рецидивирующему течению требуют разработки новых стратегий оказания специализированной помощи данной когорте больных. Без учета региональных особенностей распространенности и клинико-динамических характеристик данной патологии решение поставленной задачи невозможно.

С целью оценки распространенности расстройств невротического спектра была изучена динамика распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F 4 по МКБ-10) в Омской области за последние 5 лет. Анализу подверглись данные отдела статистики БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» за 2010-2014 гг., на пациентов в возрасте от 18 до 65 лет. Установлено, что за пятилетний период увеличилось количество лиц, обратившихся в амбулаторную службу региона на 12,7%. Так, если в 2010 году данный показатель составил 1893 человека то в 2014 году – 2168 (9,54 и 10,99 на 10 тысяч населения, соответственно). Преимущественно рост данных показателей произошел за счет увеличения доли «Других тревожных расстройств» и «Соматоформных расстройств», в то время как по расстройствам, относящимся к «Реакциям на тяжелый стресс и нарушениям адаптации» и «Другим неуточненным расстройствам» наблюдается незначительное снижение. Количество пациентов с «Фобическими тревожными расстройствами», «Обсессивно-компульсивным расстройством» относительно стабильно.

Относительно стабильной на протяжении изучаемого периода остается нозологическая структура патологии. Больше половины случаев относится к рубрике «Другие тревожные расстройства» (от 54,4% до 60% в 2010 и 2014 годах), которые включают паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство. Далее следуют «Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (от 26,4% до 21,8% в 2010 и 2014 годах). Меньше всего

больных приходится на долю «Диссоциативных расстройств» (по 0,8% в 2010 и 2014 годах).

На долю лиц, получивших стационарную помощь из всех обратившихся за специализированной помощью, приходится от 12,9% в 2013 году до 15,0% в 2011 году. В группах, прошедших стационарное лечение, наблюдается значительное преобладание женщин над мужчинами в соотношении 3 к 1, что может быть обусловлено гендерными особенностями совладания со сложными жизненными ситуациями. Имеющиеся литературные данные, свидетельствующие о более высокой распространенности психических расстройств в городской популяции, по сравнению с сельской, нашли подтверждение и в нашем исследовании. Среди всех больных с невротическими расстройствами, обратившихся за амбулаторной помощью, и в стационарной группе городских жителей в два раза больше чем сельских. В числе причин, кроме этиопатогенетических, значимым может являться и большая доступность специализированной помощи в городе.

Анализ пятилетней динамики показателей нозологической структуры в стационарной выборке не выявил принципиальных отличий от данных по амбулаторной группе – преобладание и рост «Других тревожных расстройств» и «Реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Следует отметить рост числа больных как впервые госпитализированных, так и повторно.

Таким образом, анализ пятилетней динамики показателей обращаемости лиц с невротическими расстройствами в специализированные учреждения Омской области свидетельствует об их росте, преобладании женщин и жителей города. Наибольший удельный вес, как в амбулаторной, так и в стационарной группах исследования приходится на тревожные расстройства. Рост показателей повторно поступивших на стационарное лечение является свидетельством склонности к затяжному течению заболевания и необходимости оптимизации лечебно-реабилитационных программ.

ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЕ ТРЕНИНГИ КАК МОДЕЛЬ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО-ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Москвитин П.П.

*Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены Роспотребнадзора,
Новосибирск, Россия*

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Проблемы, связанные с созданием благоприятной среды обитания для жизни детей, сохраняют свою актуальность и далеки от окончательного решения. Исследование проведено в рамках договора о научно-практическом сотрудничестве между Новосибирским НИИ гигиены и Центром психолого-медико-социального сопровождения Куйбышевского района г. Новокузнецка. По информации прокуратуры Куйбышевского района г. Новокузнецка, в последние годы не снижается количество выявленных нарушений прав детей. Так, в 2011 году 11 детей стали жертвами преступлений, а в 2012 году их стало уже 17 человек. Низкими темпами сокращается число детей-инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Остро стоят проблемы подросткового алкоголизма, наркомании, токсикомании: почти четверть преступлений совершается несовершеннолетними в состоянии опьянения. Уровень

преступности несовершеннолетних, совершивших преступления в состоянии опьянения, по Куйбышевскому району возрос: в 2011 году такие преступления совершили 6 человек, в 2012 году совершили 18 человек. Кроме того, в районе зарегистрирован рост интернет-зависимости детей, выявленной на заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района, в 2011 году выявлено таких случаев – 12, в 2012 году – 17. Высокий риск бедности при рождении детей, особенно в многодетных и неполных семьях; обуславливают распространенность семейного неблагополучия, жестокого обращения с детьми и насилия в отношении детей; распространенность практики лишения родительских прав и социального сиротства.

Методы и результаты. В 2012 году в Центре ПМСС «Надежда» создана новая форма работы с неблагополучными семьями и детьми, находящимися в социально опасном положении – клуб «Позитивная семья» Методической основой тренингов в клубе «Позитивная семья» стал «метод профилактической психодрамы» (Москвитин П.Н., 2002-2014). Занятия клуба «Позитивная семья» ведут: ответственный секретарь комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района Бобкова О.А. и Райская О.Е., педагог-психолог ЦПМСС «Надежда». Это позволяет создать логичную систему практического взаимодействия в работе клуба «Позитивная семья» на основе межведомственного взаимодействия Центра психолого-медико-социального сопровождения «Надежда» с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района, а также с Отделом образования Куйбышевского района, управлением социальной защиты населения, отделом опеки, здравоохранением и отделом по делам несовершеннолетних УВД.

Цель работы клуба состоит в восстановлении и развитии психосоциального статуса несовершеннолетних и их родителей, состоящих на профилактическом учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации Куйбышевского района. Формы работы клуба «Позитивная семья» включают: тестирование, тренинги по методу «профилактической психодрамы», индивидуальные консультации. Тренинги в Клубе «Позитивная семья» развивают когнитивно-поведенческое направление первичной профилактики и направлены на сохранение и развитие психического здоровья школьников, формирование духовных ценностей и развитие морально зрелой личности несовершеннолетних.

«Профилактическая психодрама» – это новый психогигиенический групповой метод психопрофилактики, основанный на методических приемах групповой психопрофилактической дискуссии, драматизации, партнерства и тренинге навыков позитивного мышления в разрешении интерперсональных и внутриличностных конфликтов. Метод направлен на развитие психологической культуры, навыков сотрудничества и коллективного принятия решений, включает элементы ролевой игры и предполагает моделирование проблемных коммуникативных ситуаций, а также поиск позитивных вариантов их благополучного разрешения. Специальным методическим инструментом является использование микродрамы как особого вида коммуникативного тренинга, в котором присутствует специальный структурированный прием – «Позитивное совещание», представляющая особый вид психопрофилактической дискуссии в сочетании с элементами когнитивной и экзистенциально-гуманистической групповой психотерапии.

Отличием метода «профилактической позитивной психодрамы» от классической драмы Я. Морено, помимо формата микродрамы, является также наличие специального приема «Стоп-действие», позволяющего провести групповое обсуждение во время специально созданной паузы. Такое обсуждение позволяет перенести основной акцент работы не на отдельного человека (в классической психодраме это протагонист), а на всю тренинговую группу, что позволяет всем участникам в групповом обсуждении найти оптимальные модели нового поведения. Процедура процессинга в «профилактической психодраме» идет непосредственно за завершением второй части микродрамы, когда

апогей конфликта преодолен, найдены позитивные модели поведения. Обсуждение полученного в группе результата обогащается включением специального приема визуализации – «Скрижаль мудрости». Опыт показывает, что не обязательно жестко структурировать последовательность группового процесса, возможна более гибкая подстройка под актуальные запросы и особенности групповой динамики тренинга, в которой какая-то часть может преобладать.

Метод «профилактической психодрамы» позволяет не только создавать условия для развития каждого индивида в группе и взаимосвязанных с ним внутри- и межличностных процессах, тренинг помогает поставить группу в центр внимания процесса психопрофилактики и позаботиться о создании комфортной системы межличностных отношений в группе. Данный метод позволяет рассматривать группу не только с психодинамических позиций, как арену, где воспроизводятся сцены актуальных конфликтов, происходящие в семье, ее подсистемах и окружении, но также с позиции социодинамики – как проекцию социальной реальности, позволяющей участникам развивать компетентность и успешность.

Стандартный проект «профилактической психодрамы» с детьми и подростками рассчитан на период учебного года и предназначен для внеурочной деятельности в средних образовательных учреждениях, в училищах и школах, для классов всех звеньев и уровней с 5 по 11 классы. Наш опыт реализации программы в ряде школ (Россия, Кемеровская область) показывает, что подростковый возраст является чрезвычайно важным для эффективной профилактики широкого спектра девиаций у молодых людей, таких как наркомании, алкоголизм, ВИЧ-инфицирование, а также сопряженных пограничных нервно-психических расстройств.

В основу «профилактической психодрамы» заложены техники инсценирования, импровизации и драматизации. Понятие «драма» нами рассматривается как процесс технологической организации ролевого общения, в котором главным выразительным средством является система монологов и диалогов. Техника драматизации предполагает разработку сценария ролевых действий, когда выстраивается ролевая структурно – логическая программа, организующая систему социальных контактов участников. Сценарий микродрамы содержит общедраматические структурные компоненты: завязка действия, развитие, появление конфликта из внутренних психологических характеристик героев или внесенного внешними драматическими обстоятельствами, апогей конфликта, когда дальнейшее развитие может привести к необратимым последствиям. Прием «Стоп-действие» останавливает дальнейшее развитие конфликта, в этот момент в группе проводится шеринг, когда активно поощряется поиск позитивного разрешения конфликта и завершение действия.

В предлагаемой технике микротеатрализации раскрывается возможность изменения ролевого поведения личности. Целая система приемов и способов тренирует у участников группы новые поведенческие стратегии, опирающиеся на усвоение навыка позитивного мышления. Постановка тренинга «профилактической психодрамы» – это синтетический, коллективный вид искусства психопрофилактической коммуникации, основанной на жизненном опыте каждого отдельно взятого индивида группы и в целом всех участников драмы.

«Профилактическая психодрама» – это также новый когнитивный способ развития позитивной познавательной активности, мотивации и интереса, импровизации бытия с позитивным решением проблемы. Данный метод интегрирует и опирается на знания гуманистической, экзистенциальной и духовной психологии, позитивной и поведенческой психотерапии, а также психологии искусства и сценического мастерства, представляя собой систему философских, психологических, социальных и культурно – нравственных воззрений на природу и сущность человека, психологические механизмы развития личности в норме, пути коррекции и профилактики.

Результативность работы клуба «Позитивная семья» статистически достоверно отмечается в повышении уровня сотрудничества во взаимодействии между родителями и их детьми (от 15,3% до 52,3% после тренингов), а также повышении уровня эмоциональной устойчивости (от 19,4% до 69,4% после тренингов), а значит снижении уровня конфликтности, развитии взаимопонимания и внутрисемейной поддержки. Темы занятий составлены согласно просьбам родителей, а также ситуациям, рассматриваемым на заседании комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Куйбышевского района. Занятия проводятся один раз в неделю в течение года.

Выводы. Психогигиеническая форма работы клуба «Позитивная семья» формирует духовные ценности семьи, развивает коммуникативные способности в общении между детьми и их родителями, а также создает социально-ориентированные навыки, что способствует восстановлению психосоциального статуса несовершеннолетних и родителей, состоящих на профилактическом учете в Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации района. Профилактическая работа сочетает элементы правового принуждения и психогигиенические задачи сохранения и развития психического здоровья, формирует духовные ценности и развитие морально-личностной зрелости школьников в соприкосновении с двумя важнейшими социализирующими сферами – семьей и микросоциальным окружением. Межведомственная программа профилактики аддикции и развития коммуникативной компетентности современной семьи может быть рекомендована как новый перспективный опыт профилактики социальной безнадзорности и правонарушений у несовершеннолетних для образовательных организаций, специалистов органов опеки и попечительства, сотрудников полиции и других заинтересованных лиц.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОТДЕЛЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Нечаева Т.О., Толстов Д.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема химических зависимостей в настоящее время приобретает все большую значимость и актуальность. В связи с этим, подходы к лечению и сами методы разнятся по своей эффективности, продолжительности и результативности. В отделении медико-социальной реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» Забайкальского края ведётся работа с использованием программы 12 шаговой ориентации зависимых людей, сочетающей в себе медицинские и социальные аспекты воздействия на болезнь. Лечебный процесс строится на системности оказания комплексной помощи больным алкоголизмом и наркоманией. Все этапы реабилитации проходят в специально созданной для личностного восстановления среде, основанной на системе ответственности, психологической поддержки, контроля, поощрения и порицания.

Бригадный метод оказания помощи зависимым, используемый в отделении, предусматривает работу врача-нарколога, психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, труднinstrуктора, консультантов из общества анонимных алкоголиков и наркоманов, служителей церкви. Совместная деятельность специалистов направлена на коррекцию мировоззрения пациентов, стереотипов их зависимого поведения и мышления, патологического влечения к ПАВ, а также на мотивацию поддержания трезвого образа

жизни. Поскольку в настоящее время многие методы направлены лишь на одно из звеньев патогенеза заболевания, что в свою очередь и влияет на конечный результат и исход, усилия специалистов отделения, включенных в бригаду, направлены на комплексное воздействие на зависимость, начиная с биологического уровня и постепенно переходя к духовной составляющей аддикции. Находясь на лечении, пациенты с первых дней могут видеть результаты своего будущего лечения, что в конечном итоге благоприятно влияет на внутреннюю картину болезни, с осознанием и признанием наличия заболевания, что является краеугольным камнем для начала лечения.

Психотерапевтическое воздействие в отделении медико-социальной реабилитации реализуется в трех направлениях – динамическое, экзистенциально-гуманистическое (гештальт, трансперсональная терапия) и поведенческое (когнитивная, поведенческая, суггестивная терапия) в индивидуальной и групповой форме. Психологические тренинги включают в себя психокоррекцию в рамках рационально-эмотивного и когнитивно-поведенческого направлений (группа анализа чувств, целевая группа поведенческих задач). Вместе с тем, когнитивные психотерапевтические методы вначале реабилитации дают минимальный эффект, поскольку чаще всего у пациентов причиной заболевания является психотравма на довербальном или начальном вербальном уровне, что обуславливает дальнейшую динамику развития аддикции. Лишь прорабатывая ранний психотравматический опыт можно добиться более существенной результативности, с постепенным переходом на когнитивные и поведенческие методы работы. Комплексный подход терапии, воздействуя на биологический и духовный уровень болезни, даёт наиболее долгосрочный и экономически выгодный результат по сравнению с одиночными методами лечения. Сочетание программы «12 шагов» и психотерапии в проработке основных проявлений зависимости, ее этапов становления, отношения к болезни и формирования мотивации на трезвость даёт наиболее устойчивый результат, и, соответственно, улучшает качество жизни пациентов, продлевает ремиссию заболевания, что отражается на показателях работы отделения.

В соответствии с приказом Минздрава России от 05.06.2014 № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года» установлены единые индикаторы (показатели) модернизации наркологической службы, отражающие единую динамику изменений медицинской эффективности проводимых мероприятий и доступности медицинской помощи в стране. В частности, для оценки медицинской реабилитации установлен индикатор «Число больных, успешно завершивших программы медицинской реабилитации в стационарных условиях, от числа в них включенных», который в 2014 году составлял 79,8%. Кроме того, для оценки длительности ремиссии установлен индикатор «Число больных наркоманией (алкоголизмом), находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет», который в 2014 году составлял 8,6 для больных наркоманией и 11,5 – для больных алкоголизмом.

Так, за два года работы отделения (2013-2014 гг.) из 177 пациентов, включенных в программу, успешно закончили реабилитацию 143 человека или 81%. При этом у 68 пациентов из числа успешно закончивших реабилитацию, что составляет 47%, была сформирована ремиссия. Трезвость от 1 года до 2 лет продолжают сохранять 15 реабилитантов (22%), ремиссия от 6 до 12 месяцев отмечена у 21 пациента (31%), 32 реабилитанта или 47% находились в ремиссии до 6 месяцев после выписки из стационара.

Таким образом, особенностью психотерапевтической работы в отделении является внедренная полипрофессиональная программа медико-социальной реабилитации зависимых пациентов, включающая в себя сочетание программы «12 шагов» и комплексной психотерапии, которая является эффективной и позволяет достигать установленные индикаторы (показатели) реабилитации. Реализация программы помогает пациенту не только осмыслить и принять аспекты болезни, ведущие к формированию ремиссии, но и достичь нового уровня социального функционирования в обществе.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ БУЗОО «НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Никонов Д.А., Дорошенко Д.С.
Наркологический диспансер, Омск, Россия

18 апреля 2011 года в городе Иркутске Президентом РФ по результатам заседания президиума Госсовета РФ было дано указание о создании в России современной системы медицинской реабилитации наркозависимых лиц, с разработкой национальных стандартов предоставления этих услуг. На настоящий момент в качестве основных приоритетов развития системы реабилитации выдвигается разработка и внедрение инновационных методик медицинской реабилитации наркозависимых, организация с привлечением негосударственных реабилитационных центров национальной системы реабилитации и ресоциализации больных наркоманией.

Государственное направление медицинской реабилитации лиц страдающих зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) в Омской области представлено бюджетным учреждением здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер» (БУЗОО «НД»), а именно стационарным отделением медико-социальной реабилитации, амбулаторно-поликлинической службой для обслуживания детского и взрослого населения и амбулаторным реабилитационным отделением для несовершеннолетних. На базе стационарного отделения под руководством главного врача БУЗОО «НД» с 2013 года внедряется обновленная модель медицинской реабилитации больных наркологического профиля. Данная модель медицинской реабилитации ставит перед собой ряд приоритетных задач:

- увеличение числа пациентов включенных в модель комплексной медицинской реабилитации;
- снижение количества отказов от прохождения процесса реабилитации из числа пациентов включенных в данный процесс;
- увеличение количества пациентов вышедших в «стойкую» ремиссию из числа участвовавших в модели медицинской реабилитации;
- увеличение количества социально-адаптированных пациентов из общего числа пациентов прошедших программу реабилитации;
- создание школы «волонтеров» на базе отделения медицинской реабилитации БУЗОО «НД».

Реализация данных задач осуществляется за счет работы в стационарном отделении медико-социальной реабилитации целого ряда специалистов различного профиля. С момента поступления в стационар в лечении пациента принимает участие врач-нарколог, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, инструктор-методист по лечебной физкультуре и трудотерапии.

С первого дня обращения за помощью происходит активное включение больного в психотерапевтический процесс. В работе с пациентами определяется комплекс особо значимых проблем, психолог совместно с пациентом рассматривает возможности, которые приведут к изменениям (планирование), занимается совместной разработкой путей выполнения планов и их оценкой.

Социальная поддержка больного, его возвращение в семью и общество, приобщение к полезной деятельности осуществляется специалистами по социальной работе. Проводится социальное обследование всех пациентов, составляется социальная характеристика и разрабатывается план социальной реабилитации.

Под руководством инструкторов-методистов проводятся занятия по лечебной физкультуре и трудотерапии, что способствует скорейшему восстановлению пациента и возвращению навыков труда.

Межведомственное взаимодействие это один из важнейших факторов способствующих скорейшей ресоциализации пациента. Основные направления данной работы включают тесное сотрудничество с органами профилактики МВД, социально-направленную работу с «Центрами занятости» и профильными учреждениями административных округов города Омска с целью трудоустройства, переобучения и восстановления социального пакета документов, сотрудничество со школой искусств им. Е.В. Гурова (занятия по арт-терапии), Омским Областным музеем изобразительных искусств им. М.А. Врубеля (экскурсии). Еще одним из социальных направлений, является тесное сотрудничество с Русской Православной Церковью, сообществом Анонимных Наркоманов и Анонимных Алкоголиков. В 2014 году в работу отделения внедрена «школа волонтеров», которая представлена пациентами, ранее успешно прошедшими программу реабилитации и вышедшими в стойкую ремиссию, это способствует мотивированию участников программы реабилитации на дальнейшую «трезвую» жизнь.

В результате осуществления такого комплексного подхода в реализации программы медицинской реабилитации на базе стационарного отделения БУЗОО «НД», в последние 2 года, получены следующие промежуточные результаты:

- увеличение количества пациентов включенных в процесс реабилитации на 15%;
- снижение количества отказов от прохождения реабилитации на 42%;
- увеличение количества пациентов вышедших в «стойкую» ремиссию из числа участвовавших в реабилитации на 7%;
- увеличение количества социально-адаптированных пациентов из общего числа пациентов прошедших программу реабилитации на 36%.

Все вышеизложенное, наряду с необходимостью рационального использования временных, трудовых и финансовых ресурсов наркологической службы региона, обуславливает высокую значимость в реализации данной модели медико-социальной реабилитации.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ В КЛИНИКЕ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Озорнин А.С.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Проблема оказания психиатрической помощи больным с манифестацией шизофрении остается актуальной и в наши дни, поскольку болезнь поражает лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста и нередко приводит к инвалидизации. Вовремя начатая терапия способна повлиять не только на нейробиологические механизмы развития заболевания, но и положительно сказаться на социальном функционировании больных, а при условии присоединения к медикаментозной терапии психосоциальных вмешательств можно значительно снизить риски повторных обострений в течение первого года после перенесенного психоза (Гурович И.Я, Шмуклер А.Б., 2010).

Отделение клиники первого психотического эпизода (ОКППЭ) как отдельное структурное подразделение Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского начало свою работу с сентября 2013 года. Отделение имеет 25 коек круглосуточного пребывания и 5 коек дневного стационара; расположено в одном из блоков больницы, имеет отдельный вход. Больные размещаются в двухместных палатах,

оснащенных отдельным сан. узлом. Для осуществления качественного наблюдения и надзора за пациентами в отделении имеется система видеонаблюдения.

Психиатрическая помощь в ОКППЭ оказывается в условиях круглосуточного и дневного стационаров. Показаниями для госпитализации больных в ОКППЭ являются: первые 3 приступа у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с давностью заболевания не более 5 лет. Обследование и лечение пациентов осуществляется строго в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи.

В условиях круглосуточного стационара проводится комплексное обследование больного, устанавливается диагноз, купируется острая психотическая симптоматика, достигается упорядоченность поведения, вырабатываются положительные установки на лечение. В дальнейшем, с целью консолидации ремиссии больные продолжают лечение в условиях дневного стационара больницы.

Оказание психиатрической помощи в ОКППЭ основано на биопсихосоциальной модели, когда наряду с биологической терапией психических расстройств широко используются психосоциальные вмешательства. Применяется так называемый «бригадный метод» оказания помощи. В состав полипрофессиональной бригады входит врач-психиатр, координирующий работу бригады, психолог, специалист по социальной работе, психотерапевт, медицинская сестра.

При лечении психических расстройств приоритет отдается антипсихотикам нового поколения, которые позволяют не только эффективно купировать проявления психоза, но и воздействовать на негативную симптоматику, когнитивный дефицит при максимальном профиле их переносимости. Так, в 2014 году в 73,5% случаев использовались атипичные нейролептики. При этом у более половины больных (51,6%) применялся рисперидон, поскольку данный препарат является препаратом выбора при купировании галлюцинаторно-параноидной и полиморфной симптоматики, чаще всего встречающейся у пациентов. Примерно у 25% пациентов использовались кветиапин и клопиксол. У указанных больных в клинике психических расстройств большой удельный вес занимали аффективные нарушения.

После купирования психоза, на ранних этапах лечения присоединяются психосоциальные вмешательства. Их набор для каждого пациента индивидуально обсуждается на еженедельных заседаниях бригады. Психосоциальная работа с пациентами проводится индивидуально или в группах. Пациенты имеют возможность участвовать в следующих группах:

1. Тренинг когнитивных и социальных навыков;
2. Творческий тренинг;
3. Коммуникативный тренинг «Эффективное общение и межличностные отношения»;
4. Терапия занятостью.

Целью указанных выше психосоциальных вмешательств являются улучшение когнитивных функций пациентов, перенесших психотический эпизод, отработка коммуникативных навыков социального поведения.

Психообразование пациентов и их родственников осуществляется врачом-психиатром или врачом-психотерапевтом индивидуально или в группах. На занятиях обсуждаются биологические механизмы формирования психических нарушений, их проявления, необходимость наблюдения у врача-психиатра и приема поддерживающей терапии после выписки из стационара.

При работе с пациентами специалисты по социальной работе обеспечивают взаимодействие с организациями, оказывающими социальную помощь, помогают восстановить утраченные документы, оформиться в Центр занятости населения.

При анализе работы ОКППЭ за 2014 год следует отметить, что охват психосоциальной помощью пациентов, находящихся на лечении в отделении, составил более 90%.

Длительность пребывания пациентов в круглосуточном стационаре определяется сроками купирования психотических расстройств и стабилизацией психического состояния. В 2014 году она составила около 30 дней. После перевода на режим дневного пребывания больные продолжают получать весь указанный выше объем медицинской и психосоциальной помощи.

При выписке пациенты направляются в амбулаторное звено психиатрической помощи – Отделение интенсивного оказания помощи, где они наблюдаются психиатром, получают противорецидивную терапию, а также имеют возможность взаимодействовать с психотерапевтом, психологом, специалистом по социальной работе.

Таким образом, в настоящее время в Забайкальском крае больные с манифестацией шизофрении имеют возможность получать качественную психиатрическую помощь в комфортных, наименее стигматизированных условиях. Биопсихосоциальная модель оказания помощи больным шизофренией направлена как на воздействие на биологические механизмы развития заболевания, так и на коррекцию негативных психосоциальных последствий заболевания, что, несомненно, позволяет улучшить качество жизни больных и уменьшить социальные потери общества.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ККПБ ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО

Озорнина Н.В.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Заболевания невротического круга, как правило, поражают лиц трудоспособного возраста и зачастую оказываются причинами значительного снижения качества жизни пациентов, а также длительной и рецидивирующей нетрудоспособности. Распространенность невротических расстройств в общей популяции населения, по данным ряда авторов, составляет от 30 до 40 процентов. Современные тенденции развития общества позволяют прогнозировать дальнейший рост депрессий, тревожных, панических расстройств, психосоматических заболеваний (Тиганов А.С., 2012).

Психотерапевтическое отделение начало функционировать в качестве структурного подразделения ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» с 11 июля 2014 года после реорганизации психиатрической службы Забайкальского края. Отделение рассчитано на 20 круглосуточных и 10 коек дневного пребывания. Отделение занимает один этаж блока больницы, имеет отдельный вход. Все помещения отделения просторны и по-домашнему уютны. Пациенты размещаются в одно и двухместных комфортабельных палатах, каждая из которых оснащена туалетной комнатой. В отделении царит обстановка спокойствия, доброты и взаимопонимания; персонал отличается терпеливым и отзывчивым отношением. В отделение работает принцип «открытых дверей», когда пациенты могут самостоятельно покидать территорию больницы по своему личному заявлению.

Показаниями для лечения в отделении являются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. В круглосуточном стационаре проводится комплексное обследование больного, включающее исследование психического и соматического состояния. Всем пациентам проводится нейрофизиологическое исследование, патопсихологическое тестирование для исключения органического заболевания головного мозга и эндогенного процессуального заболевания. Проводится комплексное (психофармакологическое, психотерапевтическое) лечение. После улучшения состояния больные продолжают получать весь объем медицинской помощи в условиях дневного стационара по индивидуально подобранному лечащим врачом режиму и графику.

Оказание помощи в психотерапевтическом отделении основано на биопсихосоциальной модели, когда наряду с биологической терапией психических расстройств широко используются психосоциальные вмешательства. Применяется так называемый «бригадный метод» оказания помощи. В состав полипрофессиональной бригады входит врач-психиатр, координирующий работу бригады, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, медицинская сестра. Каждую неделю проводится заседание бригады, где составляется индивидуальный план работы для каждого пациента.

При психофармакотерапии невротических расстройств используются антидепрессанты, преимущественно нового поколения, а также современные анксиолитические средства, малые нейрелептики. Для купирования астенических проявлений невротических расстройств широко применяются нейрометаболические средства, витамины. Психофармакотерапия способствует быстрому купированию тревоги, нарушений сна, соматовегетативных расстройств, устранению астенической симптоматики.

Психосоциальные вмешательства начинаются сразу после поступления больного в стационар. Психолог и психотерапевт в своей работе применяют индивидуальные и групповые методы, направленные на устранение симптомов невротического расстройства, коррекцию личностных особенностей, обучают пациентов методике аутотренинга. Специалист по социальной работе занимается организацией досуговой деятельности пациентов, проведением групповой работы (творческие группы). Медицинские сестры отделения создают благоприятный микроклимат отделения, атмосферу уюта и спокойствия, ежедневно в вечернее время организуют сеансы аутотренинга для пациентов.

Кроме того, пациенты имеют возможность посещать группы лечебной физкультуры и получать физиотерапевтическое лечение (электросон), которые имеют свое положительное терапевтическое воздействие.

Таким образом, открытие в Забайкальском крае психотерапевтического отделения улучшило оказание помощи пациентам с пограничными нервно-психическими расстройствами. Теперь больные могут получать стационарное, комплексное, индивидуально подобранное лечение в современных комфортабельных условиях. Только совместная работа психиатра, психотерапевта, психолога, социального работника и медицинского персонала отделения позволяет пациенту получить необходимую поддержку, способствующую скорейшему выздоровлению и возвращению к полноценной жизни.

ОРГАНИЗАЦИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Очирова И.Б., Лубсанова С.В.

Республиканский психоневрологический диспансер, Улан-Удэ, Россия

Высокий уровень суицидов в Республике Бурятия, в 2-3 раза превышающий критический уровень, определенный ВОЗ как 20 случаев на 100.000 населения, диктует формирование и постоянное совершенствование специализированной помощи лицам, находящимся в кризисном состоянии.

Говоря о задачах психотерапевтов и психиатров лечебных учреждений в профилактике и терапии кризисных состояний можно выделить следующие основные направления работы:

- расширение взаимодействия с общесоматической сетью (как с точки зрения обучения всех уровней медицинского персонала по раннему выявлению кризисных состояний, а если говорить точнее тех состояний, которые являются предрасполагающими (тревожно-депрессивные состояния, невротические расстройства и др.), так и с точки зрения преобладания пациентов, у которых эти признаки были уже обнаружены);

- расширение спектра предоставляемых услуг в терапии депрессий (применение комплексных и адекватных методов медикаментозной и психологической/психотерапевтической);

- проведение психообразовательных программ, которые бы помогли предотвратить появление рецидива депрессии или подключить собственные ресурсные механизмы людям, которые впервые столкнулись с тяжелой психотравмой.

Суицидологическая служба (СС) в Республике Бурятия включает в себя:

- кабинеты «Телефон Доверия» с круглосуточным режимом работы;
- кабинет социально-психологической помощи;
- «кризисные» койки.

Работа СС проводится в соответствии с Приказом МЗ РБ от 25.08.2011 № 894 «Об оказании специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в РБ» и охватывает психотерапевтической помощью население Республики. Внедрен мониторинг незавершенных суицидов, создана единая базы данных лиц, склонных к суицидальным действиям, что позволяет осуществлять непрерывную профилактику повторных попыток к суициду.

Руководство и организационно-методическое управление суицидологической службой осуществляется Главным психиатром МЗ РБ. Взаимодействие с другими ЛПУ города и Республики, а также между подразделениями РПНД происходит в соответствии с приказом МЗ РБ от 25.08.2011 № 894 «Об оказании специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в РБ».

Проводится постоянное повышение профессиональных знаний врачей первичного звена здравоохранения по вопросам пограничной психиатрии с привлечением ведущих научных сотрудников. Из 21 районов Республики Бурятия циклами тематического усовершенствования охвачены более половины: Тункинский, Окинский, Мухоршибирский, Бичурский, Еравнинский, Хоринский, Баргузинский, Курумканский, Прибайкальский, Иволгинский и Тарбагатайский районы. Тематическое усовершенствование прошли около 250 врачей и фельдшеров. Основной контингент обучающихся: врачи-терапевты, неврологи, акушеры-гинекологи, педиатры, хирурги.

В содержание тематического усовершенствования своевременной диагностики и адекватной терапии вошли следующие состояния: тревожные расстройства, непсихотическая депрессия, астенические состояния, расстройства сна, легкие и умеренные когнитивные нарушения, синдром зависимости от алкоголя и ПАВ,

суицидальное поведение. В период проведения тематического усовершенствования проводилась консультация больных, в том числе детей и подростков.

Проведение таких циклов повышения квалификации обуславливает раннюю диагностику и преемственность первичного звена здравоохранения и специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи.

При этом необходимо подчеркнуть, что если в 2013 году обращения по направлению ЛПУ составляли около 23% от всех обращений, то за аналогичный период 2014 года положительная динамика составила чуть более 50%.

Суицидологическая служба существует во многих регионах России, но не всегда она укомплектована теми составляющими, которые могут в короткий срок оценить наиболее полную картину психического состояния.

Суицидальное поведение – сложный, многомерный, динамический феномен и поэтому состояние суицидента, его субъективная оценка факторов, повлиявших на реализацию аутоагрессивного поведения, достаточно быстро может претерпевать изменения. Очень важно оценить воздействие всех суицидогенных факторов в их совокупности в единый момент времени, что дает возможность получить наиболее полное отражение той субъективной картины кризисной ситуации, в которой находится человек, а также дает возможность ранжировать степень стрессогенности каждого из этих факторов.

Учитывая важность такого подхода к профилактике депрессивных состояний и суицидального поведения, в Психолого-психотерапевтическом центре была сформирована одномоментная комплексная система оценки суицидентов, включающая психодиагностическую, психотерапевтическую и социально-психологическую работу с лицами, находящимися в кризисном состоянии и их окружением.

В данную одномоментную комплексную систему оценки входят:

- клинико-психопатологический метод, проводимый врачом-суицидологом;
- экспериментально-психологическое исследование, включающее использование специфических методик для оценки суицидального статуса (методика «Сигнал», шкала оценки суицидального риска, шкала безнадежности Бека, шкала депрессии Бека);
- составление социального паспорта, содержащего информацию о социальном статусе обратившегося: его социально-бытовом окружении, неблагоприятных социальных факторах, повлиявших на возникновение суицидального поведения;
- психотерапевтические, психокоррекционные процедуры, индивидуальное и групповое консультирование, физиотерапия.

Преимуществом данного метода является: одномоментность, комплексность, преемственность.

Эффективность одномоментной комплексной системы оценки депрессивных состояний, оценки суицидального риска у лиц, уже совершивших попытку самоубийства или самоповреждения заключается в том, что квалифицированная психотерапевтическая помощь пациентам оказывается в одном месте (на территории ППЦ). При этом оценка средовых факторов методом анкетирования, беседы, использование данных личного дела, участие различного рода специалистов (психиатров, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе) не требует значительных временных затрат.

1. Прием у психиатра-суицидолога (сбор анамнеза, первичная беседа);
2. Составление социального паспорта пациента у специалиста по социальной работе – 3-5 мин.;
3. Прием у клинического психолога – психодиагностика с целью определения актуального психологического статуса обследуемого, включающая в себя:
 - А) методику многостороннего исследования личности СМИЛ (и ее варианты) (40-50 мин.)
 - Б) экспресс-диагностику суицидального риска «Сигнал» (5-10 мин.);

В) опросник антисуицидальных мотивов (10-15 мин.);

Г) шкала депрессии В. Зунга (5 мин.);

Д) шкала тревоги Ханина-Спилбергера (5 мин.);

Итого: от 1 часа до 1,5 часов.

4. Вторичный прием у психиатра-суицидолога (с учетом анамнестических данных и результатов экспериментально-психологического исследования) для ознакомления с предложенной программой реабилитации;

5. В зависимости от предложенной реабилитационной программы пациент начинает принимать физиотерапию (от 10 до 40 минут), психотерапию (40-45 минут), психокоррекцию (40-45 минут).

Все вышеизложенное делает актуальным разработку одномоментной комплексной системы оценки кризисных состояний и ее применение в широком спектре медико-социально-психологической деятельности.

Согласно данным Минздрава РБ отмечается тенденция к снижению смертности населения Республики Бурятия от суицидов с 67,1 в 2009 до 59,1 на 100.000 населения в 2012, снизилась суицидальная активность среди подростков до 17 лет на 31,6%.

Как уже говорилось выше, на основе Приказа МЗ РБ от 25.08.2011 г. № 894-ОД «Об оказании специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Республике Бурятия» начал осуществляться мониторинг незавершенных суицидальных попыток. По данным мониторинга за 2014 год на территории республики зарегистрировано 827 случаев суицидальных попыток, что на 13,5% меньше в сравнении с 2013 и на 28,9% меньше, чем за аналогичный период 2012 года. Самое значительное снижение (в сравнении 2013 и 2014 гг.) отмечается в возрастной категории от 15-17 лет (-40%).

Такая динамика прослеживается при неуклонном росте числа обращений в ППЦ: за два года (2012-2014 гг.) положительная динамика составила 84,6%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Павленко Ю.П., Маркова А.С.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Как правило, большинство детей с расстройствам аутистического спектра не умеют держать карандаш в руках, не способны пользоваться ножницами, не знают, что делать с красками. Всему этому обучают на занятиях арт-терапии при аутизме в условиях дневного стационара ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского».

Для того чтобы помочь ребенку сориентироваться на рабочем месте, желательно сделать разметку на столе или парте, нарисовать контуры тетради, линейки, ручки. Тогда ему будет легче привыкнуть к расположению вещей. Аутичным детям рекомендуется давать задания, в которых нужно дорисовать какую-то часть предмета, а не рисовать его полностью. Иногда такому ребенку необходима физическая помощь в организации действия, когда взрослый рисует или пишет, держа один карандаш совместно с ребенком, либо рисуя его рукой.

Занятия арт-терапией лучше начать с использования пальчиковых красок, они являются не токсичными, и абсолютно безвредными, не страшно, даже если малыш оближет испачканный пальчик. Эти краски медленно высыхают и легко стираются с рук,

хорошо отстирываются любым моющим средством. Рисование пальчиковыми красками развивает мелкую моторику, тактильную чувствительность, улучшают представления о цвете, о границах собственного тела, развивают воображение, творческие способности. На своих занятиях мы используем несколько техник рисования пальчиковыми красками: рисование ладошкой, рисование пальчиками, рисование губками, трафаретами, роликами и штампами. Для совсем маленьких детей подходит рисование в технике паспарту. Сначала делают паспарту: в центре листа рисуют крупное изображение и вырезают по контуру (например, грибок или листик), затем ребенку предлагается чистый белый лист и несколько капель красок различных цветов. На отдельном листе ребенок может рисовать как ему вздумается, как только лист бумаги будет замазан полностью, накладывают паспарту на творение малыша. В итоге, на белом фоне ребенок увидит разноцветный грибок или листик.

Все эти методики направлены, в первую очередь, на развитие воображения, вербальных и социальных навыков, внимания, мелкой моторики, навыков рисования, снятия напряжения.

Занятия по арт-терапии могут проходить как в индивидуальной форме, так и в групповой. При индивидуальных занятиях методики должны быть разработаны для каждого ребенка индивидуально с учетом его личных особенностей. Групповые формы занятий арт-терапией позволяют развивать коммуникативные навыки ребенка с другими детьми. Обычно занятия проходят в непринужденной атмосфере творчества. Такие занятия для ребенка, страдающего аутизмом, возможны только при условии, что степень его аутистического расстройства позволяет ему в них участвовать.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ (АНАЛИЗ ЗА 2012-2014 ГГ.)

Пашенко И.Е., Колесник И.И., Данилкова Е.В.

*Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1, Краснодар, Россия
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия*

Высока доля лиц с соматической патологией среди пациентов психиатрических стационаров (Лебедев В.Ф., 2007). Проблема оказания терапевтической помощи в условиях психиатрического стационара включает: ограниченную возможность обследования, частое выявление токсического и побочного эффекта психотропных препаратов и ограниченную возможность снижения их дозировки, трудность сбора полного анамнеза из-за непродуктивного контакта, стертость проявления соматических расстройств из-за психического состояния больного, полипрагмазию (Краснов А.А., Козлова С.Н. 2010).

У больных шизофренией отмечается большая частота встречаемости ряда соматических заболеваний, зачастую недостаточный уровень оказания помощи, плохая их диагностика, тяжесть соматической патологии, в т.ч. связанная с психотерапевтической патологией (Шмуклер А.Б., 2011). В последние годы имеет место ухудшение переносимости нейролептиков при терапии шизофренией, особенно у больных с сопутствующими заболеваниями, риском развития тех или иных побочных эффектов нейролептической терапии, что оказывает существенное влияние на среднюю

длительность пребывания пациентов в условиях круглосуточного стационара (Рукина Н.Ю., Голдобина О.А., 2010, 2012).

На базе мужского психиатрического отделения № 8 ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» нами были изучены 1320 психически больных в течение 3-х лет (2012-2014 гг.). Из них с соматическими сопутствующими заболеваниями было пролечено: в 2012 г. – 55,8%, в 2013 г. – 55,6%, в 2014 г. – 54,3%, что говорит о значительной доле соматических расстройств в структуре больных с психическими расстройствами. В связи с этим возникают сложности при ведении этих пациентов, возможная пролонгация пребывания больных на койке, а так же устойчивость и качество достигаемой ремиссии психических состояний у пациентов с сопутствующей соматической патологией. Все перечисленное, безусловно, влияет на показатели регоспитализации. Поэтому, вопросы лечения психически больных с сопутствующей патологией по-прежнему остаются актуальными для продолжения изучения этой проблемы.

Нами были выявлены следующие соматические заболевания у психически больных: сердечно-сосудистой системы у – 43,2%, заболевания печени (гепатохолециститы, гепатит В, С) – у 13,2%, заболевания желудка и 12-ти перстной кишки (гастриты, язвы) – у 6,7%, заболевания поджелудочной железы (панкреатиты, сахарный диабет) – у 4,2%, заболевания легких – у 3,9%. Среди прочих заболеваний более часто встречались: ожирение, онкозаболевания, сифилис, артриты и др. Среди нозологических групп психиатрического регистра с сопутствующими соматическими заболеваниями большинство составили больные с шизофренией. Так в 2012 году отмечалось 49 больных, в 2013 – 39, в 2014 – 44; на 2 месте по частоте встречаемости – больные с органическими расстройствами (F.06 и F.07). Причем, в нозологии F.06 отмечалась тенденция к росту изучаемой категории больных: так в 2012 году – 22 пациента, в 2013 – 30, в 2014 – 56. Значительные показатели были выявлены в нозологической группе F.23 – в 2012 году – 14 больных, в 2013 – 7, в 2014 – 15. В этой нозологической группе так же отмечалась тенденция к росту количества больных, остальные нозологии были не столь значительны.

Среди больных с шифром F.20 (237) как за 3 года, так и ежегодно, преобладали пациенты с сопутствующей соматической патологией, которые поступили повторно в течение жизни и составили 114 человек, что соответствует 48,1% (без сопутствующей соматической патологии: 80 человек – 33,7%).

Нами детально были проанализированы пролеченные психически больные, поступившие как впервые в психиатрическую больницу, так и повторно в течение жизни. Среди пациентов, впервые поступивших в психический стационар: в 2012 году – 35,6%, в 2013 – 33,4%, в 2014 – 36,5%, с сопутствующей соматической патологией: в 2012 году – 17,8%, в 2013 – 19,9%, в 2014 – 20,2% соответственно. Среди повторно поступивших психически больных: в 2012 – 64,3%, в 2013 – 66,5%, в 2014 – 61,8%, с сопутствующей соматической патологией: в 2012 – 39,7%, в 2013 – 35,4%, в 2014 – 33,5%, соответственно. По данным исследования, эти показатели были стабильны на протяжении 2012-2014 гг. как среди первично, так и повторно поступивших на лечение психически больных. Преобладали жители преимущественно из сельской местности в 2012 и 2013 гг. (первично – 11,9%, повторно – 26,5%). Однако, в течение 2014 года показатели среди впервые поступивших пациентов, как среди городских, так и сельских жителей сравнялись, и составили: городских – 27,6%, сельских – 26,6%. Доля больных из села, повторно госпитализированных, значительно превышала количество поступивших впервые (первично поступившие – 13,2% город, 16,4% село, поступившие повторно – 6,1% город, 17,7% село).

Среди пациентов с сопутствующей соматической патологией за исследуемый период как среди впервые поступивших в психиатрическую больницу, так и повторно

большинство составили сельские пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Исследуя характер сопутствующих заболеваний, обращало внимание преобладание психически больных с сочетанными формами соматических расстройств, где часто встречались расстройства в виде сопутствующей симптоматики: заболевания сердечно-сосудистой системы и заболевания печени; или заболевания печени, поджелудочной железы и заболевания желудка и 12-ти перстной кишки. Большинство составили больные, преимущественно из сельской местности, как среди первично, так и среди повторно поступивших пациентов на лечение в психиатрический стационар.

Если в 2012 году было больше зарегистрировано больных с сердечно-сосудистой патологией из сельской местности как впервые, так и повторно поступивших (в среднем первичные – 11,9%, повторные – 26,5%), то в 2013 году такой категории больных было практически поровну, как среди проживающих в городе, так и в селе (в среднем город – 15,4%, село – 14,4%), в 2014 году превалировали городские пациенты (в среднем город – 13,0%, село – 9,8%).

В 2012 году основные возрастные группы были следующие: 30-40 лет – 26,6%, 50-60 лет – 11,1%; в 2013 году возрастные группы составили: 30-40 лет – 22,3%, 40-50 лет – 8,4%; в 2014 году возрастные группы составили: 30-40 лет – 19,3%, 20-30 лет – 17,3%. Как показывает анализ, происходит возрастной сдвиг в сторону более молодого, социально значимого возраста, что настораживает. Основная возрастная группа изучаемого контингента среди впервые поступивших в 2012 году и 2013 году составили жители сельской местности в возрасте 40-50 лет – 28,4%. К 2014 году на 1 место вышла возрастная группа психически больных в возрасте 30-50 лет – 14,0%. Это были городские жители. В возрастной группе 20-30 лет и 50-60 лет по 11,0% – были преимущественно жители из села.

Результаты нашего исследования дают основания сделать вывод о том, что около половины поступивших повторно на лечение в психиатрическую больницу душевнобольных страдают теми или иными соматическими заболеваниями. Так же необходимо отметить, что отмечается рост доли психических расстройств с сопутствующими соматическими заболеваниями к 2014 году за счет прироста городских жителей.

Среди сопутствующих соматических расстройств в течение 3 лет преобладали сердечно-сосудистые заболевания в 2012 и 2013 гг. у жителей из сельской местности, в 2014 году большое количество составили городские жители. Имеет место значительное количество душевнобольных, поступивших с сопутствующими сочетанными формами соматических расстройств (как поступивших впервые, так и повторно) с тенденцией к росту в 2014 году. Это, как правило, такие сочетанные соматические расстройства, как: сердечно-сосудистые заболевания и заболевания печени, сердечно-сосудистые заболевания и заболевания поджелудочной железы и желудка. По МКБ 10 среди исследуемых пациентов отмечается преобладание больных шизофренией. Так же нами выявлен рост доли психических расстройств с соматическими заболеваниями с F 06 и F 07, а в 2014 году особенно прирост больных с F 23. В основном это жители села (как первично, так и повторно поступившие на лечение). Причем, в 2014 году наблюдалась тенденция к росту больных, впервые поступивших на лечение в психиатрическую больницу. В 2014 году отмечался рост городских жителей в возрасте 30-50 лет. В возрастной группе 20-30, 50-60 лет – преобладали жители села, что говорит о расширении возрастного контингента. Эти показатели так же настораживают.

Итак, в 2014 году нами было отмечена негативная тенденция роста соматических расстройств у психически больных, поступающих в психиатрическую больницу на лечение, преимущественно городских жителей в возрасте от 30-50 лет с преобладанием сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, сочетанных форм соматических расстройств, где большинство составляли больные шизофренией и с органическими

расстройствами с тенденцией к росту среди впервые поступивших на лечение в психиатрическую больницу.

Все перечисленное, безусловно, влияет на показатели регоспитализации и сроки пребывания в стационаре. Перечисленные данные и тенденции, вероятно, на прямую будут зависеть от достаточного набора медикаментов терапевтического профиля, его более широкого спектра с учетом дополнительных финансовых расходов для стационарного лечения психически больных.

Для оптимизации работы отделения необходимы: детализация показаний к госпитализации и лечению в условиях психиатрического стационара, повышение уровня образования врачей интернистов в рамках психосоматических расстройств, контроль, наблюдение и адекватное лечение психически больных, особенно неоднократно стационарированных, как из сельской, так и городской местности участковыми службами, в т.ч. в рамках полипрофессиональной помощи населению с участием врачей терапевтов, кардиологов, эндокринологов, гастроэнтерологов и т.д.

РАБОТА КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ В ГОРОДЕ ЧИТЕ

Петрова И.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Одним из ведущих методов, позволяющих с высокой степенью достоверности определить состояние опьянения, является медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольное, наркотическое или иное токсическое). В ходе комплексного обследования, включающего в себя клиническую оценку и лабораторные исследования, удастся установить наличие состояния опьянения (одурманивания) у подэкспертного на момент освидетельствования, а также наличие факта потребления алкоголя накануне обследования.

Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя (наркотических, токсических веществ) и состояния опьянения (одурманивания) назначается в случаях, когда закон предусматривает дисциплинарную административную ответственность за потребление алкоголя (наркотических, токсических веществ), либо пребывание в состоянии опьянения (одурманивания).

Дисциплинарная административная ответственность предусмотрена в случае: распития спиртных напитков и пребывания на работе в состоянии алкогольного (наркотического или токсического) опьянения; управления транспортными средствами в состоянии алкогольного (наркотического или токсического) опьянения; пребывания в общественных местах в состоянии алкогольного (наркотического или токсического) опьянения и т.п.

В 2014 году количество проведенных в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» медицинских освидетельствований, по сравнению с 2013 годом, увеличилось на 32%; общее количество лиц, доставленных в состоянии алкогольного опьянения, увеличилось по сравнению с 2013 годом на 205%, что связано с вступлением в силу ФЗ № 365 от 21.12.2013 года ст. 20.21 «Появление в общественных местах в состоянии опьянения».

Количество освидетельствований по линии ГИБДД в 2014 году, по сравнению с 2013 годом, увеличилось на 0,7%. Количество доставленных по линии ГИБДД в состоянии алкогольного опьянения уменьшилось на 13%. Количество доставленных по

линии ГИБДД в состоянии наркотического опьянения уменьшилось на 12%. Количество доставленных по линии ГИБДД с заключением «Состояние опьянения не установлено» увеличилось на 11%. Количество отказов от проведения медицинского освидетельствования увеличилось на 4%.

В 98% случаев у лиц, доставленных в наркотическом опьянении, были обнаружены каннабиноиды. В декабре 2014 года в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» внедрены методики для определения синтетических наркотиков. В первом квартале 2015 года было выявлено 4 случая употребления синтетических наркотиков. Во всех случаях был выявлен альфа-пирролидиновалерофенон, производное наркотического средства N-метилэфедрон.

Учитывая то, что нормативно-правовая база по организации и проведению медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркологического или иное токсического) не пересматривалась в последние годы, а также учитывая ряд спорных моментов при его проведении, возникла острая необходимость принятия новых нормативно-правовых документов. Решением данной проблемы может стать принятие нового Порядка проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения, проект которого в настоящее время находится на рассмотрении.

РЕАЛИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 25 НОЯБРЯ 2013 ГОДА № 313-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Письменный А.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В настоящее время в случае вынесения судом в отношении лица, потребляющего наркотические средства, психотропные вещества без назначения врача, решения о возложении обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию, данное лицо направляется в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (далее – ГУЗ КНД). При обращении в амбулаторное отделение ГУЗ КНД данного лица комиссионно выносятся заключение об уровне мотивации на получение наркологической помощи, лицо информируется об условиях и целях её оказания.

Условия оказания наркологической помощи в ГУЗ КНД: стационарные, амбулаторные. Стационарная наркологическая помощь, медико-социальные реабилитационные мероприятия проводятся на базе отделения медико-социальной реабилитации, амбулаторные мероприятия в кабинете амбулаторной реабилитации на базе амбулаторно-поликлинического отделения. С целью оказания полноценной помощи создана бригада специалистов, включающая в себя врача психиатра-нарколога, медицинского (клинического) психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе. Также имеются привлекаемые лица из сообществ «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы».

Первичную консультацию осуществляет врач психиатр-нарколог, он оформляет необходимую медицинскую документацию, добровольное информированное согласие, направляет на обязательный клинический минимум. В последующем проводится комиссионный осмотр для вынесения заключения о наличии (отсутствии) наркологического расстройства (заболевания), целесообразности оказания

наркологической помощи и уровне мотивации на её получение, а также об условиях и рекомендуемом порядке её оказания. Выявлением уровня мотивации к прохождению курса реабилитации, наличием/отсутствием установок на трезвость, наличием/отсутствием уровня реабилитационного потенциала, при помощи методик экспериментально-психологического исследования занимается клинический психолог. Психотерапевт осуществляет индивидуальные и групповые занятия, в ходе которых обучает, а в последующем и закрепляет полученные навыки самодиагностики, само и взаимоконтроля (на уровне научного, медицинского и методологического подходов), позитивного мышления, установок на здоровый образ жизни и отказ от потребления ПАВ. Привлекаемые сообщества АА и АН помогают в обучении процессам самодиагностики (на простом, бытовом уровне) саморегуляции, своим видом доказывают возможность, даже при наличии заболевания, ведения трезвого образа жизни.

Все направленные на амбулаторную реабилитацию лица, проходят ряд обязательных мероприятий: групповые и индивидуальные беседы, видеолектории в рамках профилактических мероприятий, направленных на предупреждение потребления наркотических средств и психотропных веществ, диагностические мероприятия направленные на подтверждение трезвости и т.д. В период реабилитационного процесса в адрес ГУЗ КНД приходят запросы со стороны контролирующих органов – ФСКН, УФСИН, которые осведомляются о ходе обследования, реабилитационного процесса, кратности посещений и результатах обследования. В случае примерного поведения, исполнения лицом всех возложенных на него обязанностей, к данному лицу не применяются штрафные и иные санкции. Если же имеются нарушения, то согласно предписанию суда, нарушитель подвергается административным наказаниям.

В связи с изменениями, вносимыми в законодательные акты Российской Федерации, произошли изменения в отношении потребителей наркотических веществ. Так ч. 1 ст. 6.9 КоАП РФ – потребление наркотических средств без назначения врача, дает основание привлекать к административной ответственности лиц именно за потребление наркотиков. В ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ прописана обязанность потребителя наркотических веществ пройти диагностику и профилактические мероприятия в связи с потреблением наркотических средств без назначения врача.

С 2014 года на территории Забайкальского края мировыми судьями в отношении потребителей наркотических средств выносятся определения, возлагающие обязанность данных лиц пройти соответствующую диагностику, профилактические, реабилитационные мероприятия в ГУЗ КНД. С целью реализации обязанностей в ГУЗ КНД создан кабинет амбулаторной реабилитации.

На конец 2014 года в ГУЗ КНД подлежат амбулаторной реабилитации порядка 450 человек. За I квартал 2015 года в соответствии с приговором (определением, постановлением) судов г. Читы в ГУЗ КНД обратилось 62 человека. Из них: осужденных по ч. 1 и/или ч. 2 ст. 228 УК РФ, на основании ст. 73 УК РФ имеющих отсрочку приговора с испытательным сроком и в ходе проведенного в ГУЗ КНД обследования имеющих наркологическую патологию – 18 человек. По постановлению мировых судей по ч. 1 ст. 6.9 КоАП в связи с потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача – 44 человека. В отношении 61 человека установлены диагнозы, подтверждающие наличие наркологической патологии, назначено обследование, профилактические мероприятия, лечение (по показаниям), мероприятия, направленные на амбулаторную реабилитацию.

Таким образом, реализация закона предусматривает обязанность потребителей наркотиков по решению суда пройти обследование, профилактические и реабилитационные мероприятия у врача психиатра-нарколога. При неисполнении этих обязательств данные лица подвергаются административным наказаниям от штрафа до административного ареста сроком до 30 суток.

КОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ/ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Плетнева Т.Г., Дроздовский Ю.В.

Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, Омск, Россия

Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия

В последнее время обеспечение благополучного и защищённого детства стало одним из основных национальных приоритетов России. При этом большое значение имеет создание комфортной и доброжелательной для жизни детей обстановки как в семье, так и в условиях образовательных учреждений.

Данные официальной медицинской статистики и результаты специальных клинико-эпидемиологических исследований фиксируют стойкую тенденцию ухудшения соматического и психического здоровья школьников с выявлением роста пограничной психической патологии среди учащихся. Среди детей в образовательных учреждениях (в разных регионах РФ) от 22,5 до 71% имеют пограничные психические расстройства. Около 40% страдают психосоматическими расстройствами, более 70% затрудняются в усвоении базовой школьной программы обучения (Аппенянский А.И., Шевченко Ю.С., 2011).

В детско-подростковом возрасте преобладающими являются пограничные непсихотические расстройства. В 1991-2012 гг. на фоне снижения численности детского и подросткового населения росла распространенность психических расстройств у детей и подростков (Макушкин Е.В. и соавт., 2014), с увеличением доли непсихотических психических расстройств в этот период. Высокая распространённость пограничных психических расстройств существенно влияет на снижение качества жизни детей и подростков. По мнению отечественных психиатров, школьная дезадаптация не является клиническим понятием – это социально-психолого-педагогическое явление, для которого характерна неуспешность ребёнка в обучении, нарушения в поведении и взаимодействии с участниками педагогического процесса (Вострокнутов Н.В., 1995; Каган В.Е., 1995; Дмитриева Т.Б., 1999; Шмакова О.П., 2004). Изучение причинно-следственных взаимоотношений в структуре пограничных психических расстройств в связи со школьной дезадаптацией остается актуальным на настоящий момент и определяет выбор лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

Целью нашего исследования явилась разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий при пограничных психических расстройствах у детей и подростков младшей возрастной группы в связи со школьной дезадаптацией.

Нами было обследовано 132 ребенка/подростка, обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2014 гг.

В основную группу исследования были включены дети и подростки в возрасте от 10 до 15 лет с нарушениями поведения, астеническими проявлениями, эмоциональной лабильностью, колебаниями настроения, невротическими реакциями, лёгкими когнитивными нарушениями. Средний их возраст составил $12,54 \pm 0,004$. Количество детей/подростков мужского пола – 93 (70,5%) пациента, женского пола – 39 (29,5%).

При анализе социально-психологических влияний было выявлено, что 72 пациента (54,5%) воспитывались в полных семьях, 37 (28,0%) в неполных, 14 (10,6%) в семьях с измененной структурой, 9 пациентов (6,8%) были опекаемыми. Кроме того, в семьях детей/подростков, исследованной группы были выявлены различные стили неправильного воспитания со стороны взрослых. В воспитании отмечались проявления как

гиперпротекции с излишней опекой, лишением самостоятельности, ограждением от трудностей, так и гипопротекции с недостаточным контролем со стороны родителей. В неполных семьях, в семьях с изменённой структурой такие изменения стилей воспитания встречались чаще.

Резидуально-органические проявления в исследуемой группе как клиничко-патогенетический фактор, оказались значимыми. Так, анализ имеющихся данных показал, что у 122 пациентов (91,7%) на первом году отмечались проявления перинатальной энцефалопатии (ПЭП). В 33 случаях (25%) ПЭП сочеталась в дошкольном возрасте с задержкой психического развития (ЗПР); в 14 случаях (10,6%) отмечалось сочетание ПЭП с вегето-сосудистой дистонией (ВСД) в школьном возрасте; в 12 случаях (9,1%) обнаруживались проявления ПЭП, ЗПР, ВСД; у 10 пациентов (7,6%) отмечалось сочетание ПЭП и энцефалопатии вследствие перенесенных в последующем ЗЧМТ; у 11 пациентов (8,3%) вышеперечисленных проявлений не было.

При распределении пациентов на группы по классам обучения (с 4-го по 9-й) были выявлены следующие особенности. Так, максимальное количество пациентов обучались в 4-м классе – 38 (28,8%), 28 (21,2%) являлись учащимися 5 класса, 27 (20,5%) – 6 класса, 20 (15,2%) – 7 класса, 11 (8,3%) – 8 класса, 8 (6,1%) – 9 класса. Исследуемые дети/подростки по степени школьной дезадаптации распределились следующим образом: «выраженная дезадаптация» встречалась в 20,5%; «дезадаптация» – 58,3%; и «легкие проявления дезадаптации» – 21,2% (Мазаева Н.А., Шмакова О.А., 2005).

Как правило, основные формы проявлений школьной дезадаптации были смешанными и состояли из когнитивного, личностного (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонентов, представленных в различных сочетаниях. При преобладании когнитивного или познавательного компонента, на первый план выступала плохая успеваемость ребёнка/подростка по программам соответствующим возрасту и способностям ребёнка, хроническая неуспеваемость. Когнитивный компонент во многих случаях был тесно связан с личностным и поведенческим компонентами. Так, возникновение школьной неуспеваемости становилось значительным невротизирующим фактором, усиливающим тревожность, провоцирующим развитие школьных страхов, протестных реакций и отказа от обучения. Личностный (эмоционально-оценочный) компонент школьной дезадаптации был представлен несформированностью школьной мотивации, постоянными нарушениями эмоционально-личностного отношения к обучению в целом, нарушением социальных контактов с педагогами, одноклассниками. Поведенческий компонент выражался в систематических нарушениях поведения в процессе обучения в школе и дома, отказе от обучения.

Комплексный подход в лечении и реабилитации детей/подростков с пограничными психическими расстройствами в связи со школьной дезадаптацией предполагал наряду с адекватно подобранной психофармакотерапией, использование современных психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми/подростками, а также осуществление психобразовательной помощи родителям и лицам, их заменяющим. Каждому пациенту проводилась разработка индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий. Исходя из этиологии и патогенеза пограничных психических расстройств в связи со школьной дезадаптацией их лечение было направлено на причины, вызвавшие расстройство; патогенетические механизмы, обуславливающие возникновение и течение расстройства; компенсаторные механизмы, опосредованно способствующие формированию приспособления к продолжающемуся формированию пограничных психических расстройств.

В обследуемой группе детей/подростков к этиологической терапии можно было отнести лечение последствий перинатальной патологии, перенесённых черепно-мозговых травм, заболеваний, вызвавших длительную астенизацию. К этиологической могут быть отнесены и некоторые методы психотерапии и социально-психологической коррекции

состояния у детей и подростков с психогенными расстройствами (например, коррекция внутрисемейных отношений, устранение психотравмирующей ситуации, разъяснение родителям их роли в формировании личности ребенка). Критерием проведения психотерапии служило выявление отклонений, угрожающих нормальному развитию ребёнка (нарушения поведения – агрессивные поступки, невозможность подчиняться дисциплине, расторможенность, срывы уроков, отказы от обучения; эмоциональная лабильность, отсутствие познавательной мотивации, неустойчивость самооценки, трудности в установлении межличностных контактов, нарушение семейных взаимоотношений, обострение межперсональных конфликтов, страхи (плохой отметки, ответов перед всем классом, подвергнуться осуждению со стороны детей и взрослых и т.д.), увлечение компьютерными играми.

Патогенетическая терапия носила, как правило, неспецифический характер, так как лекарственные средства в психиатрии не являются нозотропными.

Компенсаторная терапия включала различные биологические и социотерапевтические методы, способствующие стимуляции компенсаторных процессов. Компенсаторное влияние при психических заболеваниях оказывают многие лекарственные и психотерапевтические методы – метаболическая и дегидратационная терапия, различные методы психотерапии, психосоциальной реабилитации.

Таким образом, нарушения поведения и эмоций в детском/подростковом возрасте часто связаны со школьной дезадаптацией; наибольшая обращаемость за помощью в ПДС для детей и подростков приходилась на препубертатный период (10-12 лет); основные формы проявлений школьной дезадаптации были смешанными и состояли из когнитивного, личностного (эмоционально-оценочного) и поведенческого компонентов, представленных в различных сочетаниях.

Комплексный подход в лечении и реабилитации детей/подростков с пограничными психическими расстройствами в связи со школьной дезадаптацией предполагал наряду с адекватно подобранной психофармакотерапией, использование современных психологических, психотерапевтических, реабилитационных методов работы с детьми, а также осуществление психобразовательной помощи родителям и лицам, их заменяющим. Критерием проведения психотерапии служило выявление отклонений, угрожающих нормальному развитию ребёнка с определением метода и последовательности психотерапевтического воздействия. Эффективность психотерапевтического воздействия определялось в параметрах достижения личных целей, качественных изменений в жизни ребёнка. Использование психотерапии было направлено на гармонизацию личности ребёнка, развитие адаптационных механизмов, раскрытие творческих способностей, его самореализацию.

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ НАЧАЛЬНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Плюснина О.Б., Говорин Н.В., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, России

Состояние здоровья подрастающего поколения – важнейший показатель благополучия государства, не только отражающий настоящую ситуацию, но и дающий прогноз на будущее, т.к. именно дети и подростки представляют собой ближайший человеческий потенциал общества.

При этом особое внимание должно уделяться проблеме охраны здоровья студенческой молодежи, т.к. специфические условия их проживания и учебы делают эту группу чрезвычайно подверженной воздействию негативных факторов общественной жизни.

Цель исследования: изучить распространенность невротических расстройств и аддиктивного поведения у студентов, получающих начальное профессиональное образование.

Материал и методы исследования. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование студентов одного из технических учебных заведений начального профессионального образования города Читы (НПО). Всего в исследование были включены 179 человек в возрасте от 15 до 22 лет. Средний возраст составил $16,9 \pm 0,1$ лет. Юношей среди обследованных было 65,9 % (118), девушек – 34,1 % (61).

Для проведения исследования была разработана карта, которая включала социально-демографический блок, а также специальную часть.

Невротические расстройства у студентов выявлялись с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). При помощи данного опросника определялись коэффициенты по шести клиническим шкалам. Сумма коэффициентов меньше «-1,28» указывала на болезненный характер выявляемых расстройств по отдельной шкале. Если сумма коэффициентов попадает в промежуток от -1,28 до +1,28, то это расценивалось как пограничный уровень невротических расстройств. На основании результатов выделяются собственно невротические расстройства, пограничный уровень невротических нарушений и уровень или «зона» психического здоровья.

Для определения Интернет-зависимости использовалась методика К. Янг. Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики алкогольных расстройств использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди всех обследованных студентов воспитывались в неполных семьях 47,5 % учащихся, их наследственность была отягощена в 15,1 % случаев, при этом в структуре преобладал алкоголизм родителей (66,7 %). Считают, что настоящие отношения в семье можно оценить как плохие и очень плохие 13,5 % респондентов. У 18,4 % учащихся выявлен низкий уровень семейного экономического благополучия. В настоящее время отдельно от родителей проживают 63,1 %. По семейному положению преобладали студенты, которые не состоят в браке (89,4 %).

В тоже время приводы в полицию имели 30,7 % лиц, получающих начальное профессиональное образование (девушки – 22,9 %; юноши – 34,7 %), судимость – 7,3 % (девушки – 4,9 %; юноши – 8,5 %). Следует отметить высокий уровень аутоагрессивного поведения: суицидальные попытки совершали ранее 14,5 % студентов НПО (девушки – 26,2 %; юноши – 8,5 %; $p < 0,01$).

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 55,3 % (99) студентов НПО отсутствовали признаки невротических нарушений, у 31,3 % (56) были диагностированы невротические расстройства, у 13,4 % (24) имелись предболезненные невротические состояния.

Если рассматривать более подробно, то тревожные расстройства (F41) были выявлены у 15,1 % студентов, еще у 8,9 % показатели по шкале тревоги соответствовали пограничному уровню невротических расстройств (предболезнь). Уровень психического здоровья по данной шкале отмечался у 76,0 % обследованных.

По шкале невротической депрессии у 15,1 % студентов выявлено состояние болезни (F43), пограничный уровень расстройств диагностирован у 8,9 %, в пределах нормы показатели по данной шкале были у 76,0 % респондентов.

При анализе данных по шкале «астении» обнаружено, что у 87,2 % обследованных показатели соответствовали уровню психического здоровья, сформированные астенические расстройства имелись у 5,0 % (F48.0), у 7,8 % данные соответствовали пограничному уровню.

Конверсионные расстройства (F44) были установлены у 17,9 % учащихся, у 8,4 % они достигали уровня предболезни, у 73,7 % показатели соответствовали норме.

Обсессивно-фобические нарушения (F42) выявлены у 17,3 % студентов, пограничный уровень по данной шкале отмечался также у 17,3 %, у 65,4 % данные соответствовали уровню психического здоровья.

Вегетативные нарушения (F45.3) были выявлены у 11,7 % обследованных, у 6,2 % отмечался пограничный уровень, у 82,1 % показатели соответствовали норме.

Интернет-зависимость выявлена по тесту К. Янг у 15,6 % респондентов НПО. Курящими являются 52,5 % учащихся училища (девушки – 50,8 %; юноши – 53,4 % соответственно). Согласно тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость диагностирована в 27,7 %; слабая – у 34,0 %; средняя – у 18,1 %; высокая – у 8,5 %; очень высокая степень зависимости – у 11,7 %.

Пробовали наркотические вещества, преимущественно производные конопли, 27,4 % студентов училища. Среди девушек аналогичный показатель был 21,3 %, среди юношей – 30,5 %.

Клинически структура алкоголизации обучающихся выглядела следующим образом: абстиненты (трезвенники) – 38,6 %; случайно пьющие – 24,0 %; ситуационно пьющие – 22,3 %; систематически пьющие – 10,1 %; привычно пьющие (предалкоголизм) – 2,8 %; синдром зависимости от алкоголя – 2,2 %. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 15,1 % студентов ПТУ, преимущественно за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. У девушек алкогольные расстройства были выявлены в 16,4 % случаев. Среди юношей алкоголизм и злоупотребление алкоголем диагностированы у 14,3 %.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о довольно сложном контингенте обучающихся в учебном заведении системы начального профессионального образования: каждый третий студент имел приводы в полицию, более 7,0 % – судимость; 14,5 % совершали суицидальные попытки; более половины курят – при этом около 40 % нуждаются в медикаментозной терапии табачной зависимости; каждый четвертый пробовал наркотики; каждый седьмой злоупотребляет алкогольными напитками.

При этом у учащихся выявлена высокая распространенность расстройств невротического регистра – 31,3 %, в структуре которых преобладали обсессивно-фобические, истерические, тревожные и депрессивные нарушения. Кроме того, еще у 13,4 % студентов имеются предболезненные невротические состояния.

Изложенные факты свидетельствуют как о необходимости своевременной коррекции указанных нарушений, так и требуют проведения профилактических мероприятий в студенческой среде с целью предупреждения возникновения невротических и аддиктивных расстройств.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ АБСТИНЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НЕВРОЛОГА

Прокопьева Е.Ю.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Абстинентное состояние является стержневым в клинике алкоголизма и признается как наиболее достоверный диагностический критерий развитой фазы заболевания. Симптомы поражения при абстиненции обусловлены гипоксической агрессией, сопровождающейся глубокими нарушениями метаболизма (энергетического, жирового, белкового), нейромедиаторных взаимодействий, регуляции рецепторного аппарата клеток и их ферментов, дисфункцией структур коры головного мозга, ретикулярной формации и других стволовых образований.

Анализируя основные неврологические расстройства у пациентов, пролеченных в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер», выявлено, что в 50% имеют место симпатoadреналовые проявления. Чаще данная патология встречается у лиц молодого возраста.

По статистическим данным, от 3% до 30% случаев на фоне абстинентного состояния наблюдаются один или несколько общих судорожных припадков, что определяется как алкогольная эпилепсия. Диагностическим критерием данной патологии является наличие у пациентов признаков алкоголизма до возникновения первых приступов, отсутствие фокального компонента в структуре припадков, развитие их на фоне абстинентных расстройств, отсутствие эпилептических паттернов на электроэнцефалографии.

При прогрессировании заболевания к указанным изменениям присоединяются нарушения познавательной деятельности, психоорганического характера в виде нарастания интеллектуально-мнестических снижений вплоть до развития деменции. Диагностика основывается на исключении всех других причин деменции при наличии у пациента алкоголизма. Наблюдаются различные гиперкинезы миоклонического (до 15%), хореоформного (до 7%) или атетоидного (до 10%) типа. Характерен меняющийся мышечный тонус. Отмечается нарастание сопротивления при пассивном движении в конечностях – паретония (18%), возможны приступы мышечной гипертонии типа децеребрационной ригидности (25%). Глазодвигательные расстройства проявляются асимметричным птозом (13,7%), парезом взора вверх (от 5,4% до 6,1%), миозом (24,2%), анизокорией (от 3,6% до 7,9%), вялой фотореакцией зрачка (до 81,5%). Практически постоянно наблюдаются рефлексы орального автоматизма (от 14,3% до 82,1%) и хватательный рефлекс (до 38,7%).

Сохраненная постоянная тенденция к высокому проценту хронических форм алкогольных энцефалопатий, нарастание процента судорожных осложнений и увеличение роста острых форм алкогольных энцефалопатий создают предпосылки к неблагоприятному исходу выздоровления, что, безусловно, требует длительного пребывания на койке, более дорогостоящего лечения и не всегда ожидаемого положительного эффекта.

У пациентов ГУЗ КНД после купирования абстинентного синдрома в 14,3% случаев наблюдался симптом Маринеску Родовича, горизонтальный нистагм – в 2,9% случаев, повышение сухожильных рефлексов – в 9,0%, недоведение глазных яблок – в 5,4%, болезненность при давлении в супраорбитальных точках – в 7,7%. Указанная симптоматика оставалась у пациентов после купирования абстинентного синдрома, что можно считать проявлением хронической алкогольной интоксикации и внутричерепной гипертензией. Сохраненные изменения чувствительности – снижение по

полиневритическому типу в дистальных отделах рук и ног отмечалось в 13,7% случаев, нарушение болевой чувствительности в 7,4%, что является наиболее ранним предвестником развивающейся впоследствии алкогольной полинейропатии с возможной инвалидизацией. Клинико-статистическая оценка неврологических проявлений показала, что наиболее частыми неврологическими синдромами были вегетососудистая дистония, синдромы повышенного внутричерепного давления, алкогольной полинейропатии и рассеянного энцефаломиелита.

После купирования абстинентного состояния такие изменения, как горизонтальный нистагм, повышение и снижение сухожильных рефлексов, вялая реакция зрачка на свет могут расцениваться как проявление последствий алкогольной интоксикации, приведшей к органическому поражению головного мозга.

Проведенный анализ свидетельствует, что при абстиненции у пациентов нарастает число случаев с выраженной неврологической симптоматикой, которая отличается малой обратимостью и свидетельствует об органическом поражении головного мозга и периферической нервной системы.

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Проценко Л.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Как уже неоднократно было отмечено, в настоящее время в условиях массового потребления населением алкоголя и его суррогатов, врачам всё чаще приходится сталкиваться с тяжёлой соматической патологией, сопутствующей алкоголизму. Эту патологию можно разделить на непосредственно «алкогольобусловленную» и «сопутствующую», хотя такое разделение весьма условно, т.к. действие алкоголя в здоровом или изначально изменённом органе будет отличным. И наоборот – меняется характер течения любого хронического заболевания на фоне алкоголизма (чаще становится более злокачественным).

В данной статье обсуждается патология, непосредственно определяющая судьбу больного во время пребывания его в стационаре, так как от качества диагностики и адекватности лечения зависит, удастся ли избежать летального исхода.

Из осложнений алкоголизма наибольший удельный вес имеет поражение печени, что объясняется непосредственным повреждающим действием алкоголя на гепатоциты. Известно, что печень – центральный орган метаболизма белков, жиров и углеводов. В функции печени также входит обмен ферментов, гормонов, витаминов, пигментный обмен, секреция желчи и детоксикация. Печень ответственна за синтез основных факторов свёртывающей и противосвёртывающей систем крови. Наряду с другими органами, печень участвует в образовании гепарина. В отечественной и зарубежной литературе часто встречается определение «функциональные печёночные пробы». ФПП включают определение АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, ХЭ, ЛДГ, общего и прямого билирубина, общего белка, альбумина и факторов протромбинового комплекса. Результаты этих тестов отражают функциональную способность печени и могут быть использованы в качестве маркеров её повреждения. На основании изменений ФПП были выделены следующие биохимические синдромы: цитолиза, холестаза, печёочно-клеточной недостаточности и иммуновоспалительный.

Уровень ферментемии при цитолизе пропорционален выраженности острого повреждения печени. Опосредованно состояние гепатоцитов позволяет оценить коэффициент де Ритиса (AST \ALT), который в норме должен быть равен 0,7. Его увеличение или уменьшение говорят о «выжигании» или «тушении» митохондрий гепатоцитов соответственно. Кроме повышения АЛТ и АСТ, отмечается повышение активности ЛДГ и гипербилирубинемия. Синдром холестаза проявляется повышением уровня ЩФ, ГГТ, гипербилирубинемией и гиперхолестеринемией.

При синдроме печёчно-клеточной недостаточности в первую очередь страдает синтетическая функция печени. Для её оценки используют определение уровня общего белка, альбумина, холестерина и факторов протромбинового комплекса. Протромбиновое время может служить маркером тяжести острой печёчной недостаточности. Гипопротеинемия отражает хронизацию печёчной недостаточности. При этом синдроме нарушается и детоксикационная функция печени. В плазме крови повышается концентрация аммиака, фенола, жирных кислот. Для иммуновоспалительного синдрома характерно повышение гамма-глобулинов в сыворотке крови, СОЭ, С-реактивного белка, изменение белково-осадочных проб (тимоловой, сулемовой и Вельтмана).

Оценивая уровень ферментов, нужно учитывать некоторые моменты:

- уровень ЩФ может оставаться высоким в течение недели после ликвидации обструкции желчных путей и снижения уровня билирубина;
- ЩФ содержится не только в клетках печени, но и в костной ткани, и в кишечнике;
- наиболее высокий уровень ГГТ выявляется в эпителиальных клетках, окружающих желчные каналцы. Однако уровень ГГТ увеличивается и при инфаркте миокарда, почечной недостаточности, сахарном диабете;
- приём алкоголя индуцирует синтез ГГТ. Учитывая длительный период полужизни ГГТ (около 1 месяца), по уровню этого фермента можно судить об отношении пациента к алкоголю;
- устранение дефицита витамина приводит к нормализации МНО только при сохранённой функции печени.

Хронический алкогольный гепатит диагностируют у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, с умеренно выраженным синдромом цитолиза в условиях отсутствия признаков портальной гипертензии, печёчной недостаточности и гистологических признаков (биопсия печени) цирроза. Как правило, клиника при этой патологии крайне скудна и неспецифична (астеновегетативный синдром, диспептические расстройства, дискомфорт в правом подреберье). Часто пациенты считают себя здоровыми. Лишь на поздней стадии заболевания (исходе в цирроз) появляются увеличение печени, желтуха, печёчный запах изо рта, сосудистые звёздочки на теле, печёчные ладони (пальмарная эритема), кожный зуд, расширенные вены на передней брюшной стенке, лихорадка и другое. Возможно развитие печёчной энцефалопатии – от лёгких неврологических нарушений до развития комы. Характерным признаком при печёчной энцефалопатии является «хлопающий тремор» (астериксис), который можно обнаружить при вытянутых руках больного с расставленными пальцами или при максимальном разгибании кисти больного с фиксированным предплечьем.

Для оценки тяжести гепатита используют индекс Мэддрей: $IM=4,6*(\text{разность протромбинового времени у больного и в норме})+\text{билирубин сыворотки в мг \%}$.

У больных со значением этого индекса более 32 вероятность летального исхода при текущем обострении превышает 50%.

Следует учитывать, что токсическое поражение печени может развиваться не только под действием алкоголя и его суррогатов, но и при применении лекарственных препаратов (парацетамол, амиодарон, НПВС и др.), а также под действием химических веществ, применяемых в быту и в промышленности (хлорированные углеводороды, тяжёлые металлы), природных ядов (b-аманитин в бледной поганке и др.).

Без сомнения, в диагностике оказывают помощь инструментальные методы: УЗИ, компьютерная томография, МРТ, радиоизотопное сканирование, эластография и, самый достоверный, – биопсия печени.

Отдельную группу составляют пациенты с сочетанным (токсическим и вирусным) поражением печени. Клиника острого токсического и острого вирусного гепатитов схожи.

Ферменты поджелудочной железы более агрессивны, поэтому её поражение развивается (по времени) более стремительно, чем поражение печени. «Самопереваривание» поджелудочной железы приводит к развитию панкреонекроза. При этом нужно отметить скудность его клинических проявлений: слабо выраженный или не выраженный болевой синдром. Довольно часто панкреатиты алкогольной этиологии протекают с нарушением её внутрисекреторной функции и развитием синдрома сахарного диабета, требующего медикаментозной коррекции.

Из сопутствующей соматической патологии приоритетное значение имеют:

1. Заболевания дыхательной системы (хр. бронхит и пневмония), что связано с развитием иммунодефицита у больных хроническим алкоголизмом практически в 100% случаев и частыми переохлаждениями в этой группе. Прямое повреждающее действие оказывают метаболиты алкоголя при выделении их через органы дыхательной системы: этанол и ацетальдегид влияют на все факторы местной (мукоцилиарный клиренс, сурфактантная система, содержание иммуноглобулинов, активность альвеолярных макрофагов), а также общей защиты (содержание Т- и В-лимфоцитов, комплемента и т.п.). Имеют значение частые аспирации (особенно у больных в состоянии алкогольного психоза) и плохая гигиена полости рта. Пневмонии у таких пациентов отличаются скудной клиникой, склонностью к нагноению и деструкции, резистентностью к общепринятой лекарственной терапии, тяжестью течения.

2. Заболевания ЖКТ (хронический гастрит и язвенная болезнь), чаще всего обусловлены прямым повреждающим действием алкоголя на слизистую желудка и 12-п кишки, хотя в МКБ они как алкогольобусловленные отдельно не выделяются. Осложнением язвенной болезни является кровотечение. Такие кровотечения и хронический гастрит сам по себе часто обуславливают развитие хронической железодефицитной анемии. Нередко наблюдается специфический для алкоголизма синдром Меллори-Вейса.

3. Патология сердечно-сосудистой системы: анамнестически примерно в 50% случаев регистрируемая артериальная гипертензия наблюдалась ещё до начала злоупотребления алкоголем. Однако её течение (возможно вполне доброкачественное без алкоголизации) усугубляется во время запоев, а на фоне абстиненции характерно развитие тяжёлых гипертонических кризов, которые осложняются развитием ОНМК или инфаркта миокарда. Обычно больные с ОИМ сразу доставляются в кардиологические отделения соматических стационаров. Но так как у злоупотребляющих алкоголем пациентов чаще, чем у не имеющих этой проблемы, встречается безболевого форма ОИМ, определённая часть их направляется в приёмное отделение наркологического диспансера, минуя терапевта или кардиолога. У больных алкоголизмом артериальная гипертензия одинаково часто регистрируется в любом возрасте, в то время как среди не страдающих этим заболеванием и имеющих АГ отмечается преобладание лиц пожилого возраста. Из нарушений ритма преобладают экстрасистолия, фибрилляция предсердий и пароксизмальная тахикардия.

Таким образом, алкоголизм является заболеванием, поражающим практически все органы и системы организма. Заметна тенденция к утяжелению сопутствующей соматической патологии: часто у одного больного наблюдается до 8-10 нозологических единиц. Такая ситуация может объясняться увеличением сроков алкоголизации, массивным потреблением токсичных суррогатов алкоголя, поступлением больных в стационар только под тяжестью состояния. Часто это бывает крайне тяжёлое состояние.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ГАМК- ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Радионон Д.С.

*Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия*

Введение. ГАМК-ергическая и глутаматергическая сигнальные системы составляют единую нейромедиаторную систему в головном мозге, которая выступает мишенью для действия различных психоактивных веществ (ПАВ). С момента начала изучения особенностей протекания биохимических и молекулярных процессов при аддиктивных состояниях было проведено большое количество исследований и издано множество научных работ, посвященных данному вопросу. Анализ и обобщение результатов этих публикаций имеет важное значение для оценки значения этих систем в патогенезе аддиктивных состояний.

Цель исследования. Рассмотрение роли ГАМК- и глутаматергической систем мозга и особенностей их взаимодействия с другими нейротрансмиттерными системами в патогенезе аддиктивных состояний.

Материалы и методы. Для ретроспективного анализа нейрхимических, молекулярных и клинических исследований роли ГАМК-глутаматергической системы в патогенезе аддиктивных состояний использовали публикации в медицинских изданиях и базах данных в сети Интернет за период с 1970-2014 гг.

Результаты. При изучении роли глутаматергической системы мозга в патогенезе аддиктивных состояний в составе NMDA-ионотропных глутаматных рецепторов был определен сайт связывания динорфинов – пептидов, с нарушением обмена которых связывают некоторые психопатологические реакции у наркоманов (Беспалов А.Ю., Звартау Э.Э., 2000; Менделевич В.Д., 2012). Выявлено, что ионофор NMDA-рецепторов также содержит участки связывания таких ПАВ, как фенциклидин, кетамин, мемантин (Dingledine R., Borges K., et al., 1999; McBain C.J., Mayer M.L., 1994). Показано, что фенциклидин, кетамин, ЛСД (диэтиламид лизергиновой кислоты) влияют на NMDA-рецепторы, которые локализируются в структурах дофаминовой и серотониновой систем мозга.

В ходе экспериментальной работы выяснилось, что амфетамин и его аналоги ингибируют активность NMDA-рецепторов (Yeh G.C., et al., 1997). Также доказано, что производные *Cannabis indica* активируют рецепторы эндоканнабиноидной системы CB1, приводя к снижению работы NMDA-рецепторов и уменьшению выделения глутамата (Yeh G.C., et al., 1997). Показано, что при употреблении ПАВ увеличивается экспрессия генов, кодирующих белки, которые участвуют в обмене субъединиц NMDA-рецепторов в головном мозге (Ueda H., 2004). Установлено, что длительная алкогольная интоксикация приводит к изменению количества и чувствительности NMDA-рецепторов, в частности изменяется плотность NR1 и NR2_B подтипов этих рецепторов (Schlapfer T.E., 2000; Nagy J. et al., 2004, 2005; Yan H. et al., 2009; Zhuo M., 2009).

Показано, что этанол может связываться с несколькими трансмембранными доменами NR1 и NR2 субъединиц NMDA-рецепторов, вызывая их дезактивацию (Yaka R. et al., 2003; Butler T.R. et al., 2008; Ren H. et al., 2012). Выявлено, что у алкоголиков и кокаиновых наркоманов повышена экспрессия гена GRIN2B, в связи с чем высказывается предположение, что NR2_B субъединица NMDA-рецептора может быть причастна к общему пути развития зависимости от разных ПАВ (Enoch M.A. et al., 2014). Также установлено, что ПАВ нарушают транспорт глутамата через мембрану путем ингибирования активности его переносчика (GLT1), а препараты, активирующие

экспрессию GLT1, способны снижать потребление алкоголя и кокаина (Karlsson R.M. et al., 2012).

Наряду с выявленной блокадой глутаматных NMDA-рецепторов и снижением возбуждающей глутаматергической трансмиссии при остром воздействии алкоголя, установлено, что даже низкие дозы алкоголя вызывают, напротив, активацию ГАМК-системы головного мозга и усиленную продукцию ГАМК (Helms C.M., Rossi D.J. et al., 2012).

Показано, что этанол стимулирует ГАМК_A-рецептор-опосредованную синаптическую нейротрансдукцию (Yan H. et al., 2009) и активирует метаболитные ГАМК_{B2} рецепторы, вызывая алкогольное опьянение (Ашмарин И.П., 1996; Семьянов А.В., 2002; Barnes E.M., 2001; Clark B.A., et al., 2002). Установлено, что ионотропные ГАМК_A-рецепторы содержат несколько топографически отличающихся сайтов связывания, взаимодействующих как с основным медиатором – ГАМК, так и с такими ПАВ, как бензодиазепины, барбитураты, этанол (Barnard E.A., Darlison M.G., 1987; Балашов А.М., 2005; Crestani F. et al., 2001; Nagaya N. et al., 2001; Kaufmann W.A. et al., 2003; Kopp C. et al., 2003; Jones B.L. et al., 2006; Serra M. et al., 2007; Матухно А.Е., Сухов А.Г., Киров В.Н., 2014; Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Янушкевич М.В., 2014).

Обнаружено, что вблизи ГАМК-рецепторов расположены бензодиазепиновые рецепторы, которые при активации могут усиливать их функцию (Katsura M., et al., 1998). В ходе исследований было доказано, что ЛСД является антагонистом ГАМК_A-рецепторов (Бобылова М.Ю., Пылаева О.А., Петрухин А.С., 2008). Так как в ГАМК-рецепторах обнаружены сайты связывания для этанола, предполагается, что этанол взаимодействует со многими другими медиаторными системами мозга именно через ГАМК-ергическую систему (Finn D.A. et al., 2010).

Было доказано, что ГАМК-система неодинаково реагирует у животных, генетически отличающихся друг от друга поведенческими реакциями на введение этанола (Шабанов П.Д., 2002). Была также выявлена связь между полиморфизмом генов α_1 -, α_6 -, β_2 - и γ_2 -субъединиц ГАМК_A-рецептора и наличием мотивации на употребление ПАВ (Loh, Ball, 2000; Congeddu, Porcella, 2001). При хроническом алкоголизме отмечено достоверное уменьшение активности ГАМК-ергической системы, сопровождающееся пропорциональным избытком дофамина (Шабанов П.Д., 2002). Показано, что, в отличие от острого действия алкоголя, при длительной алкоголизации активируются NMDA-рецепторы, при этом число ГАМК-рецепторов, напротив, снижается и происходит истощение ГАМК-системы (Schlapfer T.E., 2000; Nagy J., 2004; Осколок Л.Н., Терентьев А.А., 2011; Urban N.V., Martinez D., 2012).

Также обнаружены достоверные изменения экспрессии генов ферментов метаболизма ГАМК и глутамата, субъединиц рецепторов данных аминокислот, на основании чего делается заключение об участии этих аминокислотных систем в формировании зависимости от этанола (Eravci M. et al., 2000; Chandrasekar R., 2013; Enoch M.A. et al., 2014; Jin Z. et al., 2014).

Выводы. Проведенный анализ научных работ, отражающих результаты нейрохимических, молекулярных и клинических исследований, подтверждает важную роль ГАМК- и глутаматергической систем мозга, включая их взаимосвязь и модулирующее влияние на другие нейротрансмиттерные системы, в патогенезе аддиктивных состояний.

КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ

Рудницкий В.А., Счастный Е.Д., Никитина В.Б.

*Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия
Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия*

Экологическая психиатрия является новой психиатрической дисциплиной, вышедшей из радиационной медицины и активно развивающаяся влиянием последствий после Чернобыльской катастрофы (Александровский Ю.А. с соавт., 1990; Сединина Н.С., 2009). Большинство исследователей отмечают продолжающееся ухудшение состояния психического и соматического здоровья пострадавших пациентов, низкую эффективность реабилитационных мер, формирование и течение психической патологии сопровождается сложными изменениями, как в биологическом, так и психосоциальном контексте (Ветлугина Т.П. с соавт., 1999; Дворкина Т.В., 2005; Малыгин В.Л., 2005; Румянцева Г.М. с соавт., 2009).

Ввиду наличия сложных этиопатогенетических взаимодействий, наличием типовых клинических, этиопатогенетических взаимосвязей, существования многолетней информационной научно-исследовательской базы, непсихотические психические расстройства у ликвидаторов последствий радиационных катастроф мы рассматриваем как своеобразную модель экологически спровоцированных психических расстройств, изучение которых имеет высокое научное, практическое и социальное значение. Изучение экологически спровоцированных психических расстройств и повышение эффективности мер профилактики и реабилитации требует совершенствования методологических подходов к реализации данных задач, затрагивает интересы смежных разделов психиатрии – клинической (непсихотические, аффективные расстройства, психосоматические и аддиктивные нарушения), социальной, биологической психиатрии и т.д.).

Проанализированы научные данные о влиянии малых доз радиации и сочетанных с ней факторов на психическое здоровье ликвидаторов аварии на ЧАЭС за 25 летний период. Исследование и лечебно-профилактическая работа проводились на базе клиники НИИ психического здоровья сотрудниками данного института, областном организационно-методическом и реабилитационном центре (ООМРЦ) «Чернобыль», с участием преподавателей и студентов кафедры социальной работы, социальной и клинической психологии СибГМУ. Материал исследования: 602 пациента, ликвидатора аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами, мужчин, в возрасте (на момент обследования) от 26 до 70 лет ($46 \pm 0,5$ года).

Было сформировано 4 группы пациентов, со схожими социальными и половозрастными характеристиками. Из них 3 группы ликвидаторов: основная (464 человек), жителей города Томска, не имеющих специальной подготовки к работе с источниками радиации; 2 группы сравнения, состоящие из ликвидаторов, имеющих данную профессиональную подготовку и работающих в условиях предприятий ядерной энергетики (в первую входило 74 ликвидатора, работника основного производства СХК, во вторую – 64 работника аналогичных производств западных регионов России, сформированная во время прохождения ими санаторного этапа реабилитации). Группа сравнения 3 (148 пациентов) состояла из пациентов отделения пограничных состояний клиники НИИПЗ СО РАМН с психическими расстройствами органического регистра. Критерий исключения при наборе в группы: аддиктивные, эндогенные расстройства, тяжелые декомпенсированные соматические заболевания, лучевая болезнь.

У всех ликвидаторов обследованных групп выявлялись непсихотические психические расстройства со сложной, полиморфной симптоматикой: от нестойких

астенических нарушений до выраженных аффективных, патохарактерологических нарушений и дементного варианта психоорганического синдрома. В качестве основной нозологической категории у всех обследованных были диагностированы непсихотические психические расстройства органического регистра (соматогенно-органические), связанные со смешанными заболеваниями (интоксикационно-радиационные, сосудистые, соматогенные), сложные хронические комбинированные соматические заболевания и иммунологические нарушения.

Данные заболевания были представлены органическим эмоционально-лабильными, органическими аффективными, органическим тревожными и органическими расстройствами личности. В первое десятилетие после аварии структура органических расстройств в группах ликвидаторов была схожей, отличаясь большей прогрессивностью и тяжестью клинических проявлений в основной группе, затем в основной группе отмечалась устойчивая закономерность к росту удельного веса органических расстройств личности (патохарактерологический вариант), с соответствующим ухудшением основных медико-социальных показателей.

В настоящее время у ликвидаторов групп сравнения по-прежнему обнаружено преобладание удельного веса органических эмоционально-лабильных расстройств: 75,68% – в группе сравнения 1; 79,69% – в группе сравнения 2, и 21,34% – в основной группе. Органические расстройства личности доминируют в основной группе и выявлены соответственно в 61,85, 9,46 и 4,69 % случаев; органическое аффективное расстройство – в 10,78, 10,81 и 14,06 % случаев. Наименее часто встречалось органическое тревожное расстройство (6,03, 4,05 и 1,56 % наблюдений соответственно). В основной группе выявлялись более тяжелые органические расстройства (органические расстройства личности и энцефалопатические варианты психорганического синдрома встречались в 6—10 раз чаще, чем у ликвидаторов обеих групп сравнения). Во всех группах в отдаленные сроки после катастрофы достоверных различий тяжести психической патологии в зависимости от года пребывания в Чернобыле и официально зафиксированных лучевых нагрузок обнаружено не было, при сохранении прямой корреляции тяжести иммунологических расстройств с данными показателями.

По результатам кластерного и факторного анализа мы выделили клинические типологические варианты, учитывающие характер сопутствующих и коморбидных заболеваний и особенности их течения. Патохарактерологический вариант был представлен расстройствами личности и органическими расстройствами личности (61,85% основной группы).

Кроме того, у части пациентов в отдаленные сроки после чернобыльских событий диагностировались хронические изменения личности после перенесенной катастрофы, однако мы их рассматриваем в социально-психологическом разделе. В динамике отмечается значительное уменьшение числа расстройств личности. В первые годы после катастрофы у 18,1% обследованных (84 пациента) регистрировалась данная нозологическая единица, в отдаленном периоде – у 5,39%. В группах сравнения выраженной динамики данных показателей не прослеживалось.

В настоящее время отмечается неуклонный рост распространенности аффективных расстройств во всем мире. Оценка распространенности депрессивных расстройств колеблется в пределах 5-20% населения. Этот факт подтверждается многочисленными исследованиями во всем мире (Краснов В.Н., 2011; Murray C.J. et al., 1996). По современным оценкам, депрессивные расстройства по доле потерянных для полноценной жизни лет опережают все прочие психические расстройства, а по эпидемиологическим прогнозам, проблема депрессивных расстройств к 2020 году выйдет на второе место после ишемической болезни сердца в качестве социально-экономического бремени и гуманитарных последствий для человечества. Аффективные нарушения в сочетании с органическими и патохарактерологическими проявлениями формировали внутреннее

пространство, в котором блокировалась саногенная активность и внутренние ресурсы пациентов, создавались основные условия для возможностей саногенеза и патоластики психических и соматических заболеваний, возможности реабилитационной среды и на наш взгляд при диагностике в качестве основных нозологических форм заболеваний не аффективного регистра влияние данных процессов на психическое здоровье пациентов (не только ликвидаторов, но и других больных с хроническим течением психической патологии) недооценивается, еще в большей степени, чем личностно-персоналогический подход.

В полученных нами научных данных отмечается широкая представленность депрессивной симптоматики (91,94%), однако редко достигавшей достаточной интенсивности и нозологического значения. Клинически средний уровень выраженности депрессивных проявлений был незначительным, с соответствующими средними показателями депрессивных шкал ($12,2 \pm 5,1$ баллов по шкале Гамильтона) и шкал ММРІ (шкала D $76,47 \pm 9,6$) по основной группе, и еще меньшими показателями в группах сравнения.

Чаще всего данные проявления носили симптоматический характер, не имели самостоятельного значения и поглощались другими психопатологическими проявлениями. В целом они представлены органическим аффективным расстройством (8,44% пациентов), либо сопутствующими и коморбидными заболеваниями - депрессивными эпизодами (2,47%), невротическими расстройствами (22,41%).

Социально-стрессовый вариант выявлялся нами у 111 пациентов (23,92% основной группы), в группах сравнения не зафиксирован. Аддиктивный вариант обнаруживался у 123 пациентов основной группы (26,51%). В группах сравнения встречался почти в 2 раза реже. Психосоматический и соматоформный варианты представлены заболеваниями, традиционно считающиеся психосоматическими, а также нозогенными реакциями. Соматические заболевания носили множественный характер (в среднем 6,8 нозологий на одного пациента); опережали возрастные рамки данной патологии и в большинстве случаев оценивались нами как сопутствующие.

У всех ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС с непсихотическими психическими расстройствами были выявлены устойчивые к терапевтической коррекции иммунологические нарушения. Были характерны нарушения в системе Т-лимфоцитов со снижением фагоцитарной активности лимфоцитов, повышением количества циркулирующих иммунных комплексов, что по выраженности соответствовало тяжести выявленной психической и соматической патологии. Иммунологические нарушения сохранялись на всех этапах течения психических заболеваний, корреляции иммунологических нарушений и выраженности радиационных факторов сохраняются и в настоящее время. Наиболее тяжелыми они были у ликвидаторов, командированных в Чернобыль в 1986 году, у которых были зафиксированы дозы облучения более 10 Бэр.

Таким образом, психическая патология у ликвидаторов последствий радиационной катастрофы обладает достаточно выраженным полиморфизмом, широким спектром клинических проявлений, и этиопатогенетически связана с воздействием радиационных, психогенных, социальных, соматогенных, экзогенно-органических и конституционально-биологических факторов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Сафронова А.В., Меринов А.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия*

Употребление психоактивных веществ среди подрастающего поколения на протяжении многих лет продолжает оставаться одной из ведущих медико-социальных проблем большинства стран мира. В настоящее время существует насущная потребность в изучении различных аспектов наркотизма в самых разнообразных группах потребителей, что позволит правильнее оценить существующие тенденции в подростковой наркологии, и, безусловно, поможет создать и разработать действенные пути как профилактики, так и медицинской коррекции выявляемых нарушений.

Цель исследования. Выявление изменений в показателях употребления психоактивных веществ среди студентов за последние пять лет, а также оценка эффективности мероприятий, направленных на профилактику и борьбу с употреблением психоактивных веществ в образовательных учреждениях.

Материал и методы. Для решения поставленных задач нами в 2014 было обследовано 74 девушки и 32 юношей методом анонимного анкетирования. Все они являлись студентами выпускных курсов высших учебных заведений и дали добровольное информированное согласие на проведение исследования. Возраст в группе юношей составил $21,8 \pm 2,3$ года. Возраст в группе девушек – $21 \pm 1,1$ года. В качестве группы сравнения были использованы 136 девушек и 59 молодых людей, обследованных аналогичным образом в 2007 году. Возраст в группе юношей составил $21,4 \pm 2,2$ года, в группе девушек – $20,5 \pm 1,5$. Таким образом, сравниваемые группы были сопоставимы по возрастным, социальным и образовательным характеристикам. В качестве диагностического инструмента использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов в прошлом и настоящем, частью которого был блок, выявляющий респондентов-потребителей психоактивных веществ.

Результаты и их обсуждение. Сравнение показателей употребления психоактивных веществ среди девушек, обучающихся в ВУЗах (достоверные отличия отсутствуют): табакокурение: 2007 г. – 22,9%, 2012 г. – 27%; злоупотребление алкоголем: 2007 г. – 7,5%, 2012 г. – 9,5%; периодическое употребление наркотических средств: 2007 г. – 11,3%, 2012 г. – 10,8%.

Анализируя полученные данные, отметим тенденцию к повышению количества курящих девушек с 22,9% до 27%. Количество девушек, считающих, что они злоупотребляют алкоголем (7,5% и 9,5%) и употребляющих наркотические средства (11,3% и 10,8%) практически не изменилось, что говорит о стабильности данных значений в изучаемых женских популяциях.

Сравнение показателей употребления психоактивных веществ среди юношей, обучающихся в ВУЗах: табакокурение: 2007 г. – 32,2%, 2012 г. – 34,5% ($p > 0,05$); злоупотребление алкоголем: 2007 г. – 11,7%, 2012 г. – 24,1% ($p < 0,05$); периодическое употребление наркотических средств: 2007 г. – 17,0%, 2012 г. – 27,6% ($p < 0,05$).

Анализируя полученные данные, отметим повышение количества юношей, считающих, что они злоупотребляют алкоголем с 11,7% до 24,1%, а также рост количества юношей, употребляющих наркотические средства, – с 17,0% до 27,6%, что подтверждалось, как данными субъективной оценки себя самими респондентами, так и данными специальных опросников.

Сравнение показателей употребления психоактивных веществ среди девушек и юношей (за 2013 год): табакокурение: девушки – 27%, юноши – 34,5% ($p > 0,05$); злоупотребление алкоголем: девушки – 9,5%, юноши – 24,1% ($p < 0,05$); периодическое употребление наркотических средств: девушки – 10,8%, юноши – 27,6% ($p < 0,05$).

Анализируя полученные данные, отметим меньшее количество курящих девушек (27%), по сравнению с числом курящих молодых людей (34,5%). Статистически достоверно меньшее количество девушек, злоупотребляющих алкоголем (9,5%), по сравнению с количеством злоупотребляющих алкоголем молодых людей (24,1%), что, безусловно, способно отражать гендерные особенности алкоголизма. А также значительно меньшее количество девушек, употребляющих наркотические средства (10,8%), по сравнению с количеством употребляющих наркотические средства молодых людей (27,6%).

Заключение. Таким образом, за анализируемый период резко возросло количество юношей, употребляющих алкоголь и наркотики. Среди студентов ВУЗов остается высокой распространенность табакокурения (как среди девушек, так и среди юношей). Количество юношей более чем в два раза превышает количество девушек, употребляющих алкоголь и наркотики, что, безусловно, делает молодых людей контингентом для наиболее пристального внимания и главной точкой приложения профилактических мероприятий. Отмечается тенденция к росту употребления психоактивных веществ среди девушек и юношей, несмотря на государственные инициативы в области профилактики употребления ПАВ в образовательных учреждениях, что требует переосмысления тактики и стратегии работы с молодежью с увеличением объема профилактического компонента.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПЕРЕНЕСШИХ АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ

Сахаров А.В., Говорин Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Установлено, что динамика заболеваемости алкогольными психозами отражает динамику потребления алкоголя, при этом главным фактором заболеваемости является запойное пьянство в течение продолжительного периода времени. Кроме того, во многих работах рассматриваются дополнительные факторы риска возникновения психозов у больных алкоголизмом – наследственная отягощенность, органические поражения ЦНС, соматические заболевания и т.д. Поэтому анализ факторной обусловленности алкогольных психозов по-прежнему является актуальным.

Цель данного исследования: изучить социально-демографические и клинические особенности лиц с алкогольной зависимостью, перенесших алкогольный делирий.

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование, уточнение наркологического анамнеза и психологическое обследование больных синдромом зависимости от алкоголя II стадии, проходящих стационарное лечение в Краевом наркологическом диспансере Забайкальского края. Всего в исследование было включено 228 пациентов. Все они обратились за медицинской помощью для лечения синдрома отмены алкоголя, обследование осуществлялось на 5-6 день стационарного лечения, после купирования основных проявлений абстинентного состояния.

Мужчин среди госпитализированных было 128 человек или 56,2 %, женщин – 100 человек или 43,8 %; средний возраст составил $41,3 \pm 0,8$ лет.

Согласно цели исследования, были выделены две группы пациентов: первую составили лица, перенесшие алкогольный делирий (ранее или в настоящую госпитализацию), таких было 103 человека (АД); вторую образовали пациенты без психозов а анамнезе – 125 человек (Контроль).

В основной группе мужчин было 57,3 %, женщин – 42,7 %, средний возраст составил $41,8 \pm 1,1$ лет. В контрольной группе мужчины составили 54,4 %, женщины – 45,6 %; средний возраст обследованных был равен $40,9 \pm 1,1$ лет.

На каждого обследованного заполнялась специально разработанная карта. Степень никотиновой зависимости оценивалась с помощью теста Фагерстрема, она определялась по сумме набранных баллов: 0-2 – очень слабая зависимость; 3-4 – слабая зависимость; 5 – средняя зависимость; 6-7 – высокая зависимость; 8-10 – очень высокая зависимость. Распространенность невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Данный опросник включает в себя 68 вопросов, имеющих ранжированную пятибалльную оценку. Проставленные исследуемыми баллы переводятся в соответствующие диагностические коэффициенты. Суммируют данные коэффициенты по шести клиническим шкалам: шкала тревоги; шкала невротической депрессии; шкала астении; шкала истерического типа реагирования; шкала обсессивно-фобических нарушений; шкала вегетативных нарушений. Сумма коэффициентов больше «+ 1,28» указывает на уровень здоровья, меньше «– 1,28» указывает на болезненный характер выявляемых расстройств той или иной шкалы.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Установлено, что наследственность психопатологически отягощена у 44,7 % пациентов с алкогольной зависимостью, структура которой была следующей: 84,3 % – алкоголизм близких родственников, 12,7 % – психические расстройства близких родственников, 3,0 % – самоубийства близких родственников.

В полной семье воспитывались 76,8 % обследованных, в неполной – 21,0 %, в детском доме – 2,2 %. Воспитывались в условиях гипоопеки 15,4 % пациентов с алкогольной зависимостью. Отношения в родительской семье как плохие охарактеризовали 4,4 % респондентов, 33,4 % отметили низкий достаток семьи в детстве.

Среди пациентов 12,7 % имели неполное среднее образование, 34,2 % – среднее, 36,8 % – средне-специальное, 16,3 % – высшее. В настоящее время работает 56,1 % обследованных, безработными считаются 43,9 %.

Холостыми, разведенными являются 42,1 % респондентов; 62,6 % из них проживают одни, 37,4 % – с родителями. Лица, состоящие в браке, охарактеризовали отношения в своей семье как плохие в 12,7 % случаев, как средние – в 46,5 % случаев, как хорошие – в 40,8 % случаев. Считают свою семью малообеспеченной 34,6 % обследованных. Бытовые условия проживания неудовлетворительными называют 44,3 % больных алкоголизмом.

В течение жизни приводы в полицию имели 41,2 % пациентов наркологического стационара, судимыми были 24,6 %. Суицидальные попытки ранее совершали 16,2 % опрошенных. Черепно-мозговые травмы в анамнезе перенесли 33,3 % респондентов; хронические соматические заболевания, по поводу которых регулярно наблюдаются у терапевта, отметили 17,5 %.

Что касается выделенных групп, по полу, возрасту, наследственной отягощенности и условиям воспитания и проживания в родительских семьях значимых различий не получено. В структуре психопатологически отягощенной наследственности среди лиц с алкогольными психозами в анамнезе преобладала отягощенность по суицидам близких родственников (6,3 % и 0 соответственно, $p < 0,01$). Характеристики настоящих семей пациентов с алкоголизмом, условий их проживания и уровня жизни в обеих группах не отличаются.

Стоит отметить отличия в образовательном уровне: у пациентов с алкогольным делирием в анамнезе в 3 раза меньше было имеющих высшее образование, чем в группе без психозов в анамнезе (7,7 % и 23,2 % соответственно; $p < 0,001$).

В тоже время, представители основной группы, в сравнении с контролем, существенно чаще имели в течение жизни приводы в полицию (51,5 % и 38,2 % соответственно; $p < 0,01$) и судимость (39,8 % и 12,0 % соответственно; $p < 0,001$); у них в 2,7 раза чаще ($p < 0,001$) фиксировались в анамнезе черепно-мозговые травмы (50,5 % и 18,4 % соответственно). Они также в 5,2 раза чаще совершали суицидальные действия, преимущественно в алкогольном опьянении (29,1 % и 5,6 % соответственно; $p < 0,001$).

При уточнении наркологического анамнеза выявлено, что курят в настоящее время 80,3 % больных алкоголизмом. Согласно тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость диагностирована в 10,4 % случаев, слабая – у 20,8 %, средняя – у 16,3 %, высокая – у 31,2 %, очень высокая степень зависимости – у 21,3 %.

Употребляли каннабиноиды в течение жизни 34,7 % обследованных, при этом 5,4 % больных алкоголизмом курили гашиш систематически.

Возраст начала эпизодического употребления алкоголя составил в среднем $20,2 \pm 0,55$ лет, возраст начала злоупотребления спиртными напитками был равен в среднем $28,2 \pm 0,60$ лет. Вторая стадия алкоголизма сформировалась в среднем в $33,6 \pm 0,65$ лет.

82,9 % обследованных в настоящее время предпочитают крепкие спиртные напитки, 13,2 % – пиво, 3,9 % – вино и коктейли. Частота запоев в год у одного больного составила в среднем $5,3 \pm 0,3$ раз; максимальная длительность ремиссии в последние 2-3 года была равна в среднем $4,4 \pm 0,4$ месяцев. Судорожные припадки в абстиненции ранее регистрировались у 21,5 % лиц с алкогольной зависимостью, алкогольные психозы в анамнезе – у 38,2 %. Неоднократно в течение года обращались за стационарной наркологической помощью 31,6 % респондентов.

Установлено, что большинство лиц с алкогольной зависимостью, перенесших алкогольный делирий, в сравнении с контрольной группой, имели большее число запоев в год ($6,4 \pm 0,5$ и $4,4 \pm 0,3$ соответственно; $p < 0,001$); у них в 8,7 раза чаще встречались судорожные припадки в абстиненции (41,7 % и 4,8 % соответственно; $p < 0,001$). Нами было установлено также, что в основной группе меньше было представителей с высокой скоростью формирования синдрома отмены (62,1 % и 81,6 % соответственно; $p < 0,001$), а больше – с низкой (20,4 % и 4,0 % соответственно; $p < 0,001$). Общая длительность алкоголизма в группе с алкогольными психозами в анамнезе была несколько больше, чем в контрольной.

При этом нами не было выявлено отличий между группами по частоте курения и степени никотиновой зависимости, по потреблению наркотических средств в анамнезе, по возрасту начала эпизодического и систематического употребления алкоголя, по средней длительности абстиненции, по длительности ремиссий, по структуре предпочитаемых алкогольных напитков.

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: у больных алкоголизмом в постабстинентном периоде болезненные изменения по шкале тревоги выявлены у 50,4 % ($-4,61 \pm 0,23$ в среднем); по шкале невротической депрессии – у 67,1 % ($-6,34 \pm 0,23$ в среднем); по шкале астении – у 51,8 %

($-4,02 \pm 0,20$ в среднем); по шкале истерического типа реагирования – у 59,2 % ($-5,23 \pm 0,23$ в среднем); по шкале обсессивно-фобических нарушений – у 64,9 % ($-4,67 \pm 0,20$ в среднем); по шкале вегетативных нарушений – у 64,1 % ($-6,61 \pm 0,39$ в среднем). Не было зарегистрировано оформленных невротических расстройств в постабстинентном периоде только у 17,1 % пациентов.

У больных алкогольной зависимостью, перенесших алкогольный делирий, в сравнении с контрольной группой, значимо чаще отмечались в постабстинентном периоде тревожные (59,2 % и 42,4 % соответственно; $p < 0,01$), астенические (60,2 % и 44,8 % соответственно; $p < 0,05$) и истерические (69,9 % и 50,4 % соответственно; $p < 0,01$) расстройства.

Пограничный уровень невротических расстройств (предболезнь) был установлен у 9,7 % в основной группе и у 12,0 % в контрольной. Не было зарегистрировано невротических расстройств и предболезненных состояний в постабстинентном периоде только у 6,7 % пациентов: у 4,9 % перенесших делирий и у 8,0 % в группе без делирия.

Заключение. Таким образом, нами установлены следующие особенности пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших алкогольный делирий: более низкий образовательный уровень, высокие показатели криминального поведения, частые суицидальные попытки в анамнезе, у каждого второго – коморбидное травматическое поражение ЦНС (что в 2,7 раза чаще, чем у больных без психозов в анамнезе). Были выявлены особенности наркологического анамнеза – большая длительность алкоголизма, большее количество запоев в год, более позднее начало формирования алкогольного абстинентного синдрома, значимо большая частота (в 8,7 раза чаще) встречаемости судорожных припадков в абстиненции; несколько большая встречаемость невротических расстройств в постабстинентном периоде за счет преимущественно тревожный, астенических и истерических расстройств.

Полученные результаты демонстрируют дополнительные факторы риска развития алкогольных делириев у больных алкоголизмом, что также должно учитываться при выборе дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ У СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ ГОРОДА ЧИТЫ

Сахаров А.В., Плюснина О.Б., Грудина Н.В., Моюбова Г.А.к., Семеникова А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Одной из главных проблем современного общества является неудовлетворительное состояние здоровья молодежи, в том числе обусловленное высокой распространенностью различных аддикций, включая употребление психоактивных веществ. При этом обучение в учебном заведении относится в этом плане к критическому периоду, поэтому своевременное выявление потребителей ПАВ среди студентов помогает определять специалистам основные направления профилактических мероприятий.

Цель работы: оценить распространенность потребления психоактивных веществ у студентов разных типов учебных заведений города Читы (начального, средне-специального и высшего профессионального образования).

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование 998 студентов учебных заведений разного типа: получающих начальное профессиональное образование (НПО) было 179, средне-

специальное образование (СПО) – 420, высшее профессиональное образование (ВПО) – 399 (1 и 2 курсы). Средний возраст обследованных в первой группе был равен $16,9 \pm 0,1$ лет, во второй – $17,7 \pm 1,3$ лет, в третьей – $18,7 \pm 0,1$ лет. Юношей среди студентов НПО было 65,9 %, девушек – 34,1 %; среди студентов СПО – 62,1 % и 37,9 % соответственно; среди студентов ВПО – 31,3 % и 68,7 % соответственно.

Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Выделение донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики алкогольных расстройств использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

Результаты. Установлено, что курящими являются всего 12,8 % учащихся ВПО, существенно больше таковых было среди учащихся СПО – 41,4 % ($p < 0,001$) и учащихся НПО – 52,5 % ($p < 0,001$ с ВПО и $p < 0,02$ с СПО). Аналогичная динамика прослеживалась независимо от пола: девушки – 9,5 %, 44,0 % и 50,8 %; юноши – 20,0 %, 39,5 % и 53,4 % соответственно.

Пробовали наркотические вещества, преимущественно производные конопли, 9,5 % студентов вуза, 23,3 % студентов техникума ($p < 0,001$) и 27,4 % студентов училища ($p < 0,001$). Среди девушек аналогичные показатели были 6,2 %, 21,4 % ($p < 0,001$) и 21,3 % ($p < 0,001$) соответственно, среди юношей – 16,8 %, 24,5 % ($p < 0,01$) и 30,5 % ($p < 0,001$) соответственно.

Клинически структура алкоголизации обучающихся выглядела следующим образом: абстиненты (резвенники) – 53,4 % ВПО, 48,1 % СПО, 38,6 % НПО; случайно пьющие – 29,6 %, 25,4 % и 24,0 % соответственно; ситуационно пьющие – 11,0 %, 19,5 % и 22,3 % соответственно; систематически пьющие – 5,0 %, 5,0 % и 10,1 % соответственно; привычно пьющие (предалкоголизм) – 1,0 %, 1,0 % и 2,8 % соответственно; синдром зависимости от алкоголя – 0 %, 1,0 % и 2,2 % соответственно. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 6,0 % студентов 1-2 курсов вуза, 7,0 % студентов средне-специального учебного заведения и 15,1 % ПТУ ($p < 0,01$ с ВПО и СПО), преимущественно за счет употребления алкоголя с вредными последствиями. У девушек алкогольные расстройства были выявлены в 4,4 %, 5,0 % и 16,4 % ($p < 0,02$ с ВПО и СПО) случаев соответственно. Среди юношей алкоголизм и злоупотребление алкоголем диагностированы у 9,6 %; 8,0 % и 14,3 % соответственно.

Заключение. Таким образом, в проведенном исследовании обращает на себя внимание довольно высокая распространенность аддикций у студентов: курят 31,9 % всех студентов, пробовали наркотики в течение жизни – 18,5 %; злоупотребляют алкоголем – 8,0 %. Особенно неблагоприятная ситуация наблюдается в средне-специальном и начальном профессиональном учебных заведениях, что во многом обусловлено сложным контингентом обучающихся. Полученные результаты обязательно должны учитываться при организации дифференцированной профилактической работы в конкретном типе образовательного учреждения.

ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК: ВОПРОСЫ РЕГИСТРАЦИИ И РАЗВИТИЯ ПОМОЩИ ПРИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Сахаров А.В., Колчанова Т.Г., Голыгина С.Е., Говорин Н.В., Ступина О.П.
*Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия*

Проблема самоубийств уже давно имеет глобальный характер, а парасуициды все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации.

Имеющиеся данные, в том числе по Российской Федерации, демонстрируют значительные колебания показателя зарегистрированных суицидальных попыток на 100 тыс. населения: от 60 до более 200. Все это обусловлено объективными трудностями по сбору данных, даже по обращаемости в медицинские организации. Считается, что в анализ попадает приблизительно 1 из 4-10 случаев, при этом количество попыток самоубийства приблизительно в 10-20 раз превышает число завершенных суицидов на данной территории.

Между тем актуальность регистрации незавершенных суицидальных действий заключается в необходимости развития кризисной помощи данному контингенту лиц с целью профилактики повторных парасуицидов, риск которых составляет в среднем 20-60 процентов в течение первого последующего за первой попыткой года.

Стоит отметить, что Забайкальский край всегда отличался высокими показателями смертности по причине самоубийств: в 80-90-е годы прошлого века он составлял около 40,0 на 100 тыс. человек населения, а с 1993 года стал более 60,0 на 100 тыс. (максимум был зарегистрирован в 2002 году – 93,4 на 100 тыс. населения).

В последнее десятилетие отмечалось снижение смертности от суицидов среди населения Забайкалья, но наш регион по-прежнему входит в группу субъектов Российской Федерации с высокой смертностью населения по этой причине. В 2014 году в крае было зарегистрировано 514 самоубийств (показатель 47,1 на 100 тыс.). Частота завершенных суицидов в нашем регионе в 2,6 раза выше среднероссийской и в 1,7 раза выше, чем в Сибирском Федеральном округе.

Тем не менее, самоубийства и суицидальные попытки можно предотвращать, об этом говорится и в последнем докладе ВОЗ (2014); но это возможно только при осуществлении своевременных и эффективных, научно-обоснованных вмешательств, лечения и поддержки, при этом бремя самоубийств должно лежать не только на секторе здравоохранения, необходимо использовать многоотраслевой, всесторонний подход к этой проблеме.

В связи с этим, по-прежнему являются актуальными вопросы организации оказания суицидологической помощи населению Российской Федерации. Во многих территориях нашей страны до настоящего времени этот вид комплексной медицинской и психологической помощи организован лишь частично, или полностью отсутствует (Любов Е.Б. и соавт., 2014). А ведь сегодня особое значение имеет наличие специальных служб и профессионалов, которые способны оказать квалифицированную помощь лицам в кризисных ситуациях.

До июля 2014 года в Забайкальском крае суицидологическая служба не была организационно обозначена. Однако данный вид специализированной помощи населению оказывался различными ведомствами, в том числе работающими в системе Министерства образования и Министерства социальной защиты населения. Звенья суицидологической службы в крае были представлены, но такие основные принципы оказания данного вида

помощи, как комплексность, преемственность и этапность не всегда соблюдались в силу разной ведомственной принадлежности и, как следствие, страдала эффективность.

Учитывая, что, несмотря на постепенное снижение показателей суицидов в Забайкальском крае, ситуация остается неблагоприятной, с целью совершенствования системы кризисной помощи возникла необходимость принятия дополнительных мер, направленных на снижение уровня самоубийств.

Так, в 2010 году в Забайкальском крае был создан межведомственный Координационный совет по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения. На региональном уровне была разработана краевая долгосрочная целевая программа «Комплексные меры по профилактике суицидального поведения», рассчитанная на 2013-2015 гг.

Начал выстраиваться процесс межведомственного взаимодействия с целью улучшения оказания помощи суицидентам, положено начало сбора информации о распространенности суицидального поведения. Для этого специалистами была разработана краткая регистрационная форма, которая подается медицинскими организациями при обращении человека по поводу суицидальной попытки. Данная форма была утверждена 12 марта 2012 года распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края № 463.

При этом с июля 2014 года наступил новый этап процесса улучшения качества и доступности помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Забайкалье: в рамках реорганизации психиатрической службы на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского» (была введена в 2013 году) была создана полноценная Кризисная служба. В составе новой службы стали функционировать отделение «Телефон Доверия», кабинеты медико-социально-психологической помощи, кризисные койки с различными вариантами пребывания.

Кроме того, распоряжением правительства Забайкальского края № 504-р от 25 августа 2014 года утверждена Межведомственная комиссия по профилактике кризисных состояний и суицидального поведения на территории Забайкальского края.

Одной из задач Кризисной службы стала организация сбора и осуществление анализа статистической информации о суицидальном поведении населения нашего региона.

Удалось осуществить анализ накопленных за три последних года регистрационных форм по обращаемости суицидентов в медицинские организации края. Такая информация поступала из ряда районов нашего субъекта, хотя некоторые вопросы вызывало качество заполнения документации и полный учет обратившихся. В целом, было проанализировано 1316 случаев парасуицида.

Установлено, что обращаемость за медицинской помощью по поводу суицидальных попыток максимальной была в городах: Чита – 96,7 на 100 тыс. в 2012 году, 103,7 в 2013 и 81,2 в 2014; Краснокаменск – 119,1 на 100 тыс. в 2012 году, 110,1 в 2013 и 135,5 в 2014. Преимущественно в сельских районах показатели были существенно ниже – Шилкинский район – 56,6 на 100 тыс. в 2012 году, 73,0 в 2013 и 67,5 в 2014; Борзинский район – 69,0 на 100 тыс. в 2012, 57,9 в 2013 и 64,9 в 2014.

Если сравнивать с показателями по Чите десятилетней давности (Сахаров А.В., 2007), то обращаемость стала чуть выше (2002 год – 88,2 на 100 тыс.; 2003 – 70,3; 2004 – 77,1), хотя, вероятно, это связано и с более высоким уровнем регистрации в последние годы.

Женщин среди обратившихся за помощью в медицинские организации по поводу суицидальных попыток было 65,1 %, мужчин – 34,9 %: соотношение 1,9 : 1. Суициденты были в возрасте от 9 до 97 лет, средний возраст составил $32,6 \pm 0,4$ года.

Распределение по возрастным группам выглядит следующим образом: дети – 3,7 %; подростки – 9,0 %; 18-20 лет – 9,2 %; 21-30 лет – 31,2 %; 31-40 лет – 22,6 %; 41-50 лет – 10,9 %; 51-60 лет – 6,4 %; 61-70 лет – 3,0 %; 71 год и старше – 4,0 %.

Получено отчетливое увеличение попыток самоубийств с марта по июль, со снижением в осенне-зимний период.

Способы парасуицидов были представлены в 63,2 % случаев самоотравлениями, в 24,6 % самопорезами, в 7,8 % попытками самоповешения, в 1,6 % падениями с высоты, в 0,5 % самострелами, в 0,1 % случаев самосожжениями, в 2,2 % другими способами.

У женщин традиционно преобладали попытки самоотравления – 77,9 % (мужчины – 36,1 %; $p < 0,001$), у мужчин значительную часть составили самопорезы – 39,6 % (женщины – 16,6 %; $p < 0,001$) и попытки самоповешения – 14,6 % (женщины – 4,1 %; $p < 0,001$).

В результате, медицинскую помощь в амбулаторных условиях получили 27,1 % суицидентов, стационарную – 72,9 %. Получили консультацию психиатра – 46,1 % обратившихся; психотерапевта – 18,5 %; психолога – 12,5 %.

Заключение. Таким образом, в Забайкальском крае наблюдается отчетливое снижение смертности по причине самоубийств, хотя показатели и превышают аналогичные по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу. Этого удалось достичь, на наш взгляд, в том числе благодаря существенному улучшению доступности и качества оказания помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

При этом обращают на себя внимание стабильно высокие показатели обращаемости населения за медицинской помощью после совершения суицидальных действий, что требует совершенствования качества работы специалистов с данным контингентом пациентов, а также ставит задачи по улучшению регистрации парасуицидентов.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ (НЕОСЛОЖНЕННОМ И ОСЛОЖНЕННОМ ДЕЛИРИЕМ)

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Пляскина Е.В., Говорин Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Алкогольной тематике по-прежнему уделяется значительный интерес, что связано, в том числе, с существенными соматическими последствиями. При этом одной из причин развития висцеропатий следует считать нарушения микроциркуляции, сведения о которых скудно представлены в литературе.

Цель исследования: оценить состояние микроциркуляции методом лазерной доплеровской флоуметрии у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя (неосложненным и осложненным делирием).

Материал и методы. Данная работа является частью исследования «Клинико-эпидемиологические, патогенетические и медико-социальные аспекты основных психических и наркологических заболеваний в Забайкальском крае», которое было одобрено в локальном этическом комитете ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России 06.11.2009.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался неинвазивный метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора кровотока «ЛАКК-02» с компьютерным интерфейсом (НПП «ЛАЗМА», Москва).

На базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края было обследовано 50 пациентов в возрасте от 25 до 50 лет, госпитализированных для лечения алкогольного абстинентного синдрома (ААС, 34 человека) и алкогольного делирия (АД, 16 человек). Исследование проводилось в 1-ый день поступления (в состоянии синдрома отмены, СО), на 4-5-ый день лечения (в начале постабстинентного состояния, НПАС) и на 14-15-е сутки от госпитализации (в конце постабстинентного состояния, КПАС). Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 50 лет. Все обследованные предоставили добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Датчик устанавливался в нижней трети предплечья по наружной поверхности на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Выбор этой области обусловлен тем, что она бедна артериоло-венулярными анастомозами, поэтому в большей степени отражает кровоток в нутритивном русле. Все исследования осуществлялись в положении лежа, рука находилась на уровне сердца; ЛДФ-граммы регистрировались в течение 3 минут.

Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднее квадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (K_v). Параметр ПМ отражает величину потока крови в интервал времени, выражаемую в перфузионных единицах (пф.ед.); σ и K_v – вариабельность микрососудистого кровотока. Для оценки функционального состояния регуляторного звена микроциркуляции использовался Вейвлет-анализ, с помощью которого рассчитывались показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Достоверность различий с контрольной группой оценивалась по t-критерию Стьюдента для нормально распределенных переменных. Для сравнения связанных между собой показателей (одна группа в динамике) использовался непараметрический критерий W-Уилкоксона.

Результаты. Установлено, что у больных алкоголизмом в состоянии отмены алкоголя повышался показатель микроциркуляции относительно контрольной группы в 2,7-2,8 раза (контроль – $4,88 \pm 0,55$ пф.ед.; $13,73 \pm 0,96$ при ААС, $p < 0,001$; $13,38 \pm 1,62$ при АД; $p < 0,001$).

В постабстинентном периоде он уменьшался, но не достигал контрольных значений (НПАС: $11,84 \pm 0,84$ при ААС, $p < 0,001$; $9,89 \pm 1,06$ при АД; $p < 0,001$; КПАС: $9,13 \pm 0,94$ при ААС, $p < 0,001$; $8,03 \pm 1,38$ при АД; $p < 0,05$), оставаясь в 1,6-1,8 раза выше даже в конце постабстинентного состояния. Полученные результаты отражают выраженное ускорение потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло у пациентов, как при синдроме отмены, так и после него.

Аналогичные изменения происходили со средним колебанием перфузии (σ) при неосложненном абстинентном синдроме. Так, среднее квадратическое отклонение было максимальным в период синдрома отмены (контроль – $1,58 \pm 0,12$ пф.ед.; $3,23 \pm 0,32$ при ААС, превышение в 2 раза, $p < 0,001$), затем показатель уменьшался в постабстинентном состоянии (НПАС: $2,92 \pm 0,23$, $p < 0,001$; КПАС: $2,47 \pm 0,16$, $p < 0,001$), но не достигал контрольных значений, по-прежнему превышая их в 1,6-1,8 раза.

У пациентов в состоянии алкогольного делирия среднее колебание перфузии превышало контрольные значения в 2,2-2,3 раза как в остром состоянии ($3,52 \pm 0,57$; $p < 0,001$), так и в постабстинентном периоде (НПАС: $3,64 \pm 0,60$, $p < 0,001$; КПАС: $3,56 \pm 0,53$, $p < 0,001$), не показывая тенденции к снижению. В результате, в КПАС при алкогольном

делирии величина среднеквадратического отклонения (σ) оказалась в 1,4 раза больше, чем при неосложненном абстинентном синдроме ($p < 0,05$).

В состоянии синдрома отмены нами было установлено снижение коэффициента вариации в 1,5 раза, по сравнению с контрольной группой (контроль – $41,33 \pm 5,17$ %; $28,15 \pm 4,25$ при ААС, $p < 0,05$; $27,0 \pm 3,21$ при АД; $p < 0,02$). При неосложненном алкогольном абстинентном синдроме в дальнейшем в процессе терапии этот показатель увеличился, практически до контрольных значений (ААС – НПАС: $33,43 \pm 5,95$; КПАС: $36,92 \pm 4,91$).

В группе больных с алкогольным делирием выявлен существенный рост коэффициента вариации, который к концу постабстинентного состояния превысил контрольные значения в 1,6 раза (АД – НПАС: $40,97 \pm 7,89$; КПАС: $67,12 \pm 11,22$, $p < 0,05$). Соответственно, в КПАС этот показатель в группе АД оказался в 1,8 раза больше ($p < 0,02$), чем в группе ААС. При этом коэффициент вариации является отражением воздействия на микроциркуляторный кровоток активных механизмов регуляции, которых явно недостаточно в остром состоянии синдрома отмены при имеющихся расстройствах гомеостаза. В тоже время, после перенесенного алкогольного делирия происходит чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции микрокровотока, что может быть неблагоприятным фактором.

Миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров повышался в состоянии синдрома отмены алкоголя примерно в 1,2 раза ($1,83 \pm 0,06$ в контроле; $2,12 \pm 0,07$ при ААС, $p < 0,01$; $1,96 \pm 0,18$ при АД), сохраняясь увеличенным как в начале постабстинентного периода ($1,92 \pm 0,06$ при ААС; $2,11 \pm 0,11$ при АД, $p < 0,05$), так и в конце ($2,02 \pm 0,07$ при ААС, $p < 0,05$; $2,06 \pm 0,09$ при АД, $p < 0,05$).

Нейрогенный тонус прекапиллярных резистентных микрососудов был немного увеличенным в группе пациентов с ААС в состоянии отмены, уменьшаясь в процессе лечения. У пациентов в группе с АД увеличение нейрогенного тонуса наблюдалось только к концу постабстинентного периода. При этом отличия в обоих случаях оказались не значимыми (контроль – $1,87 \pm 0,06$; СО – $1,99 \pm 0,08$ при ААС; $1,86 \pm 0,13$ при АД; НПАС – $1,89 \pm 0,08$ при ААС; $1,85 \pm 0,12$ при АД; КПАС – $1,79 \pm 0,07$ при ААС; $1,97 \pm 0,27$ при АД).

Показатель шунтирования был также увеличенным при синдроме отмены алкоголя на 10-20 % (контроль – $1,05 \pm 0,06$; ААС – $1,18 \pm 0,06$; АД – $1,24 \pm 0,08$, $p < 0,05$). В процессе терапии произошло некоторое снижение величины этого показателя (НПАС – $1,09 \pm 0,06$ при ААС; $1,16 \pm 0,07$ при АД; КПАС – $1,15 \pm 0,05$ при ААС; $1,19 \pm 0,10$ при АД).

В динамике, в период стандартного лечения абстинентного состояния (неосложненного и осложненного делирием), согласно критерию Уилкоксона, получены значимые отличия для показателя микроциркуляции (ПМ) и коэффициента вариации (Кv): первый уменьшался ($p < 0,002$), а второй увеличивался ($p < 0,003$) к концу постабстинентного периода.

Заключение. Таким образом, нарушения микроциркуляции у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя носят выраженный и распространенный характер, сохраняясь даже в постабстинентном состоянии. При этом более существенные изменения наблюдаются при алкогольном делирии, по сравнению с простым абстинентным синдромом, что требует разработки соответствующей медикаментозной коррекции.

ЧАСТОТА КУРЕНИЯ И АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Сахаров А.В., Говорин Н.В., Астафьева Н.А., Астафьев К.А., Дабаева С.С.,
Гаймоленко О.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Курение и чрезмерное потребление алкоголя нередко являются истинными причинами, приводящими человека на больничную койку. Это замечено и при острых нарушениях мозгового кровообращения: у злоупотребляющих алкоголем лиц риск инсульта возрастает в 2-3 раза. Поэтому продолжение изучения данных аспектов актуально как в теоретическом, так и в практическом плане.

Цель исследования: изучение частоты курения и злоупотребления алкоголем среди пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анонимное анкетирование и уточнение наркологического анамнеза у 69 пациентов, проходивших стационарное лечение в региональном сосудистом центре Краевой клинической больницы и отделения неврологии Городской клинической больницы города Читы. Мужчин среди обследованных пациентов было 50,7 %, женщин – 49,3 %. Средний возраст составил $58,7 \pm 1,9$ лет. Ишемический инсульт был диагностирован у 45 человек, геморрагический – у 24 человек.

На каждого респондента заполнялась специальная карта обследования. Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Выделение донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики алкогольных расстройств использовались критерии МКБ-10. Дополнительно использовался тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Наследственность пациентов с инсультом была отягощена в 56,5 % случаев наличием сердечно-сосудистых заболеваний у близких родственников, в 20,3 % случаев – алкоголизмом близких родственников. Сами обследованные отметили имевшиеся у себя до нарушения мозгового кровообращения сердечно-сосудистые заболевания в 37,7 % случаев, преимущественно за счет артериальной гипертензии (21,7 %).

Выявлено, что курят в настоящее время 42,0 % пациентов с инсультом. Возраст начала курения составил $19,4 \pm 1,1$ лет, средний стаж на данный момент равен $34,6 \pm 3,1$ лет. Согласно тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость диагностирована в 10,3 % случаев; слабая – у 27,6 %; средняя – у 24,1 %; высокая – у 20,7 %; очень высокая степень зависимости – у 17,3 %.

Из всех обследованных 75,4 % указали на употребление алкогольных напитков, 24,6 % категорически отрицали их прием на протяжении уже длительного времени. Клинически структура алкоголизации выглядела следующим образом: абстиненты (трезвенники) – 33,3 %; случайно пьющие – 15,9 %; ситуационно пьющие – 20,3 %; систематически пьющие – 5,8 %; привычно пьющие (предалкоголизм) – 5,8 %; синдром зависимости от алкоголя – 18,9 %. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена у 30,5 % больных инсультом.

При этом ни один из опрошенных не указал на возможную связь курения или приема спиртного с развитием острого нарушения мозгового кровообращения.

В дальнейшем все пациенты были поделены на две группы – первую составили непьющие, пьющие редко и эпизодически (48 человек, мужчины – 33,3 %), вторую – злоупотребляющие алкоголем (21 человек, мужчины – 90,5 %). Оказалось, что в первой группе количество геморрагических инсультов составило 27,1 %; во второй – 52,4 % ($t = 2,00$; $p < 0,05$). Кроме того, курят в настоящее время 33,3 % и 61,9 % в каждой группе соответственно ($t = 2,27$; $p < 0,05$).

Если рассмотреть эти показатели в зависимости от вида инсульта, то частота курения при ишемическом инсульте составила 33,3 %, при геморрагическом – 58,3 % ($t = 2,04$; $p < 0,05$). Алкогольные расстройства в указанных группах были диагностированы в 22,2 % и в 45,8 % случаев соответственно ($t = 1,99$; $p < 0,05$).

Выводы. Установлено, что курят 42,0 % пациентов с инсультом, у 62,1 % которых отмечаются серьезные степени никотиновой зависимости. Алкогольные расстройства диагностированы у 30,5 % обследованных. При этом данные факторы риска в 1,8-2,0 раза чаще ($p < 0,05$) встречаются при геморрагических инсультах, в сравнении с ишемическими. Полученные результаты свидетельствуют о негативном влиянии курения и чрезмерного потребления алкоголя на возможное развитие геморрагического инсульта, что обязательно должно учитываться в профилактических мероприятиях.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО–ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК, СОВЕРШЕННЫХ ПУТЕМ САМООТРАВЛЕНИЯ

Сахаров А.В., Малинина А.В., Бабинский В.В., Папкина Т.И.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Проблема самоубийств в последние десятилетия не становится менее значимой, суициды и суицидальные попытки совершают люди во всех странах и во всех возрастных группах. При этом учет парасуицидов практически не ведется, ведь за медицинской помощью обращается приблизительно 1 из 4-10 человек. Хотя количество попыток самоубийства в 10-20 раз превышает число завершенных суицидов, что характеризует истинные масштабы происходящего.

Поэтому детальное изучение клинико-эпидемиологических аспектов суицидальных попыток имеет большое научное и практическое значение, особенно в тех территориях, где наблюдаются высокие показатели смертности по причине самоубийств. Одной из таких территорий в нашей стране является Забайкальский край, где частота суицидов в 2-2,5 раза выше, чем в целом по Российской Федерации.

Цель данного исследования: изучение некоторых эпидемиологических и клинических характеристик парасуицидов в городе Чите.

Материал и методы. Работа основывается на данных ретроспективного анализа историй болезни лиц, совершивших суицидальную попытку путем самоотравления и госпитализированных в Краевой токсикологический центр за период 1995-2014 гг. Всего за 20 последних лет получало лечение по этой причине 5 050 человек.

Статистическая обработка проводилась в соответствии с методикой Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись

частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по *t* критерию Стьюдента.

Результаты. Установлено, что суицидальные попытки путем самоотравления совершили 3828 женщин (75,8 %) и 1222 мужчин (24,2 %); соотношение равно 3,1 : 1.

Распределение по возрастным группам выглядит следующим образом: до 20 лет – 27,9 %; 21-30 лет – 29,7 %; 31-50 лет – 31,2 %; старше 50 лет – 11,2 %. При этом среди женского контингента, в сравнении с мужским, было в 2 раза больше представителей в возрасте до 20 лет (31,8 % и 15,6 %; $p < 0,001$) и в 1,5 раза меньше в возрасте 21-30 лет (26,5 % и 39,6 %; $p < 0,001$).

По социальному статусу суициденты разделились следующим образом: неработающие – 45,1 %, работающие – 25,2 %, учащиеся – 15,8 %, инвалиды – 8,8 %, пенсионеры – 5,1 %. Получено относительно равномерное распределение попыток самоубийств по месяцам, с небольшим увеличением весной.

Способы самоотравлений были представлены в 18,7 % – отравлением уксусной кислотой и другими химическими жидкостями; в 81,3 % – медикаментозным и полимедикаментозным отравлением.

У лиц, совершивших суицидальную попытку, психические и поведенческие расстройства были диагностированы в 25,4 % случаев. Структура расстройств была следующей: алкоголизм – 42,5 %, шизофрения – 20,4 %, депрессия – 10,3 %, эпилепсия – 12,1 %, расстройство личности – 5,6 %, наркомания – 3,4 %, умственная отсталость – 3,2 %, ОЗГМ – 2,5 %. Подавляющее большинство (69,6 %) называли причины совершения парасуицида, среди которых 68,9 % составили «конфликты в семье»; 15,0 % – «ссоры с другом/подругой».

Выявлено, что количество попыток самоубийства, предпринятых в алкогольном опьянении, составило 45,8 % (мужчины – 53,0 %; женщины – 43,5 %; $p < 0,001$). Если рассматривать по отдельным возрастным группам, то в группе до 20 лет в алкогольном опьянении находилось 24,7 %; 21-30 лет – 47,9 %; 31-50 лет – 52,5 %; старше 50 лет – 42,9 %. Среди данного контингента преобладали неработающие граждане – 56,1 %.

Отравление уксусной кислотой и другими химическими жидкостями у парасуицидентов в алкогольном опьянении составило 21,0 %, что в 1,4 раза больше, чем у трезвых лиц (15,0 %; $p < 0,001$). Соответственно, в состоянии алкогольного опьянения при отравлениях медикаментами находилось 43,9 %; при отравлениях уксусной кислотой и химическими жидкостями – 54,2 % ($p < 0,001$).

У суицидентов в алкогольном опьянении психические и поведенческие расстройства были диагностированы в 28,8 %, в структуре которых на алкоголизм пришлось 70,3 %, на эндогенные заболевания 11,3 %. В тоже время у пациентов, совершивших попытку трезвыми, сопутствующая психопатология выявлялась в 22,3 % случаев ($p < 0,001$), но в структуре на синдром зависимости от алкоголя пришлось только 12,3 % ($p < 0,001$), а на эндогенные расстройства – 51,7 % ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, при попытках самоотравления преобладают неработающие женщины молодого возраста, каждая вторая-третья из которых находилась в состоянии алкогольного опьянения; причиной совершения суицидальных действий подавляющее большинство считает проблемы в межличностных взаимоотношениях.

При этом психические расстройства были установлены только у каждого четвертого суицидента, в структуре которых преобладает алкоголизм. Выявлены существенные отличия в структуре психических расстройств в зависимости от наличия алкогольного опьянения на момент совершения суицидальных действий: в алкогольном опьянении в 5,7 раза преобладает алкоголизм, а у трезвых – в 4,6 раза преобладают эндогенные заболевания. Полученные данные подтверждают сложность проблемы суицидального поведения, решение которой выходит далеко за рамки только медицинских или психиатрических мер.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ ТИПОВ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Сахаров А.В., Плюснина О.Б., Суркова В.Н., Ливента Н.С., Филиппова О.В.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В настоящее время на состояние здоровья подрастающего поколения оказывают неблагоприятное воздействие различные негативные макро- и микросоциальные факторы, что обуславливает рост, в первую очередь, нервно-психической заболеваемости. При этом особое внимание должно уделяться проблеме охраны здоровья студенческой молодежи, т.к. специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой.

Цель исследования: изучить распространенность и структуру невротических расстройств у студентов средне-специального и начального профессионального учебных заведений города Читы.

Материал и методы. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование 599 студентов учебных заведений разного типа: получающих начальное профессиональное образование (НПО) было 179, средне-специальное образование (СПО) – 420. Средний возраст обследованных в первой группе был равен $16,9 \pm 0,1$ лет, во второй – $17,7 \pm 1,3$ лет. Юношей среди студентов НПО было 65,9 %, девушек – 34,1 %; среди студентов СПО – 62,1 % и 37,9 % соответственно.

Распространенность невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Дополнительно использовались тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости; методика К. Янг для определения Интернет-зависимости.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. В настоящее время отдельно от родителей проживают 63,1 % студентов НПО и 50,7 % ($p < 0,01$) СПО. Свою семью малообеспеченной считают 18,4 % обучающихся ПУ и 11,0 % ($p < 0,05$) техникума. Наследственность психопатологически отягощена у 14,5 % обследованных в НПО и у 11,2 % в СПО, при этом в структуре преобладает алкоголизм родителей.

Приводы в полицию имели 30,7 % студентов первой группы и 15,7 % второй ($p < 0,001$), судимость – 7,3 % и 3,1 % ($p < 0,05$) соответственно. Суицидальные попытки совершали ранее 14,5 % учащихся НПО и 7,7 % СПО ($p < 0,02$).

При анализе полученных результатов по тесту Яхина-Менделевича выявлено следующее: невротические расстройства были диагностированы у 31,3 % (56) студентов ПУ и у 36,4 % (153) студентов техникума. Предболезненные невротические состояния имелись у 13,4 % (24) в НПО и у 22,9 % (96) в СПО ($p < 0,01$). Отсутствовали признаки невротических нарушений у 55,3 % (99) и у 40,7 % (171) студентов каждой группы соответственно ($p < 0,001$).

Болезненные изменения по шкале тревоги выявлены у 15,1 % и 16,4 % студентов соответственно; по шкале невротической депрессии – у 15,1 % и 13,3 %; по шкале астении – у 5,0 % и 8,3 %; по шкале истерического типа реагирования – у 17,9 % и 12,6 %; по шкале обсессивно-фобических нарушений – у 17,3 % и 17,9 %; по шкале вегетативных нарушений – у 11,7 % и 10,5 % соответственно.

Интернет-зависимость выявлена по тесту К. Янг у 15,6 % респондентов НПО и 5,5 % СПО ($p < 0,001$). Курящими являются 52,5 % учащихся училища и 41,4 % техникума ($p < 0,02$). Согласно тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость

диагностирована в 27,7 % случаев в первой группе и в 57,5 % во второй ($p < 0,001$); слабая – у 34,0 % и 27,0 %; средняя – у 18,1 % и у 8,1 % ($p < 0,01$); высокая – у 8,5 % и у 6,9 %; очень высокая степень зависимости – у 11,7 % и у 0,5 % ($p < 0,001$) соответственно.

Выводы. Выявлено, что каждый третий студент имеет оформленные невротические расстройства, которые чаще представлены тревожными и обсессивно-фобическими нарушениями. При этом обращает на себя внимание более сложный контингент обучающихся в училище, по сравнению с техникумом: студенты НПО в 2 раза чаще имели приводы в полицию, судимость и суицидальные попытки в анамнезе, чаще подвержены аддиктивной патологии.

ПОРЯДОК ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ В ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОМ ЖЕНСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Снигуряк Т.В., Кравченко С.Л., Михайлович Л.Г., Секисова Е.С., Сабля С.В.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

В настоящее время одним из важнейших принципов психосоциальной реабилитации неоспоримо является бригадный подход, который основан на участии в процессе терапии пациента каждого члена полипрофессиональной бригады. Работа каждого специалиста бригады, включающей врача-психиатра, медицинского психолога, специалиста по социальной работе, медицинскую сестру, в равной степени оказывает терапевтическое воздействие на пациента. Благодаря тому, что все специалисты бригады, оценивают клинично-нозологические, социально-бытовые, личностно-психологические аспекты пациента через свою призму профессиональных знаний, удается создать комплексную оценку состояния больного и составить всесторонний план реабилитационно-терапевтических мероприятий. Традиционно бригадиром является врач-психиатр – заведующий отделением, который координирует всю работу всех членов полипрофессиональной бригады.

Работа с пациентками общепсихиатрического женского отделения начинается с первого дня пребывания в стационаре, когда больная попадает в поле зрения принимающей её в отделении медицинской сестры и уже в первые часы становятся очевидными проблемы, которые впоследствии становятся точками приложения для всей бригады. Ежедневно на планёрках внутри отделения все поступающие пациентки обсуждаются и выносятся коллегиальное решение о порядке и сроках распределения их в рамках проводимых реабилитационных групповых мероприятий, также обозначаются приоритетные направления индивидуальной работы с каждой больной. Помимо этого, еженедельно, согласно установленному графику, проводятся заседания бригады. На заседаниях бригады проводится комплекс оценочно-диагностических действий каждым специалистом для формирования многогранного представления о поступивших за неделю в отделение пациентов.

Опираясь на составленный многоуровневый функциональный диагноз каждого пациента, составляется индивидуальный план терапевтических и реабилитационных мероприятий, проводится распределение пациентов по групповым занятиям в зависимости от их нозологической принадлежности, уровню социальной дезадаптации, личностно-психологическим особенностям, определяются продолжительность, интенсивность, расписание групповой работы. В дальнейшем, также на заседаниях бригады, происходит обсуждение динамики лечебно-реабилитационного процесса

каждого больного, оценка промежуточных результатов, с внесением по необходимости изменений, дополнений в план реабилитационных мероприятий. По окончании лечения пациентов в женском отделении, на заседании бригады проводится завершающий анализ выполненной работы с оценкой эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Безусловно, учитывая интенсивность поступления пациентов в отделение, их схожесть по нозологическим и другим аспектам (в том числе и за счет дифференциации всех поступающих в учреждение больных), необходимость рационального использования рабочего времени всех специалистов бригады, предпочтение отдается в большей степени групповым методикам, нежели индивидуальному характеру работы. Групповые методики используются настолько широко, что охват групповой работой составляет порядка 90-94% от всех поступивших пациенток, практически все группы являются открытыми, поэтому поток поступающих равномерно распределяется между текущими группами и не происходит прерывания процесса вовлечения новых участниц. За период пребывания в отделении у пациенток появляется возможность, окончив занятия в одной группе, перейти в другую, получить новые знания и навыки, а затем, посещая группы, находясь уже в режиме дневного стационара, делиться с новыми участницами приобретённым опытом и знаниями.

Основной поток пациенток с приема поступает в отделение непосредственно на круглосуточный режим пребывания. В условиях круглосуточного стационара проводится комплексное обследование, устанавливается диагноз, купируется острая симптоматика психических расстройств, достигается упорядоченность поведения, вырабатываются положительные установки на лечение. В дальнейшем, с целью формирования ремиссии и повышения социальной адаптации, приближения к обычному домашнему режиму проживания, пациенты продолжают лечение в условиях дневного стационара.

Функции медицинской сестры, оказывающей помощь пациентам с психическими расстройствами, предусматривают гибкость и разнообразие профессиональных подходов. Тактика ведения психических больных требует индивидуального подхода, динамического наблюдения за состоянием пациента. Медицинской сестре психиатрической клиники необходимо иметь очень высокий уровень социальной и общей осведомленности, т.к. психическое заболевание сопровождается не только медицинскими отклонениями, но и множеством проблем социального характера. Социальная дезадаптация людей с психическими расстройствами выражается в изменении семейных, межличностных отношений, социальной изоляции, утрате трудоспособности, профессиональных навыков, в потере ранее присущих коммуникативных, бытовых и прочих адаптивных возможностей. На медицинскую сестру возлагается роль по созданию благоприятной терапевтической среды в отделении, поддержанию комфортного доброжелательного взаимодействия с каждым пациентом, по оказанию ему эмоциональной поддержки, и непосредственное участие в проведении реабилитационной работы на всех этапах оказания помощи. Основная цель данного подхода: сохранение и оптимальное использование имеющихся ресурсов больного, а также постоянная работа по восстановлению и закреплению полученных новых или ранее утраченных навыков, функций. Поэтому медицинская сестра проводит разнообразную групповую работу с пациентами в доступной форме, рассказывает о важности медикаментозного лечения, действии лекарственных препаратов на организм, побочных действиях, о необходимости поддержания лекарственного режима, обучает простым навыкам самообслуживания, личной гигиены, социального взаимодействия. Так, в женском отделении медицинскими сестрами регулярно проводятся групповые и индивидуальные занятия и применение их на практике по темам: «Психофармакотерапия», «Личная гигиена», «Здоровый образ жизни», «Поддержание жилища в чистоте», «Правила поведения в общественных местах» и др.

Основная нагрузка по психосоциальной направленности оказания помощи в отделении возлагается на медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Наиболее широко в женском отделении применяются следующие групповые методы работы: тренинги приверженности лечению, сензитивности, когнитивных, коммуникативных навыков, арт-терапия, терапия занятостью, модуль независимого проживания, различные досуговые, праздничные, спортивные мероприятия.

- Тренинг приверженности лечению. Приверженность – это степень совпадения поведения пациента с рекомендациями врача. Основной целью данного тренинга является подготовка пациентов к самостоятельной жизни после выписки из стационара, поддержания стойкой ремиссии и повышения качества жизни больного. Способность решать проблемы в повседневной жизни является важным фактором в развитии самостоятельности пациентов, длительное время находящихся на стационарном лечении.

- Тренинг сензитивности. Данный тренинг позволяет повысить чувствительность пациентов в восприятии окружающего мира, улучшить способности устанавливать и поддерживать контакты в общении, осознавая своеобразие каждого человека, а также развивать способности понимания истинных причин собственных чувств и переживаний.

- Коррекция и восстановление дефицита базовых нейрокогнитивных функций (внимания, памяти, мышления) для успешной адаптации в социуме. Данная программа направлена на повышение у пациентов уровня развития познавательных способностей и познавательной активности.

- Арт-терапия. Арт-терапия способствует удовлетворению потребностей в самопонимании и положительном принятии себя; творческом и осмысленном времяпрепровождении. Занятия художественным творчеством в группе позволяют: объединить людей на основе творчества, а не симптомов болезни или связанных с ней проблем; поддержать и развить творческие интересы; иметь инструмент для выражения чувств и мыслей; создать предпосылки свободному самовыражению.

- Тренинг социальных и коммуникативных навыков – это обучение оптимальным способам выражения собственных чувств, мыслей, эмоций и потребностей, а также ориентирование участников на социально приемлемые реакции и способы самовыражения в общении с окружающими.

- Терапия занятостью – вид социотерапии, при которой больные привлекаются к различным занятиям, имеющим характер хобби, — творчеству, развлекательно-познавательным и спортивным мероприятиям. Пассивные формы занятий, такие как, прослушивание музыки, просмотр кино, посещение религиозных, культурно-досуговых мероприятий, постепенно заменяются активными видами деятельности – участие в обсуждении, в подготовке музыкально-театральных постановок, посещение кружков по интересам.

- Тренинг независимого проживания хронически психически больных направлен на формирование, развитие или восстановление нарушенных навыков. При этом речь идет о выработке не только простых, бытовых навыков, но также более сложных – навыков общения, взаимодействия в обществе.

В целом, результаты оценки эффективности проводимых занятий, тренингов показали уменьшение у пациенток отделения уровня тревоги, напряженности, враждебности, улучшение навыков вербального и невербального общения, формирование социально приемлемых форм поведения. Было отмечено у пациентов развитие позитивной установки на лечение, осознание необходимости принятия мер, направленных на улучшение состояния и поддержания более длительного срока ремиссии, улучшение понятийного и логического мышления, памяти, внимания, повышение степени самораскрытия.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПАССИВНЫХ ВИДОВ СОВЛАДАЮЩЕГО СО СТРЕССОМ БОЛЕЗНИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО»

Соболев В.А., Чумаков Д.В., Давыдова И.А., Ярославская М.А.
Психиатрическая клиническая больница № 12, Москва, Россия

Цель исследования – изучение параметров пассивных видов совладающего со стрессом поведения у пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство».

Характеристика групп обследуемых и методы. В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 31 до 50 лет с диагнозом F 21 «шизотипическое расстройство». Больные находились на лечении в ГБУЗ ПКБ № 12 ДЗМ. Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 15 мужчин, средний возраст – $40,7 \pm 7,04$ лет. Группу сравнения составили 15 женщин, средний возраст – $40,4 \pm 6,15$ лет. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялись копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана.

Статистическая обработка результатов исследования: При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. Последний показатель рассчитывался по U-критерию Манна-Уитни. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Результаты исследования совладающего поведения и их обсуждение. В обеих группах полученные значения по шкале «Дистанцирование» выходят за рамки нормативов теста. Средние значения для мужчин составили $59,1 \pm 10,2$, что достоверно выше показателей ($P=0,01$), выявленных у женщин – $38,6 \pm 9,8$. Чрезмерное обращение к стратегии «дистанцирование» у мужчин с одной стороны позволяет не растрчивать свои внутренние ресурсы, оберегает от проявления аффективных вспышек, позволяет снизить субъективную значимость трудноразрешимых ситуаций; с другой – может приводить к слабому учету социальной действительности, провоцировать к уходу от проблем в концептуальные построения, что в последующем служит источником искаженного восприятия происходящего и, как следствие, обостряет отношения с окружающими, создавая благоприятную почву для межличностных конфликтов.

Средние показатели по шкале «бегство-избегание» для мужчин составили $53,7 \pm 13,7$, что достоверно ниже ($P=0,01$) значений женщин, полученные баллы для которых варьируют в пределах $68,1 \pm 6,9$. Отчетливое предпочтение стратегии женщинами с диагнозом «шизотипическое расстройство» свидетельствует о склонности отрицать наличие проблем и уходить от их решения, не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. У мужчин полученные значения не выходят за рамки нормативов теста, что указывает на умеренное обращение к копингу.

Выводы:

1. Предпочтение пассивных видов совладающего поведения больными с шизотипическим расстройством связано с недостаточным развитием личностных ресурсов.

2. Чрезмерное обращение к стратегии «дистанцирование» у мужчин с диагнозом «шизотипическое расстройство» может быть связано с неумением гибко регулировать межличностные отношения, а так же позволяет больному снизить эмоциональную степень вовлеченности к заболеванию в стрессовой ситуации.

3. Предпочтение женщин с диагнозом «шизотипическое расстройство стратегии «бегство-избегание» свидетельствует о склонности отрицать наличие проблем и уходить от их решения, непризнавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшения своего состояния.

Заключение: Детальное изучение копинг-поведения у пациентов с шизотипическим расстройством позволяет выявить особенности его психологического реагирования на стрессовую ситуацию; сохраненные личностно-средовые ресурсы; продуктивные и непродуктивные стили совладания со стрессовой ситуацией, что в последующем весьма полезно в обучении больного грамотно использовать различные формы совладающего поведения в процессе адаптации к заболеванию.

Различные стили совладающего поведения в разной степени способствуют либо препятствуют сохранению психологического благополучия личности, что во многом зависит от умения пациента грамотно оценить ситуацию и использовать наиболее приемлемый стиль совладания. Т.е. вне зависимости от того пассивный или активный, проблемно-ориентированный или эмоционально-ориентированный вид копинга используется, любой из них может быть эффективен в поддержании психического и физического благополучия пациента в стрессовой ситуации, в частности заболевания, и может позволить избежать ухудшения состояния. Эффективность копинг-поведения во многом обусловлена сбалансированностью функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов совладающего поведения. Это способствует повышению стрессоустойчивости индивидуума и может улучшить эффективность профилактики рецидивов и обострений заболевания.

Таким образом, одной из основных задач психопрофилактических программ становится – сбалансирование функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов совладающего поведения больного.

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТИВНЫХ ВИДОВ СОВЛАДАЮЩЕГО СО СТРЕССОМ БОЛЕЗНИ ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ШИЗОТИПИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО»

Соболев В.А., Чумаков Д.В., Давыдова И.А., Ярославская М.А.
Психиатрическая клиническая больница № 12, Москва, Россия

Цель исследования – изучение параметров активных видов совладающего со стрессом болезни поведения у пациентов с диагнозом «шизотипическое расстройство».

Характеристика групп обследуемых и методы. В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 31 до 50 лет с диагнозом F 21 «шизотипическое расстройство». Больные находились на лечении в ГКУЗ ПКБ № 12 ДЗМ. Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 15 мужчин, средний возраст – 40,7±7,04 лет. Группу сравнения составили 15 женщин, средний возраст – 40,4±6,15 лет. Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялись копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана.

Статистическая обработка результатов исследования: При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. Последний показатель

рассчитывался по U-критерию Манна-Уитни. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Результаты исследования совладающего поведения и их обсуждение. Женщины достоверно чаще прибегают к использованию копинг-стратегии «конфронтация» в сравнении с мужчинами ($P=0,01$). Средние показатели для 1 группы составили $41,4 \pm 14,2$; 2 группы – $59,8 \pm 10,6$. Высокие значения по шкале «конфронтация» у пациенток с диагнозом «шизотипическое расстройство» указывают на недостаточность регуляции волевого компонента деятельности, склонность к малопродуктивным формам реагирования с тенденцией к аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, трудности адекватного восприятия социального контекста окружающего. Вышеописанные характеристики могут оказывать существенное влияние на адаптационные возможности личности, способствовать ее социальной изоляции.

Результаты, полученные у мужчин, демонстрируют более сбалансированное обращение к стратегии. Не выявлено достоверных различий ($P > 0,05$) между результатами 1 и 2 выборки по шкале «Самоконтроль». Показатели для мужчин варьируют в пределах $32,1 \pm 8,9$, для женщин – $29,7 \pm 11,3$. Полученные данные демонстрируют в обеих выборках недостаточное обращение к стратегии «самоконтроль». При сопоставлении результатов по шкале «поиск социальной поддержки» выборок мужчин и женщин, страдающих шизотипическим расстройством, достоверных различий не было выявлено ($P > 0,05$). В обеих группах были получены низкие значения: у женщин показатели варьировали в пределах $28,4 \pm 7,02$, у мужчин – $26,7 \pm 9,4$, что свидетельствует о редком обращении к ресурсу социальной поддержки. Возможно, данное обстоятельство связано с выраженными осложнениями больных в адекватном восприятии социальной действительности и затрудненности в сообразности реагирования на требования среды.

Полученные значения по шкале «принятие ответственности» в обеих выборках демонстрируют недостаточное обращение к стратегии, что свидетельствует о затруднении в понимании и признании личной роли в возникновении конфликтных, проблемных ситуаций. Средние значения для мужчин составили $39,5 \pm 9,1$, что достоверно выше показателей ($P=0,05$), выявленных у женщин – $33,7 \pm 10,02$. Вышеописанные данные указывают на большую готовность мужчин анализировать свое поведение в сравнении с женщинами.

Недостаточное обращение к стратегии «планирование решения проблемы» наблюдается у обеих групп, с достоверно ($P=0,05$) более редким использованием у женщин, средние значения для которых составили $30,7 \pm 11,3$, по сравнению с мужчинами, у которых показатели варьируют в пределах $36,1 \pm 7,7$. Полученные данные демонстрируют нарушения целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения стрессовых ситуаций, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся внешних и внутренних ресурсов у больных с шизотипическим расстройством, с большей выраженностью дефицита у женщин.

При сопоставлении результатов выборок по шкале «положительная переоценка», достоверных различий не было выявлено ($P > 0,05$). В обеих группах были получены низкие значения, у женщин показатели варьировали в пределах $31,2 \pm 6,5$, у мужчин – $29,6 \pm 4,9$, что свидетельствует о редком обращении к мысленному моделированию своих высказываний, поступков, а также произошедших ситуаций, оценивании ситуаций как негативных, склонности к формированию депрессивных реакций, механизма «негативного мышления».

Выводы:

1. Пациенты, страдающие шизотипическим расстройством, дезадаптивно реагируют в ситуациях стрессовой нагрузки.

2. У пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, наблюдается разбалансированность функционирования эмоционального, когнитивного, поведенческого компонентов копинга.

3. Женщины, страдающие шизотипическим расстройством, обнаруживают склонность к малоконструктивным формам реагирования с тенденцией к аффективным вспышкам, внешнеобвиняющим реакциям, трудности адекватного восприятия социального контекста окружающего.

4. Мужчины с диагнозом «шизотипическое расстройство» демонстрируют большую готовность анализировать свое поведение в сравнении с женщинами с шизотипическим расстройством.

5. Полученные результаты могут учитываться при выборе тактики психотерапевтического вмешательства и создании психообразовательных программ для пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, что является необходимым компонентом реабилитационного процесса в психиатрической практике.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Соколова О.В.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

В основе деятельности кризисных служб лежит убеждение, что каждый имеет право на получение профессиональной социальной поддержки, и каждый способен осознать, в чём состоят его проблемы.

В системе здравоохранения Забайкальского края Телефон экстренной психологической помощи был открыт в июле 2014 года на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского (в отделении кризисной службы).

Цель создания: оказание профессиональной медицинской, социальной и психологической поддержки посредством информирования и консультирования население края по вопросам, связанным с психологическими трудностями в жизни, а также, в необходимых случаях, для оказания кризисной помощи семье и детям.

Кризисные ситуации или состояния, которые могут оказать негативное влияние на психическое или физическое здоровье, нанести серьёзный ущерб, следующие:

- переживание физического, психологического или сексуального насилия;
- острое горе (потеря родителей или близких людей, резкие изменения в семье и/или другие психологические травмы);
- суицидальное поведение;
- конфликты в семье и нарушение отношений с родителями;
- школьная дезадаптация, обусловленная психосоциальными причинами;
- проблемы, связанные с употреблением психоактивных веществ;
- другие эмоциональные и поведенческие нарушения у детей (уходы из дома, воровство и др.)
- психологические проблемы, связанные с половым и/или социальным созреванием, трудностями во взаимоотношениях со сверстниками, учителями, родителями.

Нормативно-правовая база деятельности телефона включает в себя: Положение о Телефоне экстренной психологической помощи, Концепцию работы Телефона и

приложения, куда входят должностные и рабочие инструкции консультантов и супервизора, распорядок и график работы консультантов, принципы отбора сотрудников, программу обучения и супервизорской поддержки консультантов, принципы рекламирования услуг, Кодификатор обращений, необходимые информационные ресурсы и алгоритм анализа.

Работа телефона строится по двум основным направлениям: предупреждение воздействия на личность трудных жизненных ситуаций и нейтрализация последствий кризиса. В своей работе сотрудники Телефона доверия используют традиционные формы помощи – консультирование и информирование посредством телефонного диалога. Но, в некоторых случаях, особенно когда речь идёт об угрозе жизни и здоровью, они осуществляют кризисное вмешательство в семью, приглашая абонента на очную консультацию в Отделение, и затем организуют сопровождение трудного случая.

Все консультанты – психологи и психиатры кроме обязательной подготовки по телефонному консультированию проходят тренинги повышения профессионального мастерства. За время работы Телефона службой налажено сотрудничество с учреждениями здравоохранения, социальной защиты и образования края, с рядом общественных организаций и СМИ.

Наиболее активно и результативно в настоящее время развивается сотрудничество Телефона Доверия с системой образования. Специалисты принимают активное участие в профилактических мероприятиях образовательных учреждения города и края. Консультанты ТД участвуют в реализации проектов молодежных организаций, в разработке рекламных материалов и памяток для родителей, участвуют в теле- и радиоэфирах. Это сотрудничество помогает, с одной стороны находить дополнительные ресурсы для рекламирования услуг Телефона доверия, с другой – помогает ощутить свою востребованность в обществе, как профессионала в сфере оказания психолого-педагогической и социально-медицинской помощи населению, что помогает предотвратить профессиональное выгорание специалистов службы.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА УМЕРШИХ В МОЛОДОМ И СРЕДНЕМ ВОЗРАСТЕ (18-59 ЛЕТ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АДДИКТИВНОГО АНАМНЕЗА И ФАКТОРА УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НАКАНУНЕ СМЕРТИ

Соловьев А.Г., Мордовский Э.А., Санников А.Л.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Злоупотребление алкоголем входит в перечень ведущих факторов риска популяционного здоровья человечества, являясь причинным фактором преждевременной гибели 3,3 млн. человек ежегодно (5,9% общей смертности населения). В странах Восточной Европы, в т.ч. России, эти факторы особенно негативно сказываются на состоянии популяционного здоровья, вследствие чего алкоголь, как фактор избыточной алкоголь-атрибутивной заболеваемости и смертности, признан угрозой «национальной безопасности» и «демографического будущего» (Global status report on alcohol and health, 2014).

Цель исследования – изучить особенности социального статуса умерших в молодом и среднем возрасте (18-59 лет) в г. Архангельске в зависимости от наличия верифицированного отягощенного алкогольного анамнеза и факта смерти в состоянии алкогольного опьянения.

Использовались данные двух источников. Данные о продолжительности жизни в годах, поле (мужчины и женщины), жилищном статусе («бездомные» или «имевшие постоянное место жительства»), уровне образования («высшее» (оконченное и неоконченное высшее образование), «среднее профессиональное», «среднее» (начальное и полное среднее образование)), брачном статусе («в браке» или «одинокое» (вдовье, разведенные, холостые)), занятости («специалисты», «рабочие», «пенсионеры», «безработные» и «прочие»), факте наличия в крови этанола в любой концентрации всех умерших в г. Архангельске с 01 июля 2011 г. по 30 июня 2012 г. были выкопированы из Медицинских свидетельств о смерти. Общая численность умерших в возрасте 18-59 лет за указанный период составила 839 чел. В Архангельском психоневрологическом диспансере были выкопированы данные о пациентах, находившихся на учете в учреждении с диагнозами, относящихся к группе состояний Психические и поведенческие расстройства, вызванные алкоголем (F10), умерших с 01 июля 2011 г. по 30 июня 2012 г. в г. Архангельске. Количественные данные были представлены в виде медианы и 25 и 75 квартилей (медиана (Q25; Q75)); качественные данные – в виде процентных долей; для определения наличия взаимосвязи между ними использовался тест χ^2 Пирсона. Обработка статистических данных произведена с помощью программы SPSS ver. 20.

Из 4137 чел., умерших в г. Архангельске с 01 июля 2011 г. по 30 июня 2012 г., 275 (6,5%) находились на учете по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных алкоголем (F10); из них 62 женщины (3,0% от общего числа умерших женщин) и 213 мужчин (10,3% от общего числа умерших мужчин). Большинство (212 или 77,1%) пациентов умерли в молодом и среднем возрасте. Лишь 48 (22,6%) мужчин и 15 (23,8%) женщин-пациентов дожили до пожилого возраста (умерли в возрасте 60 лет и старше). Медиана продолжительности жизни мужчин, которые находились на учете по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных алкоголем (F10), составила 51,7 лет (42,0; 59,0); остальных умерших мужчин – 63,5 лет (52,1; 74,5). Медиана продолжительности жизни женщин, которые находились на учете по поводу Психических и поведенческих расстройств, вызванных алкоголем (F10), составила 52,7 лет (40,5; 59,5); остальных умерших женщин – 77,6 лет (65,3; 77,6).

Социальные характеристики лиц, имевших отягощенный алкогольный анамнез, умерших в молодом и зрелом возрасте, значительно отличались от таковых у лиц, не состоявших под наблюдением психиатра-нарколога (табл. 1).

В биологических тканях 390 (9,5%) чел. (82 женщин и 308 мужчин), умерших в г. Архангельске, был обнаружен этанол, что свидетельствует о том, что они потребляли алкоголь накануне смерти. Поскольку в России анализ крови на содержание алкоголя проводится в отделениях Бюро судебно-медицинской экспертизы, в анализ были включены только те случаи смерти, исследованием которых занимались судебно-медицинские эксперты, чтобы избежать искажения результатов. Социальные характеристики лиц, умерших в состоянии алкогольного опьянения в молодом и зрелом возрасте, не отличались от таковых у лиц, умерших трезвыми, за исключением аспектов занятости (табл. 2).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в г. Архангельске до пожилого возраста доживает лишь каждый четвертый (22,9%), имевший при жизни клинически верифицированный диагноз, относящийся к группе психических и поведенческих расстройств, вызванных алкоголем (F10). Социальные характеристики лиц, имевших отягощенный алкогольный анамнез, умерших в молодом и зрелом возрасте, значительно отличались от таковых у лиц, не состоявших под врачебным наблюдением. Социальные характеристики лиц, умерших в состоянии алкогольного опьянения в молодом и зрелом возрасте, не отличались от таковых у лиц, умерших трезвыми, за исключением аспектов занятости.

Таблица 1

Характеристика пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением по поводу психических и поведенческих расстройств, вызванных алкоголем (F10), среди преждевременно умерших (18-59 лет), абс. (%)

| | F10 | прочие | p |
|-------------------------------------|------------|-------------|--------------------|
| Пол | | | |
| - мужчины | 164 (77,4) | 721 (68,1) | 0,008 |
| - женщины | 48 (22,6) | 337 (31,9) | |
| Брачный статус | | | |
| - в браке | 83 (39,2) | 552 (52,2) | 0,001 |
| - одинокие | 92 (43,4) | 394 (37,2) | |
| - неизвестно | 37 (17,4) | 112 (10,6) | |
| Образовательный статус | | | |
| - высшее | 6 (2,8) | 143 (13,5) | < 0,0001 |
| - среднее профессиональное | 93 (43,9) | 468 (44,2) | |
| - среднее | 72 (34,0) | 318 (30,1) | |
| - неизвестно | 41 (19,3) | 129 (12,2) | |
| Жилищный статус | | | |
| - бездомные | 24 (11,3) | 45 (4,3) | < 0,0001 |
| - имеют постоянное место жительства | 188 (88,7) | 1013 (95,7) | |
| Занятость | | | |
| - специалисты | 13 (6,1) | 100 (9,5) | 0,001 |
| - рабочие | 25 (11,8) | 170 (16,1) | |
| - пенсионеры | 71 (33,5) | 423 (40,0) | |
| - безработные | 77 (36,3) | 245 (23,2) | |
| - прочие | 26 (12,3) | 120 (11,2) | |

Таблица 2

Характеристика пациентов, потреблявших алкоголь накануне смерти среди преждевременно умерших (18-59 лет), абс. (%)

| | Потребляли алкоголь | Не потребляли алкоголь | p |
|-------------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------|
| Пол | | | |
| - мужчины | 235 (80,8) | 411 (68,3) | < 0,0001 |
| - женщины | 56 (19,2) | 191 (31,7) | |
| Брачный статус | | | |
| - в браке | 121 (41,6) | 282 (46,8) | 0,323 |
| - одинокие | 135 (46,4) | 251 (41,7) | |
| - неизвестно | 35 (12,0) | 69 (11,5) | |
| Образовательный статус | | | |
| - высшее | 27 (9,3) | 74 (12,3) | 0,538 |
| - среднее профессиональное | 118 (40,5) | 244 (40,5) | |
| - среднее | 110 (37,8) | 208 (34,6) | |
| - неизвестно | 36 (12,4) | 76 (12,6) | |
| Жилищный статус | | | |
| - бездомные | 21 (7,2) | 33 (5,5) | 0,308 |
| - имеют постоянное место жительства | 270 (92,8) | 569 (94,5) | |
| Занятость | | | |
| - специалисты | 30 (10,3) | 46 (7,6) | < 0,0001 |
| - рабочие | 60 (20,6) | 78 (13,0) | |
| - пенсионеры | 65 (22,3) | 255 (42,4) | |
| - безработные | 109 (37,5) | 162 (26,9) | |
| - прочие | 27 (9,3) | 61 (10,1) | |

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬИ И ДЕТСКОГО ПЕРИОДА У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ

Соловьева И.Г., Гиркин С.В., Лысенко С.С., Кормилина О.М., Патрикеева О.Н.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия
Новосибирский областной наркологический диспансер, Новосибирск, Россия

Аддиктивное поведение – одна из форм деструктивного поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксацией внимания на определенных предметах или активностях, что сопровождается развитием интенсивных эмоций (Короленко, 2001).

Риск развития аддиктивного поведения может быть связан с условиями детского периода жизни, в частности, особенностями родительской семьи, с наличием травматического детского опыта.

Цель настоящего исследования – изучение особенностей родительской семьи у лиц с наркотической зависимостью.

В исследовании приняло участие 20 человек. Все обследуемые мужского пола, старше восемнадцати лет, страдающие наркотической зависимостью и проходящие лечение в ГБУЗ НСО «Новосибирский областной наркологический диспансер». Средний возраст – 32 года. Уровень образования: среднее образование – у 6 (30%), средне-специальное – у 9 (45%), высшее – у 5 (25%) обследуемых. Использовали биографический метод, составление генограммы и опросник Д.Х. Олсона «Шкала семейной адаптации и сплоченности».

При исследовании состава родительской семьи оказалось, что в полной семье росли 7 человек (35%), в неполной – 13 (65%), из них 3 человека воспитывались бабушками. Алкоголизм у родителей отмечают 60% обследуемых. Травматические события в детстве имели место у 18 человек (90%), из них у 7 человек (35%) – эпизоды насилия в семье, смерть одного из родителей – у 11 человек (55%).

При анализе генограмм обращает на себя внимание, что обследуемые пациенты с наркотической аддикцией мало осведомлены о своих родственниках и практически не общаются с ними. Об отношениях с родителями говорят мало, бабушек и дедушек помнят плохо и больше рассказывают об отношениях с сиблингами. Причем, отношения с братьями и сестрами в детстве часто оценивают как конфликтные. У 6 человек (30%) выявлены хорошие взаимоотношения с племянниками и племянницами, несмотря на дистанцированность и формальные отношения с братьями и сестрами.

Исследование особенностей взаимоотношений между членами родительской семьи выявило низкую сплоченность родительских семей у 7 опрошенных (40%). У 5 (25%) обследуемых, напротив, выявлена слишком высокая сплоченность.

Чрезмерная дистанцированность членов семьи и чрезмерная сплоченность является крайними вариантами возможной дистанции между членами семьи. Как выраженная эмоциональная связь, так и очень дистантные отношения обуславливают низкую дифференциацию членов семьи и затрудняют формирование идентичности ребенка, и, как следствие, могут быть причиной низкой толерантности к психотравмирующим воздействиям.

Заключение. Таким образом, у большинства обследуемых наркозависимых выявлены либо высокий уровень сплоченности членов семьи, либо дистанцированность, что предрасполагает к нарушению формирования идентичности и снижению способности к переживанию психотравмирующих ситуаций, что впоследствии может компенсироваться приемом психоактивных веществ. В связи с этим, особую актуальность приобретает своевременная коррекция дисфункциональных внутрисемейных отношений.

С этой целью для родственников пациентов могут применяться как индивидуальные, так и групповые формы работы, включающие индивидуальное консультирование, лекции, тренинги, индивидуальную и групповую психотерапию.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сомкина О.Ю., Меринов А.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Рязань, Россия*

В настоящее время, наряду с общим ростом употребления алкоголя населением и увеличением заболеваемости алкогольной зависимостью, отмечается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому (от 1:12 к 1:5). Среди множества причин можно выделить рост экономической и моральной независимости женщин, соответственно вызывающий увеличение нервно-психических и физических нагрузок (стрессы, личностные затруднения и пр.).

Алкоголизм у женщин отличается более поздним возрастом начала заболевания (на 5-8 лет позднее, чем в среднем, у мужчин); более быстрым прогрессированием (устойчивая зависимость формируется, в среднем, после 7,4 лет злоупотребления алкоголем). У женщин существуют физиологические предпосылки к более тяжелому течению алкоголизма.

Рассмотрение алкогольной зависимости как заболевания с выраженной аутоагрессивной основой уже давно стало аксиоматичным. Алкогольная болезнь рассматривается как вариант «хронического» суицидального поведения, заболевания с отчетливым антивитальным характером. Алкогольная зависимость и её прогрессивная динамика способствуют формированию различного рода кризисных ситуаций, из которых в условиях дефицита позитивных выходов, всегда есть известное число негативных – деструктивных выходов, названных «скрытыми аварийными люками», наиболее распространённым из которых является самоубийство, однако, большинство работ, опубликованных по этой тематике, касается мужчин. В то же время, аутоагрессивная сфера у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, мало изучена; не предпринималось попыток изучения влияния на нее супружеской сепарации (в частности, развода).

Показано, что в нашей стране частота суицидальных попыток среди женщин превосходит соответствующий показатель для мужчин. Частота суицидальных попыток среди женщин выше, чем среди мужчин и в большинстве стран Европы, за исключением Финляндии. Среди подростков девочки также совершают суицидальные попытки чаще мальчиков. В то же время, конкретные данные по вопросу соотношения частоты суицидальных попыток, совершаемых мужчинами и женщинами, у разных авторов существенно расходятся. Женщины совершают суицидальные попытки чаще, чем мужчины, в среднем, в 2-3 раза. В этой связи, к настоящему времени не изучено влияние развода на увеличение фатальности суицидальных попыток в популяции женщин, страдающих алкогольной зависимостью. В большом проценте случаев причинами аутоагрессивного поведения у женщин являются именно внутрисемейные конфликты. Соответственно, не разработаны принципы провитальной терапии алкогольной зависимости у женщин, в том числе, в послеразводном периоде.

В нашем исследовании используются следующие методы: клинико-анамнестический, экспериментально-психологический, статистический, а также психологические тесты (модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем; тест Mini-Mult; тест диагностики преобладающих психологических защитных механизмов; тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ); опросник для диагностики специфики переживания гнева State Anger Inventory – STAXI; и истории болезней пациенток ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова» г. Рязани. Объектами исследования являются 30 разведенных и 30 состоящих в браке женщин, страдающих, хроническим алкоголизмом, находящихся на амбулаторном и стационарном лечении, а также 50 здоровых, состоящих в браке женщин, образующих контрольную группу.

В ходе данного исследования впервые изучены проявления не только суицидальной, но и несуйцидальной аутоагрессивности у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, находящихся в разводе; их личностно-психологические и наркологические характеристики. В результате исследования предполагается расширить наше представление о значении аутоагрессии в клинической картине женского алкоголизма и выявить наиболее значимую для терапии структуру суицидального поведения у женщин, страдающих алкогольной зависимостью и находящихся в разводе.

Таким образом, затрагиваемые в нашем исследовании вопросы являются актуальными и имеют большое медико-социальное значение в контексте как суицидологии, так и наркологической практики.

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Стрижев В.А., Михайловская Е.А., Каитова Ф.Х.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

В начале XX века шизофрения рассматривалась как процессуальное заболевание с минимальными шансами на выздоровление. В наше время задача снижения риска экзacerbации процесса стала особенно актуальной.

Цель исследования состояла в изучении зависимости рецидива шизофрении от социально-адаптационных факторов, а также путей решения этой проблемы.

В задачи исследования входило:

- 1) выявление группы больных с экзacerbацией эндогенного процесса;
- 2) установление зависимости между рецидивом шизофрении и социальными показателями;
- 3) предложение путей решения проблемы.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Выборка больных была сформирована на основе скрининга историй болезни. Условиями включения в выборку явились: 1) диагноз шизофрении на стадии обострения; 2) повторное обращение пациентов в ГБУЗ «СКПБ № 1» в 2014-2015 гг.; 3) социально-профессиональный статус больных; 4) семейное положение.

Было изучено 100 историй болезни. Всего в выборке оказалось 60 больных с диагнозом шизофрении различных форм на стадии обострения.

Также был проведен социологический опрос среди населения города Краснодара с целью выяснения отношения людей к данной патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. По основным характеристикам больные распределились следующим образом: мужчин было 24 (40%), женщин – 36 (60%). При диагностике по МКБ-10 параноидная шизофрения была у 65% больных, простая форма шизофрении – у 5%, другие формы – у 30%. Таким образом, женщин было больше половины, преобладал диагноз параноидной шизофрении.

Отметился высокий процент больных, не работающих по состоянию здоровья (82%) и имеющих инвалидность по психическому заболеванию (78%). Доля уровня социальной дезадаптации пациентов в целом соответствует доле уровня инвалидности по психическому заболеванию. 60% больных разведены/проживают отдельно, 29% одиноки/никогда не были женаты, 11% имеют семью.

Также был проведен социологический опрос среди населения г. Краснодара (100 человек в возрасте от 25 до 50 лет) с целью выяснения отношения людей к данной патологии. Вопрос звучал следующим образом: «Готовы ли Вы работать в коллективе, членом которого является человек, имевший психическое расстройство?». Подавляющее большинство (91%) дали резко негативный ответ.

Совокупность полученных данных позволяет выделить социальные факторы риска развития рецидива у лиц с шизофренией:

- 1) пониженный уровень социально-трудовой адаптации;
- 2) отсутствие семьи;
- 3) наличие инвалидности по психическому заболеванию;
- 4) психофобия общества, стигматизация больных с психическими заболеваниями.

Выводы. В XXI веке становится особенно актуальной задача предотвращения эскалации эндогенного процесса, которая может быть достигнута, в том числе, при помощи выявления социальных факторов риска развития рецидива шизофрении. Специфика шизофренической патологии проявляется в первую очередь в дефиците потребности в общении. Достаточно высокий уровень социально-трудовой адаптации невозможен без активного участия самого больного в реабилитационном процессе, в котором необходимо формировать у пациента произвольную мотивацию. С другой стороны, психиатрический диагноз, в том числе, диагноз шизофрении, до сих пор является стигмой, затрудняющей социальную адаптацию и являющейся одним из факторов риска возникновения рецидива.

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Ступина О.П., Честикова З.И.

Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Основными задачами, стоящими перед психиатрической службой Забайкальского края в 2014 году являлись улучшение условий пребывания пациентов в психиатрических стационарах и перенос акцента в развитии службы со стационара на внебольничное звено.

В 2013 году были введены новые лечебные корпуса в п. КСК, что позволило создать достойные условия для пребывания и лечения психически больных. Оптимизация психиатрической службы путем объединения 3-х краевых медицинских организаций (ГУЗ «Краевая психотерапевтическая поликлиника», ГКУЗ «Краевой психоневрологический

диспансер» к ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского») в июле 2014 года позволило реорганизовать региональную психиатрическую службу Забайкальского края в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами.

Проведенные мероприятия, направленные на оптимизацию психиатрической помощи в регионе, были определены клинико-эпидемиологической ситуацией психического здоровья населения Забайкальского края, которая, в свою очередь, зависит от социально-экономического положения региона. Учитывая взаимосвязь данных дефиниций, по мнению многих авторов, важно изучать и анализировать динамику состояния психического здоровья населения (Хритинин Д.Ф. и соавт., 2008; Былим И.А. и соавт., 2010; Сорокина В.А., 2011).

Несмотря на то, что контингент психически больных Забайкалья за последних 3 года уменьшился с 3366,4 на 100 тыс. населения в 2012 году до 3250,3 в 2014 году, он превышает данный показатель по РФ (2858,7) на 13,7%, однако уровня общей заболеваемости психическими расстройствами в Сибирском ФО (3600,1) не достиг. Показатели общей заболеваемости психическими расстройствами уменьшились в группе непсихотических расстройств, в группе умственной отсталости и незначительно уменьшились в группе шизофрении. Прирост общей заболеваемости наблюдался в группе психозов и состояний слабоумия.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в Забайкальском крае, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими расстройствами; таких больных было чуть больше половины – 50,5% (2013 г. – 50,4%; РФ – 51,6 %; СФО – 51,6%), на втором месте в отличие от РФ находились больные умственной отсталостью – 27,7% (2013 г. – 28,6%; РФ – 21,8%; СФО – 26,2%), больные психозами и состояниями слабоумия составили 21,8% (2013 г. – 21%; РФ – 26,6%; СФО – 22,2%).

Показатели первичной регистрации психических расстройств в Забайкальском крае резко снизились в 2008 году (304,0 на 100 тыс.), однако, выявили тенденцию к росту в 2010-2011 годах (350,8 и 355,7 соответственно), а в 2014 году вновь снизились до 283,1 на 100 тыс. населения. На наш взгляд, данная ситуация обусловлена не истинным снижением первичной заболеваемости, а исключительно тем, что в течение последнего года увеличилось количество частных организаций, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь населению Забайкальского края.

Показатель первичной заболеваемости в группе больных непсихотическими расстройствами уменьшился на 16,5% (с 245,9 до 205,3 чел на 100 тыс. населения), в группе лиц с умственной отсталостью уменьшение показателя первичной заболеваемости составило 13,6% (с 32,4 до 28,0 чел на 100 тыс. населения). В группе больных психозами и состояниями слабоумия показатель первичной заболеваемости уменьшился только на 4,6% (с 52,2 до 49,8 чел на 100 тыс. населения).

В 2014 году первичная регистрация психических расстройств в целом (283,1) составила 88,4% от российской (320,2), в группе больных непсихотическими расстройствами (205,3) показатель первичной выявляемости в крае составил 87% от российского (236,5). В группе лиц с умственной отсталостью, напротив, превышение краевого показателя (28,0) над российским (22,1) составило 26,7%. В группе психозов и состояний слабоумия первичная заболеваемость в крае (49,8) составила 81% от российской (61,6), а в группе шизофрении заболеваемость (9,5) на 16% была ниже российской (11,3).

В структуре больных с впервые в жизни установленным диагнозом, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими психическими расстройствами – 72,5% (2013 г. – 74,4%; РФ – 74%; СФО – 75,6%). На долю больных психозами и состояниями слабоумия пришлось 17,6% (2013 г. – 15,8%; РФ – 19,1%; СФО – 14,9%), умственной отсталостью – 9,9 % (2013 г. – 9,8%; РФ – 6,9%; СФО – 9,5).

Число инвалидов вследствие психических расстройств в Забайкалье за последний год уменьшилось на 1% (на 105 чел), составило 974,5 чел на 100.000 населения (2013 г. – 978,9), что превысило российский контингент инвалидов (723,9) на 34,6%. Абсолютное число лиц, впервые признанных инвалидами в 2014 году составило 473. По сравнению с 2013 годом (415), это число увеличилось на 58 чел, или на 14%. В расчете на 100.000 населения показатель первичной инвалидности составил 43,4 (2013 г. – 37,9). Превышение забайкальского показателя над российским (27,1) составило 60%. В 2013 году превышение составляло 29%.

Число инвалидов трудоспособного возраста в Забайкальском крае в 2014 году увеличилось с 68% до 69,7% к общему числу инвалидов (2012 г. – 64,9%), что превысило таковой показатель в РФ 2011 г. (58,1%) и в СФО 2011 г. (58,1%).

Среди инвалидов по психическому заболеванию процент работающих уменьшился с 3,3% до 2,9% (2012 г. – 3,3%), что ниже доли работающих инвалидов на общем производстве в РФ 2012 г. (3,2%) и ниже доли работающих в СФО 2012 г. (3,5%).

Таким образом, анализируя показатели психического здоровья населения Забайкальского края, мы видим сохраняющиеся высокие показатели болезненности психическими и поведенческими расстройствами, а также высокий уровень инвалидизации, что демонстрирует социальную напряженность в обществе и побуждает нас к дальнейшему совершенствованию психиатрической службы, не смотря на сложную экономическую ситуацию в регионе и в целом в стране.

СПЕЦИФИКА МОТИВАЦИОННОЙ БЕСЕДЫ С РОДИТЕЛЯМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПО ОБРАЩЕНИЮ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Тарасова Е.Ю.

Республиканский клинический наркологический диспансер, Абакан, Россия

Согласно статистическим данным ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России в целом по РФ за 2012-2013 гг. растёт число общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами несовершеннолетних в возрасте 15-17 лет, а именно употребления наркотических и ненаркотических веществ с вредными последствиями. Однако, как показывает практика работы, многих проблем удаётся избежать, если подросток своевременно попадает в «поле зрения» специалистов наркологической службы. Сами подростки к врачу психиатру-наркологу за помощью обращаются исключительно редко, их родители обращаются чаще всего поздно, поскольку не владеют необходимой информацией. Реакция подростка на встречу с врачом психиатром-наркологом во многом обусловлена тем, как его родители относятся к данной ситуации. Поэтому, вовремя проведённая мотивационная работа с родителями может дать положительный эффект в плане последующих обращений к специалисту и своевременного оказания специализированной наркологической помощи подростку, если таковая действительно необходима. И подобная мотивационная работа может проводиться педагогическими работниками на этапе первичной профилактики в образовательных учреждениях.

Мотивационная работа – это деятельность, направленная на изменение отношения личности к какой-либо ситуации или проблеме. Возможные изменения заключаются, по мнению Е.А. Кошкиной (2013), «в технологии донесения информации». Причём,

учитывая специфику информации, важно, чтобы специалисты, осуществляющие такую работу, сами понимали её принципы.

С целью обучения специалистов системы профилактики приёмам донесения информации об оказании наркологической помощи подросткам и их родителям, медицинскими психологами ГБУЗ РХ «РКНД» в октябре-ноябре 2014 года были разработаны и проведены семинары-практикумы для социальных педагогов и педагогов-психологов общеобразовательных учреждений и профессиональных училищ Республики Хакасия. Всего было проведено 5 семинаров, в которых приняло участие 95 человек. Семинары-практикумы представляли собой интерактивные занятия, в ходе которых отрабатывались практические навыки ведения мотивационной беседы. По отзывам педагогов, переоценка опыта в работе с родителями в подобных случаях, оказалась достаточно важной, т.к. у специалистов в таких беседах часто возникает сопротивление и яркое непринятие подобных ситуаций, что, естественно, не способствует продуктивному контакту с родителями и снижает результативность мотивационной работы. В результате этих встреч были сформулированы некоторые общие закономерности выстраивания мотивационной беседы с родителями по обращению их за наркологической помощью:

- конкретно и чётко, но тактично озвучивать повод для встречи и цель беседы. Исключать долгое вступление и разговоры «вокруг да около». Если нет чёткой уверенности, что подросток употребляет ПАВ, то педагог в данном случае может сказать только о своих подозрениях, т.е. что за подростком наблюдается какое-то странное поведение в школе, непонятные действия или поступки и это вызывает беспокойство. Если у педагога есть факты о случаях, подтверждающих употребление ПАВ, то об этом нужно сказать родителю сразу;

- поддерживать родителя, реагируя на его эмоциональные состояния и признавать их. Понимать, что подобные слова у многих родителей вызывают сопротивление и страх, что в данной ситуации вполне естественно («Я вижу, что вам очень тяжело слышать такую информацию о вашем ребёнке и всё внутри вас протестует против этого, но то, о чём мы с вами говорим, к сожалению, существует», «Ваше беспокойство понятно. Любой родитель в подобной ситуации будет переживать. Чтобы вам стало легче, сходите, поговорите с врачом»);

- вовлекать родителя в диалог, посредством задавания открытых вопросов (Как? Что? О чём? Отчего?). Вопрос «почему?» в данном контексте не продуктивен, он вызывает чувства вины и сопротивления у родителя, что не способствует продуктивному контакту;

- исключить употребление медицинских терминов, если нет чёткого их понимания и тяжело объяснить родителю, что они обозначают;

- исключать катастрофизацию («А вдруг он так и будет продолжать что-то употреблять», «Он у вас так может и алкоголиком стать»);

- владеть достоверной информацией о работе врача психиатра-нарколога. Если специалист в чём-то неуверен, то делать акцент на получение более подробной информации при консультации с врачом («Вы знаете, я не смогу точно сказать, поставят его на учёт или нет. Вы сходите, поговорите с врачом. Вопрос постановки на учёт решает только он»);

- ориентироваться в беседе на близкие цели для родителя («Ваше беспокойство о будущем ребёнка понятно, но давайте говорить о случившейся ситуации»);

- исключать обобщения относительно конкретного ребёнка, «ярлыки» («Вот вы обратитесь к врачу, вашего ребёнка там вылечат от наркотиков»), обвинения («Вас, что, совсем будущее вашего ребёнка не беспокоит?»);

- обязательно выдавать родителю информацию (визитки, буклеты с указанием адреса, телефона) о работе учреждений, оказывающих наркологическую помощь несовершеннолетним.

Применение перечисленных способов поможет специалистам системы профилактики, работающих с родителями подростков, злоупотребляющих ПАВ, в организации более четкой и структурированной мотивационной беседы, имеющей своей целью своевременное обращение за специализированной наркологической помощью.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНО-УСИЛЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тарасова О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Аппаратно-усиленная психотерапия является когнитивно-поведенческим психотерапевтическим направлением, которое позволяет обучаться методам саморегуляции и контроля над физиологическими функциями. Сеансы психотерапии с использованием компьютерного биоуправления, основанные на принципах биологической обратной связи, позволяют осуществлять регистрацию физиологических показателей и предоставлять информацию об изменении показателей пациенту. Внедрение аппаратно-усиленной психотерапии в клиническую практику позволяет овладевать навыками контроля над произвольными физиологическими параметрами, а также будет способствовать повышению устойчивости пациентов к стрессовым воздействиям.

Цель работы. Оценить эффективность аппаратно-усиленной психотерапии у пациентов с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами (F40-F48) и синдромом зависимости от алкоголя (F10.2).

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 42 пациента с синдромом зависимости от алкоголя (38 мужчин и 4 женщины в возрасте от 28 до 40 лет) и 74 пациента с невротическими расстройствами (9 мужчин и 65 женщин в возрасте от 21 до 52 лет). Были проведены сеансы аппаратно-усиленной психотерапии с использованием комплекса «БОСЛАБ», в ходе которых применялись альфа-тренинг, а также миографический тренинг. После каждого сеанса осуществлялась оценка эффективности терапии по Шкале общего клинического впечатления «улучшение состояния» (ClinicalGlobalImpression – GlobalImprovement) и «тяжести состояния» CGI-S (ClinicalGlobalImpression – Severityofillness).

Результаты. По результатам тренингов оценивалось состояние пациента с учетом клинико-психологического обследования, а также динамики электроэнцефалографических, электромиографических параметров. Альфа-тренинг проводился с целью увеличения биоэлектрической активности в альфа-диапазоне для достижения состояния релаксации и улучшения психического состояния без помощи психоактивных веществ. Миографический тренинг считался эффективным при снижении показателей электромиограммы.

При оценке динамики психического состояния по шкале CGI-I установлено, что после первых 2 сеансов у 23,9% пациентов с аддиктивными расстройствами отмечилось выраженное улучшение, у 19% – существенное и у 9,5% – незначительное улучшение. У 47,6% изменения в состоянии не наблюдалось. У пациентов с невротическими расстройствами в 36,5% было существенное улучшение, в 46% – незначительное улучшение и 17,5% – без видимых изменений.

После 5 сеанса у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в 52,4% – выраженное улучшение, в 38,1% – существенное улучшение, в 9,5% – без изменений; у

пациентов с невротическими расстройствами 66,2% – существенное улучшение, 27% – выраженное улучшение; 5,4% – незначительное улучшение, 1,4% – без изменений. После 10 сеансов среди пациентов с невротическими состояниями у 93,2% выявлено выраженное улучшение, у 6,8% – существенное улучшение; у 88,1% пациентов с аддиктивными расстройствами отмечалось выраженное улучшение, 7,1% – существенное улучшение. После 15 сеансов у пациентов с аддиктивными нарушениями выраженные улучшения отмечались в 93% случаев, у 7% – незначительные улучшения.

По завершении сеансов аппаратно-усиленной психотерапии отмечалось улучшение эмоционального состояния пациентов, что проявлялось в улучшении фона настроения, ликвидации тревоги, устранении психоэмоционального напряжения.

К окончанию сеансов психотерапии отмечено по шкале CGI-S снижение уровня «пограничное психическое расстройство» (F40-48) до значения «норма» и снижение уровня «умеренно выраженные психические нарушения» до «слабо выраженного психического расстройства» (F10.2).

Заключение. Полученные данные подтверждают эффективность аппаратно-усиленной психотерапии в лечении аддиктивных и невротических нарушений. Целесообразно применение сеансов компьютерного биоуправления в составе комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий указанных расстройств.

ДИНАМИКА УРОВНЯ И СТРУКТУРЫ НАРКОТИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Титов С.С., Чащина О.А.

Наркологический диспансер, Омск, Россия

Изучение тенденций развития наркологической ситуации позволяет дать оценку эффективности мероприятий по профилактике, ранней диагностике, лечению и реабилитации наркологических больных и медицинских последствий употребления психоактивных веществ (ПАВ), определить основные направления совершенствования деятельности по снижению распространенности наркомании. Основой анализа динамики распространения в популяции употребления наркотических средств является изменение показателей распространенности (общей заболеваемости) и первичной заболеваемости наркоманией. Дополняют эти данные показатели распространенности (общей заболеваемости) и первичной заболеваемости в связи с употреблением наркотиков с вредными последствиями.

На 1 января 2015 года на учете в наркологической службе Омской области состояло 7 460 потребителей наркотических средств (на 01.01.2011 г. – 8 130) или 0,38% от численности населения Омской области.

До 2009 года **показатель распространенности наркомании** имел тенденцию к увеличению в Омской области (2005 г. – 344,5; 2009 г. – 365,4 случаев на 100 тысяч населения). Снижение распространенности наркомании, зафиксированное впервые в Омской области в 2010 году (357,5 случаев), продолжилось и в 2014 году: было зарегистрировано 300,5 случаев наркомании на 100 тыс. населения. Как и во всех мегаполисах России, в городе Омске распространенность наркомании значительно превышает средние данные по региону (2014 год – 426,6 случаев), тогда как в муниципальных районах показатель значительно ниже средне областных данных (2014 год – 118,6 случаев). В абсолютных цифрах за 2014 год зарегистрировано 5932 больных

наркоманией, из которых 4974 человека (83,9%) проживают в городе Омске и 958 человек (16,1%) – в муниципальных районах Омской области.

В 2014 году в структуре зарегистрированных случаев наркомании осталась доминирующей доля больных опийной наркоманией – 89,4% (2010 г. – 98,7%), в том числе 89,3% приходилось на зависимость от героина и 0,1% – на зависимость от дезоморфина. Доля больных гашишной наркоманией составила 2,1% (2010 г. – 0,6%), с зависимостью от психостимуляторов – 1,3% (2010 г. – 0,01%). Зависимость от сочетанного употребления наркотиков зарегистрирована у 7,2% больных (2010 г. – 0,69%). Рост числа больных с зависимостью от каннабиноидов наблюдается в основном за счет потребителей синтетических каннабиноидов. По данным клинических наблюдений среди потребителей психостимуляторов преобладают лица с зависимостью от производных метилдиоксипировалерона. В 2014 году продолжился рост доли больных с зависимостью от употребления нескольких наркотических средств или сочетания их с психотропными веществами.

Показатель распространенности употребления наркотиков с вредными последствиями в Омской области на протяжении десяти лет имел тенденцию к снижению (2005 год – 99,0, 2010 год – 80,2 случая на 100 тысяч населения; ежегодный темп снижения – 3,8%). Рост показателя, зарегистрированный впервые в 2012 году, продолжился в 2014 году: зарегистрировано 2103 человека, употребляющих наркотики с вредными последствиями или 106,5 случаев на 100 тыс. населения (в сравнении с 2010 годом – 80,2 случая или +32,8% за 5 лет). В 2014 году в структуре преобладают случаи употребления каннабиноидов – 49,8% (2010 г. – 37,1%) и опиоидов – 25,5% (2010 г. – 45,9%). На другие виды и сочетанное употребление наркотических средств приходится 24,7% (2010 г. – 17,0%). Как и среди больных наркоманией, в группе злоупотребляющих наркотиками рост доли потребителей каннабиноидов наблюдается в основном за счет потребителей их синтетических аналогов.

Изменение структуры наркотизации способствовало снижению доли потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) среди всех зарегистрированных лиц, допускающих немедицинское употребление наркотиков (больных наркоманией и употребляющих наркотики с вредными последствиями). Так в 2010 году доля ПИН составляла 89,9%, а в 2014 году – 76,0%. Постепенно увеличивается доля ВИЧ-позитивных пациентов в структуре ПИН: 2010 г. – 6,0%; 2014 г. – 19,4%.

За 5-летний период отмечена тенденция к увеличению среднего возраста потребителей наркотических средств (больных наркоманией и употребляющих наркотики с вредными последствиями) с $31,3 \pm 7,2$ года в 2010 году до $36,8 \pm 7,4$ года в 2014 году. Доминирующей возрастной категорией среди потребителей наркотиков являются лица 20-39 лет. В 2014 году распределение по возрасту контингентов зарегистрированных потребителей наркотиков (больных наркоманией и употребляющих наркотики с вредными последствиями) выглядит следующим образом: 0-14 лет – 0,3%; 15-17 лет – 2,5%; 18-19 лет – 2,7%; 20-39 лет – 75,3%; 40-59 лет – 18,7%, 60 и старше – 0,5%. Средняя длительность наблюдения больных наркоманией в связи с наркотизацией составила $7,3 \pm 4,1$ года.

Среди всех зарегистрированных потребителей наркотиков значительно преобладают лица мужского пола (2010 год – 83,2%, 2014 год – 82,1%). За последние 5 лет среди потребителей наркотиков наблюдалось увеличение доли женщин (2010 год – 16,8%, 2014 – 17,9%). Соотношение числа женщин и мужчин среди всех потребителей наркотиков составляло в 2010 году 1:4,9, в 2014 году – 1:4,6. Уровень распространенности наркомании среди женщин остается значительно ниже, чем среди всего населения, однако, темпы изменения этого показателя отличаются от общепопуляционной. Так, при тенденции к снижению распространенности наркомании среди всего населения на 15,9% за 5 лет (2010 год – 357,5 случая, 2014 год – 300,5 случаев на 100 тысяч населения),

показатель распространенности наркомании у женщин уменьшился на 2,8% (2010 год – 120,7; 2014 год – 117,3 случая на 100 тыс. женского населения).

Последние годы наблюдается тенденция к постепенному увеличению **показателя первичной заболеваемости наркоманией** с небольшими межгодовыми колебаниями (2010 год – 10,6; 2014 год – 15,7 случаев на 100 тысяч населения). В 2014 году в абсолютных цифрах впервые в жизни было зарегистрировано 310 больных наркоманией. В структуре контингента больных наркоманией, зарегистрированных впервые в жизни, стабильно высокой остается доля лиц в возрасте 20-39 лет (2010 год – 93,5%; 2014 год – 87,1%). Основная часть впервые зарегистрированных пациентов с наркотической зависимостью проживает в городе Омске – 248 человек или 80,0%, в муниципальных районах – 62 человека или 20,0%. Уровень первичной заболеваемости наркоманией в городе Омске в 2014 году – 21,3 случая на 100 тысяч населения, в среднем по районам области – 7,7.

До 2012 года в структуре впервые зарегистрированных случаев наркомании доминировали потребители наркотиков группы опиоидов (в первую очередь героина) с тенденцией к снижению (2010 год – 93,0%, 2012 год – 79,6%). В 2014 году доля потребителей опиоидов составила 39,0%. Не было зарегистрировано ни одного случая впервые в жизни установленного диагноза зависимости от дезоморфина. Кроме того, в прошедшем году зарегистрировано 40 новых случаев наркотической зависимости от психостимуляторов (2010 год – 0,0%, 2014 год – 12,9% в структуре первичных случаев). Продолжилось увеличение доли больных гашишной наркоманией (2010 год – 1,9%, 2014 год – 9,7%). В стадии формирования и роста последние 5 лет находилась субпопуляция лиц, сочетающих употребление нескольких наркотических средств (2010 год – 4,2%; 2014 год – 38,4% в структуре первичной заболеваемости).

На протяжении последних 5 лет абсолютное **количество зарегистрированных впервые в жизни случаев злоупотребления наркотиками** увеличивалось (2010 год – 127 человек, 2014 год – 459 человек). Показатель в расчете на 100 тысяч населения за этот период вырос в 3,7 раза (2010 год – 6,3; 2014 год – 23,3 случаев). По сравнению с 2010 годом в 2014 году в возрастной структуре наблюдается снижение доли несовершеннолетних (2010 год – 37,8%; 2014 год – 19,8%), а также лиц в возрасте 18-19 лет (2010 год – 10,2%, 2014 год – 7,9%); при относительном росте доли больных в возрасте 20-39 лет (2010 год – 48,1%, 2014 год – 66,4%).

В связи с изменением структуры наркотизации и появлением потребителей новых наркотических веществ тенденция к росту среднего возраста потребителей наркотиков среди первичных пациентов, регистрировавшаяся в последние годы, замедлилась. Средний возраст потребителей наркотических средств (больных наркоманией и употребляющих наркотики с вредными последствиями), взятых на учет с впервые в жизни установленным диагнозом, составил в 2014 году 27,1±8,5 года (2010 год – 21,5±6,9 года). В 2014 году распределение по возрасту контингентов зарегистрированных впервые в жизни потребителей наркотиков (больных наркоманией и употребляющих наркотики с вредными последствиями) выглядит следующим образом: 0-14 лет – 2,2%; 15-17 лет – 9,6%; 18-19 лет – 5,5%; 20-39 лет – 74,8%; 40-59 лет – 7,9%, 60 и старше – 0,0%.

Проведенный анализ показал, что на фоне продолжающегося снижения распространенности наркомании, зарегистрирована относительно устойчивая тенденция к росту распространенности употребления наркотиков с вредными последствиями. Показатели первичной обращаемости по поводу наркомании и употребления наркотиков с вредными последствиями также приобрели тенденцию к умеренному росту. За последние годы существенно изменилась структура употребляемых наркотиков, снизилось число ПИН. Выявленные тенденции требуют дальнейшего мониторинга.

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ПУТЕМ ОТРАВЛЕНИЯ, СОВЕРШАЕМЫЕ НАСЕЛЕНИЕМ Г. ХАБАРОВСКА

Ткаченко О.И., Белоусова Н.В., Логинов И.П.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия

На сегодняшний день суициды продолжают оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности. Они занимают одно из ведущих мест в структуре преждевременной смертности населения, поскольку максимум их частоты приходится на работоспособный и социально-активный возраст населения.

В последние годы число суицидов в Европе неуклонно возрастает. По данным ВОЗ, в 2013-2014 гг. в России на 100 тысяч жителей приходилось 19,5 случаев самоубийств. Суицид занимает 8 место в списке причин смерти и 1 место среди причин насильственной смерти. От самоубийств гибнет людей больше, чем во всех вместе взятых вооруженных конфликтах. Самоубийств совершается в 2 раза больше, чем убийств. Самоубийство стало ведущей причиной смерти среди лиц молодого и среднего возраста.

По данным ЮНИСЕФ, на сегодняшний день Российская Федерация занимает 1 место в Европе по количеству самоубийств среди детей и подростков. Наибольшая частота суицида наблюдается у подростков и молодежи в возрастном диапазоне 15-35 лет. У этой категории суицидентов на 1 смерть приходится до 200 нереализованных суицидальных попыток. Установлено, что лишь у 10% подростков в случае самоубийства имеется истинное желание покончить собой, в остальных 90% – это «крик о помощи». Часто суицидальные действия подростков носят демонстративный характер, осуществляются в виде своеобразного «суицидального шантажа».

Из-за несовершенства системы учета совершаемых суицидальных попыток и разрозненности организаций, отвечающих за статистический учет завершенных и незавершенных суицидов, в г. Хабаровске и Хабаровском крае отсутствуют достоверные данные об истинном положении дел относительно совершаемых суицидов среди населения.

Учитывая все вышесказанное, с каждым днем возрастает необходимость детального анализа и разработки мер по профилактике суицидального поведения, в том числе, первичных и повторных суицидальных действий.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей суицидальных попыток путем отравления у жителей г. Хабаровска.

Нами были поставлены задачи:

- Изучить мотивы истинных и демонстративных суицидальных попыток, совершаемых путем отравления.
- Выявить виды применяемых отравляющих веществ при суицидальных попытках.
- Изучить гендерные особенности пациентов, совершавших суицидальную попытку путем отравления.

Материалы и методы. Данное исследование проведено на базе Хабаровского токсикологического центра. В качестве объекта наблюдения выступили все поступившие пациенты, совершившие суицидальную попытку путем самоотравления за период с января по декабрь 2014 года. Критерием исключения являлись пациенты, находящиеся в состоянии алкогольного и наркотического опьянения.

Использовались катamnестический и клинико-психопатологический методы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью расчета классического критерия Хи-квадрат Пирсона (χ^2). Статистическая значимость определялась с помощью величины p .

Результаты. Всего за указанный период было обследовано 481 человек, из них 242 (51%) женщины и 239 (49%) мужчин ($p=0,888$; $\chi^2=0,02$). Средний возраст обследованных больных составил $31,4 \pm 11,4$ года.

В ходе анализа первичного материала исследования были выделены 5 возрастных групп: 9-11 лет – 8 чел. (4%), 12-15 лет – 38 чел. (8%), 16-18 лет – 90 чел. (18%), 20-45 лет – 249 чел. (51%), 46-60 лет – 60 чел. (12%), старше 60 лет – 36 чел. (7%).

В процессе изучения социального статуса установлено, что количество учащихся составляло 98 человек (20%), работающего населения 367 человек (77%), неработающих пенсионеров 16 человек (3%).

При анализе видов применяемых веществ при совершении суицидальной попытки путем отравления установлено: на первом месте наблюдается отравление психотропными веществами (транквилизаторами) – 310 человек (62%) ($\chi^2=2,42$; $p=0,12$), на втором месте – уксусной эссенцией – 117 человек (24%) ($\chi^2=16,82$; $p=0,000$), на третьем месте – препаратами домашней аптечки (аспирин, парацетамол, но-шпа и т.д.) – 48 человек (8%) ($\chi^2=21,78$; $p=0,000$), из них сердечно-сосудистыми средствами (атенолол, анаприлин, корвалол) – 12 человек (4%) ($\chi^2=4,5$; $p=0,034$), на четвертом месте – растворителями (ацетон) – 6 человек (2%) ($\chi^2=84,5$; $p=0,000$).

Отравления психотропными веществами совершили 174 мужчин (56%) и 136 женщин (44%); уксусной эссенцией – 41 мужчина (35%), 76 женщин (65%), препаратами домашней аптечки – 12 мужчин (33%), 24 женщины (67%), ССС – 7 мужчин (58%), 5 женщин (42%), растворителями – 5 мужчин (83%), 1 женщина (17%).

Первичные суицидальные попытки совершили 433 человека (90%), а рецидив наблюдался у 48 человек (10%) ($\chi^2=124,82$; $p=0,000$). Из них мужчин составляло 16 человек (33%), женщин 32 человек (67%) ($\chi^2=21,78$; $p=0,000$). Суицидальные действия, носившие демонстративный характер отмечались у 43 человек (9%) ($\chi^2=0,18$; $p=0,671$). Остальные суицидальные попытки носили истинный характер.

Среди причин истинных суицидальных были определены следующие:

- пограничные психические расстройства (от субклинических до невротических) 218 человек (46%) ($\chi^2=21,78$; $p=0,000$);
- ответ на конфликтные ситуации (внешние факторы социального стресса в пределах семьи) 125 человек (26%) ($\chi^2=12,5$; $p=0,000$);
- совершенные в период ремиссии алкогольной и наркотической зависимости 54 человека (11%) ($\chi^2=10,58$; $p=0,001$);
- в ответ на профессиональную несостоятельность (внешние факторы социального стресса на производстве) 41 человек (8%) ($\chi^2=48,02$; $p=0,000$).

Выводы. Большинство суицидальных попыток путем отравления носили истинный характер. При суицидальных попытках путем отравления статистически значимых гендерных различий не выявлено. В структуре самоотравлений среди суицидентов на первое место выходят социальные яды. В суицидальных попытках истинного характера наблюдается увеличение количества мужчин с расстройствами адаптации и ремиссией алкогольной и наркотической зависимости.

Таким образом, актуальность проблемы суицидов в современной психиатрии, по-прежнему остается одной из главных нерешенных задач, а многие аспекты суицидального поведения требуют дальнейшего углубленного изучения в области классификации, идентификации у больных с различными психическими расстройствами. Необходимо разрабатывать психиатрические, психологические, информационные, а также социальные методы профилактики суицидов.

АНКЕТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА (КУРЕНИЕ, АЛКОГОЛЬ, НАРКОТИКИ) СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Хапина Т.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Состояние здоровья подростков определяется не только социально-экономическим благополучием общества, условиями воспитания, образования и жизни в семье, качеством окружающей среды, уровнем и доступностью медицинской помощи, но и эффективностью профилактической работы с данным возрастным контингентом. Особенно это касается вопросов по профилактике вредных привычек в комплексе с профилактическими мероприятиями.

Методы профилактической работы со школьниками требуют совершенствования. Перед проведением профилактических мероприятий целесообразно проводить анкетирование на выявление информированности и распространенности употребления курения, алкоголя, наркотиков среди подростков, а затем результаты использовать для последующей профилактической работы.

Анкетирование – наиболее распространенный вид опроса, в котором общение происходит с помощью анкеты. Цель анкетирования – сбор информации, чаще анонимно. К достоинствам метода следует отнести следующие характеристики:

- а) это наиболее оперативный метод сбора первичной информации;
- б) результаты анкетирования более доступны для математической обработки;
- в) за короткий промежуток времени можно опросить большое количество людей;
- г) анкеты анализируются и выводы доводятся до педагогов, родителей.

Различают виды анкетирований (по числу респондентов): индивидуальное анкетирование (один респондент), групповое анкетирование (несколько респондентов), массовое анкетирование (от сотни до тысяч респондентов).

На протяжении 2013-2014 годов врачами психиатрами-наркологами проводилось анкетирование в соответствии с «Концепцией профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края на 2013-2016 годы» с целью раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ.

По результатам анкетирования выявлено:

- У 20% опрошенных в семьях курят оба родителя (мать, отец), или посещающие семью гости;
- 30% подростков в 13-14 лет начинают пробовать курить сигареты, употреблять алкоголь, наркотические и другие одурманивающие вещества;
- 25% подростков в качестве мотивов курения отмечают следующие: из-за любопытства, потому что курил старший брат или сестра, чтобы выглядеть старше, друзья курили;
- 35% подростков пробуют алкоголь, потому что снимает стресс, поднимает настроение, проблемы кажутся не такими неразрешенными;
- 15% подростков употребляют наркотические вещества, так как предложили друзья, любопытство, нравится, от нечего делать. Из алкогольных напитков чаще употребляют пиво, джин-тоники, коктейли;
- 3% подростков отмечают пробы и употребление наркотиков и др. одурманивающих веществ, таких как гашиш (конопля, «травка»), «таблетки». Место приобретения таких веществ указывают «на поле», друзья угостили;

- 40% учащихся имеют определенные знания, какие заболевания могут стать следствием употребления алкоголя – цирроз печени, заболевания сердца, импотенция, слабоумие;
- 90% подростков знают, что за квалифицированной помощью при злоупотреблении алкоголем, курении, потреблении наркотических и др. одурманивающих веществ нужно обращаться к врачу психиатру-наркологу;
- 60% учащихся отмечают уроки в школе как источник знаний о вреде психоактивных веществ (ПАВ) о курении, алкоголе, наркотиках;
- 54% получают знания из Интернета, из СМИ (радио, ТВ);
- 33% подростков хотели бы услышать достоверную информацию от специалистов (врачей психиатров-наркологов, специалистов по социальной работе, психологов).

Обобщая результаты проведенного анкетирования среди подростков на выявление информированности и распространенности употребления курения, алкоголя, наркотиков врачи психиатры-наркологи обязательно делают акцент на особенности подросткового возраста.

Недаром подростковый возраст называют сложным периодом. Он труден не только для родителей, но и для педагогов. Ведь именно в 12-16 лет ребенок пытается самоутвердиться как личность, почувствовать себя взрослым и независимым. А в наше время, когда мир полон соблазнов и дозволенности, эта проблема становится еще более актуальной. По статистике, именно в этот период ребенок пробует первую сигарету, первый бокал алкогольных напитков. Несмотря на все попытки родителей контролировать поведение своего ребенка, часто это представляется крайне трудным. И очень грустным является тот момент, если ребенок полностью выходит из-под контроля или попадает под пагубное влияние плохой компании.

Перманентно изменяющиеся условия жизни, бурное развитие информационных технологий, урбанизация приводят к тому, что старые, хорошо зарекомендовавшие себя традиционные методы профилактики оказываются малоэффективными при работе с данной возрастной группой. Сегодня новые принципы работы по типу «равный помогает равному» должны пропагандироваться в школах. Борьба за здоровый образ жизни должна проводиться не только взрослыми, но и самими школьниками.

В связи со стремительным ростом числа курящих (а они с каждым днём становятся всё моложе и моложе: по результатам анкетирования средний возраст курящих подростков составляет 13 лет), всё большую актуальность приобретает профилактика курения среди подростков. Необходимость применения антитабачных профилактических мер в данном случае объясняется, в первую очередь, тем, что психика ребёнка в подростковом возрасте нестабильна, и, вследствие этого, возрастает в значительной мере риск приобрести вредную привычку на всю жизнь. Огромное влияние на формирование мировоззрения в таком возрасте оказывает мнение сверстников, друзей, а также информация, которую навязывают наиболее популярные средства массовой информации. А если ко всему этому добавить ещё и отсутствие внимания и контроля со стороны родителей, то вероятность того, что ребёнок начнёт курить, возрастает в несколько раз. Подростковый период, который отличается интенсивным физическим развитием, повышена чувствительность организма к токсическим продуктам табачного дыма, алкоголя, наркотических и других одурманивающих веществ.

На фоне школьных факторов риска (большие учебные нагрузки, нарушения режима труда, отдыха, питания и др.) употребление психоактивных веществ провоцирует заболевания, ранее не свойственные этому возрасту. Прежде всего, это отклонения в работе сердечно-сосудистой системы: функциональные расстройства, артериальная гипертонзия, гипотония.

Проблема сохранения здоровья школьников становится все более актуальной в современных социально-экономических условиях. Распространенность употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди школьников продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем российского общества. Это обусловлено такими сложившимися негативными тенденциями в употреблении ПАВ, как «омоложение» контингента употребляющих наркотические вещества, табак и алкоголь; снижение возраста первой пробы; высокий темп роста детской и подростковой наркомании; полинаркомания; существование налаженной системы вовлечения в употребление наркотиков детей и подростков.

Как показывают результаты анкетирования, среди учащихся употребление алкоголя, никотина, наркотических веществ были и остаются самыми распространенными вредными привычками. Поэтому на современном этапе врачи психиатры-наркологи широко используют все многообразие форм и методов профилактической работы.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Цупрун В.Е.

*Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии,
Москва, Россия*

Децентрализация, многообразие форм психиатрической помощи превратило психиатрические больницы в центры восстановительного лечения и психосоциальной реабилитации, причем эти тенденции характерны не только для западной, но и для отечественной психиатрии.

А с учетом высокой суицидоопасности контингента психически больных, представляется весьма важным и актуальным рассмотрение некоторых организационных моментов суицидологической службы в условиях психиатрической больницы. Наше сообщение основано на многолетнем сотрудничестве отдела суицидологии НИИ психиатрии и Клинической психиатрической больницы № 4 им. Ганнушкина г. Москвы.

Потоки суицидентов с психическими расстройствами формируются следующим образом:

а) больные с различными вариантами суицидального поведения (от суицидальных тенденций до пациентов после покушений на самоубийство), которые направлялись суицидологами или врачами-психиатрами ПНД.

б) больные после суицидальных действий, переведенные из Центра отравлений и психосоматического отделения Института скорой помощи им. Н.В.Склифосовского после оказания им необходимых реанимационных мероприятий.

в) пациенты в пре- и постсуицидальном периоде с различными вариантами психических расстройств, направленных с амбулаторного приема НИИ психиатрии.

Существенным и важным моментом при анализе нозологической структуры суицидентов является факт преобладания среди них острых полиморфных психотических расстройств и шизофрении, причем в клинической картине преобладали депрессии различной тяжести. Необходимо отметить, что покушения на самоубийство могут встречаться как на инициальных этапах заболевания, так и в обострениях и ремиссиях. Причем, как было показано в исследованиях А.Г. Амбрумовой (1984), Е.Б. Любова (2012)

и др., наиболее суицидоопасным является период в первые пять лет после начала психического заболевания.

Особого внимания и настороженности в отношении суицидального риска психически больных представляет процедура и критерии возможности выписки из стационара таких пациентов. При этом комиссионном решении, мы руководствуемся следующими критериями:

а) полный выход из болезненного состояния с формированием критики к суицидальному поступку;

б) выяснение микросоциума суицидента (семья, сферы общения и т.д.) и создание оптимального социального микроклимата;

в) разработка социо-реабилитационной программы для конкретного суицидента.

Система психиатрическая больница – психоневрологический диспансер позволяет осуществлять преемственное и динамическое наблюдение душевнобольных суицидентов в суицидологическом кабинете ПНД, где проводится работа по профилактике как повторных, так и первичных суицидальных действий психически больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ: ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИИ

Чащина О.А., Титов Д.С.

Наркологический диспансер, Омск, Россия

Целью исследования было изучить информированность населения Омской области о проблеме наркомании и распространение употребления наркотиков.

Анонимное анкетирование проводилось в течение 2014 года в городе Омске и муниципальных районах Омской области. Использовался опросник, рекомендованный Государственным антинаркотическим комитетом. В исследовании приняли участие 2.017 жителей Омской области в возрасте от 14 до 60 лет. Все вопросы анкеты были сгруппированы в четыре тематических раздела: «Жизненные ценности», «Здоровье», «Отношение к проблеме наркомании», «Аддиктивное поведение».

Лица мужского пола составили 48,1% (971 человек), женского – 51,9% (1046 человек). На момент опроса 58,6% являлись учащимися различных учебных заведений Города Омска и Омской области, 30,9% – работающие граждане, 13,0% – неработающие.

Раздел «Жизненные ценности». По мнению опрошенных, самыми острыми проблемами современности, требующими принятия безотлагательных мер, являются качество дорог (79,5%), алкоголизм (67,2%), безработица (56,7%) и наркомания (46,6%). Среди наиболее значимых ценностей лидирующее место занимали здоровье (82,2%), наличие друзей (49,4%) и счастливая семейная жизнь (48,8%).

Считают, что в населенном пункте, где они проживают достаточно возможностей, чтобы интересно проводить свободное время 47,3% опрошенных, 51,7% ответили на данный вопрос «скорее нет» и «определенно нет». Наиболее популярными дополнительными мерами для интересного времяпрепровождения были создание новых парков (47,7%), строительство спортивных клубов (41,5%), торгово-развлекательных комплексов (32,6%), бассейнов (31,7%), кинотеатров (22,8%).

Раздел «Здоровье». Оценили свое физическое здоровье и настроение как «хорошее» – 57,7% и 59,0% опрошенных соответственно. Значительное число

опрошенных затруднились с оценкой своего здоровья и настроения (ни хорошее, ни плохое) 36,5% и 30,6% соответственно. 35,8% сообщили, что у них есть «вредные привычки».

Раздел «Отношение к проблеме наркомании». Около половины участников считают, что наркомания в Омском регионе распространена не больше, чем везде (48,4%). Среди ведущих причин распространения наркомании были названы моральная деградация и вседозволенность (48,6%), доступность наркотиков (47,9%) и неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие (42,9%). Среди других социальных факторов были названы излишняя свобода и отсутствие организованного досуга (29,6%) и безработица (23,9%).

Приоритетными мерами борьбы с наркоманией более половины опрошенных считают ужесточение наказания за наркопреступления и принудительное лечение наркомании (58,8% и 56,1% соответственно). Предложили строительство реабилитационных центров – 21,4% участников, повышение доступности помощи психологов – 21,3%, расширение работы с молодежью – 20,1%.

Среди наиболее эффективных мероприятий по профилактике наркомании были отмечены выступления наркозависимых (44,8%), тематические программы и фильмы (24,4%), лекции и беседы у учебных заведениях (23,4%), антинаркотическая реклама в средствах массовой информации (22,9%).

При оценке доступности приобретения наркотиков подавляющее большинство опрошенных (54,8%) сказали, что достать наркотики сравнительно легко и очень легко. Считают, что приобрести наркотики трудно и очень трудно 5,0%. Затруднились с ответом 40,1%. Из опрошенных 71,8% не общаются с потребителями наркотиков. У 19,1% опрошенных есть знакомые потребители наркотиков. 7,5% сообщили, что знают много таких людей. У 0,7% все знакомые употребляют наркотики.

Раздел «Аддиктивное поведение». При ответе на вопрос «Предлагали ли Вам когда-либо попробовать наркотики?» большинство опрошенных ответили отрицательно – 67,4%. 29,6% сказали, что получали такие предложения.

Большинство опрошенных отказались бы в случае предложения попробовать наркотическое вещество (62,2%). 3,1% дали бы ответ в зависимости от того, какой наркотик был предложен. 2,1% повели бы себя в зависимости от ситуации и настроения. Приняли бы предложение об употреблении наркотического вещества 1,2%.

Для оценки наличия опыта употребления наркотических средств был задан вопрос «Пробовали ли Вы наркотические вещества?». Отрицательно на этот вопрос ответили 58,0% (1170 человек), ответили «нет, но интерес возникал» 3,0% (60 человек). Сказали «хочу попробовать» 0,1% опрошенных (2 человека), «пробовали, но перестали употреблять» – 5,7% (114 человек). 0,6% употребляют наркотики «время от времени» (12 человек), 0,2% – «регулярно» (5 человек). Не дали ответ 31,9% (643 человека). В общей сложности при ответе на этот вопрос наличие опыта употребления наркотиков подтвердили 6,5% опрошенных или 131 человек.

При ответе на вопрос о возрасте первых проб наркотиков большинство ответов пришлось на возраст 15-17 лет (97 человек или 4,8% от общего числа опрошенных). 24 человека (1,2%) первые пробы совершили ранее 15 лет, 14 человек (0,7%) после 18 лет. Из имеющих опыт употребления наркотиков преобладали указания на наличие проб производных марихуаны (1,6% от числа опрошенных) и курительных смесей (1,8%).

Среди причин употребления того или иного вида наркотических преобладали простота приобретения (2,1%), меньший вред для организма (1,8%), отсутствие зависимости (1,6%), групповое употребление (1,6%), дешевизна (0,7%).

Полученные результаты анкетирования в 2014 году в целом сопоставимы с результатами аналогичного анкетирования, проведенного в 2013 году. Отмечено снижение доли лиц, у которых первые пробы наркотиков произошли в возрасте младше 15

лет. За последний год наблюдается актуализация проблемы наркомании в обществе (большее число респондентов отметили наркоманию как одну из главных проблем). Доля лиц, имеющих опыт употребления наркотиков и доля лиц, являющихся активными потребителями на момент опроса сопоставима по данным опроса 2013 года и 2014 года.

Для стабилизации наркологической ситуации необходимо продолжить работу с целевой аудиторией по первичной и вторичной профилактике наркомании. Необходимо продолжить работу по популяризации и повышению грамотности населения по вопросам медицинских профилактических осмотров обучающихся с тестированием на наркотики. Использование метода анонимного анкетирования для оценки и мониторинга распространенности употребления психоактивных веществ является информативным. Результаты анкетирования являются основой для совершенствования профилактических мероприятий, разработки новых программ профилактики и мониторинга наркологической ситуации.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ (ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ)

Шереметьева И.И., Вдовина М.Г.

*Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия
Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдыманова,
Барнаул, Россия*

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 нейрогуморальной 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 абортom.

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.

По данным литературы, 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 психике будущего ребенка. Поэтому для благоприятного вынашивания и рождения ребенка необходимы своевременная диагностика психических расстройств и оказание помощи беременной женщине.

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМ ТИПОМ РЕМИССИИ

Шмилович А.А., Гончаренко С.Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им.

Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Работа направлена на выявление наиболее уязвимых сторон социального функционирования психически больных на основе анализа психопатологических характеристик депрессивных состояний, уровня их социальной адаптации и обоснование эффективности медико-социальной реабилитации во внебольничных условиях. Авторами уделяется особое внимание вопросам предотвращения клинически необоснованных случаев поступления пациентов в психиатрический стационар и альтернативным вариантам амбулаторного ведения больных.

Цель работы: определение соотношений уровня социального функционирования и представленности клинико-психопатологических характеристик депрессивных состояний у больных параноидной шизофренией в ремиссии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинической базе кафедры психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова – ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева. Отобранные 50 больных наблюдались в медико-реабилитационном отделении и дневном стационаре.

Основным критерием включения в исследование был установленный диагноз параноидной шизофрении (F 20.0). Среди обследованных было 26 (52%) мужчин в возрасте от 24 до 64 лет (средний – $40,3 \pm 11,8$ лет) и 24 (48%) женщин в возрасте от 26 до 60 лет (средний – $42,7 \pm 9,8$ лет). При этом 30% больных проживали одиноко при наличии родственников, 57% – в семье родственников, 13% – в собственной семье; 65% больных имели хорошие социально-бытовые условия проживания, а у половины пациентов сохранились удовлетворительные взаимоотношения с близким окружением. Все больные имели группу инвалидности, из них 38,3% третью, а остальные 61,7% – вторую группу, при этом 68,3% больных находились на инвалидности более 3 лет. У большинства больных заболевание дебютировало в молодом возрасте. Длительность течения шизофренического процесса в большинстве случаев составляла от 4 до 20 лет.

Результаты исследования. Клинический анализ психопродуктивной симптоматики позволил выявить, что ведущее место в клинической картине заболевания занимали явления вербального псевдогаллюциноза. Содержание «голосов» в большинстве случаев было неприятным, тягостным и мучительным без императивных включений. Фабула бредовых переживаний была связана с содержанием «голосов» и представляла собой вариант галлюцинаторного бреда, чаще всего преследования или воздействия. У 4 больных наблюдалась галлюцинаторная парафрения с бредом фантастического содержания (богатства, могущества, высокого происхождения и др.). В этом случае реабилитационные мероприятия рассматривались как вариант «убежища» от воздействия мнимых недоброжелателей, «спасения грешной души» и «нажитого богатства».

Однако, уровень социального функционирования больных параноидной шизофренией был сопряжен не только с выраженностью галлюцинаторно-бредовой и негативной симптоматики. Существенное влияние на социальный статус больных оказывала депрессия, которая в разной степени выраженности наблюдалась у многих пациентов. Стертый «матовый» характер депрессивных нарушений, маскирующихся под шизофреническую эмоционально-волевою дефицитарность, затруднял их диагностику. В связи с этим, для верификации расстройств депрессивного спектра применялась шкала Калгари, являющаяся на сегодняшний день наиболее чувствительным диагностическим инструментом для выявления депрессии при шизофрении. В ходе исследования было выявлено два типа депрессивных расстройств у больных параноидной шизофренией. Первый тип (46%) полностью соответствовал диагностической рубрике МКБ-10 (F 32) депрессия легкой и средней степени тяжести. В рамках второго типа депрессивных состояний наблюдались атипичные депрессии, клинические проявления которых не укладывались в критерии депрессивного эпизода.

Выраженность депрессии по шкале Калгари составила в среднем $10,6 \pm 2,3$ баллов для выборки больных, имеющих признаки депрессивного расстройства (общий балл более 6). В структуре депрессии в значительной степени были выражены идеи самообвинения и самоуничтожения. Наиболее часто наблюдались больные с тревожной депрессией – 12 наблюдений (37,5%). Они жаловались на наличие соматических ощущений тревоги в области грудной клетки, выявлялись отчетливые суточные колебания аффекта. При этом тревожные переживания варьировали от чувства неопределенной, немотивированной тревоги до четкой идентификации предмета беспокойства: собственное здоровье, здоровье близких родственников, ожидание катастрофы в развитии социальных и политических событий. В 6 наблюдениях имела место депрессивно-бредовая симптоматика. У 2-х больных речь шла о бредовом компоненте персекуторного содержания («преследование, воздействие», идеи материального ущерба). У 4-х пациентов тревога сочеталась с

ипохондрическим бредом. В структуре депрессии отмечались чувства собственной несостоятельности и малоценности, идеи самообвинения и самоуничужения сверхценного характера (у 3 больных). У других больных в структуре депрессии преобладали апато-абулические нарушения, а также анергические и астенические компоненты – 13 больных (40,6%). Пациенты отмечали отсутствие желаний и побуждений к деятельности, включая круг домашних проблем, утрату прежних интересов, отсутствие вовлеченности в происходящие события, тяготились состоянием видимой беспомощности в еще достаточно молодом возрасте. У 3-х больных основные жалобы касались видимого физического бессилия, повышенной утомляемости, выраженной трудности к концентрации даже на привычных действиях, забывчивости и несостоятельности. Тоскливая депрессия отмечалась у 7 больных (21,9%) и проявлялась загрудинной тоской, идеями самообвинения, суточными колебаниями витальной меланхолии. У большинства пациентов выявлялись нарушения сна: от незначительной трудности засыпания до ощущения его полного отсутствия. Кроме того, было выявлено нарушение аппетита, в большинстве своем в сторону снижения и связанная с этим вариабельность массы тела.

В целом, для выявленных депрессивных состояний характерны размытость и нечеткость гипотимических признаков с преобладанием тревожных, апато-абулических и анергических компонентов. При этом отмечают некоторые различия между выраженностью симптоматики депрессивного спектра и субъективным восприятием пациентами своего состояния. Этот феномен зачастую приводил к принятию нерациональных решений во многих социальных вопросах, препятствовал обращению за психиатрической помощью и решению вопроса о госпитализации. Эта характерная особенность выявленных депрессивных состояний обусловлена сочетанием собственно депрессии с резидуальными продуктивными (бредовые построения персекуторного и ипохондрического содержания; псевдогаллюцинаторная симптоматика) и негативными расстройствами (апато-абулические и астено-анергические нарушения) основного заболевания – параноидной шизофрении.

Анализ результатов по шкале PSP позволил сделать вывод, что практически во всех сферах жизни больных наблюдаются признаки снижения социального функционирования. Это касается трудовой, семейной, материально-бытовой сфер, социальных контактов, проведения досуга. Оценка персонального и социального функционирования превысила средний уровень и достигла по выборке уровня 55 баллов по шкале PSP, что соответствует интервалу значительных затруднений в основных областях функционирования (социально полезная деятельность, отношения с близкими) или заметных поведенческих нарушений.

Кроме того, более дифференцированный подход продемонстрировал заметное снижение качества жизни пациентов группы «с депрессией» в отношении с близкими ($t=2,13$, $p<0,05$) и в навыках самообслуживания ($t=2,07$, $p<0,05$). При этом установлено, что всего 45% больных полностью удовлетворены психиатрической помощью, оказываемой в дневном стационаре и медико-реабилитационном отделении. Структура преобладающей неудовлетворенности проявилась следующим образом: проблемы в общении и взаимодействии (25%); трудоустройство, включая занятость в условиях трудовых мастерских (12%); недостаточным объемом социальных льгот по инвалидности (33%), результаты лечения (психофармакотерапия) (15%); результаты лечения (соматическая патология) (8%). Таким образом, анализ персонального и социального функционирования больных параноидной шизофренией, наблюдавшихся в условиях медикаментозной ремиссии с наличием симптомов депрессивных состояний позволил сформировать мотивационные компоненты участия больных в медико-реабилитационных мероприятиях и определить круг основных проблем-мишеней медико-социальной работы.

Выводы и обсуждение. Проведенные исследования позволили выделить четкие соответствия клинических проявлений болезни и уровня социальной адаптации у 60%

больных. Кроме того, было установлено, что у 40% больных клинические проявления параноидной шизофрении не соответствуют уровню их социальной адаптации. Эти проявления определялись нарушением мотивации, выступающей в роли «мотивационного дефекта» в структуре негативных и депрессивных расстройств (апатия, абулия, «снижение энергетического потенциала»), а также нарушением смыслообразующих функций, приводящим к появлению нелепых, амбитендентных, причудливых адаптационных мотивов. При этом выраженное снижение социального статуса в первые несколько лет после начала заболевания (потеря работы, сужение круга общения, конфликтные ситуации) и наличие гипотимического аффекта сочеталось с высоким уровнем субъективной удовлетворенности в сфере социального функционирования, что препятствовало формированию мотивации больных на преодоление существовавших трудностей.

Указанные аспекты определяют объективную необходимость проведения клинико-психопатологического и социо-психологического исследований, ориентированных на изучение ценностно-потребностных функций амбулаторных больных параноидной шизофренией. Эти обстоятельства определяют объективную необходимость активного проведения в условиях медико-реабилитационного отделения и дневного стационара психообразовательных программ, ориентированных на повышение ответственности пациента за свое здоровье и социальное функционирование. В ходе проведения этих программ повышается комплаентность больных к проводимым медико-реабилитационным мероприятиям, расширяется сеть социальных контактов, стабилизируются отношения с ближайшим окружением, улучшаются субъективные представления и переживания о психическом здоровье и жизни в целом, а также качество оказания медицинской помощи и социальной поддержки со стороны больницы. Эти факторы в значительной степени способствуют формированию критичного отношения к проявлениям болезни и снижают степень зависимости социального функционирования от психической патологии.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Штань М.С., Швец М.С., Виноградова А.О., Ёлгина М.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Депрессивные расстройства в клинике больных шизофренией встречаются достаточно часто, однако особую значимость их правильная диагностика и адекватная терапия приобретает в постпсихотическом периоде, когда необходимо реализовать программу ресоциализации больных и меры противорецидивного характера.

Целью исследования явилось изучение депрессии у больных шизофренией.

Задачи исследования:

1. Определить частоту встречаемости депрессивных расстройств у больных шизофренией, не входящих в структуру психотического приступа.
2. Выявить связь с полом и возрастом больных.
3. Рассмотреть возможное влияние длительности заболевания, формы и типа течения шизофрении на развитие депрессивных нарушений.
4. Выявить связь с применением типичных/атипичных антипсихотиков и развитием депрессии.

Материалы и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» проведено обследование 85 больных с диагнозом «Шизофрения» (F 20), выставленном в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Критерием исключения были беременные и лактирующие женщины, наличие у больных тяжелых декомпенсирующих заболеваний внутренних органов.

Средний возраст респондентов составил $40,4 \pm 11$ лет (мужчин – $39,8 \pm 9,6$ лет, женщин – $40,9 \pm 12,5$ лет). Среди опрошенных респондентов 48% составили мужчины и 52% женщины.

Наиболее распространенной была параноидная форма шизофрении – в 98% случаев, и по 1% – неврозоподобная и недифференцированная форме. Распределение по типу течения эндогенного процесса было следующим: 94% – непрерывный тип, 3,6% – эпизодический тип с нарастающим дефектом, 2,4% – период наблюдения менее года. Большинство опрошенных получали антипсихотическую терапию типичными нейролептиками – 75%, 25% – атипичными. Давность шизофренического процесса к моменту обследования колебалась от нескольких месяцев до 36 лет (в среднем $12,9 \pm 6,8$ лет).

Выраженность уровня депрессии оценивалась по шкале Калгари. Шкала состоит из 9 пунктов. Первые восемь содержат вопрос, прямо задаваемый испытуемому. При необходимости по каждому пункту задаются уточняющие вопросы в свободной форме. 9-ый пункт оценивается на основании наблюдения за поведением больного во время структурного интервью. Каждый пункт оценивается в баллах от 0 до 3. Анкетирование больных проводилось после выхода из данного психотического эпизода. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Уровень депрессии у лиц мужского пола в среднем составил $11,4 \pm 4,9$ балла, у женщин $8,2 \pm 4,5$ балла, различия в данных подгруппах статистически значимы ($p < 0,05$). В результате проведенного анкетирования у 25% пациентов не выявлено депрессивных нарушений (по шкале Калгари балл менее 6).

Среди них 84% больных принимали типичные антипсихотики, а 16% – атипичные. 19% пациентов имели депрессивные нарушения в структуре данного психотического эпизода, а у 56% опрошенных признаки депрессии развились после купирования психоза. Из них 73% получали типичные нейролептики (галоперидол), 27% – атипичные (азалептин, оланзапин, рисполепт).

По результатам корреляционного анализа Спирмена выявлена слабая прямая связь (0,007) между длительностью заболевания и уровнем депрессии. Так, например, у больных с выраженными депрессивными нарушениями (балл по шкале Калгари 15 и выше), длительность эндогенного процесса от начала манифестных проявлений составила 12 и более лет. Чаще встречались депрессивные нарушения у больных с параноидной формой и непрерывным типом течения (балл по шкале 10 и выше).

В зависимости от применяемой терапии различий по степени тяжести депрессии практически не было, так, средний балл по шкале Калгари при лечении типичными антипсихотиками составил $10,20 \pm 3,87$, атипичными – $10,47 \pm 5,76$.

Выводы.

1. Частота распространения депрессивных нарушений у больных шизофренией, не входящих в структуру текущего психотического эпизода, составила 56%.

2. У лиц мужского пола риск развития депрессии выше по сравнению с женщинами.

3. Продолжительность шизофренического процесса может рассматриваться как предиктор развития депрессии в постпсихотическом периоде.

4. На изученном материале нами не выявлено связи между развитием депрессии и применением типичных/атипичных нейролептиков.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТЕКУЩЕГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА

Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

Современные мета-аналитические обзоры, посвященные влиянию коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) на основные клинико-динамические характеристики АР (возраст к началу АР, тяжесть аффективной симптоматики, скорость становления ремиссии, частота рецидивов и суицидальное поведение), эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения, а также долгосрочный прогноз и характеристики социальной адаптации, носят противоречивый характер. С одной стороны, существуют исследования, которые подтверждают факт негативного влияния такого рода коморбидности на вышеуказанные параметры как в случае униполярных, так и биполярных АР: отмечается более медленное становление ремиссии, более частое повторение депрессивных эпизодов (Bajaj P., Tyrer P., 2005; Grilo С.М. et al., 2010). Указывается, что коморбидные РЛ и отдельные дисфункциональные черты личности снижают эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения АР, создают трудности рабочего альянса с пациентом и повышают риск преждевременного прерывания терапии (Diguier L. et al., 1993; Grilo С.М. et al., 2010). С другой стороны, в ряде работ (Kool S. et al., 2005) отмечается, что существенного клинического влияния, в частности на эффективность антидепрессивной терапии, коморбидность АР и РЛ не имеет (особенно при краткосрочной оценке), и даже прямо показывающие, что личностная патология не является модератором эффекта терапии АР (Levenson J.C. et al., 2012). Остается неясным, какие именно расстройства личности могут быть предикторами плохого ответа на антидепрессивную терапию или хронификации аффективных нарушений (Carter J.D. et al., 2011), а также более выраженного снижения уровня социальной адаптации (Skodol А.Е. et al., 2005). Недостаточно изучен вопрос наиболее эффективных психофармакологических стратегий при коморбидности АР с различными РЛ (Crawford M.J. et al., 2008). В отдельных работах в случае коморбидности АР и РЛ продемонстрирована более высокая эффективность комбинирования психофармакотерапии и психотерапии (Bellino S. et al., 2006; Markowitz J.C. et al., 2007), однако остается противоречивыми данные относительно того, какого рода психотерапевтический подход является наиболее оптимальным в случае коморбидности АР и РЛ (Смулевич А.Б. и соавт., 2007; Abbass A. et al., 2011).

Цель исследования заключалась в изучении эффективности проводимой фармакотерапии у пациентов в случае коморбидности АР и РЛ, по сравнению с пациентами без указанной коморбидности.

Материал и методы: в исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в возрасте $44,4 \pm 10,2$ лет и 40 мужчин в возрасте $40,6 \pm 11,0$ лет) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 человек и БАР – 39 человек.

Общая группа пациентов была разделена на две подгруппы: первая – 60 человек, из них – 38 женщин (63,3%), 22 мужчины (36,7%), которая состояла из пациентов с АР коморбидными с РЛ – основная группа, и вторая подгруппа – 60 человек: 42 женщины (70%), 18 мужчин (30%) с АР без коморбидного РЛ – группа сравнения.

Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p > 0,05$). РЛ в первой подгруппе были представлены в 88,3% ($n=53$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7% ($n=4$) – пограничное

расстройство личности (F60.31), в 5% (n=3) – истерическое расстройство личности (F60.4).

В исследуемых группах была проведена сравнительная оценка динамики тяжести депрессии в процессе фармакотерапии (на 0, 14 и 28 дни) с помощью сокращенной версии шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version, Williams J., Link M., Rosenthal N.E. et al., 1992), включающей в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. Кроме того, была проведена оценка тяжести расстройства до начала лечения, на 14 и 28 дни фармакотерапии при помощи шкалы CGI-S, а также оценка улучшения психического состояния по шкале CGI-I на 14 и 28 дни фармакотерапии. Выраженность побочных эффектов проводимой фармакотерапии оценивалась с помощью шкалы оценки побочного действия – UKU. Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0.

Полученные результаты исследования. В большинстве случаев ($p < 0,05$) в качестве базисной антидепрессивной терапии пациенты основной группы и группы сравнения получали антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (56,6% и 61,6% соответственно). Достаточно редко назначались препараты из группы трициклических антидепрессантов (ТЦА), антагонисты/ингибиторы обратного захвата серотонина АИОЗС (тразодон). В целом по частоте назначения различных антидепрессантов при межгрупповом сравнении статистически значимых различий обнаружено не было, за исключением того факта, что в основной группе чаще ($p < 0,05$) использовались антидепрессанты двойного действия: селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина (СИОЗСН).

В ходе терапии текущего ДЭ, как правило, использовалась комбинированная терапия (статистически чаще в основной группе, чем в группе сравнения, соответственно 96,8% и 86,7%, $p < 0,05$), представленная различными вариантами сочетания психотропных препаратов: антидепрессантов, нормотимиков, нейролептиков, транквилизаторов.

При межгрупповом сравнении статистически значимо в основной группе более часто, чем в группе сравнения назначалась комбинированная терапия в виде сочетания антидепрессанта, нормотимика и нейролептика (соответственно 30% и 13,3%, $p < 0,001$). Применение данного сочетания препаратов в основной группе способствовало снижению уровня эмоциональной нестабильности, показало эффективность в отношении поведенческих реакций, способствовало снижению уровня агрессивности, но было сопряжено с большей выраженностью побочных эффектов ($p < 0,001$).

Результаты психометрической оценки эффективности терапии текущего ДЭ и динамики выраженности побочных эффектов с помощью шкал SIGH-SAD, CGI-S, CGI-I, UKU в соответствующих группах пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1

Эффективность терапии текущего депрессивного эпизода и динамики выраженности побочных эффектов в исследуемых группах

| Шкалы | Основная группа | | | Контрольная группа | | |
|---------------------------------|-----------------|-------------|------------|--------------------|----------|---------|
| | 0 нед. | 2 нед. | 4 нед. | 0 нед. | 2 нед. | 4 нед. |
| SIGH-SAD: | 30,6±8,1** | 20,9±6,6*** | 10,7±3,8 | 24,7±8,5 | 15,7±6,7 | 7,6±3,4 |
| HDRS-17 | 24,6±6,6* | 16,4±5,3 | 7,9±3,0 | 20,9±7,1 | 13,4±1,2 | 6,2±2,9 |
| Атипичные депрессивные симптомы | 6,0±2,9** | 4,6±2,3* | 2,8±1,6* | 3,7±2,9 | 2,4±1,7 | 1,9±0,3 |
| CGI-S | 4,4±0,7* | 3,8±0,6*** | 3,3±0,7*** | 4,2±0,5 | 3,2±0,5 | 2,4±0,6 |
| CGI-I | | 3,5±0,8*** | 2,5±0,6*** | | 2,5±0,7 | 1,7±0,7 |
| UKU | 3,1 ±0,3*** | 1,8±0,2* | 1,0±0,1* | 1,2±0,2 | 0,7±0,1 | 0,2±0,1 |

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$ – межгрупповое сравнение

Статистически значимая ($p < 0,001$) редукция степени тяжести текущего ДЭ (включая типичные и атипичные депрессивные симптомы), оцененная по шкале SIGH-SAD, фиксировалась уже на 2-ю неделю терапии в обеих группах, но к 14 и 28 дням фармакотерапии в основной группе пациентов наблюдалась более выраженная тяжесть депрессии (за счет большей выраженности атипичных депрессивных симптомов), чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Межгрупповая оценка тяжести психических расстройств по шкале CGI-S к 14 и 28 дням терапии, выявила статистически значимую ($p < 0,001$) большую выраженность тяжести заболевания у пациентов основной группы, чем в группе сравнения.

Согласно полученным данным оценки степени улучшения психического состояния по шкале CGI-I, к 14 и 28 дням фармакотерапии также были выявлены статистические различия при сравнении исследуемых групп, что свидетельствует о том, что степень улучшения психического состояния в ходе проводимой терапии была хуже в основной группе, чем в группе сравнения.

Кроме того, полученные данные свидетельствуют о большей представленности побочных эффектов терапии и меньшую скорость их редукции в ходе терапии в группе пациентов с наличием коморбидности АР и РЛ, чем в группе сравнения.

Заключение и выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что наличие РЛ обуславливает большую тяжесть текущего ДЭ, большую выраженность как типичных, так и атипичных депрессивных симптомов. Полученные данные указывают на то, что в случае коморбидности АР и РЛ по сравнению с пациентами, страдающими только АР, чаще возникает необходимость применения комбинированной психофармакотерапии, отмечается более медленная редукция депрессивных симптомов (преимущественно за счет атипичных депрессивных симптомов) в ходе проводимой фармакотерапии, большая выраженность побочных эффектов терапии и более медленное их обратное развитие.

Учитывая, что коморбидность АР с РЛ определяет сложности в отношении выбора оптимального вида и алгоритма лечения, представляется важным проведение дополнительных клинических исследований в четко определенных (как клинически, так и биологически) группах пациентов, имеющих указанную коморбидность.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ ВКБ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ С РАЗЛИЧНЫМ ВОСПРИЯТИЕМ БОЛЕЗНИ

Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет им.

А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Введение. Современные исследователи медицины и клинической психологии, сторонники холистического подхода, которые в качестве объекта лечебного процесса рассматривают пациента в целом, а не просто нарушение того или иного органа или системы, уделяют большое внимание психологическим, и в особенности, эмоциональным аспектам заболевания. Именно эмоции представляются одним из ведущих как факторов возникновения, так и маркеров личностного реагирования при тех или иных заболеваниях. Муковисцидоз является ярким примером наследственного, хронического заболевания с высокой вероятностью летального исхода, заключающееся в нарушении

функционирования всех экзокринных желез организма (в первую очередь поражаются дыхательная и пищеварительная системы).

Цель исследования: изучить особенности личностной тревожности и субъективного восприятия угрозы у пациентов с муковисцидозом.

Материалы и методы. Обследовано 86 пациентов с муковисцидозом в возрасте от 18 до 35 лет (средний возраст – $23,7 \pm 4,8$ лет), мужского и женского пола (38 и 48 человек, соответственно), проходивших плановое лечение в ГКБ № 57 г. Москвы. Все пациенты были обследованы следующими психодиагностическими методиками: 1) «Краткий опросник восприятия болезни» (Broadbent E. et al. (2006) в адаптации Ялтонского В.М. (2010) для пациентов с муковисцидозом), который позволил разделить всю выборку на две подгруппы: пациентов, воспринимающих муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью и пациентов, воспринимающих муковисцидоз как умеренную угрозу жизни и здоровью; 2) «Интегративный тест тревожности» (Бизюк А.П. и соавт., 1997); 3) «Опросник эмоционального реагирования на болезнь» (Ялтонский В.М., 2007).

Результаты. В ходе исследования установлено, что в структуре личностной тревожности пациентов с муковисцидозом, выраженной на высоком уровне ($6,57 \pm 1,93$ станайнов), преобладают тревожная оценка перспективы ($6,67 \pm 1,98$ станайнов) и астенический компонент ($6,38 \pm 2,18$ станайнов). При этом у пациентов с муковисцидозом, воспринимающих свое заболевание как выраженную угрозу жизни и благополучию достоверно выше показатели по шкалам: эмоциональный дискомфорт ($7,43 \pm 0,97$ станайнов, $p=0,011$), общий уровень тревожности ($7,63 \pm 1,41$ станайнов, $p=0,050$) и фобический компонент ($6,43 \pm 2,24$ станайнов, $p=0,015$). У пациентов с муковисцидозом с субъективным восприятием болезни как умеренной угрозы ведущими компонентами личностной тревожности являются тревожная оценка перспективы ($6,09 \pm 2,12$ станайнов) и астенический компонент ($5,73 \pm 2,69$ станайнов). В структуре эмоционального реагирования на болезнь по всей выборке пациентов с муковисцидозом доминируют позитивные формы реагирования: благодарность за оказываемую помощь и поддержку ($1,94 \pm 0,93$ балла), уверенность в себе и своих силах ($1,69 \pm 1,01$ балла), чувство готовности к борьбе ($1,38 \pm 1,02$ балла), надежда на лучшее ($1,38 \pm 1,02$ балла). Менее всего в структуре эмоционального реагирования на болезнь выражены негативные формы (средний показатель – $0,56 \pm 0,50$ балла): печаль ($0,90 \pm 0,76$ балла), тревога ($0,80 \pm 0,60$ балла), депрессия ($0,67 \pm 0,64$ балла), беспомощность ($0,59 \pm 0,57$ балла). Также было установлено, что в группе пациентов, воспринимающих муковисцидоз как выраженную угрозу жизни и здоровью, наиболее выражено преобладание негативных форм эмоционального реагирования, чем в группе больных муковисцидозом с восприятием болезни как умеренной угрозы (средние общие показатели $0,75 \pm 0,45$ балла и $0,31 \pm 0,42$ балла, соответственно; $p=0,043$). При этом статистически значимые различия были обнаружены по шкалам: гнев ($0,75 \pm 0,45$ балла и $1,16 \pm 0,75$ балла, соответственно; $p=0,033$), разочарование ($0,66 \pm 0,54$ балла и $0,27 \pm 0,25$ балла, соответственно; $p=0,049$), презрение к себе ($0,80 \pm 0,70$ балла и $0,44 \pm 0,22$ балла, соответственно; $p=0,043$).

Заключение. Структура эмоционального уровня ВКБ взрослых пациентов с муковисцидозом характеризуется наличием амбивалентных форм эмоционального реагирования, на фоне повышенной личностной тревожности. В группах с различным восприятием болезни отмечаются также различные показатели эмоционального компонента ВКБ (личностной тревожности, ситуативной тревоги, эмоционального реагирования на болезнь). Таким образом, диагностика и коррекция показателей эмоционального уровня ВКБ данных пациентов представляются более перспективными при учете показателя восприятия болезни как угрозы жизни и здоровью.

A COMPARITIVE STUDY OF ANXIETY SYMPTOMS IN ABUSED ADOLESCENTS

Altanzul N., Jargal B., Hishigsuren Z., Odkhuu E.

MNUMS, School of Medicine, Mental Health Department, Mongolia

Introduction. According to WHO, across the world an average of 565 young people aged 10-29 die every day through interpersonal violence, and in each death there is an estimated 20 to 40 youth that require hospital treatment for a violence related injury.

Numerous studies have shown that anxiety is one of the common psychological negative consequences occurring in abused children. Females experiencing child abuse were 10 times as likely as females with no child abuse to have mental disorder and 3 times likely to be diagnosed with anxiety disorder. Basic concept of pathophysiological process in anxiety related with maltreatment is known to be associated neuroendocrine changes.

Heim et al (2001) found that women who were abused during childhood demonstrated hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis impairment and low basal cortisol concentration compared to women without childhood abuse. For women with childhood abuse blunted cortisol responses might indicate level of impaired HPA functioning that could constitute a vulnerability to psychopathology with exposure to chronic stress.

Research conducted by B. Jargal (2005) identified causes and clinical symptoms of post-traumatic stress disorder among children. So far there is no study identifying cortisol changes associated with mental disorder in abused children in Mongolia.

Goal. To identify presence of anxiety, some physical changes and level of cortisol hormone in abused adolescents compare to non abused adolescents.

Materials and Methods. Case control study design was used to conduct a survey from June 2011 to May 2013. Spence Children Anxiety Scale (SCAS) is a 38 item self-report questionnaire and was used to assess multiple symptoms of childhood anxiety disorders. Salivary cortisol was measured by the enzyme linked immunoassay techniques (Cortisol ELISA kit, Eurcardio Laboratory, USA). Weight, height, BMI, systolic and diastolic blood pressure, heart rate and respiratory rate of study participants were also assessed by standardized techniques.

Results. Total number of participants were 149 children aged between 11-16 years (number of cases were 53, matched control subjects were 96) and average age of all subjects was $13,49 \pm 1,54$ (male $13,38 \pm 1,60$, female $13,54 \pm 1,51$). Family structure (OR=2,5-3,8), parent's unemployment (OR=1.30-12.4, $p < 0,01$), maternal alcohol and tobacco abuse (OR=6,37, $p < 0,05$), family negative relationship (OR=9,35, $p < 0,01$) was associated with increased risk factors for child abuse. Total score of SCAS of case group (mean score $35,64 \pm 2,65$) was statistically significance higher ($p < 0,01$) than the control group. Salivary cortisol concentration of case group ($21,3 \pm 8,1$ ng/ml) was statistically significance lower ($p < 0,01$) than control groups ($31,56 \pm 16,9$ ng/ml). Height and weight of girls of case group was statistically significance lower than control group. There was no difference in other physical parameters between in two groups.

Conclusion. Family structure, childs parent's relationship, maternal alcohol and tobacco abuse, parent's unemployment are risk factors for child abuse and anxiety occurred more frequently ($p < 0,01$) among abused children. Cortisol level was lower in abused children compared to non abused children.

USING THE STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ) TO SCREEN FOR CHILDREN BETWEEN 11-17 YEARS OLD IN A COMMUNITY SAMPLE

Bayarmaa V., Nasantsengel L., Tuya N., Batzorig B., Chimedsuren O.

*Department of Public Health, Research Education and Foreign Affairs, National Center for
Mental Health, Mongolia*

*Department of Public Health, Mongolian National University of Medical Science, Mongolia
Mongolian Mental Health Association, Mongolia*

Introduction. Child adolescent's mental health issue is one major part of health aspects in the world wide. In accordance with WHO investigation, most of the mental disorders reveal in childhood and 20 percent of children (1 of 5) with mental and behavioral disorder, currently.

In the WHO report 2001 mentioned that, anxiety disorder 13%, behavioral disorder 10,3%, emotional disorder 6,2% occurring among the children aged between 9-17. Mild and severe mental disorders are could be occur to 1 of the 5 children /Brandenburg, Friedman, & Silver, 1990; McDermott & Weiss, 1995/ and prevalence is higher among the boys in primary school age, higher among the girls in adolescent age. 5-8% of school age children are suffers from ADHD in USA.

Prevalence of child behavioral disorder is 5-20%, 6-16% among the boys, 2-9% among the girls. It shows that, child behavioral disorder occur more common among the boys than girls and more spread in the city than in provinces.

According to the 'adolescents psychological needs survey' in our country, 25,7% of adolescents feel lonely and diagnosable with the depression, 70,6% of 6-11th grade children used alcohol, 86,8% of them in harmful consumption, 8,5% of them consumed in dangerous level.

Along with the study 'Epidemiological survey of suicide and suicidal attempt 'in UB city 1999-2002, 10,3% of total respondents were 10-17 years, 11,4% of them attempted to suicide, 8,2% of them committed suicide.

In 2005, in Mongolia assessed Mental health system using the WHO-AIMS, concluded following; special attention needs to be given to develop professional competence and services in the area of child and adolescents mental health. Child psychiatric disorders are common and treatable, but often go undetected and therefore remain untreated.

Aims. To assess the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a potential means for improving the detection of child psychiatric disorders in the community.

Methods. SDQ predictions and independent psychiatric diagnoses were compared in a community sample of 1959 11- to 17-year-olds from the 2013 Mongolian National Center for Mental Health.

Results. Multi-informant (parents, teachers, older children) SDQs identified individuals with a psychiatric diagnosis with a specificity of 66,8% (95% CI 61,4-73,0%) and a sensitivity of 64,4% (59,9-71,3%). The questionnaires identified over 65% of individuals with conduct, hyperactivity, depressive and some anxiety disorders. Sensitivity was substantially poorer with single-informant rather than multi-informant SDQs.

Conclusions. Community screening programmers based on multi-informant SDQs could potentially increase the detection of child psychiatric disorders, thereby improving access to effective treatments.

LGBT COMMUNITY REACTION TO AIDS

Erdenechimeg R., Jargal B., Oyunsuren D., Hishigsuren Z.

Tug-sun narcology hospital, Mongolia

MNUMS, SOM, Mental health department, Mongolia

Objective. A person under stress shows biological response as a protective mechanism. However having a disease which is not accepted by society and to hear unpleasant news about the disease causes many different responses. There is various understanding and attitude towards LGBT community worldwide, in Mongolia it is usually negative. Unfortunately, other than people with AIDS, such as LGBT community has psychologic negative reaction caused by psychological pressure and discrimination by society. As of October 2014 in Mongolia, there are 177 official cases of people with HIV/AIDS, 145 males, 79,3% are homosexual.

Research method. Randomized sample of participants were selected for research by aid of LGBT Centre and at «Red Ribbon» hospital. Private interview session also questionnaires were used for the study.

Result. 26 participants from LGBT community with AIDS took part in our study. There was 16 homosexuals, 9 bisexuals, 1 transgender participants. Age range between 18-56, diagnosed previously 6 months to 9 years, and all participants were males. Most LGBT participants were not open about their sexual orientation to society in addition to contracting AIDS infection have major psychological stress. Our participants felt scared of others knowing they have AIDS (n=20), shock after the diagnosis and do not know what to do (n=20), blamed themselves (n=19), and scared of infecting others (n=18). Most of the participants loath themselves, scared of death and no hope in living. After period of time of diagnosis, 16 participants accepted themselves and became calm, 12 participants felt there is no other way than to accept their fate, more than half were still scared of other knowing.

Conclusion. Participants that took part in the research from the LGBT community with AIDS have psychological damage. Especially after AIDS contraction, intense negative psychological reaction occurred however after a certain period of time a personal adaptation reaction appears, the time is statistically significant.

ОНОШИГООНЫ ХОЖИМДОЛ BIPOLAR DISORDERS

Gantsetseg T., Enkh-Uchral P., Minjmaa R., Khishigsuren Z.

MNUMS, School of Medicine, Department of Mental Health, Mongolia

National Center for Mental Health, Mongolia

Introduction. The prevalence of bipolar affective disorder in the world is about 3% and it is differently by nationality and sex. Also according to the recent studies of Europe, scientists have increased their interests in making earlier and more accurate diagnosis of bipolar disorder. But in Mongolia, there is no research on bipolar disorder. So we aimed to study current state of diagnostics and treatment of bipolar disorder in Mongolia.

Methods. We conducted our study based on clinical departments of national center for mental health, from December of 2011 to December of 2012 and we included in our study 101 inpatients, 32 outpatients, totally 133 patients who were diagnosed as bipolar disorder. Our study was done by three stages that data were collected by questionnaires, clinical interviews and data

logging. SPSS21.0 program was used for data processing, Pearson's χ^2 test, simple logistic regression and Independent- samples T test were used to differentiate categorical variables.

Results. Our study included in total 112 patients with mean age of 42.1 ± 0.9 years, ranging from 14 to 62 years; 31(27,7%) were male and 81(72,3%) were female. The mean age of symptom onset in the total participants was $27,5 \pm 0,81$ years, ranging from 12 to 51 years. 93,8% (n=105) of participants were from Ulaanbaatar and 6,3% (n=7) of them were from countryside. 76,8% (n=86) of patients were disabled and get welfare money and only 23,2% (n=26) of patients were not lost their ability to work. According to clinical types of bipolar: patients with bipolar affective disorder, current episode severe depression without psychotic symptoms with suicidal risk (F31.4) and bipolar affective disorder, current episode mixed (F31.6) were disabled in 1 to 3 years. It means, the severity of bipolar clinical types (P-урта 0,005) affects disability differently.

Conclusion. We confirmed that bipolar disorder is one of leading mental disorders which cause disability. Also the severity of bipolar clinical types (P-урта 0,005) affects disability. The reason of many incidence in diagnostic delays due to low and inadequate knowledge of people about mental health. In other hand it shows that other physician specialists and medical workers have insufficient knowledge about bipolar affective disorder.

RESULTS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY AMONG SOMATIZATION DISORDER

Jargal B., Khishigsuren Z.

MNUMS, School of Medicine, Mental Health Department, Mongolia

Background. Among the general population, there is a subgroup of patients with somatization disorder characterized by several disparate physical symptoms that are not fully explained by general medical investigations. These individuals visit many doctors and undergo numerous physical examinations and diagnostic tests, but no physical evidence can be found. There is among the most common patient complaints in the general primary health care practice.

Goals: The objective of this study is to identify and illustrate results of cognitive-behavioral therapy among somatization disorder.

Methodology. A total of 73 patients with somatization disorder and 148 matched healthy controls were involved in this case control and clinical trial study. In addition, qualitative research was conducted as part of the semi-structure questionnaire. All of these 73 patients were already seeking and receiving medical and non-medical care at least 6 times in the past 2 years.

Result. The final selected this study sample who were interviewed and comprised of 168 (76%) female and 53 (24%) male patients, ages 21-78 ($40,9 \pm 10,93$) years old. The average age is $40,9 \pm 10,93$. Permanent negative memory of life experience (OR 15,82) (P-урта 0,001), bad news (OR 15,82) (P-урта 0,01), loss of loved one (OR 2,49) (P-урта 0,066) correlating to somatization disorder. Somatic symptoms decreased 4-5 times, which revealed before cognitive-behavioral therapy is statistical importance.

Conclusion: Somatic symptoms decreased 4-5 times, which revealed before cognitive-behavioral therapy.

PSYCHOVEGETATIVE FEATURES OF PATIENTS WITH A NEURALGIA OF A TRIGEMINAL NERVE IN THE ASPECT OF SEXUAL DIMORPHISM

Juraeva D.N.

Bukhara state medical institute, Uzbekistan

Research objective. Studying of psychovegetative features of patients NTN in aspect of sexual dimorphism.

Research material and methods. Under our supervision were 238 patients suffering by idiopathic form of NTN. 155 of them are women and 83 are men. According to our researches women consult doctors more often than men do. Frequent occurrence NTN at women is marked by majority of researchers. Sometimes to the patient (it is the woman more often) it becomes easier, when he/she has shared problems with someone (Straussner S, 1997). Continuous retrospective and prospective research was done on materials of Bukhara regional clinical hospital and Bukhara city hospital of Bukhara region.

Results of research. The age analysis carried out by us has shown that as a whole NTN both in group of women, and in group of men is met more with people older than 45 years old, with authentic prevalence in a female group of persons. Reactive uneasiness in group of women prevails, compared to personal uneasiness. The medium-heavy form of reactive anxiety at women prevails (61,3%) in group of women, than its heavy form (38,7). The analysis of personal anxiety in group of women shows that the heavy form (55,5%) prevails, than medium-heavy form (44,5). At the same time tendency of major representation of disease in group of men in age groups of 31-50 years is noted, and on frequency of occurrence of reactive and personal uneasiness medium-heavy form prevails, than heavy one (56,6%, 54,2% accordingly). Distinctions in a psychological profile of men and women define ambiguity of behavioral reactions, including in reaction to the same situation. By results of the test of Spilberger, and by data of screening researches there are essential distinctions about presence and evidence of SRD between groups of men and women.

Conclusion. Thus, the obtained data testifies presence of essential distinctions in accompanying psychoemotional frustration at men and the women suffering with idiopathic form of NTN. The obtained data should be considered at appointment vegetotropic and psychotropic drugs within the limits of complex therapy NTN.

CURRENT STATE OF MENTAL HEALTH SERVICE IN MONGOLIA

Khishigsuren Z.

Department of Mental Health, School of Medicine, MNUMS, Mongolia

In 1929, mental health service was founded by USSR experts in Mongolia. In early years russian experts Strelchuk I.V., Anisimova N.A. and Ilien A.V. worked to develop mental health service. It has been 85 years since then that Mongolia prepared national mental health experts and developed mental health service.

Mongolia is showing mental health service as a three stage which are primary care, basic healthcare service and specialized care.

As today, we are showing mental health service by National center of Mental health with 450 beds, Narcology hospital, drug and substance abuse force treatment place and mental health departments of 21 province in Mongolia.

According to 2005 WHO assessment of Mongolian mental health service, 2% of total health expense is spent on mental health field.

Human source of mental health expert is very important and as 2014, there is one psychiatrist per 60.000 people. However, in Ulaanbaatar there are 2,1 beds and in provinces and districts there are 0,7 beds per 100 000 people which is 2 times less than beds number of Western region of pacific ocean.

Mongolia has a mental health policy that in 2000, Mongolia established The Mental Health Law which was revised in 2013 and between 2002 to 2007, the first program on mental health had been processed and assessed the result of fulfillment and the second program on mental health is still in action from 2009 to 2016. Mongolia has put into practice and has control over the enforcement of legal acts which are cared by international countries: «Human rights declaration of people with intellectual disability», «The united convention on drugs», «The convention on psychotropic medication», «The rights of patients with mental disorder» and «Declaration of Madrid».

As showing mental health service, we face to requirements that to study prevalence of mental illness and character of disease. In the result of study performed in our country from 1984 to 1992, there are 20 to 24 incidences per 1000 people and intellectual disability was higher in character of disease.

Since then, the next major research called «The prevalence of common mental disorders» was done in 2013. The result of this research shows that anxiety occupies 18,5%, insomnia occupies 17,1% and neurasthenia occupies 16,2% which placed in first three places among population and there is a preliminary result that disorders based on mentality has increased 10 times and alcohol abuse has increased 40 times compared to the research result in 1992.

In current state of Mongolian mental health service, the average duration of hospitalization is long, high recurrence, low supplement of atypical psychotropic medication and low expense per mental bed are the mean issue.

Thus, in the future we have to transfer hospital based mental health service into community-based mental health service, increase the number of mental health experts, improve the management of service and add new technologies to treatment in the nearest future.

FATAL AND NON-FATAL SUICIDAL BEHAVIORS AMONG CHILD AND ADOLESCENT IN MONGOLIA, 2003-2008

Khishigsuren Z., Oyunsuren D., Tuya Nai., Kalamkas S.

Department of Mental Health, School of Medicine, MNUMS, Mongolia

«Ach» School of Medicine, Mongolia

National Center for Mental Health, Mongolia

Introduction. Each suicide is a personal tragedy that prematurely takes the life of an individual and has a continuing ripple effect, dramatically affecting the lives of families, friends and communities. Suicidal behavior may be seen in all age groups, but its incidence among young people and adolescents has increased in recent years. Young people are among those most affected; suicide is now the second leading cause of death for those between the ages of 15 and 29 years globally. We aimed to analyze of records of adolescent cases with fatal and non-fatal suicidal behaviors, which were registered in nationwide between 2003 and 2008 years.

Materials and Methods. The study design was a descriptive retrospective. This study is based on records provided by the local Health Centers of 21 provinces, particularly psychiatric-

addiction care organizations; all local prosecution offices rural areas; The Metropolitan Police Office, The Metropolitan Emergency Care center; The Center of Treatment for Poisoning; The National Center of Trauma and Orthopedic; The Forensic Service Centre, The National Centre against Violence; The National Centre for Mental Health and etc.

Results. There were a reported total of 6537 cases of fatal and non-fatal suicidal behaviors, of these, 609 adolescent cases with fatal and non-fatal suicidal behavior were registered between 2003-2008 years. 7 (1,1%) cases were aged under 9 years old and 602 (98,9%) cases were aged 10-19 years old in study period. Of total cases, 98,6% are reported as mentally healthy and 8 cases were completed suicide as mental illnesses. 386 (63,4%) of total cases were completed suicide and 36,6% were attempted suicide. Most of cases with clear reason were cases with conflict in family and friend's disputed ($p=0,09$, $\chi^2 = 8,58$). Most of fatal and non-fatal cases were done suicide at home ($p \leq 0,03$ and $\chi^2 = 9,49$). Fatal suicidal behavior cases more registered in March and April, and non-fatal suicidal behavior cases in April, May, September and November ($p \leq 0,01$). Most of total fatal and non-fatal suicidal behavior cases (79,9%) was by strangulation ($\chi^2 = 5,95$; $p \leq 0,000$); 5,9% was poisoned themselves by some kind of medications or mixed drugs; and 6,9% was used rifle, shotgun and larger firearm discharge.

Conclusion. Teens were acting fatal or non-fatal suicidal behaviors at home due to unfavorable psychological condition, but the most answers of the results, were «unclear». This research was based on the registration records and we are considered that conclusions of case based and evidence-based study are more effective in the future.

EMERGENCY CARE FOR PATIENTS WITH PSYCHIATRIC NEEDS IN NATIONAL MENTAL HEALTH CENTER

Narantsetseg N., Oyunsuren D., Khishigsuren Z.
National Center for Mental Health, Mongolia
Department of Mental Health, SOM, MNUMS, Mongolia

Introduction. This is an observational study of emergency departments (ED) in National Center for Mental Health (NCMH) to identify factors related to the magnitude of ED utilization by patients with mental health needs.

Methods. The study design was a descriptive retrospective. The study was based on case records provided by the ED of NCMH querying them about factors related to the evaluation, timeliness to appropriate psychiatric treatment, and disposition of patients presenting to EDs with psychiatric complaints.

Results. One hundred seventy ED directors from 9 districts of Ulaanbaatar responded to the survey. The mean number of hours it took for psychiatric evaluations to be completed in the ED, from the time referral was placed to completed evaluation, was 1,5 hours. The average wait time for adult patients with a primary psychiatric diagnosis in the ED, once the decision to admit was made until placement into an inpatient psychiatric bed or transfer to an appropriate level of care, was 50-60 minutes. The most common reason reported for extended ED stays for this patient population was acute psychosis related to non-psychiatric issues.

Conclusion. The extraordinary wait times for patients with mental illness in the ED, as well as the lack of resources available to EDs for effectively treating and appropriately placing these patients, indicate the existence of a mental health system in Mongolia that prevents patients in acute need of psychiatric treatment from getting it at the right time, in the right place.

RESEARCH ON THE PREVALENCE OF ANXIETY AMONG POPULATION

Tuya N., Bayarmaa V., Nasantsengel L., Khishigsuren Z., Batzorig B., Chimedsuren O.

Ach Medical University, Mongolia

National Center for Mental Health, Mongolia

School of Medicine, MNUMS, Mongolia

School of Public Health, MNUMS, Mongolia

Aim. We aimed to determine prevalence of anxiety and to research some of social-economical features.

Methods. We covered 12 000 participants randomly selected from 5 districts of Ulaanbaatar and 46 soums from 11 provinces between 18-64 years old. Data collecting process was done September to October, 2013 in Ulaanbaatar, October to November, 2013 in rural areas. The participants were examined by questionnaire and clinical interviews. Statistical analysis was performed using a statistic software package, SPSSv.17 and fisher test, χ^2 test.

Results. 18,5% of all population was with anxiety. In order to ages anxiety rate was the highest 26,3% from 50 to 55 and 27,4% over 60 years old ($p < 0,001$). By the gender anxiety in females were 4,5% more than in males ($p < 0,001$).

Conclusion: 18,5% of all population was with anxiety and was higher among urban citizens, female participants between 50-55 years old.

PARTICIPANTS WHO ARE RECEIVING SUPPORT FOR THE FIRST TIME FROM NATIONAL CENTER FOR MENTAL HEALTH

Uyanga M., Narantsetseg N., Oyunsuren D., Khishigsuren Z.

National Center for Mental Health, Mongolia

MNUMS, SOM, Mental health department, Mongolia

Research objective. Most countries in Asia and Europe have conducted research questionnaires by WHO, to identify whether the public is receiving the right mental health support also the causes of late diagnosis. For example: 1554 participants who have received mental health support, from 11 countries such as Cuba, India, Kenya, Mexico, Indonesia research was conducted on where and what kind of organization they went to. Research has shown most participants went to general practitioner and few went to psychologist, some to alternative doctors and shaman.

Research done by Mongolian NCMH in 2013, «Epidemiology of most common diseases» result showed the most common diseases structure has changed therefore in comparison research done in 1984-1994 result has shown stress caused mental illness has increased 10 times, alcohol abuse has increased 40 times.

The people in our country have a misunderstanding about mental health illnesses, due to Mongolian traditions, there has been an increase in the public going to shaman, influencing negative factors such as economic and time loss, late hospital care and diagnosis.

Research methods. Randomized sample of participants was selected in the research conducted by primary care department, other clinical departments and examination cabinets of NCMH.

Result. In our research, age the range was between 18-56, 24 males, 32 females in total 56 participants, who have received support for the first time by NCMH.

Most participants, 53,5% (n=30), had Schizophrenia-like psychosis, 14,2% 8 participants had mood (affective) disorders, stress-related disorders, 3,5% had alcohol abuse disorders that are classified in the ICD-10. If their syndrome is taken into consideration fatigue syndrome, depression syndrome, anxiety syndrome, psychotic syndromes take up a certain percentage of common illnesses. First time receiving support from NCMH, 5 participants were a danger to society, 4 of them attempted suicide, 1 of them tried to burn and strangle themselves, 2 of them have used drugs. After psychological symptoms occurred, most participants did not receive mental health care for 5 years «longest period», the least amount was 3 days.

The result from the research conducted on where and what kind of organization they went to, showed that one participant received support from different organizations and personal. For example: 75,0% of them went to private neurological hospital, 50% to shaman, 42,9% to monk, 26,8% received advice from psychologist, 21,4% to meditation, few of them went to ice-cold therapy, pure water and cauterization.

From total participants, 26,4% 10 participants become shaman and tried to acquire their guardian spirit, but stopped receiving their spirits therefore they are not shamans anymore.

The questionnaire result showed the reason why participants did not get psychological support were that they were unaware they had psychological changes (83,9%), ashamed from others (55,4%), 8,9% had misunderstanding about mental health. After receiving mental health care, 98,2% 55 participants said «It is good», to the answer «How are you feeling?».

Conclusion. Result of the research showed participants receiving first time mental health care, most had Schizophrenia-like psychosis and stress-related disorders. After the disease begun, participants had late psychological support because their knowledge of mental illness is inadequate and they are ashamed of others. From total participants, half of them went to neurologist, monk, shaman before they went to psychiatrist therefore their illness was not treated, was affected mentally and economically.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Сборник тезисов
Международной научно-практической конференции
«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»
(Чита, 14-15 мая 2015 года)

Под научной редакцией
Н.А. Бохана, Н.В. Говорина

Дизайн, верстка: А.В. Сахаров

Подписано в печать 21.04.2015
Формат 210 × 297 мм.
Полнотекстовое издание на электронном носителе (CD)
Тираж 200 экз.

Тел/факс: (3022) 35-53-00
E-mail: sawt@list.ru

