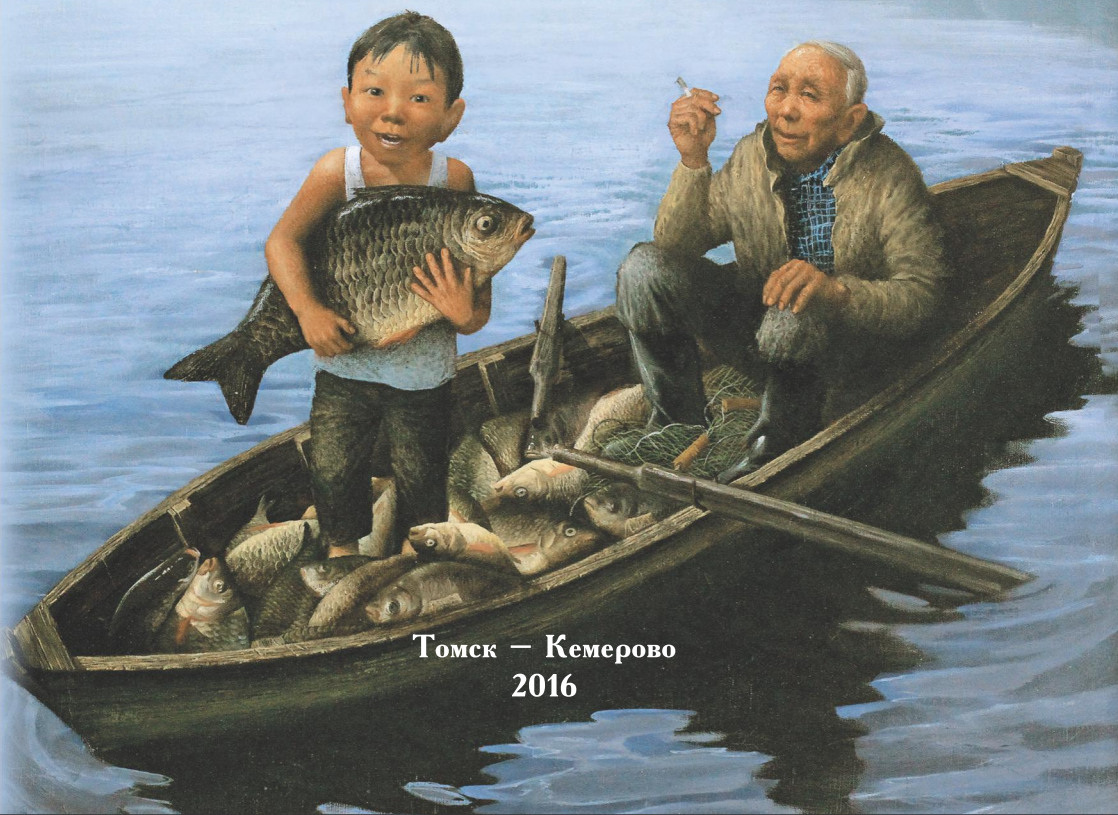


ПЕРВЫЕ КОРНИЛОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Сборник тезисов
межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 85-летию со дня рождения
профессора А.А. Корнилова
(Кемерово, 14 апреля 2016 г.)



Томск — Кемерово
2016

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»
ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России
Региональная общественная организация «Кемеровское областное общество психиатров»

Первые Корниловские чтения

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Сборник тезисов

Межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 85-летию со дня рождения профессора
А. А. Корнилова

(Кемерово, 14 апреля 2016 г.)

Под научной редакцией
члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана

Издательство «Иван Федоров»

Томск; Кемерово

2016

УДК 616.89-084(571.1/6)
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28
П26

Рецензенты:

Ю. В. Дроздовский – д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Омская ГМА» Минздрава России)

А. А. Овчинников – д.м.н., проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» МЗ РФ

П26 Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения профессора А. А. Корнилова (Кемерово, 14 апреля 2016 г.) / под ред. Н. А. Бохана. – Томск; Кемерово: Изд-во «Иван Федоров», 2016. – 300 с.

ISBN 978-5-91701-116-5

Сборник тезисов «Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона» посвящен памяти профессора А. А. Корнилова, сыгравшего решающую роль в формировании самобытной научной школы кузбасских психиатров. Современное состояние психиатрической помощи в Сибири имеет важные региональные особенности. На течение психических расстройств в Сибири оказывают огромное влияние многообразные экзогенно-органические факторы. Население Сибири имеет сложный полиэтничный состав, где огромную роль играют малые и исчезающие народности и этносы. Географические и социально-экономические условия сибирских регионов отличаются разноплановостью. Все это определяет исключительную важность охраны психического здоровья населения Сибирского региона. Важнейшей медико-социальной задачей на ближайшие годы является развитие научно обоснованной системы охраны, укрепления и восстановления психического здоровья населения Сибири, у истоков создания которой стоял профессор А. А. Корнилов. Основной целью конференции является обсуждение современного состояния психиатрической помощи населению Сибирского региона, условий возникновения, факторов риска, клинической структуры и динамики психических расстройств у живущих здесь людей; обмен научно-практическим опытом организации охраны психического здоровья; предложение новых форм организации психопрофилактической и психиатрической помощи населению Сибирского региона. Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, социальных работников и других специалистов, работающих с лицами с психическими расстройствами и членами их семей.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

член-корреспондент РАН **Н. А. Бохан** (главный редактор)

д.м.н., проф. **А. В. Семке** (зам. главного редактора)

д.м.н., проф. **С. А. Иванова** (зам. главного редактора)

д.м.н., проф. **М. М. Аксенов**, д.м.н., проф. **А. И. Мандель**

д.м.н., проф. **Л. Д. Рахмазова**, д.м.н., проф. **Е. Д. Счастный**

проф. **А. М. Селедцов**, проф. **А. А. Лопатин**

к.м.н. **В. А. Сорокина**, к.м.н. **Д. Г. Платонов**

к.м.н. **О. Э. Перчаткина** (ответственный за выпуск)

И. А. Зеленская (выпускающий редактор)

УДК 616.89-084(571.1/6)
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28

© Первые Корниловские чтения. Современные подходы к оказанию специализированной психиатрической помощи населению Сибирского региона, 2016

© НИИ психического здоровья», 2016

© Издательство «Иван Федоров», 2016

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Mental Health Research Institute”
Department of Public Healthcare of the Kemerovo Region
“Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital”
“Kemerovo Regional Clinical Narcological Dispensary”
“Kemerovo State Medical Academy” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation
Regional public organization “Kemerovo Regional Society of Psychiatrists”

The First Kornilov Readings

MODERN APPROACHES TO RENDERING THE SPECIALIZED MENTAL HEALTH CARE TO POPULATION OF THE SIBERIAN REGION

Book of Abstracts

Interregional Scientific-Practical Conference
dedicated to the 85th anniversary
since date of birth of professor A. A. Kornilov

(Kemerovo, 14 April, 2016)

Edited by
Corresponding member of RAS N. A. Bokhan

Publishing House “Ivan Fedorov”

Tomsk; Kemerovo

2016

UDC 616.89-084(571.1/.6)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28
И26

Reviewers:

Yu. V. Drozdovsky – M.D., professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology Department of “Omsk SMA” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

A. A. Ovchinnikov – M.D., professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of “Novosibirsk SMU” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

И26 The First Kornilov readings. Modern approaches to rendering the specialized mental health care to population of the Siberian region: book of abstracts of the interregional scientific-practical conference dedicated to the 85th anniversary since date of birth of professor A. A. Kornilov (Kemerovo, 14 April, 2016) / edited by N. A. Bokhan. – Tomsk; Kemerovo : Publishing House “Ivan Fedorov”, 2016. 300 p.

ISBN 978-5-91701-116-5

Book of abstracts “The First Kornilov readings. Modern approaches to rendering the specialized mental health care to population of the Siberian region” is dedicated to memory of professor A. A. Kornilov who has played the decisive role in formation of original scientific school of Kuzbass psychiatrists. Current state of mental health care in Siberia has important regional characteristics. Course of mental disorders in Siberia is affected by huge influence of diverse exogenous-organic factors. Population of Siberia has complex polyethnic composition where significant role is played by small and vanishing peoples and ethnoses. Geographic and social-economic conditions of Siberian regions are characterized by their diversity. And this determines exceptional importance of mental health care for population of the Siberian region. The most important medico-social challenge for the nearest years is development of scientifically based system of mental health care, strengthening and recovery of population of Siberia, one of the founders of which professor A. A. Kornilov was. The main goal of the conference is discussion of current state of mental health care for population of the Siberian region, conditions of origin, risk factors, clinical structure and dynamics of mental disorders in people living here; sharing scientific-practical experience of organization of mental health care; proposing the new forms of organization of psychopreventive and psychiatric assistance to population of the Siberian region. For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, healthcare organizers, social workers and other mental health professionals.

EDITORIAL BOARD:

Corresponding member of RAS **N. A. Bokhan** (editor-in-chief)
M.D., Prof. **A. V. Semke** (deputy editor-in-chief)
M.D., Prof. **S. A. Ivanova** (deputy editor-in-chief)
M.D., Prof. **M. M. Axenov**, M.D., Prof. **A. I. Mandel**
M.D., Prof. **L. D. Rakhmazova**, M.D., Prof. **E. D. Schastnyy**
Prof. **A. M. Seledtsov**, Prof. **A. A. Lopatin**
Ph.D. **V. A. Sorokina**, Ph.D. **D. G. Platonov**
Ph.D. **O. E. Perchatkina** (responsible for issue)
I. A. Zelenskaya (issuing editor)

UDC 616.89-084(571.1/.6)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28

© The First Kornilov readings. Modern approaches to rendering the specialized mental health care to population of the Siberian region, 2016
© “Mental Health Research Institute”, 2016
© Publishing House “Ivan Fedorov”, 2016

АРТТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕБНОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Алимбекова Ю. Е., Дубчак Ю. В., Селедцов А. М., Лопатин А. А.

Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»

Кемерово, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

Актуальность темы. Проблема наркопотребления включает социокультурный, политический, медицинский и демографический аспекты, что определяет необходимость использования комплекса различных мер противодействия данному явлению. Важную роль при этом играют различные превентивные и лечебно-реабилитационные программы, направленные на профилактику наркопотребления и его рецидивов, а также минимизацию его негативных последствий для личности пациента и преодоления болезненного пристрастия к наркотикам. Взаимодополняемость психологических, клинических (медицинских), педагогических и социотерапевтических методов в целях более эффективного предупреждения и лечения наркоманий очевидна. За последние годы значительный интерес в нашей стране и за рубежом вызывают методы арттерапии и терапии искусством, основанные на лечебном применении различных форм творческого самовыражения. Арттерапия представляет собой направление, ориентированное на развитие мотивации и интересов, творческого начала, на воспитание, формирование социальных навыков у выздоравливающих пациентов [1—4].

Обсуждение собственных результатов. В отделении медицинской реабилитации ГБУЗ КО КОКНД одним из направлений лечебно-реабилитационной программы «Фламинго» является метод арттерапии. С пациентами проводятся занятия по музыкотерапии, библиотерапии, занятия в гончарной мастерской и театре-студии «Фламинго». Театр является уникальной арттерапевтической методикой в лечебной и профилактической деятельности наркологического диспансера.

В театре-студии «Фламинго» в течение 14 лет занимаются пациенты, находящиеся как на этапе реабилитации, так и на этапе социализации. Работу с ними проводят профессиональные режиссеры-педагоги, которые занимаются танцевальными тренингами, куклотерапией, сочинением историй, постановкой спектаклей по известным литературным произведениям.

Участвуя в театре-студии «Фламинго», наркозависимые заполняют свободное от работы время занятием творческой деятельностью, тем самым восполняя чувство душевной пустоты, образовавшееся в результате употребления психоактивных веществ. От взаимодействия с режиссерами и публикой они получают положительные эмоции, возможность для самореализации и передачи собственного опыта выздоровления. В процессе длительных занятий формируется новый круг общения, трезвые интересы и установки.

Театр-студия «Фламинго» – активный участник профилактической работы среди подростков группы риска, родителей, имеющих проблемы с поведением детей, людей с наркотической и алкогольной зависимостью, воздерживающихся от употребления психоактивных веществ, не только в Кемеровской области, но и за ее пределами. Данная работа осуществляется при поддержке Администрации Кемеровской области, Управления ФСКН по Кемеровской области, которое занимается организацией показа спектаклей театра, приглашением зрителей, представлением сценических площадок в театрах нашего города. Так, например, в звездном зале областного театра драмы им. В. А. Луначарского (Кемерово) неоднократно состоялись показы спектаклей театра-студии «Фламинго», после которых проводились обсуждения с представителями ФСКН, Администрации города, сотрудниками наркологического диспансера и приглашенными гостями. Театр-студия «Фламинго» – участник встречи по распространению положительного опыта работы реабилитационных центров на территории Сибирского федерального округа – в Томске (март 2012, апрель 2014), Новосибирске (декабрь 2012), Улан-Удэ (октябрь 2014) при поддержке УФСКН по Кемеровской, Томской и Новосибирской областям, участник семинара-совещания «Развитие системы реабилитации и ресоциализации наркозависимы лиц» (Иркутск, июль 2013).

За время основания театра учащимся и студентам городов Кемерово, Новокузнецк, Прокопьевск, Мыски, Топки, Березовский, Томск, Новосибирск, Улан-Удэ, Белокуриха в 2013 г. было показано 15 спектаклей, в 2014 г. – 20 спектаклей, в 2015 г. – 25 спектаклей. Одним из волнующих и запоминающихся событий был показ спектакля «Лети, моя душа» в Кузбасской Православной Духовной семинарии г. Новокузнецка, где состоялась встреча митрополита Кемеровского и Прокопьевского Аристарха с актерами театра-студии «Фламинго». Данная встреча явилась отправной точкой в осознании того, что участники театра двигаются в правильном направлении, занимаясь профилактической работой с подростками группы риска, наркозависимыми, их семьями, где они открыто заявляют о своей проблеме, о своих болез-

ненных последствиях и здоровых способах её преодоления. Неизгладимое впечатление выступление театра-студии «Фламинго» производит и на аудиторию. Научившись конструктивно выражать свои чувства, актеры театра-студии «Фламинго» искренне передают свои переживания о смысле жизни, добре и зле, любви и ненависти. За три года получили возможность посмотреть спектакли театра около 6 тысяч зрителей. Показ спектаклей явился важным звеном в профилактической работе наркологического диспансера, так как сопровождался активным участием подростков и их родителей в дискуссии, направленной на формирование позитивного отношения к окружающему миру, желанию вести здоровый образ жизни.

Театр-студия «Фламинго» неоднократно участвовал в фестивалях любительских театров, где получал высокую оценку профессионального жюри. Театр являлся участником фестиваля «Лестница» (апрель 2012), фестиваля уличных театров «Театральная площадь» (июнь 2012). За свою деятельность театр-студия «Фламинго» награжден Золотым дипломом Международного фестиваля студенческих и молодежных театров «Встречное движение», дипломом за лучший спектакль «Единственная ревность Эмер» на V открытом творческом конкурсе самостоятельных режиссерских и актерских работ «Лестница», дипломом лауреата на I фестивале уличных театров «Театральная площадь».

В перспективе работы театра-студии «Фламинго» планируется постановка новых спектаклей, гастроли по другим городам, активное участие в антинаркотических мероприятиях.

Л и т е р а т у р а

1. *Березин С. В., Лисецкий К. С.* Наркомания глазами семейного психолога. – СПб. : Речь, 2005. – 240 с.
2. *Копытин А. С., Богачев О. В.* Арттерапия наркоманий. – М. : Психотерапия, 2008. – 172 с.
3. *Сирота Н. А., Ялтонский В. М.* Профилактика наркомании у подростков. – М. : Генезис, 2001. – 216с.
4. *Каяшева О. И.* Библиотерапия и сказкотерапия. – Самара : Издательский дом «Бахрах-М», 2012. – 286 с.

«БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ» СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Арпентьева М. Р.

**Калуга, Калужский государственный университет
Минобразования и науки России**

Успех профессиональной деятельности психиатра во многом связан с осознанием ее ловушек и перспектив.

Цель исследования: анализ современных проблем психотерапевтической помощи лицам с психическими расстройствами.

Результаты теоретического анализа современных зарубежных и отечественных исследований в сфере психотерапии и психиатрии позволяют отметить ряд основных моментов [1]. Наряду с традиционными исследованиями в области создания и приема методов психотерапии, организации и осуществления медикаментозного и иных видов лечения, в современной науке и практике психиатрической помощи осуществляется развернутая критика медицинской парадигмы помощи, указывается важность формирования интегративных, в том числе социально-психолого-медицинских подходов к психическим и психосоматическим нарушениям и их исцелению [2; 3; 4; 5; 6].

Отмечается неэффективность психиатрии и классической медицины в целом, медицинского подхода, эксплуатирующего «мифы о болезнях». Все чаще указывается на «токсичность» («toxic») медицины, ее вред для личности и общества, необходимость «де-медиализации» («de-medicalizing misery»). Критики современной медицины полагают, что медицина и ее разделы начали выступать в современном мире как формы не то политического, не то экономического, не то религиозного сознания и опыта: за рубежом и в России в некоторых регионах и сообществах происходит практически обожествление медицины и психиатрии, которые, как и любая профессиональная сфера, переполнены неточностями, ошибками, теоретическими и практическими казусами. В некоторых странах и сообществах медицина становится способом контроля (власти) над населением, в других – успешным бизнесом, менее всего заинтересованным в том, чтобы излечить заболевания. Очевидно, что существование психотерапии и медицины так или иначе связано как с самими по себе социальными, психологическими, физиологическими и иными потрясениями, конфликтами и нарушениями, так и, более глобально, с осуществляемой деятельностью в интересах профессионального сообщества, а также социально-политическими и социально-экономическими интересами управляющих сообществом лиц, целенаправленной «мануфактурой жертв» – пациентов.

Медицинская «индустрия» (therapy industry, manufacturing victims), по мнению критиков, эксплуатирует общество, мешая людям самостоятельно решать их проблемы и использовать внутренние силы, например, внушая не соответствующие реальности идеи о «закономерности» тех или иных заболеваний, их излечимости или неизлечимости и т. д., умалчивая, что позиция медицинского работника – одна из существующих, ограниченная и неполная. Кроме того, существует и проблема «психиатрического знахарства» или некомпетентности, а также связанные с нею проблемы выгорания или перегорания в психиатрии и его зависимость от терапевтической идеологии [1; 4].

Подчеркивается, что сострадание к пациентам и общение с ними рождает усталость, ведет к косвенной травматизации («vicarious trauma»). Специалисту важно не переоценивать своего устойчивого (resilient practitioner) в преодолении стрессов, но помогать себе и пользоваться помощью окружающих. Миф о безмятежном враче (myth of the untroubled therapist) игнорирует вопросы подчас конфликтного соотношения частной жизни и профессиональной практики, а также тот факт, что помогающий и тот, кому он помогает, находятся в отношениях диалога, взаимного развития. Человек нуждается в том, чтобы освободиться от «токсинов» их и своего прошлого опыта, например, опыта общения с «токсичными пациентами». «Радость сгорания» (joy of burnout) связана с раскрытием новых способностей и снятием ограничений человека в результате освобождения от «сгоревших» защит. Современные исследователи также концентрируют внимание на злоупотреблениях пациентами и обычными людьми веществами и лекарствами, модифицирующими психическое и соматическое состояние: наступлении, вслед за старыми методами наркотизации и разрушения личности и ее отношений, своеобразного «фармагеддона» (pharmageddon).

Исследуются и «парадоксы пациентов» (patient paradox), связанные с тем, что многочисленные заблуждения и откровенные фальсификации в психиатрии и иных медицинских практиках вместо пользы приносят пациенту вред, однако пациент может считать этот вред пользой. Указывается, что необходима смена парадигм в понимании и лечении психических и соматических нарушений: преодоление негативных последствий «фармагеддона» и поиск «смыслов безумия» («meanings of madness»), понимания логики симптомов и «слушания голосов» (hearing voices) пациента, учета социокультурных и психологических условий его деятельности. Пациенту нужны сочувствие, понимание и любовь, а не лекарства, пациент нуждается в том, чтобы понять себя и болезнь и, поняв, найти путь к выздоровлению [3; 5; 6].

Параллельно в психологии и психологическом консультировании распространяется подход, предполагающий возможность психологической помощи не только людям с собственно психологическими проблемами, но и соматически, и психически больным людям [4]. Развиваются представления о психологических факторах и аспектах (например, понятие о «израненной душе», «the wounded spirit») физического здоровья и болезней. Особое внимание отводится исследованию стиля жизни как ведущему фактору возникновения большинства хронических заболеваний, в том числе терминальных. Происходит раздвижение рамок картины болезни до «картины человека». Психиатрия в ее трансперсональном измерении – повседневная мистерия жизнеутверждения, развития свободы, конгруэнтности и осознания себя и мира клиентом и специалистом в процессе помощи («freedom to practice»), активизирующей внутренние силы общающихся в трудных ситуациях («inner strength»), развития способности пациента «выживать» и исцеляться без помощи врача и даже без «плацебо». Хотя традиционной медицине свойствен «таблетоцентризм» – игнорирование взаимоотношений и внутренней картины болезни больного, ориентация на жесткие схемы, описывающие взаимосвязь лекарственных средств и определенных болезней, современная психиатрия подчеркивает, что психологические факторы играют важную роль в происхождении и течении заболеваний – психических и психосоматических. Соматическое состояние также может оказывать патогенное или саногенное влияние на психику человека [2]. Кроме того, представления о здоровье и болезни у врачей и их пациентов различны даже в одной культурной традиции, в одном регионе. Эти различия приводят к трудностям общения в клинических ситуациях. Учет того, что пациенты – не пассивные потребители лекарств, а субъекты исцеления – важное условие профессионального отношения специалиста к работе, профессионализма.

Л и т е р а т у р а

1. *Арпентьева М. Р.* Современные проблемы клинико-психологического консультирования // Актуальные вопросы психологии здоровья и психосоматики : материалы Всерос. научно-практ. конф. (5 ноября 2015 г., Махачкала). – Дагестан, Махачкала : Дагестанский ГПУ, 2015. – С. 64–72.
2. *Вишневская Э. С., Корнилов А. А.* Психические нарушения при соматических болезнях // Избранные вопросы психиатрии и наркологии. – Кемерово, 2001. – С. 20–40.
3. *Корнилов А. А.* Избранные лекции по психиатрии. – Кемерово; Томск : ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2006. – 134 с.
4. *Минигалиева М. Р.* Психологическое консультирование: теория и практика. – Ростов н/Д : Феникс, 2008. – 609 с.
5. *Новиков В. Э., Корнилов А. А.* Психосоциальные факторы в превенции психических отклонений и болезней / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 2004. – 36 с.
6. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Азарков А. А. и др.* Атлас психического здоровья населения Кемеровской области. – Томск; Кемерово : Иван Федоров, 2011. – 98 с.

ТРЕНДЫ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В СИБИРИ

Артемьев И. А.

Томск, НИИ психического здоровья

Обсуждение собственных результатов. Нами проведен анализ алкогольной ситуации по территориям Сибири по направлению трендов интенсивных показателей зарегистрированных больных алкоголизмом (болезненность) и впервые в данном году зарегистрированных больных при обращении за наркологической помощью (заболеваемость).

Корреляционные взаимосвязи этих показателей на различных территориях различны. Территории были распределены в зависимости от силы или тесноты корреляционных связей болезненности и заболеваемости на 3 группы: территории с тесной (сильная) положительной корреляционной связью при коэффициенте корреляции $\rho=0,7-1,0$, со средней связью при $\rho=0,3$ до $0,69$, с низкой корреляционной связью при $\rho<0,29$. При этом формы трендов болезненности и заболеваемости на одних и тех же территориях, как правило, не совпадают. В первую группу территорий, характеризующихся сильной корреляционной зависимостью показателей болезненности и заболеваемости, вошли Новосибирская область (при коэффициенте корреляции $\rho=0,7$), Красноярский край, Алтайский край, Республика Алтай ($\rho=0,8$), Кемеровская область, Томская область и Тюменская область ($\rho=0,9$).

В Новосибирской области ($\rho=0,7$), Красноярском крае ($\rho=0,8$) форма тренда болезненности – линейная показательная функция вида $y_1=bx+a$, которая хорошо отражает тенденцию изменений болезненности при действии множества разнообразных факторов. Справедливость применения линейной формы тренда при оценке динамики рассматриваемых динамических рядов накопления больных в этих областях подтверждается высокими значениями коэффициента детерминации в Красноярском крае ($R^2=0,98$), в Новосибирской области он несколько ниже – $R^2=0,81$. Оба значения коэффициентов детерминации ($R^2=0,98$ и $R^2=0,81$) характеризуют малое влияние неучтенных факторов на динамику показателей учтенной болезненности в условиях регионов. Вместе с тем направленность трендов указывает на неуклонное снижение количества учтенных больных к концу рассматриваемого периода. Так, если максимальное количество больных в Новосибирской области в 1999 г. составило 1756 на 100 тысяч населения, то в 2014 г. – 958. Сходная ситуация и в Красноярском крае за этот же период – 1580 и 1060 на 100 тысяч населения. Однако если для выравнивания динамического ряда болезненности в Новосибирской области

использовать параболическую форму тренда, то это приведет к более высокому уровню достоверности аппроксимирующей функции с коэффициентом детерминации $R^2=0,91$ и, следовательно, к минимизации случайных колебаний влияния факторов внешней среды, организации наркологической помощи, образа жизни и т. д. При этом общая закономерность – сокращение количества учтенных больных алкоголизмом в прогнозируемом краткосрочном периоде 3–5 лет – сохраняется с различной степенью интенсивности.

Для выравнивания динамики заболеваемости в рассматриваемых территориях нами избрана параболическая (полиномиальная) форма тренда, в отличие от других форм трендов давшая наиболее высокий уровень достоверности аппроксимирующей функции: в Новосибирской области $R^2=0,815$ и Красноярском крае $R^2=0,812$.

Для изучения динамики заболеваемости в динамике, как правило, используют изучение взаимосвязей между накопленной и первичной заболеваемостью в графическом представлении этих взаимосвязей в соответствующих трендах. Однако на всех этих территориях наблюдается неуклонное снижение числа больных на 100 тысяч населения с 1999 по 2014 г., как зарегистрированных, так и выявленных впервые. Такое синхронное понижение может свидетельствовать, что за анализируемый 16-летний период произошло снижение антиалкогольной активности наркологической службы в названных территориях, либо может свидетельствовать о снижении в них уровня алкоголизации населения и, как следствие, уменьшении количества нуждающихся в наркологической помощи. Эти тенденции сохраняются и при продлении трендов, основанных на фактических данных за 1999–2014 гг., что может служить в качестве краткосрочного прогностического моделирования алкогольной ситуации в рассматриваемых регионах.

В 5 административно-территориальных единицах (Тюменской, Томской, Кемеровской областях, Алтайском крае и Республике Алтай), имеющих высокую корреляционную связь показателей первичной заболеваемости алкоголизмом и учтенной болезненности ($\rho=0,813–0,934$), тренды последней носят сходную форму, укладываемую в параболические (полиномиальные) характеристики соответствующего уравнения: $y_1=cx^2+bx+a$; эмпирические значения функций принимались за y_1 , а теоретические – за y ; a – начальный уровень тренда, принятый за начало отсчёта времени; x – порядковый временной номер (1–16) хронологической даты наблюдения (1999–2014 гг.); c – квадратический параметр, равный половине ускорения (константа полиномиального тренда) с хорошим результатом аппроксимирующей функции $R^2=0,87–0,95$.

Краткосрочный прогноз, так же как и в двух предыдущих областях, при линейной форме тренда указывает на снижение показателей количества учтенных больных. Однако падение этого показателя в описываемых территориях будет еще более катастрофичным, более значительным будут сокращения контингентов больных алкоголизмом. В качестве примера приводятся тренды Тюменской области, тренды других перечисленных областей аналогичны.

При высокой корреляционной взаимосвязи заболеваемости и учтенной болезненности направления трендов этих показателей не на всех территориях совпадают. Так, в Томской и Тюменской областях оба тренда достаточно зеркально отражают направления болезненности и заболеваемости на этих территориях. Показатели первичной и накопленной заболеваемости снижаются как в фактически рассматриваемый промежуток времени, так и в краткосрочной перспективе. Снижение первичной заболеваемости в этих областях может свидетельствовать об эффективности антиалкогольных профилактических мероприятий, возможно, и напрямую не связанных с их медицинским характером, что в конечном случае привело к снижению рисков усиленной алкоголизации населения в целом. Вероятно, перечисленные выше факторы могут оказывать влияние и на количество зарегистрированных больных в рассматриваемых областях.

Направление трендов в Кемеровской области имеет сходную картину с рассмотренными выше территориями, и их закономерности, вероятно, идентичны.

Болезненность в Алтайском крае снижается менее резко: тренд имеет более пологий вид по сравнению с аналогичными показателями, сложившимися в Республике Алтай, т. е. в Алтайском крае контингенты больных, состоящие на учете, более стабильны, в то время как в Республике Алтай наркологические учреждения катастрофически быстро их теряют. Однако, хотя первичная заболеваемость также имеет тенденцию к падению, но судя по направлению тренда, она имеет экспотенциальный вид, потому можно полагать, что контингенты больных, находящиеся под наблюдением наркологических учреждений, при краткосрочном прогнозе будут компенсироваться больными, вновь взятыми на учет. В Алтайском крае тренд заболеваемости при $R^2=0,897$ имеет сложную конфигурацию, однако его краткосрочная тенденция, направленная вниз, не дает оснований для некоторого оптимистического прогноза, который может проявиться на сопредельной территории – Республике Алтай.

Выводы. Таким образом, на территориях Сибири, имеющих сильные корреляционные связи показателей заболеваемости и болезненности алкоголизмом и алкогольными психозами, происходит неуклонное снижение этих показателей, однако каждый из рассмотренных регионов имеет свою специфику, которая определяет прогностическую оценку алкогольной ситуации в краткосрочном периоде.

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ НОВЕЙШИХ СИНТЕТИЧЕСКИХ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Ахметова Э. А., Галеева Е. Х., Асадуллин А. Р., Николаев И. В., Илларионов М. В.

Башкортостан, Уфа, ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава Республики Башкортостан, Уфа, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность темы. В последние годы наблюдается общемировая тенденция производства новых психоактивных веществ наркотического действия, произведенных синтетическим путем, так называемых дизайнерских наркотиков. Это обусловлено их низкой ценой и потому доступностью, что позволило им стремительно обогнать по уровню потребления натуральные наркотические средства. Синтетические наркотики, известные под названиями «спайс», «соли», «кристаллы», «медленный китаец» и т. д., условно их можно разделить на три большие группы:

1. *Дизайн-амфетамины.* Амфетамины входят в группу фенилэтиламинов, которые составляют наиболее обширную группу «дизайнерских» наркотиков. К «дизайнерским» амфетаминам относятся вещества, включающие метиловые производные амфетамина – метамфетамин (первитин, метедрин, «лед», «speed»); 2,5диметокси4метиламфетамин (СТП); 3,4метилендиоксиамфетамин (тенамфетамин, МДА, «наркотик любви»); 3,4метилендиоксиметамфетамин (МДМА, «экстази»); 4бром-2.5диметоксиамфетамин (ДОБ); 4метоксиметамфетамин (РММА, 4ММА, метилМА).

2. *Синтетические катиноны.* Природные катиноны (норэфедрон) – алкалоиды, впервые выделенные из каты, кустарника семейства Бересклетовых, произрастающего в Восточной Африке. Синтетические катиноны можно разделить на следующие группы: производные фени-

лэтиламина (метилендиок-сипировалерон (MDPV), альфа-PVP, альфа-PVT, МНРН, и др.) и катиноны-β-кетоны (метилон, этилон, мефедрон и др.) Распространяются данные наркотические средства в виде «солей для ванн», пятновыводителей, удобрений либо в виде различных пищевых добавок.

Клиническая картина наркотического опьянения от приема амфетаминов и катинонов характеризуется чрезмерной физической активностью, подвижностью, повышением работоспособности, улучшением настроения, уменьшением аппетита. К побочным эффектам относятся беспокойство, усталость, агрессивность, бессонница, судороги челюстных мышц, произвольные движения тела (подергивания, чмоканье губами и др.), а также различные соматовегетативные проявления: повышенное потоотделение, нарушения сердечной деятельности, начиная от тахикардии, артериальной гипертензии, гипертермического синдрома и заканчивая инфарктом миокарда, также возможно развитие острой почечной недостаточности, геморрагических и ишемических инсультов. Нередко прием амфетаминов сопровождается развитием острых психотических расстройств или токсическими психозами, которые проявляются психопродуктивными проявлениями, в виде зрительных и слуховых галлюцинаций, появлением бредовых переживаний, спутанностью сознания, дезориентацией.

3. *Синтетические каннабимиметики* (или синтетические каннабиноиды). Представлены веществами различной химической структуры, объединенными способностью воздействовать на каннабиноидные рецепторы – CB1 и CB2, аналогично природным каннабиноидам – действующим веществам наркотических средств, получаемых из дикорастущей конопли. Синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов разрабатывались за рубежом последние 50 лет и производились в лабораторных условиях как фармацевтические препараты [8]. Данные препараты позиционировались как легальные курительные смеси, поставляемые в продажу в виде сушеной травы, предварительно обработанной химическим веществом психотропного воздействия. Они представлены следующими основными группами, в зависимости от химической формулы соединения, лежащего в основе вещества: нафтоиндолы (JWH-007, JWH-015, JWH-018 и др.); нафтилметилиндолы (JWH-175, JWH-184, JWH-185 и др.); нафтоилпирролы (JWH-030, JWH-147, JWH-307); фенилацетилиндолы (JWH-167, JWH-203, JWH-250 и др.); бензоиндолы (AM-630, AM-679, AM-694 и др.); нафтилметиленды (JWH-176 и др.); циклогексилфенолы (CP-47,497 и его (C8) гомолог каннабициклогексанол, CP-55,490, HU-308); адамантоиндолы (AB-001, AM-1248); циклопропаноиндолы (UR-144, 5F-UR-144 и др.).

В период 2012–2013 гг. на рынке курительных смесей в некоторых регионах РФ, в том числе в Республике Башкортостан, наблюдалось появление ряда новых синтетических каннабимиметиков и их аналогов.

Первая группа – синтетические каннабимиметики, сложные эфиры 8-гидро-оксихинолина и производных алкилиндола: каннабимиметики PB-22, PB-22F, BB-22, FUB-PB-22. PB-22F является фторированным аналогом PB-22 и отличается от него наличием в положении 5 N-алкильной цепи атома фтора. BB-22 и FUB-PB-22 представляют собой модификации структуры PB-22, полученные путем варьирования заместителя у атома азота 1 в индольном фрагменте.

Вторая группа – синтетические каннабимиметики, амиды валина и производных алкилиндазола, представлены четырьмя наименованиями: AB-PINACA, 5F-AB-PINACA, AB-FUBINACA, AB-CHMINACA. 5F-AB-PINACA отличается от AB-PINACA наличием в положении 5 N-алкильной цепи атома фтора. Каннабимиметики AB-FUBINACA и AB-CHMINACA (рис. 1, б) представляют собой модификации структуры AB-PINACA, полученные путем варьирования N-алкильных заместителей.

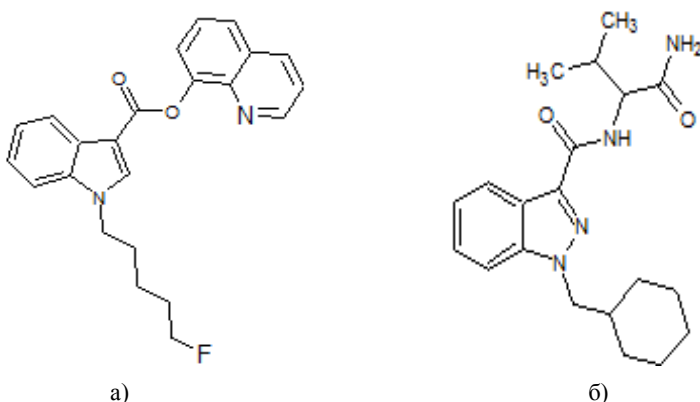


Рис. 1. Структурные формулы синтетических каннабимиметиков: а) алкилиндольной группы (PB-22F); б) алкилиндазольной группы (AB-CHMINACA)

В последнее время на территории Республики Башкортостан получили большое распространение индол-3-карбоксилаты и индазол-3-карбоксамиды. Представителями этих классов соединений на нашем незаконном рынке наркотических средств и психотропных веществ являются хиолин-8-ил-1пентил-1H-индол-3-карбоксилат (PB-22F) (рис 1, а) и N-(1-карбомаил-2-метилпропил)-1-(циклогексилметил)-1H-индазол-3-карбоксаимид (AB-Chminaca) (рис. 1, б).

Употребление синтетических каннабиноидов приводит к тяжелым психическим и соматическим нарушениям. Прежде всего, употребление курительных смесей может вызвать явления раздражения дыхательных путей, сопровождающиеся явлениями общей интоксикации: тошнотой, рвотой, повышенными показателями артериального давления, тахикардией, судорожными проявлениями, вплоть до обморока и комы. Однако психотропное негативное влияние спайсов ничуть не уступает соматическим нарушениям.

Влияние на центральную нервную систему и психическую сферу этих наркотиков чрезвычайно сильное и разнообразное. В первую очередь это воздействие на эмоциональную сферу: появляется эйфория, с неоправданными и немотивированными приступами, или, наоборот, наблюдаются уход в себя, отрешенность, замкнутость, сопровождаемая неадекватной мимической реакцией и своеобразными двигательными реакциями – стереотипиями, неестественными повторяющимися движениями, невозможностью выполнить простейшие и привычные действия. Наблюдаются выраженные расстройства координации и ориентирования, наркотизирующийся утрачивает всякое представление о пространстве. Зачастую возникающие галлюцинаторные проявления в виде визуальных и слуховых галлюцинаций носят яркий, красочный характер. Параллельно возникают нарушения мыслительной деятельности, носящие бредовое содержание. В таком состоянии наркоманы совершают нежелательные, опасные, повреждающие поступки и действия. Постоянный мониторинг и выявление новых типов каннабиметиков, а также идентификация их метаболитов в биологическом материале является важным фактором для предотвращения злоупотребления наркотическими средствами данной группы.

Выводы. Установлено, что потребление таких синтетических наркотических средств, как альфа-пирролидиновалерофенон (альфа-PVP) и АВ-СНМІNАСА, на территории Республики Башкортостан преобладает над другими видами синтетических «дизайнерских» наркотиков. Выявлено 8 районов Республики Башкортостан с повышенным уровнем потребления синтетических наркотиков: Белебеевский, Белорецкий, Краснокамский, Куюргазинский, Мелеузовский, Стерлитамакский, Туймазинский и Уфимский. Показано, что преобладающими потребителями «дизайнерских» наркотических средств в Республике Башкортостан являются мужчины молодого возраста (20—35 лет).

ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА

Бабарахимова С. Б., Саидхонова Ф. М.

**Ташкент, Узбекистан, Ташкентский педиатрический
медицинский институт**

Актуальность. Ежегодно около 100 млн жителей нашей планеты обнаруживают признаки депрессии, причём у женщин риск возникновения и рецидива депрессивного расстройства в 2 раза выше по сравнению с мужчинами [1]. Последнее время многие исследователи уделяют большое внимание изучению факторов, не только оказывающих влияние на клиническую картину депрессии, но и способных дать информацию относительно особенностей возникновения и дальнейшего течения заболевания [2]. В связи с этим особое значение приобретает изучение особенностей той конституциональной почвы, на которой развивается болезненное состояние и её динамики [3].

Цель исследования: изучить личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного регистра с целью оптимизации терапевтической тактики.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 60 женщин с депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивного синдрома применялась шкала Гамильтона, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда. При оценке личностного склада больных, прежде всего, акцент делался на определении ведущих личностных черт.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто шизоаффективные нарушения классифицировались как шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) – у 20 пациентов (33,3 %), шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2) – у 16 женщин (26,7 %). Реже встречались другие шизоаффективные расстройства (F25.8) – у 20 % обследованных женщин, шизоаффективные расстройства неуточненные (F25.9) – у 12 женщин (20 %). При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных пациентов не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера.

Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 6 больных (10 %), застревающий тип личности – у 16 больных (26,7 %), дистимический тип был выявлен в 40 % случаев (24 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 10 больных (6,7 %), в 6,6 % случаев обнаружен эмотивный тип личности.

Согласно результатам тестирования, наиболее часто депрессивные расстройства встречались у лиц с дистимическим типом личности. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25 % больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75 % случаев имела место депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5 % случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80 %), лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 5,7 % случаев, для этих пациенток характерно развитие депрессии средней степени тяжести.

В зависимости от типа личности пациенткам были присущи аутоагрессия, склонность к чувству вины, пессимизм, низкая самооценка, трудности контактов, недостаток инициативы, зависимость от порядка и авторитетов. Они предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности; нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины и, как следствие, стремлению быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на их работоспособность, отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. У всех обследованных зарегистрировано значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличение количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе.

Так, больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом переносили физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типами личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, давая повод для самоупреков, формировало самопораженческие установки и идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100 % случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась при нарушениях взаимоотношений на работе. Твёрдая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с дистимическим типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой.

Выводы. Личностные особенности могут ухудшить как степень тяжести шизоаффективных расстройств, так и показатели качества жизни, но в ряде случаев они способствуют улучшению качества жизни и, как следствие, степень тяжести депрессивных расстройств шизоаффективного спектра не достигает тяжёлой и крайне тяжёлой выраженности. Данные исследования показали, что необходимо учитывать личностные особенности при выборе лечебной тактики и реабилитационных мероприятий.

Л и т е р а т у р а

1. *Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А.* Депрессии и коморбидные расстройства / под ред. А. Б. Смулевича. – М., 1997. – 308 с.

2. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // *Europ. PsychiaL* – 1994 – V. 9. – Suppl. 1. – P. 68.
3. Vis P. M., Van B. M., Emarson T. R. Duloxetine and venlafaxine-XR in the treatment of major depressive disorder: a meta-analysis of randomized clinical trials // *Ann. Pharmacother.* – 2005. – V. 39. – P. 1798—1807.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РАБОТЕ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ КО «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» ЗА 2011—2015 ГГ.

**Бакеева Е. Г., Горелкин А. О.,
Зорохович И. И., Люлина И. Л., Лопатин А. А.**

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

Химико-токсикологическая лаборатория (ХТЛ) была организована в 2001 г. на базе ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер». При организации ХТЛ и в дальнейшем были учтены все требования действующего законодательства, регламентирующего деятельность подобных лабораторий.

ХТЛ расположена в отдельном изолированном помещении, куда исключен доступ посторонних лиц. В ХТЛ работают высококвалифицированные сотрудники, штат укомплектован врачами клинко-лабораторной диагностики и фельдшерами-лаборантами. За время работы в ХТЛ врачи и лаборанты приобрели бесценный опыт работы в области химико-токсикологического анализа психоактивных веществ, что с каждым годом увеличивает профессионализм сотрудников. Лаборатория оснащена современным оборудованием, последнее из которого было получено по программам: «Модернизация здравоохранения Кемеровской области 2011—2012 гг.» (иммунохроматографический анализатор, современные лабораторные центрифуги, роторный испаритель, сушижаровый шкаф, автоматический паровой стерилизатор, газовый хроматограф с пламенно-ионизационным детектором, спектрофотометр с компьютерным комплексом, двухступенчатая система по очистке воды, электронные аналитические весы), «Программа формирования здорового образа жизни у населения РФ» (анализатор наркотических и психотропных веществ на базе хроматомасс-спектрометра, иммунохроматографический анализатор, жидкостной хроматограф с УФ-детектором, анализатор для определения алкоголя на базе газового хроматографа).

Объектами исследования в лаборатории являются биологические жидкости организма (кровь, моча, слюна), а также волосы, ногти.

В ХТЛ проводятся анализы на этиловый алкоголь и его суррогаты в моче, слюне, крови; все группы наркотических средств в моче, волосах, в смывах рук и полости рта; психотропные и другие токсические вещества в моче, волосах; синтетические каннабимиметики (спайсы), психостимуляторы (MDPV, производные N-метилэфедрона) в моче.

Т а б л и ц а 1

Сравнительная таблица выполненных химико-токсикологических анализов в ХТЛ ГБУЗ КО КОКНД за период с 2011 по 2015 г.

Показатель	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Количество обследуемых	4516	4326	4614	4054	13046
Количество анализов общее, в т. ч. на:	8566	8701	9168	7988	16929
Алкоголь	3326	3395	3128	2411	2244
Опиаты	2778	2719	2491	1211	859
Каннабиноиды	2137	2253	2446	1235	755
Другие наркотические вещества (спайсы, барбитураты, бензодиазепины, психостимуляторы)	325	334	1103	3131	13071
Из них наиболее значимые:					
Психостимуляторы			812	1353	1843
Синтетические				1465	2006
Каннабимиметики (медицинские осмотры в соответствии с ФЗ РФ № 230)					8961

На сегодняшний день наиболее значимыми в структуре потребляемых наркотических средств являются синтетические наркотики «спайсы» – курительные смеси, синтетические аналоги каннабиноидов. Данные наркотики вызывают практически мгновенное привыкание и при их употреблении наблюдаются сильнейшие психозы. На данный момент их уже более 1000 соединений и постоянно синтезируются новые.

С сентября 2015 г. в ХТЛ выполняются анализы из кабинетов медицинских осмотров Кемерово и городов Кемеровской области в соответствии с ФЗ РФ № 230, что повлекло за собой рост нагрузки на персонал и оборудование ХТЛ. Анализ на синтетические каннабимиметики трудоемкий и требует высокочувствительного оборудования. В ХТЛ на новом токсикологическом анализаторе, основанном на ГХМС системе Маэстро 7820/5975, приобретенном в рамках программы «Здорового образа жизни», обнаружено наличие разных видов синтетических каннабимиметиков. Появились новые дизайнерские наркотики группы психостимуляторов: MDPV, α -PVP и их производные, этилон, метилон, которые, как и составляющие спайсов, входят в список запрещенных к обороту в РФ. Данные наркотики обнаруживаются в биопробах все с большей частотой, для их анализа также используется новый токсикологический анализатор, основанный на ГХ/МС системе Маэстро 7820/5975.

По сравнению с прошлым годом произошло резкое увеличение количества анализов на синтезированные дизайнерские наркотические вещества (синтетические каннабимиметики, производные метилэфедрона) и сокращение как числа анализов на опиаты и каннабиноиды, так и снижение числа анализов на алкоголь.

Т а б л и ц а 2

**Количество химико-токсикологических анализов в ХТЛ ГБУЗ КО
КОКНД, проведённых на психоактивные вещества в 2011–2015 гг.
для городов и районов Кемеровской области**

Города и районы Кемеровской области	2011 г.	2012 г.	2013г.	2014 г.	2015 г.
г. Анжеро-Судженск	879	641	575	511	1129
г. Белово	104	4	120	28	
Беловский район	13	7	5	14	12
г. Берёзовский	195	146	116	80	136
г. Гурьевск	74	221	68	84	531
г. Калтан	136	177	320	12	
г. Киселёвск	40	28	77	84	100
г. Кемерово	6193	6320	6461	5927	11979
Крапивинский район	90	266	66	118	91
г. Ленинск-Кузнецк	69	68	102	211	1187
г. Мариинск				6	34
г. Междуреченск	12	2	11	9	
г. Мыски	1	5	72	116	83
г. Новокузнецк	44	10	290		
г. Прокопьевск	91	80	72	15	2
Промышленновский район	338	284	218	146	287
г. Тайга	2	8	10	10	
г. Таштагол	95	208	189	126	205
Гисульский район		13	50	62	84
г. Топки	214	97	77	110	125
Гяжинский район	52	40	169	94	104
Чебулинский район	4	30	39	36	110
Юргинский район	8	30	44	105	627
Яйский район	3	16	8	16	39
Яшкинский район			9	68	64
Всего	8566	8701	9168	7988	16929

Из таблицы 2 видно, что в 2015 г. значительно возросла нагрузка на химико-токсикологическую лабораторию, при этом число проведённых исследований возрастает ежегодно, как и растут затраты трудовых резервов, расход вспомогательных и расходных материалов, реактивов. Повышается нагрузка на лабораторное оборудование, что влечет за собой значительную нагрузку по материальному обеспечению и оснащению, не входящую в программу по выполнению госзаказа, что требует решения по повышению финансирования указанных расходов.

К ПРОБЛЕМЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Баранов И. В., Баранова М. А.

Юрга, ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер»

Проблема обеспечения кадрами остается одной из центральных проблем здравоохранения РФ. Сложные социально-экономические условия, низкий престиж профессии врача, слабый мотивационный уровень, небольшая зарплата начинающего врача, недостаточная правовая и социальная защищенность наряду с отсутствием эффективной государственной политики, направленной на обеспечение подготовки кадров, привели к значительному снижению притока молодых кадров в здравоохранение в целом, в частности в психиатрическую службу Кемеровской области. Указанные причины способствовали и высокой текучести кадров – молодые люди, приходя в профессию, через короткое время оставляли ее, отдавая предпочтение работе в частных медицинских и фармацевтических компаниях, ведомственных учреждениях либо других отраслях экономики, не связанных со здравоохранением. Негативное влияние на ситуацию в психиатрической службе области оказал и процесс отрицательной трудовой миграции – переезд и трудоустройство специалистов из Кемеровской области в другие регионы страны. Закономерным результатом описанных процессов является уменьшение численности врачей-психиатров, снижение укомплектованности врачебными кадрами, рост коэффициента совместительства.

Т а б л и ц а 1

**Сравнительная динамика кадрового обеспечения
психиатрической службы Кемеровской области**

Показатель	2012 г.	2013 г.	2014 г.
Число врачей-психиатров (физических лиц)	230	216	203
Укомплектованность врачебными кадрами, %	50,8	47,6	42,9
Коэффициент совместительства	2,1	2,0	2,3

Ситуация в различных учреждениях области неодинакова – укомплектованность врачебными кадрами колеблется от 30 до 70 %, коэффициент совместительства – от 1,4 до 3,0. Наиболее благополучной представляется ситуация в двух крупнейших учреждениях области – Кемеровской ОКПБ и Новокузнецкой КПБ. В менее крупных психиатрических больницах и психоневрологических диспансерах Кемеровской области ситуация с обеспеченностью кадрами врачей-психиатров существенно хуже, а в отдельных учреждениях ее можно смело назвать катастрофической.

В настоящее время деятельность психиатрической службы обеспечивается по большей части специалистами, пришедшими в профессию 30 лет назад и более. На сегодняшний день лишь 40 % врачей-психиатров в Кемеровской области моложе 50 лет. Таким образом, 60 % врачей-психиатров в Кемеровской области старше 50 лет, 37 % – старше 60 лет, 15 % находятся в возрасте 70 лет и старше. Средний возраст врачей-психиатров в Кемеровской области по отдельным учреждениям колеблется от 47 до 65 лет и в среднем по области составляет 55 лет.

Выражая искреннюю надежду на успешное продолжение трудовой деятельности и профессиональное долголетие всех наших уважаемых коллег, в то же время нельзя не задаться вопросом – какой будет кадровая ситуация в психиатрической службе Кемеровской области через 5, 10, 15 лет?

Используя методы расчета потребности в кадрах, применяемые в экономике труда, следует предположить, что через 10 лет вследствие естественного оттока кадров в связи с выходом на заслуженный отдых, прекращением работы по состоянию здоровья, сменой места работы и отрицательной трудовой миграцией убыль врачей-психиатров в Кемеровской области составит до 50 %. Таким образом, только лишь для поддержания численности врачей-психиатров в Кемеровской области на нынешнем уровне в течение ближайших 10 лет необходимо подготовить не менее 100 специалистов, которые трудоустроятся в учреждения психиатрической службы области и гарантированно останутся работать. Следует отметить, что успешное решение этой крайне непростой задачи всего лишь позволит восполнить численность физических лиц и поддержать укомплектованность на нынешнем уровне, который сложно назвать удовлетворительным.

Очевидно, что одновременно с решением проблемы воспроизводства специалистов службы необходимо повышать укомплектованность и сокращать коэффициент совместительства, который в целом по области составляет 2,3, а в отдельных учреждениях приближается к значению 3,0. С точки зрения эффективной организации труда, показатель укомплектованности должен быть не менее 65 %, а коэффициент совместительства, соответственно, не превышать 1,5. Простые арифметические расчеты показывают, что для достижения данного показателя в Кемеровской области в целом, при том же показателе занятых должностей, не хватает 105 специалистов. И даже для достижения показателя укомплектованности в 50 % (коэффициент совместительства 2,0) необходимо подготовить 35 специалистов.

Таким образом, можно сформулировать 3 варианта расчета потребности психиатрической службы Кемеровской области на ближайшие 10 лет (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

**Потребность в кадровом обеспечении
психиатрической службы Кемеровской области**

Показатель	Оптимистический: Укомплектованность 65 % Коэффициент совместительства 1,5	Реалистический: Укомплектованность 50 % Коэффициент совместительства 2,0	Пессимистический: Укомплектованность 43 % Коэффициент совместительства 2,3
Потребность в специалистах в течение 10 лет	205	135	100

При этом следует учитывать, что прогноз убыли специалистов и коэффициент совместительства в отдельных учреждениях области существенно различаются. Так, расчетная потребность в специалистах для двух крупнейших специализированных учреждений области – Кемеровской и Новокузнецкой психиатрических больниц – составляет менее 40 % от потребности Кемеровской области в целом. То есть большая часть специалистов, которых необходимо подготовить, должны трудоустроиться в менее крупные специализированные учреждения.

Исходя из вышеизложенного, для сохранения психиатрической службы Кемеровской области следует создать программу развития и подготовки кадров, учитывающую потребности в специалистах каждого специализированного учреждения, предусматривающую потребности с учетом прогноза убыли специалистов и целевого значения показателя укомплектованности, гарантиующую преимущественное трудоустройство подготавливаемых специалистов в менее крупные психиатрические больницы и диспансеры. Отсутствие такой программы либо ее неэффективная реализация приведут к катастрофическому состоянию психиатрической службы уже через 5 лет. Следует отметить, что законодательные новеллы последнего времени, касающиеся постдипломной подготовки специалистов, отнюдь не будут способствовать успешной реализации программы в случае ее принятия. Очевидной альтернативой будет «оптимизация» психиатрической службы Кемеровской области – сокращение числа учреждений, штатных единиц, существенное изменение функций учреждений и структурных подразделений, что неизбежно скажется на качестве оказания психиатрической помощи населению области. Такое развитие событий представляется наиболее вероятным, с учетом того, что для «оптимизации» существуют не только кадровые, но и экономические предпосылки.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО И ПРИПИСНОГО ВОЗРАСТОВ, ОБСЛЕДУЕМЫХ В ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Батюк Т. Г., Вдовина Е. В., Куракина Е. Г.

**Кемерово, ГКУЗ КО Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница**

Актуальность. Состояние здоровья молодежи – серьезная социальная, психологическая и медицинская проблема, обострившаяся в результате дестабилизирующего влияния социально-экономических преобразований в современном обществе. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что состояние психического здоровья призывного контингента ухудшается с каждым годом (Дмитриева Т. Б. и др., 2001; Литвинцев С. В., Рустанович А. В., Лытаев А. А., 2002; Семке В. Я., 2004; Агарков А. А., 2011 и др.).

По данным медицинского освидетельствования граждан при призыве на военную службу, в динамике за последние 10 лет в структуре заболеваемости доминируют психические расстройства, в целом по стране этот показатель составляет около 30 % (Куликов В. В., 2007; Казенных В. В., 2007). Ухудшается «социальная характеристика призыва», в том числе увеличивается количество призывников, имеющих неполное среднее образование и ниже, более 60 % призывников – выходцы из неблагополучных или неполных семей. В свою очередь, каждый регион Российской Федерации имеет свои особенности формирования психической патологии, отличаются также структура психических расстройств и факторная обусловленность их развития.

Объект и методы исследования. За 5-летний период в дневном стационаре было обследовано 1143 призывника. При проведении обследования заполнялись «Карты клинико-социального обследования подростка допризывного/призывного возраста». При определении годности подростков к службе в армии, а также степени выраженности клинических проявлений мы руководствовались приказом Министерства обороны РФ и Министерства здравоохранения от 23.05.2001 № 240/168, положением о Военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением правительства № 123 от 2003 г. и критериями Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

При заполнении «Карты клинико-социального обследования подростка допризывного/призывного возраста» использовалась информация, полученная из личных дел призывников (психолога военкомата), с которыми подростки поступали на обследование, а также от самих под-

ростков и их родителей, характеристик с места учебы или работы призывников, актов прошлого медицинского освидетельствования, амбулаторных карт, историй болезни подростков, проходивших стационарную или амбулаторную экспертизу в условиях Кемеровской областной клинической психиатрической больницы. При исследовании соблюдались принципы информированного согласия и партнерства.

Производится осмотр поступающих на обследование призывников на предмет выявления следов от самоповреждений (порезы на предплечьях) и наличия тату, пирсинга, тоннелей. Всем 695 обследуемым проведены ЭЭГ и эхо-ЭГ, они осмотрены неврологом, психологом, окулистом. Из экспериментально-патопсихологических методов для исследования интеллекта были использованы таблицы Равенна, методики Айзенка, Векслера, для исследования расстройств личности – ММРІ (адаптированный тест СМІЛ), опросник Леонгарда–Шмишека, методики Рубинштейна, Зейгарника.

Результаты исследования. За 5-летний период в 61 % случаев (695 чел.) выявлены психические расстройства. Особых отличий в нозологии обследуемых призывников/приписников по годам не обнаружено.

Т а б л и ц а 1

Число призывников и приписников по годам в ДС (2010—2014 гг.)

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	Всего
Число призывников	244	259	246	229	165	1143
Признано здоровыми	94 (38,5 %)	103 (39,7 %)	101 (41 %)	87 (37,9 %)	63 (38,1 %)	448

Т а б л и ц а 2

Нозологическая характеристика поступивших на обследование по годам

Нозология	2010	2011	2012	2013	2014
Органическое заболевание ЦНС	105 (70 %)	99(63,49 %)	97 (66,85%)	96 (67,6 %)	78 (76,5 %)
Умственная отсталость	19 (12,7 %)	25 (6,02 %)	20(14,%)	18 (12, 6 %)	12 (11,8 %)
Расстройство личности	22 (14,7 %)	28 (17,9 %)	24 (16,45)	23 (16, 2 %)	8 (7,9 %)
Невротические расстройства	3 (2,%)	4 (2,59 %)	2 (1,35 %)	3 (2,2 %)	2 (1,9 %)
Эндогенные заболевания	1(0,6 %)	0	2 (1,35 %)	2 (1,4 %)	2 (1,9 %)
Всего	150	156	145	142	102

Выделены наиболее часто встречающиеся при определённых формах психической патологии микросоциальные характеристики подростков, такие как тип воспитания, уровень дохода семьи, занятость на работе, уровень образования, детность (число детей), состав семьи (полная, неполная), которые можно рассматривать как социально-средовые факторы формирования определённых форм психических расстройств у подростков и которые необходимо учитывать при сборе социального анамнеза применительно к конкретным нозологическим формам.

В нашем исследовании в 55,01 % случаев наследственная отягощенность психическими расстройствами отсутствовала. В то же время следует отметить, что значимой явилась отягощенность по алкоголизму для лиц с умственной отсталостью. У 62 % призывников с установленным диагнозом интеллектуальной недостаточности один из родителей страдал хроническим алкоголизмом. У пациентов с эндогенными психозами наследственная отягощенность по шизофрении у близких родственников отмечалась в 42,85 % случаев (у 3 из 7 чел). В 86,8 % случаев умственной отсталости значимо наличие подобной патологии у родственников. В группе органических расстройств лишь в 8,9 % случаев выявлена какая-либо психопатологическая отягощенность, не достигающая ни в одном случае достоверной значимости.

Патология беременности присутствовала в группе призывников с умственной недостаточностью в 70,10 % случаев, при органических расстройствах – в 53,45 %, в группе лиц с расстройствами личности – в 38,52 %. Учитывались такие факторы, как токсикоз, угроза выкидыша, смешанная патология беременности в группах умственной недостаточности и расстройств личности. Для призывников с умственной недостаточностью значимым оказался и показатель соматических заболеваний матери во время беременности. Для группы пациентов с органическими расстройствами и расстройствами личности значимо уровня патология беременности не достигает.

У всех обследованных призывников изучался уровень дохода семьи. Так, низкий уровень дохода (ниже прожиточного минимума на каждого члена семьи) отмечался большей частью у лиц с установленным диагнозом расстройства личности (56 %) и умственной отсталости (77 %). У призывников с органической патологией, невротическими расстройствами низкий уровень дохода в семьях отмечался в 26 % случаев и 14 % соответственно.

Изучение состава семьи показало, что полная семья зарегистрирована лишь у половины подростков (52,33 %), основную долю из них составили призывники с органическими расстройствами (82 %). У 42 % обследованных с умственной отсталостью и у 33 % призывников с расстройством личности имелась полная семья.

У лиц с органическим заболеванием ЦНС многодетность (от 3 до 5 детей) в семьях отмечалась в 18 % случаев, в то время как у лиц, признанных умственно отсталыми, многодетная семья была в 52 % случаев, у призывников с расстройствами личности – приблизительно в таком же количестве (55 %). У призывников с невротическими расстройствами многодетность в семьях не встречалась.

Таблица 3

Сравнительная характеристика образовательного уровня призывников

Профиль обучения	Умственная отсталость		Органические расстройства		Расстройства личности		Невротические расстройства	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Средняя школа	2	2,48	43	8,51	5	4,60	4	30
Вспомогательная школа	5	5,26	0	0	1	0,35	0	0
Индивидуальное обучение	0	0	10	2,13	1	0,35	0	0
Коррекционные классы	2	0,62	0	0	0	0	0	0
Среднее профессиональное		12,07	171	36,17	30	28,62	3	23
Вуз	0	0	20	4,25	2	1,87	4	28
Не учится и не работает	70	74,61	201	42,55	52	50,94	1	4
Работает	4	4,33	30	6,38	13	12,78	2	15
Нет сведений	0	0	0	0	1	0,95	0	0
Всего	94	100	475	100	105	100	14	100

Следует отметить, что группа призывников с невротическими расстройствами является более благополучной в отношении занятости трудом – трудоустроенные составили 15 %, а также лица с умственной отсталостью (6,38 %). С меньшей частотой (12,78 %) работали призывники с расстройствами личности (шизоидного, эмоционально неустойчивого круга).

Внутригрупповая структура трудовой занятости свидетельствует о преимущественной занятости призывников с умственной отсталостью в сельском хозяйстве, с расстройствами личности – в промышленности и в небольшом проценте случаев в сфере обслуживания. Среднее профессиональное образование было ведущим у призывников всех групп, кроме невротических расстройств, явным преобладание по данному показателю выявлено у лиц с расстройствами личности (28,62 %). В вузах обучалось лишь 26 человек, в том числе 20 с органическими расстройствами, 2 с расстройствами личности, 4 с невротическими расстройствами. Для лиц с умственной отсталостью наиболее типичным было обучение во вспомогательных школах и училищах.

Проведенный анализ данных, полученных в исследовании по времяпрепровождению призывников, их увлечениям, показал отсутствие увлечений и интересов интеллектуального характера, в том числе и при полной сохранности познавательных функций. Лишь в единичных случаях подростки с расстройствами личности занимались спортом. В асоциальных компаниях подростки проводят время подростки всех групп практически в равном количестве (от 25 % в группе подростков с органическим поражением до 40 % в группах с расстройством личности и с умственной отсталостью). Чаще всего подростки с умственной отсталостью заняты домашней работой (47,7 %), в то время как данный показатель для подростков с органическими и личностными расстройства-

ми существенно ниже – 28,6 % и 27,6 %. Подростки с расстройствами личности и органическими расстройствами практически в равном числе случаев отдают предпочтение развлечениям – 37,4 % и 34,0 % или занимаются домашней работой – 28,6 % и 27,7 %. При этом большее количество подростков с личностными и органическими расстройствами в сравнении с умственно отсталыми проводят в клубах, компьютерных играх, смотрят развлекательные программы по телевидению и т. д. (для подростков с умственной отсталостью такой вид времяпрепровождения характерен лишь в 10,2 % случаев).

Изучение брачного статуса призывников с психическими расстройствами показало, что подавляющее большинство из них холосты – 656 человек (94,38 %) и проживают с родителями, другими родственниками. В браке состоят 14, в гражданском браке – 22 человека с органическими расстройствами и 2 призывников с умственной отсталостью. Полная семья была более чем у половины подростков (56,43 %), основную долю из них составили пациенты с органическими расстройствами – 72,34 % случаев. Во многих семьях у лиц с органической патологией, умственной отсталостью складывалась довольно тяжелая ситуация. Типичные примеры: «отец в тюрьме, мать пьет, сестры умственно отсталые» либо «родители пьют, детей воспитывает старая бабушка», «мать-одиночка с тремя сыновьями, все трое исключены из неполной средней школы, учиться не хотят».

При анализе медико-социального статуса семей призывников выяснялось, что алкоголизм одного из родителей обследованных отмечался в 42 % случаев, у 2 или более родственников – в 36 %. Зачастую родственники призывников были социально дезадаптированы.

Вне зависимости от состава семьи, степени родства лиц, заменяющих родителей, по всем группам исследования наибольший удельный вес приходится на такой вид дисгармоничных стилей воспитания, как подчинение старшим со множеством запретов и наказаний, достигая в группе подростков с умственной отсталостью 68,6 %. У лиц с расстройством личности на первом месте стоит дисгармоничный тип воспитания по типу гипопротекции, жестокого обращения с детьми – 43 %. В группе подростков с невротическими расстройствами значительно чаще встречается воспитание по типу гиперпротекции – 57 %.

Среди поступивших на экспертизу подростков не было лиц, зависимых от ПАВ, однако в единичных случаях, наряду с основной патологией, отмечалось злоупотребление алкоголем с вредными последствиями, эпизодическое употребление наркотических препаратов. 42,3 % подростков систематически курят, доля курящих с умственной отсталостью достоверно превышает этот показатель в группах призывников

с органическими и личностными расстройствами (57,5 %, 17,2 %, 35,9 %). В 32,5 % случаев подростки сочетают употребление алкоголя с табакокурением, с достоверно более высокой долей среди лиц с расстройством личности.

Выводы. На первом месте по нозологии, выявляемой у обследованных в дневном стационаре лиц призывного и приписного возрастов, находятся органические психические расстройства. В группе лиц с установленным диагнозом расстройства личности выявлен дисгармоничский тип воспитания по типу гипопротекции, жестокого обращения с детьми. Имеют место многодетность, низкий уровень дохода, неполная семья, алкоголизация одного из родителей. У лиц с умственной отсталостью достоверно чаще имеют место наследственная отягощенность подобной патологией у родственников, наиболее часто выявляемая по сравнению с другими нозологиями, патология беременности и родов у матерей, неблагоприятное течение периода новорожденности, многодетная семья, алкоголизм одного либо обоих родителей. В группе подростков с невротическими расстройствами выявлены достоверно часто встречающееся воспитание по типу гиперпротекции, малодетность (в семье 1—2 ребенка). У лиц с выявленной органической патологией имеют место разнородные факторы (наследственная отягощенность, уровень образования семьи, нарушение развития до 7 лет, условия жизни).

Вышеперечисленные микросоциальные характеристики в данном контексте можно рассматривать как негативные социально-средовые факторы формирования определённых форм психических расстройств у подростков, которые необходимо учитывать при сборе социального анамнеза применительно к конкретным нозологическим формам.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Березовская М. А.

**Красноярск, Красноярский государственный медицинский университет
им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России**

Эпидемиологические исследования существенно расширяют возможности изучения основных тенденций распространенности шизофрении в современном мире, разработки этиологических гипотез, предикторов развития психозов, планирования обслуживания населения. Поэтому представляет интерес анализ эпидемиологических показателей шизофрении на территории Красноярского края.

Площадь Красноярского края составляет 2 339,7 тысяч кв. км, в его состав входит 68 административно-территориальных единиц. Численность населения края на конец 2015 г. – 2 852 810 человек.

Показатели динамики болезненности и заболеваемости шизофренией в Красноярском крае были получены при анализе ежегодных отчетов, на основании данных официальной статистики о состоянии психиатрической помощи и психического здоровья населения Красноярского края за период с 2001 по 2015 г.

Анализ данных официальной статистики здоровья населения Красноярского края показал, что в структуре заболеваемости психическими расстройствами в 2015 г. доля шизофрении составила 9,4 % от всех психических расстройств. По сравнению с предыдущими периодами доля шизофрении в общей структуре психических расстройств остается стабильной. Сравнительная динамика болезненности шизофрении в Красноярском крае ниже общероссийских значений (334,5 и 392,9 на 100 000 населения соответственно), однако демонстрирует тенденцию к некоторому повышению данного показателя (в 2001 г. – 315 на 100 000 населения). Темпы прироста первичной заболеваемости в различные годы неравномерны, однако использование линии тренда позволяет определить тенденцию к некоторому снижению данного показателя на территории Красноярского края. Отмечается незначительный прирост выявленных больных диспансерной группы (приблизительно на 2 %), а также прирост на 70 % выявленных больных консультативной группы. Это может быть свидетельством совершенствования системы внебольничной психиатрической помощи.

На изменение указанных показателей влияют социально-экономические факторы. В результате резкого сокращения числа рабочих мест, снижения уровня жизни, возрастания социальной напряженности и межэтнических конфликтов в стране сложилась неблагоприятная обстановка, которая, с одной стороны, является провоцирующим фактором для развития эндогенных психических заболеваний, с другой стороны – способствует социальной и психической декомпенсации лиц с латентным, относительно благоприятным течением шизофренического процесса. Это вынуждает их обращаться за помощью к психиатрам.

Таким образом, на протяжении последних лет в Красноярском крае показатели болезненности шизофрении постепенно увеличиваются, а динамика заболеваемости имеет волнообразный характер, также с тенденцией к повышению числа пациентов как впервые выявленных, так и состоящих на диспансерном учете и обращающихся за консультативной помощью.

При изучении шизофрении как эпидемиологического объекта необходимо выделять период, предшествующий манифестации патологии, так как согласно нейродегенеративной концепции и многофакторной биопсихосоциальной модели шизофрении, «презентация болезни происходит... через 1—3 десятилетия... истоки теряются в раннем онтогенезе... предполагается длительный латентный и доманифестный периоды... течение с т. н. аттенуированными расстройствами».

Это заставляет исследователей учитывать весь круг факторов, так или иначе способных оказывать влияние на возникновение, клиническое оформление и динамику шизофренического процесса. В рамках биопсихосоциальной модели временной континуум шизофрении определяется периодами биореактивности организма и патогенной констелляции (взаимное расположение и взаимодействие различных факторов) средовых факторов.

Для того чтобы выявить факторы, повышающие риск развития шизофрении, проведено обследование и изучение историй болезней 500 пациентов, находившихся на стационарном лечении в ККПНД № 1 с диагнозом «Параноидная шизофрения» (225 – F20.00 и 275 – F20.01).

На первом этапе изучена наследственность пациентов, которая оказалась значимой в пределах 55—59 %. Причем в зависимости от типа течения параноидной шизофрении были значимыми «другие заболевания», к числу которых отнесены послеродовые психозы, старческие и сосудистые деменции, аффективные расстройства, а также состояния без определенного диагноза, когда имелось указание на перенесение кем-либо из родных «какого-то психического расстройства». По данным литературы, наследственность сама по себе и во взаимодействии с факторами окружающей среды определяет до 80 % случаев предрасположенности к шизофрении. Однако генетическая предрасположенность является условием необходимым, но не единственным для возникновения шизофрении. При этом все дополнительные воздействия разделяются на биологические и социальные, причем их влияние признается наиболее значимым в основном в период раннего онтогенеза.

Оказалось, что гестозы и инфекции во время беременности повышают риск развития шизофрении у детей, при этом более значимыми они оказываются при эпизодическом течении заболевания. Кроме того, в анамнезе обследованных больных шизофренией в 25—45 % случаев встречались акушерские осложнения периода родов.

Имеются данные, что жители больших городов в большей степени подвержены риску заболевания шизофренией, чем сельские жители. Указывается, что более высокий уровень заболеваемости шизофренией среди городского населения обусловлен постепенным «дрейфом» за-

болевших во внутренние городские районы в связи с социально-экономическими факторами, однако также отмечается зависимость более высокого риска заболевания шизофренией от рождения и воспитания в городских условиях. Среди наиболее часто обсуждаемых патогенных факторов называются уровень социального стресса и социальной вовлеченности, пренатальное и перинатальное здоровье, миграционные процессы, бедность, загрязнение окружающей среды, инфекционные заболевания, более высокий уровень употребления наркотиков, недостаток витамина D.

Сравнение заболеваемости шизофренией среди городских и сельских жителей Красноярского края показывает постепенное уменьшение различий этих показателей среди жителей города и села (1,4 и 2,7 на 10 000 населения в 2001 г. и 1,5 и 1,9 на 10 000 населения в 2015 г.). При этом заболеваемость шизофренией среди сельских жителей Красноярского края в последние годы стабильно держится на уровне 1,5 на 10 тысяч населения, а среди жителей городов последние годы вновь начала повышаться. Причиной может быть миграция населения и более полный охват населения городов психиатрической помощью.

Продолжительность жизни при шизофрении в среднем на 9—12 лет меньше, чем в общей популяции. Ее сокращают сопутствующие соматические заболевания и суицидальные тенденции больных. Среди обследованных больных только 32,7 % не имели сопутствующей патологии, у остальных 67,3 % были зарегистрированы соматические заболевания, в основном протекающие атипично и не леченные.

В крае высок процент регоспитализации больных шизофренией. При почти 25-процентном значении регоспитализаций они обуславливают до 89 % всех госпитализаций в течение года. Основными причинами являются частые обострения болезни, особенности структуры формирующегося дефекта в виде психопатоподобной симптоматики, приводящие к выраженным нарушениям поведения, а также слабая приверженность к терапии, характерная для пациентов данного профиля.

Эти данные свидетельствуют о медико-социальной актуальности проблемы шизофрении в Красноярском крае и необходимости разработки новых методов в комплексном проведении лечебно-реабилитационных мероприятий, развития внебольничных форм оказания психиатрической помощи, расширения объема медико-социальной реабилитации психически больных. В этом может помочь всесторонний эпидемиологический анализ, который лежит в основе ключевых задач психиатрии с учетом гетерогенности шизофрении и длительного латентного периода.

ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА ПСИХОПАТОЛОГИЮ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ И КРИМИНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

Богданов Я. В.

Кемерово, Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница

Актуальность. Алкогольное опьянение (АО) в современном обществе является весьма распространенной причиной преступности, особенно насильственной. АО имеет большее влияние на механизмы противоправного поведения, нежели собственно алкогольная зависимость (Collins J. J., Schlenger W. E., 1988; Murdoch D. et al., 1990; Martin S. E., Bachman R., 1997). Клинический полиморфизм АО (включая атипичные и сложные формы) в том числе определяется и изначальной личностной патологией и складывается из психопатологических нарушений самосознания и сознания (Zhang L. et al., 1997, 1998, 2000). На клиническую картину опьянения влияют индивидуально-конституциональные свойства (функциональная асимметрия мозга) и факторы церебрально-органической недостаточности.

По мнению Н. В. Канторовича (1967), резкое противопоставление патологического опьянения другим видам выраженного опьянения является условностью, неоправданной реальным положением вещей. Каждое выраженное опьянение похоже на какой-то психопатологический синдром. Атипично протекающие картины опьянения изучались преимущественно у лиц с органической патологией головного мозга.

Как считает Н. Ю. Олифиренко (1995, 2002), криминальные действия, совершаемые в состоянии опьянения, не являлись прямым следствием самого факта употребления алкоголя, а опосредовались, наряду с социально-личностными особенностями индивида, органической почвой через атипичный характер картины алкогольного опьянения и порождаемые им психопатологические феномены. По его мнению, возникновение различных форм атипичного алкогольного опьянения представляет собой континуум – от психопатоподобных вариантов, как наименее патологичных, через аффективные состояния к психотическим и далее к двигательным расстройствам в структуре АО.

В этом свете изучение факторов, способствующих атипизации алкогольного опьянения, имеет важное значение для клинической и судебной психиатрии.

В числе других изучается и такой конституциональный фактор, как функциональная мозговая асимметрия (ФМА). Ранее некоторыми авторами отмечалось его значение в реализации девиантного сексуального поведения (Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., 1997; Введенский Г. Е., 2000).

Одним из выдвинутых нами предположений является мнение о том, что различные варианты левополушарных профилей ФМА способствуют атипизации алкогольного опьянения у лиц с расстройствами личности. Для изучения функциональной мозговой асимметрии мы использовали методики Н. Н. Брагиной, Т. А. Доброхотовой (1981, 1988, 1993), методику дихотического прослушивания вербального материала (Котик Б. С., 1975), пробы на определение скрытых факторов моторного левшества (Лурия А. Р., 1969).

Обсуждение результатов. Проведено исследование профилей функциональной мозговой асимметрии у 50 испытуемых с диагнозом «расстройство личности».

Все выявленные к настоящему времени (8 испытуемых из 50 совершивших деликты с установленным диагнозом «расстройство личности») случаи левополушарных профилей ФМА сочетались с психопатоподобным вариантом атипичного простого алкогольного опьянения. У 4 испытуемых устанавливался диагноз «расстройство личности органической этиологии», у 3 – «эмоционально неустойчивое расстройство личности», у 1 – «смешанное расстройство личности». У остальных 42 испытуемых с правополушарными и смешанными профилями ФМА в 28 случаях устанавливался диагноз «расстройство личности органической этиологии», а в 14 случаях – «специфические расстройства личности».

У них, так же как и у «левшей», наблюдалась атипизация простого алкогольного опьянения (во всех случаях психопатоподобный и аффективный варианты) – 25 случаев из 42. Сопоставление величин в двух группах позволяет нам подтвердить предположение, что левые профили ФМА способствуют атипизации картины алкогольного опьянения. В некоторых случаях алкогольного опьянения при расстройствах личности нами выносились экспертные решения об «ограниченной вменяемости» в соответствии со ст. 22 УК РФ, в том числе при левых профилях ФМА в 3 из 8 случаев, а при смешанных и правых профилях ФМА в 6 случаях из 42, что может указывать и на то, что левые профили – ФМА способствуют снижению контрольно-регуляторных механизмов в состоянии АО.

ОБ ОПЫТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ДИЗАЙНЕРСКИХ НАРКОТИКОВ ПАЦИЕНТАМИ ГБУЗ КО «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

Богданович Е. А.

Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»

Материал исследования. В последние годы увеличивается число потребителей дизайнерских стимуляторов среди детей и подростков Кемерово. В амбулаторном кабинете врача психиатра-нарколога для обслуживания детско-подросткового населения диспансерно-поликлинического отделения ГБУЗ КО КОКНД Заводского района Кемерово на учете находятся 5 подростков с наркологическими расстройствами в связи с употреблением метилendioксипировалерона и его аналогов. 2 подростков, являющихся воспитанниками МБОУ для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей № 2, состоят на диспансерном учете в связи с формированием синдрома зависимости от психостимуляторов. 1 подросток имеет сопутствующие наркологические расстройства: «Синдром зависимости от психостимуляторов, I ст., пагубное (с вредными последствиями) употребление наркотических средств группы каннабиноидов (синтетические каннабими-метики).

Обсуждение результатов. Все подростки проходили курсы стационарного лечения в ГБУЗ КО КОКНД, мотивация на отказ от употребления была неустойчивая. После выписки из стационара один подросток возобновил употребление ПАВ, в настоящее время он находится в федеральном розыске. Другой подросток после выписки из стационара в течение 3 месяцев находился на реабилитации в религиозном негосударственном центре «Сила духа» в селе Панфилово Кемеровской области, в настоящее время ремиссия составляет более 6 месяцев. 3 подростков находятся на профилактическом учете в кабинете врача психиатра-нарколога Заводского района в связи с наркологическими расстройствами в связи с употреблением психостимуляторов. Кроме того, 2 из них в анамнезе имеют пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя и 1 подросток – употребление бытового газа. Выявлено, что первые пробы психостимуляторов были в 2014 г., в 2015 г. они проходили курсы стационарного лечения, после которых 2 подростков находятся в состоянии ремиссии, 1 подросток возобновил употребление ПАВ.

Анализируя анамнестические данные вышеуказанных подростков, можно сделать вывод, что первое знакомство с наркотическим средством, как правило, происходит в компании приятелей. Чаще всего это синтетические каннабиноиды. Употребление происходит способом курения, вначале – эпизодически, затем несколько раз в неделю и лишь потом происходит первая проба психостимуляторов. Через 2—3 месяца регулярного употребления происходит формирование влечения, абстинентного синдрома, появляются психические расстройства.

Специалисты ГБУЗ КО КОКНД, наблюдавшие потребителей «солей для ванн», определили, что выраженный синдром зависимости от их приема формируется через 2—4 месяца систематического внутривенного введения, почти в половине случаев с развитием интоксикационных психозов. Синдром отмены (абстинентный синдром) характеризуется в большей степени психическими расстройствами: от выраженного патологического компульсивного влечения к наркотику с проявлениями поведенческой агрессии до острых аффективно-бредовых и галлюцинаторно-параноидных состояний (включая отдельные виды психических автоматизмов) и импульсивных поступков, а также стойкой бессонницы. У большинства пациентов, употребляющих «соль», отмечается картина ажитированной (тревожной) депрессии.

В отличие от традиционных натуральных или полусинтетических наркотиков, современные синтетические наркотики-психостимуляторы вызывают различные по продолжительности психические расстройства, напоминающие такое тяжелое психическое расстройство, как шизофрения. Когда пациенты в течение достаточно непродолжительного периода времени переносят несколько психозов, нередко развивается хроническое психическое заболевание, ведущее к грубой социальной дезадаптации потребителя, выраженным патологическим изменениям личности и инвалидизации пациента по причине развития психического заболевания.

Характерной особенностью именно для этого вида наркотиков является то, что практически исчезает критика к собственному состоянию. Такие пациенты наркоманами себя не считают и практически не восприимчивы к критике со стороны внешних наблюдателей их откровенно неадекватного состояния. Они пребывают в полной уверенности, что могут прекратить употребление в любой момент, причем в этом настолько убедительны, что родственники и друзья реально оценивают тяжесть ситуации слишком поздно.

Пациенты реабилитационного центра ГБУЗ КО КОКНД «Фламинго» из числа бывших потребителей «солей для ванн» описывают приблизительно одни и те же субъективные ощущения от последствий

своей наркотизации. На первый план выступает бред преследования, обуславливающий актуальное содержание болезненных переживаний поведение «солевых» наркоманов. Потребители этих веществ в состоянии наркотического опьянения испытывают жуткий «нечеловеческий» страх, им кажется, что их хотят убить, их преследуют «враги», «недоброжелатели» и т. д. В таком состоянии они совершают неконтролируемые действия, в том числе криминального характера.

Психический статус таких пациентов всегда характеризуется выраженным психомоторным возбуждением и агрессией. На выходе из острого состояния они частично забывают то, чем занимались и что говорили в психозе, не верят, что так себя вели. В таком измененном состоянии они создают угрозу для себя и своего окружения.

Заключение. Учитывая вышеизложенное, актуальность данной проблемы на сегодняшний день является очевидной. Необходимо четкое межведомственное взаимодействие при проведении работы по профилактике, выявлению, лечению и реабилитации лиц, употребляющих дизайнерские стимуляторы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОГО КРИЗИСА

Богданович Е. А.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

Актуальность. Подростковый период – один из наиболее сложных периодов жизни индивида. На этапе становления личности трудности поведения и взаимоотношений характерны для подростков в силу естественных для них многофункциональных изменений организма. Именно в этот период вследствие определенных жизненных ситуаций и специфики отношений с близкими людьми у подростка складываются определенные убеждения о жизни, касающиеся восприятия себя, других людей и своего будущего. Эти убеждения влияют на интерпретацию повседневных событий и, в зависимости от их содержания, вызывают позитивные или негативные эмоции и способствуют адаптивному или дезадаптивному поведению в качестве реакции на жизненные события.

В возрасте от 14 до 17 лет подростки проходят через возрастной кризис в развитии психики. В эти годы подростки формируют свое индивидуальное мнение по большинству вопросов. Их точка зрения во многом отличается от мнения родителей и педагогов. В формировании жизненных ценностей они ориентируются на мнение сверстников. Значительная часть времени в этом возрасте проводится в подростковых

группах, которые формируются по интересам (учеба, музыка, спорт и т. п.). В группе подростку нужно «утвердиться», занять «достойное место». Среди сверстников с большим запасом знаний и сведений подростки, отстающие в общем развитии (инфантильные), смотрятся «белыми воронами». Такой подросток плохо учится, не занимается музыкой, спортом, мало читает, поэтому он не станет «своим» в группе хорошо успевающих. В результате такие «серые» подростки активно ищут себе подобных – формируются асоциально ориентированные (аддиктивные) подростковые группы. В этих группах является «престижным» демонстративно пренебрежительное отношение к учебе, к труду, к социальным правилам. Одной из жизненно важных ценностей для таких подростков становится постоянное получение новых, желательных острых ощущений. Демонстрируя получение таких ощущений среди себе подобных, они получают «шанс» стать объектом подражания, кумиром.

Обсуждение результатов. Наибольшее количество подростков, состоящих на профилактическом наблюдении в ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением психоактивных веществ, находятся в вышеуказанной возрастной категории (от 14 до 17 лет). Большинство из них имеют связь с асоциально ориентированными подростковыми группами. Согласно наблюдениям врачей психиатров-наркологов ГБУЗ КО КОКНД отсутствие адекватного внимания и помощи детям и подросткам расширяет круг несовершеннолетних, сворачивающих с пути нормального психического развития и социализации. Так, для подростков, склонных к употреблению психоактивных веществ, суицидальным мыслям, такие особенности их жизни, как неблагополучная ситуация в семье, насилие, пренебрежение со стороны родителей, травля и отвержение со стороны ровесников, способствуют формированию определенного типа мышления. В результате подростки начинают применять дезадаптивные способы совладания со стрессовыми ситуациями. Это могут быть злоупотребление алкоголем, наркотиками, самоповреждающее поведение и другие виды девиаций. Поскольку применяемые способы только усугубляют существующую проблему и снижают накал негативных эмоций лишь временно, появляется острое чувство безнадежности и пассивные суицидальные мысли. При отсутствии своевременной помощи состояние подростка усугубляется, наступает суицидальный кризис – безнадежность относительно текущей жизненной ситуации и фиксация на мысли, что суицид – это единственное решение проблемы. В итоге разрешением кризиса выступает попытка суицида.

По данным ВОЗ, каждый год в России завершают жизнь самоубийством около 200 детей и 1500 подростков. По числу суицидов среди несовершеннолетних наша страна занимает первое место в Европе. В стране происходит порядка 19–20 случаев самоубийств на 100 тысяч подростков, что в 3 раза больше, чем мировой показатель. Более 90 % случаев связаны с неблагополучием в семье, пьянством, финансовыми трудностями, жестокостью родителей. В общей сложности 45 % девушек и 27 % юношей в РФ задумывались о самоубийстве.

Выводы. Учитывая вышеизложенное, межведомственное взаимодействие по вопросам профилактики и выявления кризисных состояний у подростков является актуальной задачей на сегодняшний день. Необходимо объединение в единый комплекс образовательных, социальных и медицинских мер в рамках первичной профилактики, обеспечивающих достижение общей цели. Такой методологический подход позволит максимально использовать последние достижения современных образовательных, психолого-педагогических, медико-социальных технологий для решения задач по воспитанию, обучению, сохранению здоровья, а порой и жизни молодого поколения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АФФЕКТИВНО НАСЫЩЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ (по материалам КППСЭ)

Бурсова Т. В., Иванов В. Г.

**Кемерово, ГКУЗ КО Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница**

**Кемерово, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия» Минздрава России**

В ходе комплексной психолого-психиатрической судебной экспертизы (КППСЭ) по уголовным делам экспертам часто приходится отвечать на вопрос – «находился ли подозреваемый в момент инкриминируемого ему деяния в состоянии выраженного психоэмоционального напряжения (стресс, фрустрация, растерянность, физиологический аффект). Одновременно экспертной комиссии предстоит исключить другие временные болезненные состояния психики (патологический аффект, патологическое опьянение, просоночное и другие исключительные состояния), занимающие отдельное место в классификации психических расстройств, отражают расстройства психического уровня и сопровождаются психопатологическими нарушениями, протекающими по механизмам возникновения кратковременного транзиторного психоза.

Известно, что в случаях с выраженными проявлениями психоэмоционального напряжения речь идет о психологическом кризисе различной формы и степени выраженности с переживанием чрезмерных и интенсивных эмоций. Именно эмоции и эмоциональные переживания отражают общий функциональный уровень психической деятельности человека в такой ситуации. Одновременно, находясь в тесной связи с личностными особенностями субъекта и ситуацией, в которой оказался этот субъект, эти кризисные эмоции влияют на субъективное восприятие окружающего, изменяют уровень интеллектуальной и моторной активности и в ряде случаев сдвигают сознание. С учетом сказанного изучение механизма возникновения и развития структурных образований выраженного психоэмоционального напряжения представляет важный научно-практический интерес.

Целью нашего исследования было изучение особенностей структуры аффективно насыщенных субъективно значимых переживаний для выявления механизма, отражающего особенности поведения лиц, в ситуациях совершения ими преступления против личности, для вынесения научно обоснованного экспертного решения.

Материал и методы. Материалом для анализа послужили целенаправленные клинические и экспериментально-психологические исследования лиц, совершивших преступления против личности (статьи УК РФ: 105 ч. 1; 111 ч. 4, 111 ч. 1 и ч. 2, 119, 112, 116), всем им проведено исследование в КОКПБ КППСЭ. Всего обследовано 80 человек в возрастном диапазоне от 19 до 58 лет.

Основные методы исследования: клинический, экспериментально-психологический. На первой стадии исследования всем испытуемым производилось диагностическое обследование субтестами Векслера, матрицами Равена. Затем испытуемым предлагалось углубленное тестирование методиками Кеттелла (для определения уровня притязаний, культурных потребностей, иерархии ценностных мотиваций, уровня регуляторных и компенсаторных возможностей) и Басса-Дарки (определение проекции в субъективно значимых эмоционально насыщенных ситуациях, наличие характерологических, индивидуально-личностных механизмов, оказывающих влияние на совладающие механизмы поведения – рационализм, тревожность, ригидность, эффективная зависимость реагирования, склонность к самозвинчиванию).

В ходе исследования все испытуемые были разделены на две группы. В первую группу вошли испытуемые с достаточным уровнем интеллекта, имеющие качественное среднее или высшее образование, с нормативными социальными приоритетами и наличием культурных потребностей.

Во вторую группу мы включили испытуемых, имеющих эпизоды нарушения УК РФ, с неполным средним образованием, ограниченными культурными потребностями и неравномерным интеллектуальным потенциалом без степени выраженности интеллектуальной недостаточности.

В первой группе испытуемых выявлены такие индивидуальные особенности, как социабельные иерархические мотивации с преобладанием профессиональной востребованности; интересы, направленные на культурное содержание и реализацию (личное творчество, чтение познавательной литературы, путешествия с той же целью, изучение иностранных языков, адаптивное семейное времяпрепровождение, гармоничное воспитание детей, забота о близких). Во второй группе ведущими психологическими особенностями явились узконаправленные неглубокие интересы, склонность к суррогатному образу жизни, самопоустительство, стремление к доминированию без лидерских возможностей как организующего звена. У всех испытуемых второй группы были обнаружены проявления самовзвничивания, повышенный уровень притязаний, зависимость самооценки от внешнего принятия в референтном окружении.

Клинический анализ структуры возникающих в момент совершения правонарушения психологических и психопатологических переживаний у обследованных показал, что большинство подэкспертных осознают динамичность такого момента и нередко выделяют период начала, развития и завершения ситуации. Однако обследованные в обеих группах испытывают определенные затруднения при описании своего конкретного состояния в юридически значимый период. Причина такого положения, как показали результаты наших исследований, кроется в трудности оценки быстро сменяющих друг друга эмоциональных состояний, тем более с выделением доминирующего аффекта. Возможно поэтому неспособность правильно идентифицировать собственные эмоциональные переживания испытуемые нередко выдавали за проявления нарушенного сознания или амнезию. Оказалось также, что определенную сложность представляет для них возможность разграничения психогенного аффекта, обусловленного ситуацией правонарушения («стрессовый диатез»), и аффекта «базового», т. е. личностной аффективности. Характерным являлось то, что в одних случаях испытуемые в своих самоотчетах отмечали привычные, «обычные», психологически понятные переживания, а в других – подчеркивали появление нового, «другого», незнакомого состояния, привнесенного ситуацией.

Подэкспертные первой группы совершили преступные действия против личности, испытывая длительную психотравмирующую ситуацию во взаимоотношениях с потерпевшим субъектом, именно из-за неправомерного, противоправного либо аморального поведения потерпевшего субъекта. Способствующим фактором разрешения длительной психотравмирующей ситуации у данной группы испытуемых во внешне агрессивных действиях явились ригидность характерологических черт характера и ригидность мотиваций и житейских установок. Эмоциональная разрядка негативных переживаний происходила, как правило, со срывом компенсаторных механизмов, с разрушением мотивационных ценностных ориентиров и по силе протекания в 40 % случаев достигала глубины физиологического аффекта, а у 60 % испытуемых имела степень иного психоэмоционального состояния (фрустрации), которое оказывало существенное влияние на свободу волеизъявления, ограничивая его до примитивного агрессивного уровня поведения.

Во второй подгруппе подэкспертные совершили аналогичные преступные действия спонтанно, испытав субъективно значимое уязвление самооценки. Такие испытуемые имели ведущие притязания на доминирование любым, даже неконвенциональным способом. У испытуемых этой группы акцентировались свойственные им механизмы самовзвинчивания, как защитный гиперкомпенсаторный блок с деформированным вытеснением личностной тревожности в агрессивное поведение. Психоэмоциональное состояние в период преступления у таких испытуемых не достигало уровня физиологического аффекта со всей феноменологией течения и развития особого психоэмоционального состояния. В криминальном реагировании данных испытуемых преобладали гневливые реакции, психоэмоциональное возбуждение, которые не оказывали существенного влияния на свободу волеизъявления. У данных подэкспертных существенное влияние на поведение имели их личностные особенности, такие как тревожность, гиперкомпенсация, деформированное представление о лидерстве, зависимость самооценки от принятия референтным окружением.

Заключение. Таким образом, наши исследования показали, что возникновение и развитие разных вариантов выраженного психоэмоционального напряжения психологического уровня в обследованной нами группе лиц протекает в рамках таких психологических механизмов, как механизм самовзвинчивания, механизм ригидности и акцентуации характера. Структурные компоненты этих аффективно насыщенных «кризисных» переживаний характеризуются динамической сложностью и нуждаются в дальнейшем изучении.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЖЕНСКОМ СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Быданова Е. С., Егорова Л. А., Ширяева О. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая
психиатрическая больница»**

Цель исследования – выявить клинические признаки и социальные характеристики пациентов с различной нозологией, находящихся на лечении в медико-реабилитационном отделении.

Материалы и методы. В исследование была включена 181 пациентка, находящиеся на стационарном лечении в 2015 г. в 8–10 отделениях КОКПБ, имеющие разные нозологические диагнозы, получающие постоянную психофармакотерапию и психосоциальную реабилитацию.

Пациенты были разделены по возрасту: юношеский (16–25 лет) – 8 человек; зрелый (25–55 лет) – 68; пожилой (55–75 лет) – 90; старческий (старше 75 лет) – 15. Распределение по нозологическому составу выявило следующее: 101 пациентка (55,8 %) имела диагноз шизофрении, в том числе у 20 диагностирована резидуальная шизофрения (F20.5), у 81 – параноидная шизофрения (F20.0). Для резидуальной шизофрении у пациенток старше 60 лет характерны негативные симптомы: снижение психомоторной активности, пассивность, отсутствие инициативы, речевое оскудение, оскудение мимики, снижение способности к самообслуживанию, оскудение социальных контактов, наличие в прошлом хотя бы одного яркого психотического эпизода, отсутствие деменции, признаков госпитализации. При параноидной шизофрении у пациенток моложе 40 лет были характерны бред преследования, воздействия, галлюцинации обонятельные, тактильные, неотчётливо выраженные эмоциональные, волевые, речевые, кататонические расстройства. Типы течения – эпизодический или непрерывный. Относительная социальная дезадаптация.

В группе пациенток (14 – 7,7 %) с умственной отсталостью (F70–79) основными клиническими симптомами являются задержка развития речи, нарушение способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих уровень интеллекта – когнитивных, речевых, моторных и социальных, нарушение адаптации поведения, снижение понимания и использования речи, навыков самообслуживания и моторики, эмоциональная социальная незрелость, неспособность справляться с требованиями, связанными с брачной жизнью и воспитанием детей.

В группе пациенток (33 – 18,2 %) с сосудистым заболеванием головного мозга (F01) отмечаются следующие клинические симптомы: нарушение памяти, ориентировки, мышления, понимания, способности к обучению и суждениям, вплоть до утраты элементарных навыков, способности к самообслуживанию, афазия, алексия, апраксия, сохранность ясного сознания, заострение личностных черт, расстройство эмоциональной сферы, социальная дезадаптация.

В группе пациенток (29 – 16 %) с органическим поражением головного мозга (F06.0) преобладают такие клинические симптомы, как повышенная возбудимость, быстрая отвлекаемость, недержание мочи, нарушения сна и координации движений, рецидивирующий галлюциноз, наличие в анамнезе болезней, дисфункций головного мозга, аффективные, когнитивные расстройства.

В группе пациенток (4 – 2,2 %) с эпилептической болезнью (F02.842) в качестве доминирующих отмечаются следующие клинические симптомы: наличие эпилептических пароксизмов, раздражительность, обстоятельность, вязкость, тугоподвижность мышления, слабость, угодливость, социальная дезадаптация, наличие в анамнезе противоправных действий.

Психические расстройства привели к инвалидизации больных, в том числе: I группа инвалидности определена у 39 человек, II группа – у 104, III группа – у 3, отсутствует инвалидность у 35 человек. Часть пациенток медико-реабилитационного отделения имеют социальные проблемы, в частности у 16 пациенток отсутствуют родственники, у 15 – отсутствуют документы, у 30 человек нет жилья, не имеют гражданства 2 человека.

С целью создания системы подготовки выписки больных из стационара необходимо проведение широкого спектра реабилитационных мероприятий, направленных на подготовку пациенток к жизни в обществе. С этой целью в КОКПБ создано медико-реабилитационное отделение в стационаре, на которое возложено осуществление комплекса организационных, клинико-терапевтических, психосоциальных, лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на оказание помощи больным, нуждающимся в ресоциализации в обществе. В стационарном медико-реабилитационном отделении внедрен современный подход к реабилитации – комплексный, полипрофессиональный, бригадный подход, с включением среднего и младшего медперсонала (Гурович И. Я., 2006). Сформирована полипрофессиональная бригада для социальной адаптации пациентов, в которую входят врач-психиатр, психолог, социальный работник.

В течении комплексного лечебно-реабилитационного процесса динамика состояний пациентов обсуждается на совместных встречах всех специалистов полипрофессиональной бригады. Разработанная индивидуальная программа реабилитации определяет использование различных форм психосоциального воздействия, их сочетание и продолжительность, а также необходимость и возможность её продолжения во внебольничных условиях.

Выводы. По результатам собственного наблюдения не выявлена взаимосвязь нозологической принадлежности пациенток с уровнем их социальной дезадаптации. Более вероятно влияние на снижение адаптационного потенциала плохих социально-экономических условий, в которых вынуждены жить пациенты, а также отсутствие этических установок их родственного окружения.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Бычкова В. В., Гордеев В. А., Устьянцев Д. Г.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность исследования. Депрессия при шизофрении – клиническое явление, занимающее умы исследователей со времён Э. Крепелина, который пришёл к выводу, что выделенными им ранее формами (традиционно включаемые в систематики формы шизофрении: параноидная, гебефреническая, кататоническая, простая) многообразие проявлений эндогенного процесса не исчерпывается. Соответственно, в пределах шизофрении автор выделяет формы, картина которых определяется тяжёлыми и длительными рекуррентными аффективными расстройствами. Симптомы депрессии при шизофрении имеют значение, потому что не только усиливают страдание, причиняемое заболеванием, независимо от степени остроты или стабильности «позитивной» психотической симптоматики, но и усугубляют нарушения в психосоциальном функционировании и предшествуют предпринимаемым или завершённым суицидальным попыткам. Разные точки зрения высказываются относительно подходов к терапии депрессивных нарушений в рамках шизофрении. Одни авторы указывают на эффективность дополнительного назначения антидепрессантов, другие отмечают, что эффективность таких сочетаний не доказана, по последним исследованиям, присоединение антидепрессантов является оправданным.

Однако важной проблемой, связанной с сочетанным применением антидепрессантов и антипсихотиков при аугментации терапии депрессии при шизофрении, является потенцирование нежелательных явлений (гиперпролактинемия, сексуальные нарушения, метаболический синдром и т. п.). Даже такие современные антидепрессанты, как СИ-ОЗС, могут вызывать и потенцировать экстрапирамидные эффекты нейролептиков, как через фармакодинамические, так и через фармакокинетические взаимодействия.

Появление нового антидепрессанта агомелатина (вальдоксана) дало новые возможности лечения депрессивных нарушений в рамках шизофрении. Агомелатин (вальдоксан) является агонистом мелатониновых MT_1 - и MT_2 -рецепторов и агонистом 5-HT_{2C}-рецепторов. Его действие реализуется в ресинхронизации нарушенных циркадных ритмов. При этом вальдоксан обладает слабым аффинитетом ко всем другим рецепторам и не влияет на концентрацию внеклеточного серотонина, обеспечивая высокую безопасность терапии.

В Кемеровской областной клинической психиатрической больнице в женском и мужском общепсихиатрическом отделении было проведено обследование 18 женщин и 13 мужчин.

Цель исследования: изучить влияние антидепрессанта агомелатина (вальдоксана) в рамках комбинированной терапии с нейролептиками у пациентов с депрессией в структуре шизофрении у мужчин и женщин.

Задачи исследования: 1) провести оценку тяжести депрессивных симптомов в динамике; 2) провести оценку тяжести продуктивной и негативной симптоматики в динамике; 3) сравнить полученные показатели в группах.

Материал и методы исследования: в исследование были включены 18 женщин, которые составили 1-ю группу, и 13 мужчин, составивших 2-ю группу, страдающие депрессией в структуре шизофрении с приступообразно-прогредиентным или периодическим типом течения. Возраст обследованных варьировал от 20 до 50 лет, все они имели возможность вести беседу. На начало исследования все пациенты начали получать агомелатин в дозе 25 мг на ночь в сочетании как с АПП, так и с АВП.

Исследование проводилось 30 дней. Контрольными точками являлись дни: 0-й, 10-й, 20-й, 30-й. Все пациенты обследовались с помощью следующих методик: опросник Бека для оценки тяжести симптомов депрессии, шкала PANSS для оценки выраженности позитивных и негативных симптомов, шкала Калгари для регистрации уровня выраженности депрессии при шизофрении.

Обсуждение результатов. В результате проведённого исследования выявлено, что агомелатин (вальдоксан) обладает высокой терапевтической активностью при лечении больных с депрессивными расстройствами в рамках шизофрении. Лишь в одном случае в 1-й группе доза препарата агомелатина была увеличена на 20-й день терапии до 50 мг на ночь в связи с усилением депрессивной симптоматики (появление тревоги, нарушение сна), которая была купирована в течение 10 дней в связи с повышением дозы препарата. Один из пациентов 2-й группы выбыл из исследования на 23-й день от начала терапии. Тогда у него внезапно появились суицидальные мысли, в связи с этим был проведён незапланированный визит выживания, где применялась дополнительно Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C – SSRS), по этой шкале у пациента выявлен «серьёзный риск суицида». 2 пациентам из 2-й группы была проведена смена нейролептика с типичного (галоперидол, клопиксол) на атипичный (рисперидон) в связи с развитием нейролептического синдрома на 3-й неделе терапии. К началу 2-й недели терапии агомелатином у пациентов отмечены положительные результаты в снижении степени депрессивных нарушений. Также отмечалось уменьшение выраженности как продуктивной, так и негативной симптоматики. Особенно следует указать, что эффект от назначения комбинированной терапии агомелатина и нейролептика у женщин состоял в том, что по всем использованным опросникам и шкалам произошло значительное улучшение психического состояния. Несомненным достоинством препарата является сбалансированный характер его действия, включающий собственно тимолептический, противотревожный, стимулирующий эффекты. Особенность препарата состоит в раннем наступлении терапевтического эффекта, который отчётливо проявляется к 3-й неделе терапии, достигая значительной степени выраженности уже к 4-й неделе.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о высокой антидепрессивной эффективности агомелатина. На фоне лечения агомелатином в сочетании с нейролептиками у пациентов зафиксировано клинически значимое снижение как продуктивной, так и негативной симптоматики. Проводимая терапия показывает плавное наступление терапевтического эффекта, сохранение его на высоком уровне в ходе дальнейшей терапии и незначительную выраженность неблагоприятных побочных явлений. Такое сочетание позволяет избежать обострения и рецидивирования психотической симптоматики эндогенного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЭРГОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Василевская Ю. Д., Сергеев В. Д., Фаткулина К. Е.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Одна из задач медико-реабилитационного отделения – оказание полного объёма помощи больным шизофренией с длительно протекающим хронизирующим процессом с целью формирования навыков самостоятельного проживания с опорой на сообщество. Особого внимания требуют проблемные больные шизофренией с целым рядом показателей социальной дезадаптации (с частыми и длительными госпитализациями, недостаточной комплаентностью, с неустойчивой трудовой адаптацией, одинокие больные, утратившие социальные связи).

Нарушение трудоспособности данного контингента больных обусловлено, прежде всего, снижением энергетического потенциала, апатией, пассивно-отрицательным, безразличным или активно-негативным отношением к труду. Следует также иметь в виду и аутистически-отрицательное отношение к необходимости общения в процессе работы, присущее этим больным.

Именно эти особенности, а не только утрата трудовых навыков, определяют снижение трудоспособности больных. Характер нарушения трудоспособности в существенной мере определяется особенностями психического состояния. Важное влияние на устойчивость трудоспособности больных шизофренией имеет такой психологический феномен, как «насыщение», т. е. состояние, вызванное длительным выполнением однообразной монотонной работы. Повторно наступающее насыщение может приводить к развитию отрицательного отношения к труду и возникать задолго до собственно физического утомления.

При трудотерапии надо ориентироваться на доступные больному виды труда, учитывая приобретённые им профессиональные навыки и знания либо близкие в рамках профессиографии (Л. С. Выготский, С. Г. Геллерштейн). Труд больных должен быть результативным, больной должен видеть итоги своей трудовой деятельности, необходим также индивидуальный учёт достижений больных в результате психореабилитационной работы. Процесс выработки трудовой доминанты связан с восстановлением эмоционального реагирования у больных шизофренией, что способствует появлению заинтересованности больного в работе.

У больных с преобладанием двигательной заторможенности партнером по работе может быть лишь больной, незначительно превосходящий по активности, либо инструктор по труду. В отделении применяется метод рабочих проб: инструктор некоторое время работает с больным на спаренной работе, выделяет свойственный больному ритм, темп движений, стиль его работы, характерные недостатки и др., что учитывается при подборе больному вида трудотерапии.

У больных с галлюцинаторным синдромом активное включение в труд приводит к ослаблению галлюцинаций. При этом трудовая деятельность должна быть достаточно напряжённой, активной и мало подающейся автоматизации. Механизмом лечебного действия труда в этих случаях является фактор подавления патологической доминанты и создание новой трудовой доминанты. Больные страдают не столько от самих галлюцинаций, сколько от поглощённости психики этими переживаниями, а активный труд уменьшает такую поглощённость, наполняя психическую жизнь больного новым здоровым содержанием.

Больным с проявлениями тревоги, беспокойства важно отвлечься от тягостных переживаний, дать надежду на выздоровление, создать доминанту для отвлечения от тревожных мыслей. Труд должен быть исключительно индивидуальным, позволяющим оценивать продуктивность и чередовать различные формы работы. Эта работа должна опираться на привычные навыки.

Исследования скрытого периода двигательной реакции показывают, что работоспособность больных шизофренией, процессы насыщения и утомления во многом зависят от особенностей клинического типа ремиссии. Например, у больных с параноидным типом ремиссии, характеризующимся наличием осумкованного бреда или сохранением параноидной готовности, нередко наблюдается переоценка своих трудовых возможностей. Наибольший уровень утомления наступает у таких больных в первый день рабочей недели, особенно при выполнении сложных трудовых операций; в последующие дни рабочей недели характер трудовых процессов гораздо меньше влияет на степень утомления. Назначение больным шизофренией с параноидным типом ремиссии в первый день рабочей недели несложных видов труда позволяет повысить их фактическую производительность.

У больных шизофренией с апатоабулическим типом ремиссии значительная степень утомления под влиянием трудовых процессов выявляется, как правило, к 5-му дню рабочей недели. Следовательно, таким больным на 4-й или 5-й день работы назначают щадящий режим и более простые виды труда.

Больные шизофренией с астеническим типом ремиссии обнаруживают выраженную утомляемость к концу каждого рабочего дня. Это предопределяет необходимость такого трудового режима, при котором для них во второй половине рабочего дня подбираются трудовые процессы, не требующие значительных усилий.

При анализе показателей психофизиологических исследований больных шизофренией с психопатоподобным типом ремиссии обнаружена значительная вариабельность этих характеристик по дням рабочей недели. Это обусловлено такими психопатологическими особенностями больных, как быстро наступающее насыщение, неустойчивость межличностных отношений, склонность к импульсивности, неадекватному реагированию и т. п. Однако в физическом плане эти больные более устойчивы и их собственно утомляемость оказывается менее выраженной.

Для больных шизофренией с психопатоподобным типом ремиссии оптимальный режим лечебного труда должен заключаться в создании более спокойной и вместе с тем коллективно дисциплинирующей, организующей трудовой ситуации. В этих целях целесообразно включение таких больных в рабочие бригады, приобщение к групповым формам трудовой терапии.

Методы. В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, клинико-терапевтический, статистический методы.

Обсуждение результатов. В период с 2013 по 2015 г. обследовано 109 пациентов с шизофренией с длительностью заболевания свыше 8 лет. Из них 74 женщины (67,9 %) в возрасте от 39 до 64 лет и 35 мужчин (32,1 %) в возрасте от 33 до 52 лет. 98 пациентов (89,9 %) имели II группу инвалидности, из них 93 пациента (85,3 %) – бессрочно. 8 пациентов (7,3 %) имели I группу инвалидности, в том числе 5 пациентов (4,6 %) – бессрочно, и только 3 пациента (2,7 %) не имели группы инвалидности. Все пациенты с наличием инвалидности имели выраженный шизофренический дефект личности со сниженной толерантностью к нагрузкам и неспособностью к продолжительному труду.

Вошедшие в исследование пациенты получали трудотерапию в цехах: швейном (55 человек – 50,5 %), закройном (6 – 5,5 %), ремонтно-строительном (34 – 31,2 %), зал культуртерапии (14 – 12,8 %).

Эрготерапия осуществлялась с учётом реабилитационного потенциала и индивидуально-личностных особенностей пациента по принципу «от простого к сложному» и сочеталась с медикаментозной и психосоциальной терапией.

Все больные обследовались с помощью специально разработанной карты, включающей следующие показатели: паспортные данные, социальные характеристики (семейное положение, жилищные условия, профессиональный статус, наличие или отсутствие группы инвалидности), клинические данные (диагноз, длительность заболевания, число и длительность госпитализаций), а также отношение пациентов к трудотерапии, вид труда, сочетание трудотерапии с другими методиками (психофармакотерапия и психосоциальная терапия). Больные обследовались при поступлении в МРО и в катамнезе через 1 год. Кроме того, использовался метод одномоментной переписи, позволяющий получить результаты на определенную дату и сравнить их с данными, полученными при другой «переписи».

В результате проведённой работы выявлены особенности воздействия трудотерапии на различные группы пациентов с длительным течением шизофренического процесса. В целом у всех категорий обследованных пациентов отмечалось оживление эмоционального фона, появление более адекватного реагирования, выработка комплаентности к терапии, формирование волевой активности при достижении результатов работы. Отмечалось повышение толерантности к психическим и физическим нагрузкам. Пациенты начали охотнее включаться в культурно-массовые мероприятия. У исследуемых пациентов в целом отмечается сокращение длительности и частоты госпитализаций. Это подтверждается сравнительными показателями контрольной группы.

Контрольная группа формировалась из 109 больных, которые в силу различного рода обстоятельств не смогли пройти курс реабилитации в полном объёме. По сравнению с контрольной группой в исследуемой группе на 8,7 % сократилась средняя длительность реабилитационного цикла, зарегистрировано на 15 % меньше случаев повторного оформления в МРО в течение месяца после выписки. У пациентов, прошедших полный курс реабилитации и выписанных с рекомендацией наблюдения в психоневрологическом диспансере, на 6,9 % уменьшилось количество случаев с экстренной госпитализацией в стационар. На здоровое производство выписано на 4 % больше пациентов, чем в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, проведённое исследование подтверждает, что активное применение широкого набора методических разработок в реабилитации больных шизофренией с длительно протекающим хронизирующим процессом даёт отчётливый эффект в восстановлении эмоциональных и коррекции волевых ресурсов личности, формирует умение взаимодействовать в коллективе, создает компенсацию потенциала личности больного.

МЕДИЦИНСКОЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО (КОРРЕКЦИОННОГО) ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ VIII ВИДА

Васильева Н. В., Былкова Н. К., Быстрова Н. А., Скачкова Н. Ю.

Хабаровск, КГКОУ для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, реализующее адаптированные основные общеобразовательные программы «Школа-интернат № 3»

Наше образовательное учреждение было открыто 29 ноября 1959 г. и первоначально предназначалось для обучения по общеобразовательной программе. В 1978 г. было реорганизовано во вспомогательную муниципальную школу-интернат. Целью создания школы-интерната является обеспечение условий для обучения, содержания, воспитания детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья для коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

В школу-интернат принимаются дети с умственной отсталостью, в том числе имеющие сложный дефект и не имеющие медицинских противопоказаний, не совместимых с пребыванием в школе-интернате. В настоящее время в учреждении проживают и обучаются 52 ребенка. Из их являются инвалидами по психическому заболеванию 41 человек. К основным причинам инвалидности у них отнесены олигофрения в степени дебильности и органическое поражение головного мозга со снижением интеллекта. Синдромы, ограничивающие жизнедеятельность при данных нозологических формах, различны: наиболее распространенными оказались следующие: астенический и психоорганический синдромы, неврозоподобная симптоматика, психопатоподобный синдром, аффективные нарушения и психотические состояния. Все дети-инвалиды проходят реабилитацию по ИПР (индивидуальной программе реабилитации).

Для реализации индивидуальной программы реабилитации, в частности медико-биологического аспекта, проводятся следующие виды терапии: активная патогенетическая терапия – синдромальный уровень лечения, направленный на уменьшение стойкости и степени выраженности дезадаптирующей симптоматики; поддерживающая терапия; профилактика обострений.

С этой целью используются следующие группы препаратов: ноотропные, микроциркулянты, противосудорожные, нейролептики в малых дозах, симптоматические средства.

Кроме того, используются следующие факторы, положительно влияющие на состояние здоровья детей – оздоровление в каникулярный период в санаториях и загородных лагерях, участие в спортивных секциях. Так, в 2013–2014 гг. процент детей, оздоровленных в каникулярный период, составил 75 %, в 2014–2015 гг. – 91 %. Доля обучающихся, принимающих участие в спортивных соревнованиях, – 23 % и 30 %, посещающих спортивные секции – 56 % и 72 %.

ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью выделяет в качестве основных образовательных результатов компетенции: предметные и личностные. Необходимость измерения личностных качеств потребует создания системы диагностики результатов образовательного процесса, а технологии формирования и измерения указанных компетенций должны стать основным предметом деятельности школьного психолога.

В соответствии с ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью психолого-педагогическое сопровождение должно обеспечивать вариативность направлений психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса: сохранение и укрепление психологического здоровья обучающихся; формирование ценности здоровья и безопасного образа жизни; дифференциация и индивидуализация обучения; мониторинг возможностей и способностей обучающихся; обеспечение осознанного и ответственного выбора дальнейшей профессиональной сферы деятельности; формирование коммуникативных навыков в разновозрастной среде и среде сверстников; вариативность видов психологического сопровождения участников образовательного процесса – профилактика, диагностика, консультирование, коррекционная работа, развивающая работа, просвещение и экспертиза.

Целью психологического сопровождения является содействие созданию социальной ситуации развития, соответствующей индивидуальности обучающихся и обеспечивающей психологические условия для успешного обучения, охраны здоровья и развития личности обучающихся, их родителей или законных представителей, педагогических работников и других участников образовательного процесса.

Для обеспечения формирования коммуникативных навыков, осознанного выбора профессии привлекались социальные партнеры учреждения: Хабаровский краевой институт развития образования (ХКИРО СибИНДО), КГБУЗ «Детская городская клиническая поликлиника

№ 3; Приход храма православного Серафима Саровского, Центр социальной адаптации молодежи «Грань», молодежный центр «Каскад», техникум геодезии и картографии, УМВД России по Хабаровскому краю, УФСНК России по Хабаровскому краю, МБОУ ДОД «Детский биолого-экологический центр», спортивный конный клуб «Мустанг», Библиотека (районная и городская), стадион «Авангард», открытый плавательный бассейн стадиона им. Ленина.

Выводы. Результаты реализуемого нами комплекса мероприятий: зарегистрировано снижение количества общей заболеваемости в школе на 5 %; выявлен рост количества обучающихся, принимающих участие в спортивных соревнованиях различного уровня (37 %) и повышение количества детей, занимающихся в спортивных секциях школы и города (78 %).

СИСТЕМА ИММУНИТЕТА В ПАТОДИНАМИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Рудницкий В. А.

Томск, НИИ психического здоровья

Несмотря на то что после аварии на Чернобыльской АЭС прошло уже 30 лет, ее последствия продолжают оказывать неблагоприятное влияние на гомеостатические системы организма, на состояние психического и физического здоровья участников ликвидации аварии (ликвидаторов). Формирование пограничных психических расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС обусловлено воздействием различных по интенсивности и продолжительности комбинированных факторов – радиационных, психогенных, социально-стрессовых, соматогенных.

Клинические проявления психических расстройств у данного контингента лиц имеют полиморфный характер. У большинства обследованных пациентов отмечаются симптоматика астенического круга различной степени выраженности, аффективные нарушения, высокая распространенность интеллектуально-мнестических расстройств. По данным клинико-динамического наблюдения в последние годы 30-летнего периода отмечается постепенное нарастание тяжести непсихотических психических расстройств органического регистра. В настоящее время у ликвидаторов доминируют органические психические расстройства, среди которых преобладают органические расстройства личности и психоорганические нарушения с быстрым нарастанием до энцефалопатического уровня. Психические расстройства у этих пациентов носят затяжной характер и отличаются резистентностью к терапии.

В клинико-динамических механизмах органического психического расстройства значительная роль принадлежит иммуноэндокринным нарушениям, обусловленным как непосредственным действием радиации на нейроэндокринную систему, так и комплексом стрессирующих факторов. Проведен анализ временных изменений биологических параметров в двух группах пациентов: через 10—11 лет после аварии (первый период, 145 человек) и через 16—20 лет после аварии (второй период, 180 человек).

Установлено, что клинические признаки вторичной иммунной недостаточности (ВИН) выявлены у 93,1 % ликвидаторов первого периода и у 100,0 % ликвидаторов второго периода ($\chi^2=9,87$; $p=0,0017$). Ведущим клиническим синдромом ВИН в обеих группах был инфекционный (70,3 и 59,4 % соответственно); реже наблюдался аллергический синдром (8,9 и 8,3 %), прослеживалось нарастание аутоиммунного синдрома (10,3 и 15,0 %). Сочетание двух и более синдромов ВИН отмечалось у 3,4 % пациентов, обследованных в первый период, и у 17,2 % больных, обследованных во второй период ($\chi^2=13,99$; $p=0,0002$). Все пациенты обеих групп имеют сопутствующую соматическую патологию. Преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта (23,7 %) и эндокринной системы (12,9 %), реже встречаются заболевания сердечно-сосудистой (7,4 %), бронхолегочной (6,5 %), мочеполовой (3,1 %) систем. Смешанная патология у ликвидаторов первого периода выявлена в 31,7 % случаев, у ликвидаторов второго временного периода – в 58,3 % случаев (в том числе с заболеваниями щитовидной железы – 23,3 %).

В лабораторных исследованиях вторичный иммунодефицит подтверждается у 74,7 % ликвидаторов первого периода и у 98,3 % ликвидаторов второго периода. Иммунодефицит пациентов второго периода характеризуется устойчивым снижением по сравнению с контролем общего числа Т-лимфоцитов CD2⁺-фенотипа; хелперов/индукторов CD4⁺-фенотипа; цитотоксических Т-лимфоцитов CD8⁺-фенотипа; активацией гуморальных факторов иммунитета (повышение уровня циркулирующих иммунных комплексов; концентрации сывороточных иммуноглобулинов – IgM и IgA); повышением уровня трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4); увеличением экспрессии на лимфоцитах Fas-рецепторов готовности к апоптозу CD95, что свидетельствует о росте проапоптотической активности лимфоцитов.

Сочетанность психической и соматической патологии, иммунная недостаточность способствуют деформации социальной сферы жизни и социальной дезадаптации ликвидаторов. В целом полученные данные свидетельствуют о том, что органические психические расстройства у

ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС формируются на фоне стойкого снижения защитных иммунных механизмов, проявляющегося Т-клеточным иммунодефицитом, повышением проапоптотической активности лимфоцитов, активацией гуморальных факторов иммунитета, нарушением гормонального фона, присоединением аутоиммунного компонента.

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТИИ И ИСТЕРОФОРМНЫХ СОСТОЯНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

**Вишневская Э. С., Буланова Я. В., Зверева А. Ю.,
Зерникова А. А., Серебrenникова А. В., Устьянцев Д. Г.**

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Истерия имеет высокую распространённость в населении, составляя от 0,5 до 2 %, а в зависимости от рассматриваемого контингента достигает 13—15 % (Семке В. Я., 1997). В художественной литературе широкую известность имеют литературные персонажи с истерией – это Иван Александрович Хлестаков и Бронька Пупков из произведений Н. В. Гоголя и В. М. Шукшина, а также Робин Гуд, герой средневековых английских баллад.

Цель исследования: противопоставить антипсихиатрическим воззрениям общества спокойное и доверительное отношение к психиатрам. Показать тяжесть истерического и истероформного расстройства личности.

Клиническая иллюстрация. Пациент Х., 28 лет. С детского возраста был склонен к патологическому фантазированию и псевдологии. В юности мечтал разбогатеть, ограбив богатых людей. Этим и занялся, бросив учёбу. Бродяжничал, воровал, вёл беспорядочную жизнь. Из средств, полученных преступным путем, жертвовал деньги на подарки сиротам в детские дома. Жил в столичных городах, на доходы от преступного промысла имел возможность купить квартиру, чтобы демонстративно сделать столь дорогой подарок возлюбленной девушке, сам тем временем оставался без жилья. С роскошью и размахом «гулял» в ресторанах, старался произвести чрезвычайно благоприятное впечатление на окружающих. Последние 10 лет неоднократно привлекался к уголовной ответственности, в связи с чем проходил стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Находился на принудительном лечении в психиатрических больницах разных типов.

Профессиональной деятельностью никогда не занимался, трудового стажа не имеет. Диагностирована шизофрения, истероформный синдром. Сопутствующее заболевание – ВИЧ-инфекция, в прошлом перенёс сифилис. Всегда имел поддержку со стороны членов своей семьи – матери и старших сестер, которые, в отличие от него, имеют социально положительное поведение.

Выводы. В литературе описывается, что лица с шизоидной истерией отличаются «безграничной потребностью жертвенности, искажением подвига» (Семке В. Я. Превентивная психиатрия, 1999, с. 192). Показано, что для шизоидных истериков характерно фантазирование как бы «наедине с собой», без аудитории, напоминает грёзы, похожие на онейроид, на визуализацию представлений, на воображение (Семке В. Я. Превентивная психиатрия, 1999, с. 154). Поведение шизоидных истериков ситуационно независимо, тогда как истерические личности чаще проявляют себя как таковые в условиях индивидуально непереносимых психотравмирующих обстоятельств.

АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ

Волгин Л. М., Сомова Н. В., Осипов Г. П.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Наиболее объективным параметром, отражающим тяжесть и масштабы алкоголизации населения, являются алкогольные психозы. При этом в структуре современных алкогольных психозов имеется тенденция к возрастанию форм с исходом в слабоумие, одной из которых является амнестический синдром (АС), вызванный употреблением алкоголя (корсаковский психоз, алкогольный полиневритический психоз). Он в большинстве случаев развивается после алкогольного делирия или энцефалопатии Гайе-Вернике. В настоящее время проблема корсаковской болезни и других видов алкогольной энцефалопатии остается далекой от окончательного разрешения и требует продолжения углубленных биологических и клинических исследований.

Целью данного исследования стало изучение особенностей формирования амнестического синдрома, вызванного употреблением алкоголя, его и течения в зависимости от степени тяжести.

Материал и методы. Работа основана на данных анализа сплошным методом медицинских карт стационарного больного пациентов, проходивших лечение в отделении № 21 Кемеровской ОКПБ.

Результаты. В отделении № 21 в 2014 г. и за 6 месяцев 2015 г. пролечено 886 пациентов с кодом заболевания F10 по МКБ-10 (заболевания, связанные со злоупотреблением алкоголем), в том числе 575 мужчин (64,9 %) и 311 женщин (35,1 %). Из этого числа 31 пациент, или 3,5 %, перенесли АС, из них 25 мужчин и 6 женщин. В пересчете на 1000 пролеченных мужчин 43,5, женщин 19,3, т. е. у мужчин АС развивается более чем в 2 раза чаще, чем у женщин. Средний возраст лиц, перенесших АС, составил 55,4 года (у мужчин – 56,5 года, у женщин – 54,3 года).

Как известно, амнестический синдром развивается обычно у пациентов с тяжелыми стадиями хронического алкоголизма, после многолетнего злоупотребления алкоголем, в частности его суррогатами. Длительность алкоголизма у мужчин в среднем составила 20,8 года, у женщин – 16,8 года. Более половины мужчин (13 человек) регулярно употребляли, помимо водки, низкокачественные спирты. Среди женщин таковых было 66 %.

В соответствии с данными С. С. Корсакова обычно задолго до возникновения заболевания появляется ряд его предвестников в виде парестезий, болей в ногах ноющего характера и ломоты. Походка становится шаткой, неуверенной, особенно в абстинентном периоде. В ночное время отмечаются судороги в икроножных мышцах. Появляются головная боль, головокружение, потемнение, «искры» в глазах. Психика больных изменяется. Круг интересов суживается. Психический уровень несколько снижается, появляются беспокойство, тревога, безотчетный страх, нарушается сон, беспокоят кошмары. Определенные нарушения памяти задолго до госпитализации выявлено у 28 больных, парестезии и нарушения походки – у 25 больных, недержание аффекта – 23 больных, нарушения сна имели 10 пациентов, у 6 больных отмечались развернутые судорожные приступы с потерей сознания в абстиненции.

По характеру пьянства только у 5 мужчин длительность запоя составила менее 1 месяца, основное же число больных пьянствовало от месяца до полугода. Причиной госпитализации послужил развившийся алкогольный делирий в 74 % случаев (72 % мужчин и 83 % женщин), острая алкогольно-токсическая энцефалопатия у 16 % мужчин, остальные случаи – галлюцинозы. Острые психотические расстройства в процессе терапии купировались в течение 1–7 дней, в среднем через 3,8 дня. В дальнейшем наблюдалась выраженная астеническая картина. Однако в последующем, через 4–6 дней, у большинства больных вновь развивалось делириозное расстройство сознания. Особенностью течения этого этапа психоза является относительная сохранность соз-

нения в дневное время при выраженных явлениях астенического характера, делириозные эпизоды в вечернее и ночное время. В других случаях больные были оглушены, сонливы, у них отмечались офтальмоплегия, атаксия. Больные почти не спали или спали очень мало. Длительность такого состояния варьировала от 1 до 33 дней максимально, в среднем составляла 5,8 дня. По нашим наблюдениям, это является плохим прогностическим признаком течения алкогольного психоза и практически в 90 % случаев ведет к формированию амнестического синдрома. Постепенно сознание прояснялось, блекли или совсем исчезали галлюцинации. На первый план выступала грубая дезориентировка в месте и времени, типичное расстройство запоминания, касающееся текущих и недавних событий, а также вырисовывалась ретроградная амнезия, простирающаяся подчас на несколько лет. У таких больных наблюдались конфабуляции и псевдореминисценции.

Симптоматика корсаковского синдрома у разных больных на разных этапах болезни характеризовалась различной степенью выраженности. Лёгкая степень проявлялась в виде сравнительно негрубых изменений памяти, неточной ориентировки в месте и во времени и наблюдалась у 9 обследуемых. Средняя степень в виде отчётливых нарушений памяти на события как прошлого, так и настоящего, дезориентировка в месте и во времени, признаки ретроградной и антероградной амнезии отмечалась у 14 человек. Тяжёлая степень, характеризовавшаяся грубыми расстройствами памяти и ориентировки, выраженными явлениями ретроградной и антероградной амнезии, с часто встречавшимися псевдореминисценциями и конфабуляциями, наблюдалась у 8 человек.

На стационарном этапе терапии использовались ноотропы (пирацетам, церебролизин), антиоксиданты (микседол, цитофлавин), сосудистые препараты (кавинтон), селективный ингибитор ацетилхолинэстеразы головного мозга (экселон), блокатор глутаматных NMDA-рецепторов (акатинол) на фоне активной в высоких дозах витаминотерапии препаратами группы В, аскорбиновой, фолиевой, никотиновой кислотами, гепатотропными препаратами.

В процессе лечения наблюдалась динамика купирования симптоматики АС. В первую очередь пациенты начинали ориентироваться в отделении: находили свою палату, койку, знали, где находится туалет, затем в месте, понимая, где они находятся. В последующем восстанавливалась ориентировка во времени. Дольше всего сохранялись явления фиксационной амнезии. Постепенно становилась всё менее выраженной и неврологическая симптоматика, становилась увереннее походка, но явления полинейропатии в той или иной степени оставались.

В зависимости от особенностей течения и структуры выделяют основные формы АС. С диагнозом регрессирующего (транзиторного) амнестического синдрома выписан 21 пациент. Стационарная форма амнестического синдрома диагностирована у 7 человек; 3 из них определена II группа инвалидности, у остальных больных исход заболевания остался неизвестным, так как они были выписаны из отделения по настоянию родственников. Прогрессирующая форма амнестического синдрома наблюдалась у 3 человек, всем им была определена I группа инвалидности.

Выводы. Амнестический синдром чаще встречается у мужчин. Выявлены факторы, способствующие формированию амнестического синдрома: возраст старше 50 лет, употребление суррогатов алкоголя, длительность алкоголизма более 20 лет, запой длительностью более месяца. Повторные (после купирования острых психотических расстройств) нарушения сознания являются плохим прогностическим признаком в плане формирования АС.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПРИНУДИТЕЛЬНЫМ МЕРАМ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Волгогонов О. А., Митюхина О. С., Савинцев П. К.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Исполнение назначаемых судом принудительных мер медицинского характера занимает все больший удельный вес в практической деятельности различных звеньев психиатрической службы. По общероссийским данным, до последнего времени основная нагрузка в этой работе ложилась на стационарные психиатрические учреждения, в которых проведением принудительного лечения занято свыше 10 % всех психиатрических коек.

С законодательным введением амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ – ст. 99 УК РФ от 1996 г.) и внебольничная психиатрическая сеть подключилась к исполнению этих мер. В настоящее время около 0,5 % пациентов (данные по России), состоящих на диспансерном наблюдении, составляют больные, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение. Сравнительно небольшая доля таких пациентов не снижает значимости проблемы, так как введение АПНЛ существенно расширило круг специалистов, которые должны освоить на профессиональном

уровне ряд специфических (включая судебно-психиатрические) вопросов, не входивших ранее в их компетенцию. Основные принципиальные положения, связанные с применением принудительных мер медицинского характера, сформулированы в Уголовном и Уголовно-процессуальном кодексах РФ. Основными задачами принудительных мер медицинского характера, применяемых в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния (ООД), являются лечение и проведение реабилитационных мероприятий с целью излечения или улучшения психического состояния этих лиц, а также предупреждения совершения ими новых общественно опасных деяний при строгом соблюдении их прав и законных интересов (ст. 98 УК РФ).

Целью исследования стало проведение анализа заключений АСПЭ КОКПБ по уголовным делам, где выдавалось решение комиссии о неспособности лица на период инкриминируемого деяния осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими и рекомендовалось принудительное лечение.

Задачи: оценка судебно-психиатрических экспертных заключений по уголовным делам лиц, признаваемых невменяемыми в период с 2010 по 2014 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Были клинически изучены и статистически обработаны 258 историй болезни из отделения АСПЭ по уголовным делам за период 2010—2014 гг.

Т а б л и ц а 1

Год	Диагноз у признаваемых невменяемыми				
	Шизофрения	Умственная отсталость	Органические расстройства	Деменция	Прочие
2010	64,2 %	19,6 %	1,8 %	12,5 %	1,8 %
2011	69,5 %	22,1 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %
2012	48,9 %	26,5 %	14,2 %	2,0 %	8,4 %
2013	42,5 %	35,1 %	7,4 %	11,1 %	3,7 %
2014	46,0 %	28,5 %	17 %	14,2 %	4,7 %

Т а б л и ц а 2

Разделение по медицинскому критерию невменяемости

Год	Медицинский критерий невменяемости			
	Хроническое психическое расстройство	Слабоумие	Временное психическое расстройство	Иное болезненное состояние психики
2010	64,2 %	26,7 %	1,7 %	7,1 %
2011	72,2 %	25 %	0	2,7 %
2012	60,8 %	23,9 %	6,5 %	8,6 %
2013	40,7 %	42,5 %	5,5 %	12,9 %
2014	53,9 %	36,5 %	3,1 %	6,3 %

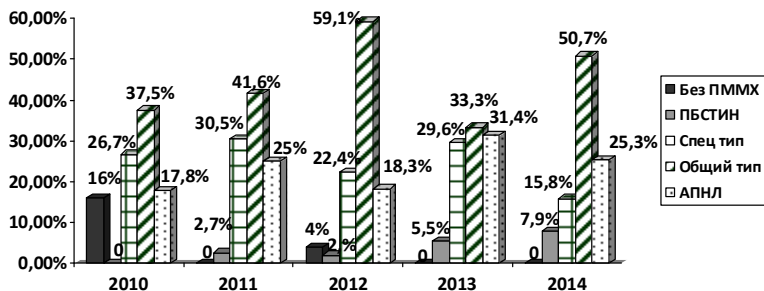


Рис. Сравнительный анализ видов назначаемых принудительных мер медицинского характера

В соответствии с общероссийскими данными за 2010—2012 гг. лицам, признаваемым невменяемыми, чаще всего рекомендовался стационар общего типа, на втором месте был специализированный стационар типа ПММХ, на третьем месте – АПНЛ, реже других рекомендовалось принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Подэкспертные, страдающие шизофренией и умственной отсталостью, также чаще других психически больных признавались по России неспособными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Выводы. Среди подэкспертных, которым были назначены принудительные меры медицинского характера, чаще встречались лица с разными формами шизофрении и умственной отсталости. Самые распространенные медицинские критерии невменяемости – хроническое психическое расстройство и слабоумие. Комиссия экспертов чаще рекомендовала ПММХ в виде принудительного лечения в стационаре общего и специализированного типов. Рекомендация принудительного лечения в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением в отделении АСПЭ значительно возросла за исследуемый период по ряду причин. Среди них следует отметить: тяжесть, а в некоторых случаях и повторность совершенных больными ООД, особенности течения психопатологических расстройств с грубыми эмоционально-волевыми и поведенческими нарушениями, требующими постоянного, интенсивного психиатрического наблюдения и лечения. Статистика по рекомендуемым ПММХ в КОКПБ соответствует общероссийской, что прослеживается в общей доле невменяемости, преобладании имущественных преступлений и преступлений против личности.

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Володенкова Е. А.

Красноярск, Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1

В последнее время отмечается рост распространенности расстройств аутистического спектра (РАС), основными проявлениями которого являются социальные нарушения, нарушения общения, ограниченные и повторяющиеся действия и интересы. Проблемное поведение, в том числе и агрессивное, характерное при данном расстройстве, значительно нарушает социализацию ребенка, приводя к вторичной изоляции. Но агрессия у детей с РАС не должна рассматриваться как однозначно отрицательное явление.

Несмотря на единый механизм формирования искаженного развития, аутичные дети значительно различаются между собой характерными моделями поведения. Согласно этому О. С. Никольская [1985, 19878] выделяет 4 основные группы аутичных детей в зависимости от уровня аффективной организации сознания и поведения.

На первом уровне аффективной организации поведение характеризуется как пластическое уподобление меняющейся среде через усвоение ее ритмов, принятие ее формы. Для аутистов первой группы практически невозможно создать фрустрирующую ситуацию, так как у них нет точек целенаправленного взаимодействия с окружающей средой. Поэтому для них не характерно агрессивное поведение. У детей этой группы наиболее возможной формой проявления агрессии является самоагрессия (импульсивное кусание собственной руки) и связана она со слишком настойчивыми попытками наладить взаимодействие или втянуть ребенка в целенаправленную деятельность без учета его повышенной пресыщаемости.

На втором уровне аффективной организации основной характеристикой поведения является появление собственных жизненных ритмов и их согласование с ритмами окружающего. У аутистов второй группы достаточно часто встречается агрессия, которую в большинстве случаев можно отнести к оборонительной. У детей этой группы уровень фрустрации достаточно высокий, она часто бывает неожиданна и непредвиденна в связи с негибкостью поведения. Для них также актуальна и самоагрессия, которая может быть связана с появлением на этом уровне изолированных способов аутистимуляции, заглушающих неприятные воздействия окружающего мира. Кроме того, у детей с РАС этой группы могут быть проявления «псевдоагрессии», к которой относятся

действия, наносящие ущерб, но не имеющие осознанных злых намерений. Часто они представляют собой спонтанную попытку примитивно-го контакта с окружающими.

На третьем уровне аффективной организации появляется собственная поведенческая программа, позволяющая активно существовать в неожиданно изменчивом, неопределенном мире. Основными проблемами этих детей являются негибкость поведения и неумение выстраивать диалог с людьми. Другой человек на этом уровне воспринимается, прежде всего, как противник, его отрицательные реакции часто доставляют удовольствие ребенку-аутисту. Они действуют только сообразно своей логике, что затрудняет произвольное взаимодействие и приводит к частым конфликтам. Для аутистов третьей группы характерно сочетание эмоциональной и инструментальной агрессии. С одной стороны, они получают удовольствие от аффективного взрыва близких (родителей, работающего с ним специалиста). А с другой, они могут преследовать определенные цели, например, изменение существующего положения дел, восстановление оказавшейся под угрозой «Я»-концепции, достижение ощущения силы и контроля и т. д.

На четвертом уровне аффективной организации основной характеристикой поведения аутичного ребенка является произвольность в отношениях с окружающим миром. У детей этой группы агрессивные проявления наименее выраженные. Вербальные формы агрессии у них преобладают над физическими. Их агрессия чаще направлена не на человека, а на неживые предметы. В этой группе вновь достаточно часто встречается самоагрессия, которая возникает в ситуациях, когда ребенок чувствует свою несостоятельность, неудачу в какой-либо деятельности.

Кроме того, необходимо помнить об аверсивных стимулах, которые могут провоцировать агрессивное поведение. К ним относят такие факторы, как боль, жара, неприятные запахи, шум и т. д. В этих случаях агрессия рассматривается как попытка устранить или ослабить неприятное состояние, вызывающее негативный аффект, и при этом агрессия может проявляться по отношению к случайно оказавшейся рядом жертве.

Подобные сенсорно-перцептивные проблемы характерны для аутизма и выражаются в сенсорной непереносимости яркого света, определенных шумов, запахов, определенных движений и поз и т. д. Они могут восприниматься как невыносимые, причиняющие боль. Важным моментом также является неожиданность возникновения этих раздражителей, это может быть причиной гнева и агрессии.

С целью предотвращения неожиданных неприятных ощущений аутисты могут уничтожить предмет, их вызывающий, или намеренно спровоцировать возможную реакцию, делая ее предсказуемой. Агрессивное поведение также может быть спровоцировано сенсорной перегрузкой.

Таким образом, агрессивное поведение детей с РАС имеет свои особенности в зависимости от тяжести и характера аутизма. Агрессивные проявления у аутичных детей неоднозначны в плане их оценки. Агрессивное поведение часто выполняет функцию защиты от непереносимых воздействий окружающей среды или изменений привычного стереотипа, а также может свидетельствовать о положительном росте активности ребенка. Знание причин и механизмов возникновения агрессивного поведения у детей с РАС необходимо как для предупреждения нежелательного поведения у этой категории детей, так и для выбора коррекционного подхода с целью преодоления закрепившегося агрессивного поведения в качестве реакции на различные воздействия из вне или на собственное внутреннее состояние.

О РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЧАСТИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИВЛЕЧЕННЫМ К АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Вострых Д. В., Лопатин А. А., Васильев В. М., Зорохович И. И.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

Актуальность исследования. Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты» в части назначения административного наказания за совершение административных правонарушений в области законодательства о наркотических средствах, психотропных веществах и их прекурсорах лицу, признанному больным наркоманией, либо потребляющему наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача, устанавливает о возложении судом на такое лицо обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

Постановлением Правительства РФ от 28 мая 2014 г. № 484 утверждены правила контроля за исполнением лицом возложенной на него

судом при назначении административного наказания обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании и (или) медицинскую и (или) социальную реабилитацию в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача.

За 2015 г. мировыми судьями Кемеровской области рассмотрено 968 дел об административных правонарушениях, связанных с незаконным потреблением, хранением наркотических средств и психотропных веществ, из них по 719 делам об административных правонарушениях мировыми судьями на правонарушителей были возложены обязанности пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение от наркомании (или) и медицинскую и (или) социальную реабилитацию (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

**Количество лиц, в отношении которых принято решение
в порядке ч. 2.1 ст. 4.1 КоАП РФ**

Показатель	По ст. 6.9	По ст. 20.20	По ст. 6.8
Количество лиц, привлеченных к административной ответственности	652 (90,68 %)	41 (5,70 %)	26 (3,62 %)
Всего	719 (100 %)		

При вынесении судом решения о назначении наказания об административном правонарушении преобладающим видом возложенной обязанности является диагностика, следующим видом является медицинская реабилитация, остальные виды обязанностей возлагаются мировыми судьями на правонарушителей довольно редко (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

**Виды обязанностей, возложенных на привлеченных
к административной ответственности**

Вид обязанности	Количество правонарушителей
Диагностика	445 (61,89 %)
Медицинская реабилитация	114 (15,86 %)
Лечение от наркомании	61 (8,48 %)
Диагностика, профилактические мероприятия, лечение от наркомании, медицинская и (или) социальная реабилитация	58 (8,07 %)
Диагностика, профилактические мероприятия, лечение от наркомании, медицинская реабилитация	13 (1,81 %)
Диагностика и профилактические мероприятия	11 (1,53 %)
Профилактические мероприятия	6 (0,83 %)
Диагностика, лечение от наркомании, профилактические мероприятия	5 (0,69 %)
Лечение от наркомании и медицинская реабилитация	3 (0,42 %)
Профилактические мероприятия, социальная реабилитация	2 (0,28 %)
Лечение от наркомании и социальная реабилитация	1 (0,14 %)
Всего	719 (100 %)

Во исполнение п. 5 Постановления Правительства РФ от 28.05.2014 г. № 484 в Управлении ФСКН России по Кемеровской области поставлено на учет 719 граждан, о чем в соответствующие медицинские организации отправлены уведомления. В отношении 193 граждан, уклонившихся от исполнения возложенной судом обязанности, собраны материалы об административном правонарушении по ст. 6.9.1 КоАП РФ, материалы рассмотрены в суде. В отношении 161 лица получена информация из медицинских организаций об исполнении (исполняют) возложенной судом обязанности пройти диагностику, лечение от наркомании, медицинскую реабилитацию; 9 лиц умерли, 19 человек находятся в местах лишения свободы.

За 2015 г. в адрес государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» поступило 282 копии решений судов в отношении лиц, привлеченных к административной ответственности за потребление (хранение) наркотических средств.

Из числа направленных 5 пациентов в связи с привлечением к административной ответственности по ст. 6.8, ч. 1 ст. 6.9 КоАП РФ перенаправлены для прохождения рекомендованных диагностических мероприятий по месту жительства. На 219 привлеченных к административной ответственности (77,65 %) возложена обязанность пройти диагностику; на 63 (17,22 %) – диагностику, профилактические мероприятия, лечение и реабилитацию. 75,5 % привлеченных к административной ответственности по ст. ст. 6.8, 6.9 КоАП РФ не исполнили возложенную судом обязанность пройти диагностику (профилактические мероприятия, лечение, реабилитацию), о чем сотрудниками наркологического диспансера Кемерово в УФСНК по Кемеровской области направлены уведомления о неявке. Только 69 пациентов (18,33 %) прошли назначенную судом диагностику. Более чем у 91 % обследованных установлено наличие наркотической зависимости как от одного, так и от нескольких наркотических средств; более 8,5 % пациентов взяты под наблюдение в связи с пагубным употреблением наркотических средств без признаков формирования зависимости от наркотиков.

В ходе проведения диагностики у 6 пациентов выявлены медицинские противопоказания к прохождению лечения и реабилитации – у 2 пациентов выявлена активная форма туберкулеза легких, 4 пациентам рекомендовано дообследование и лечение у терапевта и хирурга по месту жительства; из 42 пациентов, направленных на лечение, прошли полный курс только 20, остальные 22 от лечения отказались или прервали лечение на начальном этапе. По окончании лечения от рекомендованной реабилитации отказались 7 пациентов.

Регулярно наблюдаются у врача психиатра-нарколога в ГБУЗ КО КОКНД 6 пациентов, взятых под наблюдение в профилактическую группу; 19 пациентов диспансерной группы учета наблюдаются нерегулярно, 38 человек уклоняются от динамического наблюдения.

Таким образом, наркологическая служба Кемерова в полной мере выполняет действующее федеральное законодательство в части оказания медицинской наркологической помощи привлеченным к административной ответственности в связи с потреблением или хранением наркотических средств и на настоящий момент полностью обеспечивает потребность в проведении диагностики, профилактических мероприятий, лечения и медицинской реабилитации. Несмотря на это, вследствие особенностей целевой группы большое число нуждающихся в лечении и медицинской реабилитации уклоняются от таковых, что обусловлено низкой мотивацией пациентов на ведение трезвого образа жизни и отказ от употребления наркотических средств. Между тем при условии соблюдения сотрудниками УФСКН надлежащего контроля за исполнением лицами возложенных на них обязанностей прохождения диагностики, лечения и медицинской реабилитации, а также привлечение уклоняющихся от обязанностей по ст. 6.9.1 КоАП РФ возможно прогнозировать значительное увеличение числа наркозависимых, включенных в лечебно-реабилитационные мероприятия.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

**Высоцкий С. В., Панкова Е. П., Селедцов А. М.,
Тихова М. В., Шамова И. П.**

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая
психиатрическая больница»**

**Кемерово, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская
академия» Минздрава России Минздрава России**

Введение. Эпидемиологические данные свидетельствуют о распространенности депрессивных, тревожных, ипохондрических и других расстройств в общемедицинской и психиатрической практике. По данным отечественных и зарубежных исследований, депрессивные расстройства составляют 20—25 % обращений к врачам общей практики. Депрессивные состояния являются одной из основных причин дезадаптации и снижения трудоспособности пациентов.

По данным ВОЗ, в оценке причин инвалидизации депрессии в настоящее время занимают четвертое место. Актуальным является изучение коморбидности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) на фоне сахарного диабета II типа в сочетании с церебральным атеросклерозом (ЦА) и гипертонической болезнью (ГБ). Психические нарушения развиваются у 17–84 % больных СД II типа в сочетании с ЦА и ГБ. Спектр психических расстройств достаточно широк – от невротоподобных до тревожно-депрессивных и психотических.

Цель: изучение особенностей тревожно-депрессивных расстройств у больных СД II типа в сочетании с церебральным атеросклерозом и гипертонической болезнью. Разработка комплексного подхода к терапии и реабилитации данной категории пациентов.

Материалы и методы исследования. На базе соматогеронтопсихиатрического отделения ГКУЗ КО КОКПБ обследовано 69 пациентов. Средний возраст пациентов составлял 67 лет. При исследовании выявлено, что 39 (50,5 %) пациентов перенесли депрессивный эпизод легкой степени тяжести, 23 (33,3 %) – депрессивный эпизод средней степени, 7 (10,2 %) – депрессивный эпизод тяжелой степени.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, психологические, лабораторные и функциональные методы исследования. Из числа обследованных страдающих гипертонической болезнью было 49 человек (71 %), церебральным атеросклерозом – 20 человек (29 %).

Обсуждение результатов. У 5 (7,3 %) пациентов основным симптомом была астения с нарушением сна. У 22 (31,9 %) больных основной психопатологический синдром определялся как «депрессивное состояние», поскольку на первом плане в жалобах акцент был на сниженное настроение, нарушение сна (затрудненное засыпание, частые ночные пробуждения), снижение аппетита, напряжение, нервозность, озабоченность, предчувствие ухудшения здоровья. У четверти пожилых больных с СД II типа (17 – 24,6 %) на фоне ГБ при хороших клинических данных и результатах ЭКГ отмечалась тревога с кардиофобической реакцией, ипохондрическими переживаниями, жалобами на неприятные ощущения за грудиной, «дергание, пощипывание, кратковременные ощущения остановки сердца», мысли о повторном гипертоническом кризе и повышении сахара крови. 16 (23,2 %) пациентов выявляли угнетенное, подавленное настроение, апатию, безнадежность, пессимизм, неверие в улучшение состояния. 9 (13 %) пациентов – волнение, преобладание переоценки тяжести своего состояния, неоправданное беспокойство за здоровье, фиксацию на своих ощущениях, множество жалоб, несоответствие их клиническим данным.

Медикаментозная коррекция тревожно-депрессивных расстройств проводилась антидепрессантами и транквилизаторами (ципралекс, вальдоксан, азафен, феварин, амитриптилин, атаракс, феназепам) в сочетании с симптоматическими препаратами по рекомендации терапевта, эндокринолога. Дополнительно применялась индивидуальная психокоррекция. Более быстрый эффект (до 3 недель) наступал у пациентов с тревожной депрессией, а менее курабельными (до 3 месяцев) являлись пациенты с преобладанием ипохондрических жалоб, к ним относились в основном пациенты, перенесшие гипогликемические комы и частые гипертонические кризы в течение последнего года. Отмечено, что существенную роль в улучшении состояния пациентов играет благоприятная социальная среда, а также участие и внимание близких родственников.

Заключение. Таким образом, выявлена достаточно высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных, страдающих СД II типа в сочетании с гипертонической болезнью. У большинства пациентов имелись депрессивные расстройства легкой и средней степени тяжести. Определены различные особенности тревожных и депрессивных расстройств, что необходимо учитывать при разработке комплексной программы лечения и реабилитации больных данной нозологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ АГРЕССИВНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Галеева К. В., Виншу А. А., Купцов Д. Е., Сахарова Д. А.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Введение. Развитие, социализация и гармонизация личности, сохранение ее психического здоровья, развитие навыков здоровьесберегающего поведения и минимизация поведенческого риска – одна из глобальных целей психиатрии. Сознательное отношение к здоровью своему и окружающих, формирование культуры здоровья, экономической и социальной значимости здоровья человека являются определяющими направлениями развития современного российского общества [7]. Показатели распространенности умственной отсталости (УО), по данным официальной медицинской отчетности, в 2013 г. в России [9] колеблются в широком диапазоне: от 3,04 до 24,6 и выше на 1000 населения.

Столь высокий показатель во многом обусловлен отсутствием унифицированных критериев диагностики. Нарушения поведения являются основным источником беспокойства в отношении данной категории больных и встречаются в диапазоне от 5,7 до 17 % больных умственной отсталостью. Агрессивное и самоповреждающее поведение встречается соответственно у 9,8 % и 4,9 % больных.

Целью настоящего исследования: изучение клинического полиморфизма поведенческих расстройств пациентов на разных уровнях снижения интеллекта.

Материалы и методы. Для реализации целей и задач исследования за 2015 г. обследовано 250 человек, находившихся на стационарном обследовании и лечении в ГКУЗ КО КОКПБ, со снижением уровня интеллекта, все лица мужского пола, в возрасте от 17 до 65 лет. В исследовании вошли 86 случаев (34,4 %) с выявленными агрессивными и аутоагрессивными расстройствами поведения.

Обсуждение. В зависимости от уровня интеллектуальной недостаточности пациенты были разделены на группы. 1-ю группу составили пациенты со снижением уровня интеллекта IQ в пределах 79—70, не достигающим уровня умственной отсталости (31,4 % – n=27). Ко 2-й группе (25,5 % – n=22) отнесены обследованные со снижением уровня интеллекта до 69—60, что соответствовало по диагностическим категориям МКБ-10 легкой УО (F70.xx). В 3-ю группу вошли пациенты с УО средней тяжести (F71.xx) и снижением интеллекта в пределах 49—35 (30,2 % – n=26). 4-я группа представлена пациентами с УО тяжелой степени (F72.xx) и снижением интеллекта до 35—20 (12,8 % – n=11). Средний возраст пациентов составил до 32,4±4,2 года.

Более половины пациентов с УО имели группу инвалидности по психическому заболеванию (78 % – n=44), в 66 % (n=18) случаев не имели места работы, чаще находились на иждивении родителей или иногда имели случайные заработки. Проходили обучение или имели постоянное место работы около четверти (23,6 % – n=15) пациентов. Пациенты 1-й группы со снижением интеллекта, не достигающим уровня умственной отсталости, чаще других прибегали к аутоагрессивному поведению, в 33 % случаев (n=9) сопровождавшемся наибольшим числом попыток суицидов в сравнении с другими группами (77,8 % – n=7). Более чем у 75 % пациентов наблюдались замкнутость, подавленность, в половине случаев беспокоила тревожность, возникали суицидные мысли. Представители этой группы с агрессивным поведением более чем в 75 % случаев проявляли раздражительность, вспышки агрессии, в 27,8 % (n=5) совершали суицидные попытки, нарушение закона и шантажное поведение отмечалось в 10 % случаев.

В современной литературе традиционно большое внимание уделяется оценке злоупотребления алкоголем. В нашем исследовании этот фактор оценивался на основании анамнестических и субъективных сведений, представленных самими пациентами. Так, у 55,6 % (n=5) пациентов с аутоагрессивным типом поведения и у 44,4 % (n=8) пациентов с агрессивным поведением выявлено злоупотребление алкоголем, что позволяет говорить о важной роли данного фактора. Учитывая жалобы на периодически возникающую подавленность и тревожность, которая часто обращена в будущее из-за социальной неустроенности, замкнутость и нежелание общаться с друзьями и родственниками, суицидальные попытки, можно предположить наличие пережитых психических расстройств аффективного или невротического круга и прогнозировать их повторное возникновение у данной категории лиц, что согласуется с исследовательскими данными, полученными ранее [3, 4, 5].

Число пациентов с аутоагрессивным расстройством поведения значительно снижается в других группах исследования: с 9,1 % во 2-й группе до 0 % в 4-й группе. Проявления агрессивного поведения во 2-й группе значительно ярче, чем в предыдущей – пациенты чаще прибегают к шантажу членов семьи как к средству достижения целей 20 % – n=4), в связи с чем возможно здесь наблюдается и наибольший процент самоповреждений, как проявление демонстративного поведения (20 % – n=4). Злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами было характерно для 50 % (n=10) пациентов, а также зафиксирован наибольший процент нарушений закона (35 % – n=7). Количество же совершенных суицидальных попыток значительно сократилось (до 5 % – n=1). Причинами дезадаптации пациентов этой категории [6]. окончивших школу или ПТУ, но зачастую не работающих или имеющих сезонный/временный заработок, являются недовольство характером работы и низкой заработной платой, грубое психопатоподобное поведение с отсутствием достаточной критической его оценки, которое влечет увольнение и частую смену мест работы.

В группе пациентов со снижением интеллекта и средним уровнем агрессивного поведения выраженность проявлений имеет сходство со 2-й группой, однако в более грубой форме. Зарегистрирован наиболее высокий уровень физической агрессии (84 % – n=20), случаи шантажного поведения или самоповреждений встречаются в единичных случаях, однако остается высокий процент злоупотребления алкоголем (50 % – n=12) и совершения уголовных преступлений (25 % – n=6). Для пациентов этой группы характерны сексуальные притязания к родственникам (25 % – n=6), которые могут быть связаны с неспособностью давать моральную и критическую оценку своим действиям.

Пациенты с тяжелым снижением интеллектуального уровня характеризовались наименьшим разнообразием, однотипностью проявлений агрессивного поведения среди остальных групп, уровень проявления физической агрессии остается таким же высоким (72 % – n=8), однако остальные проявления в виде шантажного поведения, злоупотребления алкоголем представлены лишь в единичных случаях (не более 9 %).

Заключение. Таким образом, уровень когнитивного снижения определяет вектор, направления агрессивных реакций пациентов. Так, пациенты с сохранным уровнем интеллекта были более предрасположены к сдерживанию агрессивных тенденций или обращению их против собственной личности. С увеличением глубины умственной отсталости реагирование пациента на стресс носило все более упрощенные варианты, что характерно и в отношении выбранного способа совершения суицидальных попыток. При незначительном снижении интеллекта выбор пациентов падал на относительно «мягкие» и безболезненные способы ухода из жизни, с тщательным их планированием. У пациентов с умственной отсталостью способы совершения суицида были в пользу более грубых методов, при этом они часто были «не запланированными», спонтанными.

Агрессивные тенденции пациентов с легкой и средней степенью умственной отсталости часто сопровождалось злоупотреблением алкоголем и наркотиками, а также почти в трети случаев выливались в социально опасные действия. Такие тенденции подтверждают необходимость пристального профессионального внимания к этой проблеме на всех уровнях. Лечение расстройств поведения психически больных требует совместного использования как психофармакологических, так и психосоциальных методов. Оценка склонности к агрессии или аутоагрессии, определение выраженности психопатоподобных и суицидальных тенденций, изучение частоты эксплозивных «вспышек», легкости возникновения декомпенсаций, а также определение степени выраженности ограничения жизнедеятельности в различных социально-психологических ситуациях (самообслуживание, образование, работа и т. п.) в дальнейшем позволит сформировать «группы риска» с целью повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на улучшение адаптации пациентов в семье и профилактику нарушений поведения. В процессе лечения родственники должны получать всю необходимую информацию о возможном риске проявления нарушений поведения и заблаговременно научиться замечать признаки ухудшения психического состояния у пациентов со снижением интеллекта.

Л и т е р а т у р а

1. *Амбрумова А. Г.* Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суцидологии : сб. науч. тр. – М. : Изд-во Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7—25.
2. *Барыльник Ю. Б., Бачило Е. В., Антонова А. А.* Структура завершенных и незавершенных суицидов на территории Саратовской области (по данным за 2001–2010 гг.) // Суцидология. – 2011. – № 4. – С. 37—41.
3. *Говорин Н. В., Сахаров А. В.* Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Томск : Иван Федоров, 2008. – 178 с.
4. *Корнетов А. Н.* Распространенность и клинико-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 1999. – 22 с.
5. *Корнетов Н. А.* Научная концепция и организация факультета клинической психологии и психотерапии в Сибирском государственном медицинском университете // Бюллетень сибирской медицины. – 2004. – № 1. – С. 70—82.
6. *Кудрявцев И. А., Декало Е. Э.* Психологические предикторы суицидального риска // Психическое здоровье. – 2012. – № 4. – С. 46.
7. *Куприянова И. Е., Семке В. Я.* Качество жизни и превентивная психиатрия. – Томск, 2007. – 186 с.
8. *Руженков В. А., Руженкова В. В., Боева А. В.* Коцепции суицидального поведения // Суцидология. – 2012. – № 4. – С. 52—60.
9. Федеральная служба государственной статистики // Gks.ru – Российский статистический ежегодник – 2013. – Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_13/IssWWW.exe/Stg/d1/06-09.htm

ОЦЕНКА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ГРАЖДАНСКИМ ИМУЩЕСТВЕННЫМ ДЕЛАМ У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОТДЕЛЕНИИ АСПЭ ГКУЗ КО КОКПБ

Гацковская Ю. С., Волкогонов О. А., Митюхина О. С.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность темы. В последнее десятилетие по всей России отмечается резкий рост числа имущественных сделок, заключаемых физическими лицами. Вследствие этого значительно возросло количество гражданских дел, возбуждаемых по поводу признания указанных сделок недействительными и судебно-психиатрических экспертиз по ним. Согласно данным Т. Б. Дмитриевой, А. Р. Мохонько, Л. А. Муганцевой (2003), в последние годы в РФ отмечается стабильный рост числа судебно-психиатрических экспертиз по делам о признании сделок недействительными. Как следует из содержания ст. 177 ГК РФ, для признания сделки недействительной необходимо, чтобы понятие «такое состояние» соответствовало юридическому критерию «не был способен понимать значение своих действий или руководить ими».

Нарушение хотя бы одной составляющей интеллектуального и волевого компонентов юридического критерия исключает возможность свободного волеизъявления и, как следствие, приводит к неспособности понимать значение своих действий и руководить ими. У лиц, проходивших СПЭ на предмет сделкоспособности, выявляется широкий спектр полиморфных органических психических расстройств: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, легкое когнитивное расстройство, неуточненное органическое непсихотическое психическое расстройство, органическое бредовое расстройство, органическое расстройство личности, деменция. Они характеризуются различным соотношением стойких и динамических характеристик психопатологических расстройств, а также социальных, личностных и соматоневрологических особенностей. Алгоритм экспертного исследования складывается из нескольких этапов: оценка психического состояния, исследование индивидуально-психологических, личностных особенностей, определение наличия психотравмирующей ситуации, оценка социальных и ситуационных факторов (уровень социального функционирования, сенсорная депривация, управление процессом сделки).

Целью исследования стало проведения анализа заключений АСПЭ по гражданским делам на предмет сделкоспособности у лиц с различными органическими психическими расстройствами

Задачи: оценка судебно-психиатрических экспертных заключений по гражданским делам по решению вопроса о признании сделки недействительной по нескольким параметрам в период с 2010 по 2014 г.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучено 192 посмертных и очных судебно-психиатрических экспертных заключения по делам о признании сделок недействительными. По сравнению с 2010 г. отмечается увеличение данного вида судебно-психиатрических экспертиз практически в 2 раза. Это соответствует общей тенденции по общероссийским данным с 2003 по 2012 г. Преобладают при этом посмертные экспертизы. Количество лиц с органическими психическими расстройствами остается по-прежнему высоким (табл. 1). Оценивая виды имущественных сделок, видно, что завещаний стало незначительно меньше, а число оспариваемых договоров дарения увеличилось.

Среди органических психических расстройств чаще всего диагностированы: органическое эмоционально лабильное расстройство, легкое когнитивное расстройство, реже – органическое расстройство личности. Деменция остается в пределах стабильных значений. Примерно в равном числе случаев в отношении лиц с ОПР принималось решение о возможности/невозможности заключать сделки.

Т а б л и ц а 1

Динамика судебно-психиатрических экспертиз в 2010-2014 гг.

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014
Общее количество СПЭ	23	39	36	46	49
Количество лиц с ОПР, %	86,9 %	61,5 %	82,8 %	73,9 %	84,6 %

Как показано в таблице 2, количество вероятностных заключений заметно снизилось (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Диагнозы у лиц с органическими психическими расстройствами

Диагноз	2010	2011	2012	2013	2014
Органическое эмоционально лабильное расстройство	47,6 %	25,9 %	22,5 %	22,7 %	34,6 %
Легкое когнитивное расстройство	14,2 %	18,5 %	25,8 %	30,5 %	23 %
Деменция	23,8 %	22,2 %	29,0 %	24,2 %	15,3 %
Органическое расстройство личности	4,7 %	0 %	6,4 %	5,5 %	4,3 %
Другие уточненные психические расстройства	9,5 %	33,3 %	16,1 %	13,8 %	23,0 %

Т а б л и ц а 2

Экспертное решение у лиц с органическими психическими расстройствами

Вид экспертного решения:	2010	2011	2012	2013	2014
Могли	34,7 %	43,5 %	31,4 %	43,4 %	48,8 %
Не могли	26,0 %	25,6 %	45,7 %	30,4 %	28,4 %
Вероятностное заключение	34,7 %	10,2 %	5,7 %	4,3 %	2 %
Не возможно сформулировать выводы	4,3 %	23 %	17,1 %	17,3 %	20,8 %

Также нами оценивался такой параметр, как количество осмотров психиатром перед заключением сделки. Данный показатель остается крайне низким: в 2010 г. – 33 %, в 2011 г. – 10 %, в 2012 г. – 17 %, в 2013 г. – 11 %, в 2014 г. – 26,5 %. Только в 54 % случаев заключение психиатра перед сделкой совпадало с решением СПЭК.

Выводы. Среди проходивших СПЭ по признанию сделки недействительной преобладают лица с органическими психическими расстройствами. Наиболее часто диагностированы органическое эмоционально лабильное расстройство и легкое когнитивное расстройство. Реже всего устанавливался диагноз органического расстройства личности. Экспертная оценка при установлении органического психического расстройства была неоднозначной, оценивалась вся совокупность факторов. Количество осмотров психиатром перед проведением СПЭ по-прежнему остается низким. При этом часто мнение экспертов расходится с заключением врачей общей психиатрической сети, что создает определенные трудности для научно обоснованных выводов на поставленные перед экспертами вопросы.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

Говенько А. А., Лаврентьева И. М., Селедцов А. М.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая
психиатрическая больница»**

**Кемерово, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская
академия» Минздрава России**

Актуальность. Первичный психотический эпизод – это тяжелое психотическое расстройство, которое отличается полиморфизмом (разнообразием) клинических проявлений, нарушением целостности и единства психических функций, неадекватным поведением. Термин «первичный психотический эпизод» объединяет синдромальную совокупность примерно одинаково протекающих острых состояний нарушения психики, которые проявляются нарушением мышления, дезориентацией, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением различной степени выраженности и могут наблюдаться в различных нозологических формах психических заболеваний.

Целью исследования является клинический анализ синдромальной структуры первичного психотического эпизода.

Материалы и методы. Обследованы 27 больных женского пола в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст составил 31 год) с развившимся впервые в жизни острым психотическим состоянием. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 психотические эпизоды были квалифицированы как: острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1), острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0), острое шизофреноподобное расстройство (F23.8), дебют шизофрении, реактивный психоз.

В работе использовался клинико-психопатологический метод.

Результаты и обсуждение. Среди 27 (100 %) пациенток выделены следующие возрастные категории: юношеский возраст – 5 пациенток (18,5 %), молодой – 18 пациенток (66,7 %), средний – 4 пациентки (14,8 %). Средний возраст больных составил 31 год. В клинической картине первичного психотического эпизода выделены синдромы: галлюцинаторно-параноидный (10 – 37,1 %), параноидный с идеями воздействия, отравления, преследования и вторичным депрессивным аффектом (12 – 44,4 %), кататоно-параноидный (5 – 18,5 %). У 3 (11,1 %) пациенток в клинической картине присутствовали элементы синдрома Кандинского-Клерамбо в виде идеаторных автоматизмов. У 7 пациенток (25,9 %) имели место элементы острого чувственного бреда.

У 4 пациенток (14,8 %) в клинической картине первого психотического эпизода выявлены расстройства мышления в виде соскальзывания, непоследовательности. 27 пациенток (100 %) получали лечение психофармакологическим методом, все они были пролечены нейролептиками первого поколения (галоперидол, зуклопентиксол, трифлуоперазин) и нейролептиками второй генерации (клозапин, рисперидон, оланзапин, палиперидон). 2 пациентки (7,4 %) в связи с резистентностью к психофармакотерапии были пролечены методом ЭСТ. Согласно анализу, у 22 пациенток (81,5 %) были сформированы интермиссии. 5 пациенток (18,5 %) вышли из психотического состояния с явлениями остаточной психопатологической симптоматики (наличием обрывочных бредовых идей), сниженной критикой и наличием изменений личности. У 5 пациенток (18,5 %) диагноз был изменен с «Острого полиморфного расстройства с симптомами шизофрении» на диагноз «Шизофрения параноидная, дебют».

Выводы. Таким образом, из вышеизложенного можно сделать следующий вывод: чаще первичный психотический эпизод развивается у пациенток молодого возраста; в клинической картине преобладает параноидная симптоматика с вторичным депрессивным аффектом. Выход из психоза чаще происходит без остаточной психопатологической симптоматики, изменений личности и с достаточной критикой к пережитым переживаниям.

ПОЭТАПНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПСИХОПАТОПОДОБНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ

Гранкина И. В., Иванова Т. И.

**Омск, БУЗ ОО Клиническая психиатрическая больница
им Н. Н. Солодников**

Актуальность исследования. Многочисленные исследования, проведенные в Российской Федерации, отмечают значительный рост психической патологии среди детей за последнее десятилетие, преимущественно за счет поведенческих и эмоциональных расстройств. Анализ опыта зарубежных психиатров показывает, что наиболее эффективная форма реабилитации детей с поведенческими нарушениями реализуется при активном участии не только врачей психиатров, психотерапевтов, но и родителей, педагогов, психологов, социальных работников, комплексно и последовательно.

До настоящего времени на территории Омской области в частности и в целом в Сибирском федеральном округе не было разработано научно обоснованных программ реабилитации детей с отклоняющимся поведением на фоне психических расстройств, что является весьма актуальным.

Цель исследования: разработка, организация и оценка эффективности реабилитационной программы для детей с отклоняющимся формами поведения в условиях психиатрического комплекса.

Методы исследования. Для оценки эффективности программы реабилитации использовалась батарея психологических тестов: Тест эмоций Басса-Дарки в модификации Г. В. Резапкиной (2006), Шкала «Мстительности и обидчивости» (Ильин Е. П., Ковалев П. А., 2001), Методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Ильин Е. П., Ковалев П. А., 2001), Шкала патологической агрессии, аффективности (Можгинский Ю. Б., 2003–2005). Оценка качества жизни (QOL) проводилась с использованием модифицированной шкалы Пирс-Харриса (PECS – the Patient Evaluation and Conference System).

Материал исследования. Для реализации цели исследования была отобрана группа детей, включающая 130 (10,2 %) пациентов с симптомами отклоняющегося поведения, полученная из общего массива детей, находящихся на стационарном лечении в детском отделении ОКПБ (1276 ребенка), обратившихся к врачу-психиатру в 2011–2013 гг. Чаще девиантные нарушения поведения отмечались у детей с умственной отсталостью (F70, F71) (43,1 %; n=56) ($p<0,05$). Практически равнозначно нарушенное поведение отмечалось как у детей с органическими поражениями (F06.6 – 30,0 %; n=39), так и у детей с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20.8, F21.8 – 26,9 %; n=35). Все дети указанной группы получали реабилитационную помощь на основании разработанной специализированной программы помощи детям, которая осуществлялась на базе детско-подросткового комплекса ОКПБ. Данная программа объединяла деятельность врачей психиатров, психотерапевтов и психологов стационарных и диспансерных отделений, педиатров, педагогов, школьных психологов. На стационарном этапе проводилось купирование проявлений нарушения поведения фармакотерапией, первичная психокоррекционная и психотерапевтическая помощь. На амбулаторном этапе проводилось поддерживающее фармакологическое, психотерапевтическое лечение, а также психологическая и социальная поддержка в условиях обычной жизни детей (на базе отделения интенсивного лечения в сообществе для детей и подростков). На этапе поддерживающей терапии осуществляли контроль над состоянием ребенка.

Результаты. Выраженное снижение степени патологической агрессии отмечалось у пациентов с умственной отсталостью, у детей с расстройствами поведения шизофренической этиологии зафиксировано снижение агрессии от выраженной степени до минимальной (8,2 % и 13,1 % соответственно). У детей с нарушениями поведения органической этиологии снижение патологической агрессии после лечения отмечалось преимущественно в возрасте 10–12 лет. Степень выраженности проявления патологической аффективности значительно снизилась у детей с расстройствами поведения шизофренической этиологии. Выраженное снижение по шкале обидчивости, мстительности отмечено у детей с нарушениями поведения органической этиологии во всех возрастных группах. Значительно снизились показатели мстительности у детей с расстройствами шизофренического спектра и умственной отсталостью. Показатели эмоциональной возбудимости (конфликтности) полностью редуцировались на фоне терапии детей с психопатоподобными расстройствами поведения при шизофрении. Изучение качества жизни у детей исследуемой группы до и после лечения выявило улучшение этого показателя у всех детей независимо от нозологии психического расстройства.

Выводы. Разработанная последовательная программа реабилитации детей с нарушенным поведением с применением ресурсов стационарного отделения, дневного стационара, стационара на дому (отделение интенсивного лечения в сообществе для детей и подростков) доказала свою эффективность и может быть рекомендована для использования в практическом здравоохранении психиатрического сервиса.

ПРИМЕНЕНИЕ АУДИОВИЗУАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ПСИХОТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Дарсалия О. В., Говорова Г. М.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический
наркологический диспансер»**

Актуальность темы. Задачи разработки новых форм психотерапии больным с паническими расстройствами являются в наше время весьма актуальными и востребованными. По данным эпидемиологических исследований, распространенность панических атак на 2008 г. составляла 1,9–3 % населения, в 2013 г. они наблюдались уже у 5–7 % населения Земли. С каждым годом этот процент только увеличивается, что подтверждает рост обращаемости пациентов с паническими атаками в кризисное отделение диспансера.

Панические атаки относятся к группе тревожных расстройств. Данное заболевание, склонное к хронизации, манифестирует в молодом, социально-активном возрасте 25—45 лет, в 2—3 раза чаще оно наблюдается у женщин. Около 50 % людей хотя бы раз в жизни испытывали паническую атаку. Одним из эффективных методов для лечения панических атак является психотерапия, как индивидуальная, так и групповая.

Материал исследования. В 2013 г. для лечения пациентов с паническими расстройствами в кризисном отделении в психотерапевтической работе (рациональной, когнитивно-поведенческой, суггестивной, нейролингвистической) стали использовать аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет», состоящий из светозвукового импульсного терминала, монитора и набора видео-, аудио- и аутогенных сеансов и комплект для комплексной аудиовизуальной стимуляции (АВС) «профессиональный», включающий расширенный набор лицензионных программ.

Обсуждение. Аудиовизуальный комплекс «Диснет» позволяет проводить групповые сеансы комплексной аудиовизуальной стимуляции. В отделении оборудование установлено в помещении, имеющем затемнение и количество кресел, соответствующее числу участников группы. Комплект «профессиональный» используется в индивидуальной психотерапии. Оба аудиовизуальных комплекса создают для пациентов лечебное светозвуковое пространство, созданное мерцающим светом и музыкой. Процедура АВС является проводником для усвоения пациентом терапевтических внушений. Полностью загружая зрительный и слуховые каналы восприятия, АВС осуществляет переориентацию пациента с окружающего мира на внутренние впечатления и переживания, позволяя ритму «пульсаций» увлечь внимание, захватить воображение. Аудиовизуальная терапия способствует активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, что позволяет оптимально раскрыть потенциальные возможности и ресурсы организма человека.

В работе с пациентами применялся метод АВС с использованием программ: «Антидепрессант-альфа» (которая помогает настраивать биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность), «Альфа-полет» (создает мощное ресурсное состояние), «Программатор» (настраивает биоэлектрическую активность головного мозга на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок). Точкой приложения программ являются панические состояния, возникающие на фоне хронической внутренней тревоги и напряжения. Программы построены с преобладанием ритмов в альфа-диапазоне 8,6—10 Гц и с преобладанием ритмов в тета-диапазоне 4,5—7 Гц.

Сеансы психотерапии с использованием АВС были проведены 26 пациентам (из них 21 женщина и 5 мужчин) в возрасте от 23 до 46 лет. Общий курс психотерапии с АВС составлял 15 сеансов, продолжительностью 60 минут ежедневно (5 сеансов в неделю). Предварительно пациентам давалось разъяснение о психофизиологическом воздействии АВС, обсуждались его возможные ближайшие и отдаленные последствия. В дальнейшем каждый сеанс состоял из 30 минут психотерапии и 30 минут АВС.

Всем пациентам перед началом сеансов проводилось психологическое исследование с целью диагностики психического состояния (тест ММРІ, цветовой тест Люшера, опросник депрессивного состояния Бехтерева института, проективные методы). Результаты исследований свидетельствовали о высоком уровне личностной и ситуативной тревоги у всех пациентов (шкала 7 тревоги по ММРІ более 70 Т баллов), внутреннем напряжении, беспокойстве, пониженном фоне настроения, наличии соматических жалоб разной локализации (шкала 1 по ММРІ от 65 до 73 Т баллов), снижении активности, продуктивности.

Аудиовизуальная стимуляция в альфа-диапазоне приводила пациентов к релаксации, исчезновению у них спастических болей и мышечных зажимов, нормализации АД. Стимуляция в тета-диапазоне усиливала творческие способности, снимала эмоциональную «зажатость», способствовала выработке бета-эндорфинов, создавала анальгетический эффект. Эмоциональные впечатления от АВС делают программы легко запоминающимися и воспроизводимыми самостоятельно в памяти по ассоциативному пути. В дальнейшем регулярная тренировка с АВС способствует выработке условного рефлекса на поддержание спокойно-внимательного состояния, без излишнего напряжения и тревоги. Таким образом, реализуется эффект научения поддержания «альфа-состояния». Оказавшись в эмоционально-стрессовой ситуации, почувствовав спонтанное усиление симптоматики, пациент не впадает в панику и тревогу, как раньше. Он интуитивно вспоминает «альфа-состояние», проводя эмоциональную составляющую своего заболевания.

По окончании проведения сеансов психотерапии 3 пациента не отметили существенного изменения состояния, 2 пациента после первых сеансов отказались от прохождения курса АВС, ссылаясь на индивидуальную непереносимость мерцающего света и звуковых ритмов в виде интенсивно нарастающего чувства раздражения. Позитивная динамика выявлена у 21 пациента (18 женщин и 3 мужчин). У них снизился уровень тревоги, изменился фон настроения с преобладанием оптимистических тенденций, повысились активность и инициативность, что подтверждается результатами психологических исследований в динамике.

На уровне субъективной самооценки пациенты отметили изменения своего самоощущения: «Стал более спокойным», «Научился управлять своими страхами», «Научилась расслабляться», «Стала более уверенной в себе», «Голова стала яснее», «Тревога и беспокойство покинули меня окончательно».

Выводы. Данный опыт свидетельствует об эффективности и целесообразности проведения психотерапии панических расстройств с применением аудиовизуальной стимуляции, учитывая позитивные изменения психического состояния, улучшение качества жизни пациентов и увеличение сроков ремиссии.

ФАКТОРЫ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ВРАЧАМ-ПСИХИАТРАМ

Дербенева Н. А., Любченко М. В., Селезнева Н. В., Яковлева О. Е.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что в последние годы психические расстройства становятся одной из самых распространенных форм патологии в странах Европы и в России. По литературным данным (Петраков Б. Д., 1988), около 20 % населения земного шара страдает психическими расстройствами, из них около 5,7 % – психотическими формами, 15–23 % – пограничными. Увеличение показателей заболеваемости влечет рост финансовых затрат на лечение и реабилитацию пациентов. По данным ВОЗ, в 2000 г. значение расходов на психические заболевания составило 12,1 % и по прогнозу на 2020 г. возрастет до 15 %. Одним из важнейших факторов, увеличивающих экономическое бремя психических расстройств, является позднее обращение пациентов за специализированной помощью.

По данным литературы (Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010. № 8), к факторам, влияющим на обращаемость пациентов к врачу-психиатру, относятся: 1) социально-демографические (пол, возраст, место проживания, условия работы); 2) клинические (тяжесть психических расстройств, скорость их возникновения); 3) организационные (недостаточная интегрированность психиатрической службы в общесоматическую сеть); 4) информационные (недостаток знаний в области законодательства об охране психического здоровья).

Цель исследования: выявить основные факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость к врачам-психиатрам ГКУЗ КО КОКПБ, и сравнить их с литературными данными.

Материалы и методы исследования. Нами представлены результаты углубленного анализа 781 случая первичного обращения за медицинской помощью к врачу-психиатру ГКУЗ КО КОКПБ за 2015 г. пациентов от 18 до 65 лет. Из исследования исключены случаи обращения к психиатру для решения экспертных вопросов (судебная экспертиза), определения типа учреждения социального обеспечения, решения социальных вопросов.

Результаты и обсуждения. Выявлено, что частота обращений женщин за психиатрической помощью выше, чем у мужчин: 508 (65 %) против 273 (35 %). Из них преобладают лица трудоспособного возраста (541 – 69,2 %) в сравнении с лицами предпенсионного и пенсионного возрастов (240 – 30,8 %). Количество городских жителей выше (483 – 61,8 %), чем жителей села (298 – 38,1 %). Работающие лица незначительно преобладали (405 – 51,8 %) над безработными (376 – 48,2 %). Среди обратившихся 364 пациента (46,6 %) были направлены к психиатру специалистами общесоматической сети (терапевтом, неврологом), 417 пациентов (53,4 %) обратились самостоятельно либо в сопровождении родственников или знакомых. Госпитализировано при первичном обращении 305 человек (39,1 %); амбулаторная помощь оказана 476 пациентам (60,9 %). В клинической картине госпитализированных пациентов у 189 человек (62 %) преобладала психопродуктивная симптоматика; у 52 (17,1 %) – аффективные расстройства; у 64 (21 %) – агрессивные и аутоагрессивные действия с расстройствами личности (14 – 4,6 %) и недоразвитием интеллекта (50 – 16,4 %).

В соответствии с литературными данными приводятся показатели: из числа обратившихся 67,4 % женщин и 60,3 % мужчин; 49,6 % лиц трудоспособного возраста; 51,4 % лиц предпенсионного и пенсионного возрастов; самостоятельно за помощью обратилось 49,6 %. Госпитализировано при первичном обращении – 47,6 %; лечились амбулаторно – 52,4 %. По клинической картине (наличие психопродуктивной симптоматики, аффективных расстройств, агрессивных и аутоагрессивных действий, интеллектуального недоразвития) эти показатели составили 87,2 %; 1,8 % и 11 % соответственно.

Выводы. На основании проведенного исследования мы составили «клинический портрет» пациентов, впервые обратившихся в КОКПБ в 2015 г. за медицинской помощью. Это преимущественно работающие женщины трудоспособного возраста, проживающие в городе, которые обратились самостоятельно и получали лечение в амбулаторных условиях. Из числа госпитализированных преобладали пациенты с психопродуктивной и аффективной симптоматикой, что несколько отличается от приводимых в литературе данных.

Выводы. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачам-психиатрам ГКУЗ КО КОКПБ, выявленные нами, в сравнительном аспекте оказались аналогичны описанным в литературе.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Долотина Л. А., Кушнарeva О. М.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность проблемы. В отличие от взрослых, в структуре психической патологии у детей преобладают непсихотические психические расстройства, по данным отечественных авторов и в соответствии с нашими результатами (68,6 %), на втором месте – умственная отсталость (28,7 %). Доля детских психозов значительно меньше, чем у взрослых и составляет всего 2,5–2,6 %.

В группе непсихотических психических расстройств вместе с неспецифическими невротическими синдромами детского возраста первое место занимают резидуально-органические поражения головного мозга различного генеза. Эти состояния полиморфны по составу и включают нарушения самого широкого спектра – от легкой астенизации до выраженных психоорганических синдромов в подростковом возрасте.

Обсуждение результатов. Нами проведен анализ 177 человек с резидуально-органическими расстройствами детского возраста, состоящих на диспансерном наблюдении в детско-подростковом диспансере КОКПБ.

Определены причины резидуально-органического поражения головного мозга. В первую очередь таковыми являлись внутриутробные (110 – 62,1 %), в том числе сочетание болезни матери и хроническая гипоксия плода (37 – 20,9 %); угроза прерывания беременности матери в связи с различными гинекологическими заболеваниями (28 детей – 15,8 %; хроническая гипоксия плода (13 – 7,3 %); недоношенность (11 – 6,2 %); вредные условия работы матери во время беременности (от 39 до 43 лет), болезни матери, включая грипп, пиелонефрит, анемия, кольпиты, гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, токсоплазмоз (17 – 9,6 %; психоэмоциональное напряжение во время беременности в связи с алкоголизмом и дебоширством супруга (4 – 2,2 %).

Кроме того, к причинам резидуально-органического поражения головного мозга отнесены перинатальные (47 – 26,6 %): асфиксия плода во время родов (27 – 15,3 %); родовые травмы с кровоизлиянием в мозг (4 – 2,2 %); тяжелое течение беременности и патология в родах (16 – 9 %). Не менее важными были экзогенно-органические причины (20 – 11,3 %), в том числе ЧМТ (сотрясение головного мозга) (4 – 2,2 %); ушибы головного мозга (7 – 4 %); общие и мозговые инфекции до годовалого возраста с нейротоксическим синдромом и менингит (9 – 5 %). Таким образом, наиболее распространенной причиной органического заболевания ЦНС у ребенка являются болезни матери (82– 46,3 %).

Изученный контингент из 177 детей был сгруппирован по тяжести психической патологии.

1. *Резидуально-органическая патология ЦНС с задержкой психического развития* (70 детей – 39,5 %) – условно легкие состояния, вошедшие в 2 подгруппы: без речевой патологии (21 – 11,9 %); с речевой патологией (49 – 27,7 %). Причинами, приводящими к данной патологии, являются сочетания хронической гипоксии плода с угрозой прерывания беременности в связи с гинекологическими заболеваниями матери. С раннего возраста эти дети значительно отставали в психическом развитии, росли чрезмерно подвижными, неусидчивыми, невнимательными. Фразовая речь практически у всех сформировалась к 3 годам. В настоящее время все они учатся в общеобразовательной школе, с 1-го класса слабо успевают по всем предметам (русский язык, математика, чтение). В экспериментальной части при обследовании у них обнаружены неравномерность умственных достижений с невысокими интеллектуальными возможностями, инертность мышления, неусидчивость, невнимательность, повышенная утомляемость и истощаемость.

Дети с задержкой развития и речевой патологией в отличие от детей 1-й подгруппы нуждаются в длительной коррекции речи, поэтому обучаются в речевой школе и проходят занятия у логопеда. Также, как и дети 1-й подгруппы, с раннего возраста они отставали в психическом развитии, особенно заметно в речевом. У всех детей фразовая речь появилась с выраженным опозданием, позже 3—4 лет. При исследовании у них выявляется неравномерность умственных достижений с выраженным косноязычием и колебанием внимания, которое увеличивается при утомлении детей с потенциально сохранными интеллектуальными возможностями. Для школьников характерны трудности в усвоении учебного материала по русскому языку, страдает и каллиграфия, и орфография. Тем не менее они более успешно занимаются по математике и гуманитарным предметам. Поведение без грубых нарушений.

2. *Резидуально-органическое поражение ЦНС с психопатоподобным синдромом* (7 детей – 4 %). Все дети с сохранными интеллектуальными возможностями, обучаются в общеобразовательных школах. На первый план выступает нарушение поведения: раздражительные, вспыльчивые и конфликтные, они нарушают дисциплину в школе и дома, не слушаются родителей, склонны к бродяжничеству, воровству. Несмотря на сохранность интеллекта, не хотят учиться в школе, имеют низкий уровень знаний, у них отсутствуют интеллектуальные интересы, выражена слабость нравственных установок, отличаются повышенной внушаемостью с гипертимностью настроения, стремлением к примитивным удовольствиям и жадной новизны впечатлений. У 5 детей выявлена склонность к уходам и бродяжничеству, воровству, у 3 – раннее употребление алкоголя. Нарушения в поведении у всех детей наблюдались с раннего возраста, они были чрезмерно подвижны, вспыльчивы, драчливы, наблюдалось стойкое непослушание.

3. *Резидуально-органическое поражение ЦНС с задержкой психического и речевого развития в сочетании с неврозоподобным и психопатоподобным синдромами* (33 – 18,6 %). Среди причин часто отмечается асфиксия в родах. 18 из 33 детей обучаются в общеобразовательной школе, 15 детей – в речевой школе. С раннего возраста они отставали в развитии, с опозданием от возрастной нормы стали говорить отдельные слова и фразы. Они, как большинство органиков, чрезмерно подвижны, неусидчивы, невнимательны. У школьников в период начального обучения долго не автоматизировались навыки чтения и письма, сквозной симптоматикой у них является повышенная утомляемость, истощаемость, при этом они становятся раздражительными, капризными, их часто беспокоят головные боли. В экспериментальной части при психологическом обследовании у них выявляется неравномерность умственных достижений с потенциально сохранными интеллектуальными возможностями, но они не проявляют особого желания к учебной деятельности в силу сниженного познавательного интереса. В этой группе психопатологическая симптоматика более разнообразна.

Наряду с отставанием в психическом и речевом развитии у всех детей выражен церебрастенический синдром в виде быстрой утомляемости, головных болей, повышенной истощаемости психических процессов, при этом они становятся раздражительными, вспыльчивыми и капризными. У 13 детей выявлен гипертензионный синдром. У 10 детей наблюдается тяжелое психопатоподобное поведение в виде возбудимости, склонности к бурным аффективным разрядам, иногда с агрессией, уходов из дома и бродяжничества, воровства, токсикоманических эпизодов, употребления спиртного. У одного ребенка диагностирован ло-

гоневроз, еще у одного – неврозоподобные тики. Практически у всех детей наблюдается боязнь темноты, у 16 детей – ночное недержание мочи, с частотой 3—4 раза в неделю. У 2 детей наряду с задержкой психического, речевого развития наблюдаются судорожные приступы (по типу *grand mal*), с частотой у одного 1—2 раза в месяц, у другого 1—2 раза в год, приступы тонико-клонические, с потерей сознания. Эти дети регулярно получают противосудорожное лечение, учатся в общеобразовательной школе, успевают посредством, формально переходят из класса в класс и с трудом удерживаются в массовой школе. Поведение пациентов дома и в школе без грубых нарушений.

4. *Резидуально-органическое поражение ЦНС с легкой умственной отсталостью* (46 детей – 26 %). Из причин, вызвавших эту патологию, наиболее часты сложные сочетания – угроза прерывания беременности, болезни матери и хроническая гипоксия плода, что в 9 случаях привело к недоношенности плода. Матери часто рожали своих первенцев в пожилом возрасте (39—43 года), в 3 случаях имелись указания на вредные условия труда. В 13 случаях выявлено сочетание тяжело протекавшей беременности и асфиксии плода во время родов. Все дети данной группы обучаются во вспомогательной школе, степень УО варьирует от легкой (9 – 16,4 %) до умеренной (17 – 9,6 %). У 7 детей наблюдается детский церебральный паралич, у 4 – эписиндром. У многих детей наблюдается расстройство поведения. Все дети заметно отставали в раннем психоречевом развитии, были неусидчивы, невнимательны, чрезмерно подвижны, фразовая речь появилась на 3—4-м году жизни. Начинали обучение в общеобразовательной школе, с программой не справлялись по всем предметам, некоторые из них дублировали начальные классы. В экспериментальной части при обследовании выявлялись недоразвитие интеллектуально-познавательной деятельности, инертность и непоследовательность мышления, резкое нарушение внимания, снижение смысловой и механической памяти. После обследования таких детей по решению ПМПК переводили во вспомогательную школу. Дети с легкой УО с программой вспомогательной школы справляются хорошо по всем предметам, с умеренной УО с программой обучения справляются слабо, имеют патологию речи (косноязычность и малопонятность). У 15 детей этой группы наблюдается психопатоподобное поведение: агрессивность, злобность, бродяжничество, совершение правонарушений, эпизоды токсикомании. Часто в этой группе наблюдается энурез. У 4 детей обнаружены частые полиморфные припадки по типу *grand mal* и *petit mal*, малые припадки почти ежедневные, в связи с чем они получают противосудорожное лечение. У всех 4 детей наблюдается умеренная УО и выраженное недоразвитие

речи, они являются инвалидами детства, эта патология чаще всего приводит к инвалидности. 7 детей страдают детским церебральным параличом разной степени тяжести, с недоразвитием интеллекта, они так же являются инвалидами детства.

5. *Резидуально-органическое поражение ЦНС с тяжелой умственной отсталостью* (3 детей – 1,7 %) – наиболее выраженная группа социальной дезадаптации, поэтому все являются тяжелыми инвалидами детства и признаны необучаемыми. Ведущей причиной возникновения данной патологии стала родовая травма с кровоизлияниями в головной мозг. До настоящего времени у этих детей нет речи, хотя им уже от 11 до 13 лет. Они не обслуживают себя, одеваются с помощью взрослых, не могут застегнуть пуговицу, зашнуровать ботинки. Игровая деятельность у них отсутствует. Не понимают, когда им читают сказки, не понимают мультфильмы. Трудовая деятельность им практически недоступна, за собой не могут убрать посуду, вещи. Чрезмерно подвижные, они могут бегать, прыгать по комнате целый день, произносят нечленораздельные звуки.

6. *Органическое поражение ЦНС в результате постнатальных вредностей.* В группе выделены две подгруппы: черепно-мозговые травмы (11– 6,2 %); тяжелые инфекционные болезни с выраженным нейротоксическим синдромом, перенесенные детьми до годовалого возраста, в том числе менингит (10 – 5,6 %). В первой подгруппе основными расстройствами являются: последствия сотрясения головного мозга (4 – 2,2 %); последствия ушиба головного мозга (7 – 4 %). У детей, перенесших сотрясение головного мозга, последствия более легкие. Сотрясение головного мозга у одного ребенка было в 3 года, еще у одного в 5 лет, у двоих в 6 лет. Постепенно во всех случаях родители заметили, что дети стали более подвижные, невнимательные, хуже стали запоминать стихи. Симптоматика после перенесенных ЧМТ постепенно нарастала, достигнув выраженности в школьном возрасте, когда появились проблемы в школе с успеваемостью и поведением. При психологическом обследовании обнаружены потенциально сохраненные интеллектуальные возможности. Им неоднократно проводили лечение, в связи с чем состояние улучшалось, повышалась успеваемость в школе, уменьшались церебрастенические расстройства. Последствия ушиба головного мозга более тяжелые. 6 детей перенесли ушиб головного мозга в 8—10 лет и обучаются в общеобразовательной школе. 1 ребенок перенес тяжелую ЧМТ в 6 месяцев, сейчас в возрасте 12 лет он не обучаем, инвалид детства. У него нет речи, в поведении расторможен, чрезмерно подвижен, вспыльчив, убегает из дома, проявляет агрессию, в психическом и речевом развитии не продвигается. У детей, перенес-

ших в 8—10 лет ушиб головного мозга, наблюдаются стойкий и выраженный церебрастенический синдром, расстройства памяти и внимания. У 1 ребенка после ЧМТ развились судорожные припадки с потерей сознания и тоническими судорогами, он регулярно получает противосудорожное лечение.

Постепенно у всех детей снижается школьная успеваемость по всем предметам, они предъявляют жалобы на головные боли, часто с тошнотой и рвотой, головокружение, быструю утомляемость при умственной нагрузке, они стали раздражительными, вспыльчивыми, плаксивыми, на занятиях в школе не выдерживают полный учебный день. Учитывая выраженные церебрастенические расстройства, 3 детей из 6 выведены на домашнее обучение.

Кроме того, среди экзогенно-органических причин выделены тяжелые общие инфекционные болезни с выраженным нейротоксическим синдромом. Эти болезни дети перенесли до годовалого возраста, в том числе менингит. 5 детей в возрасте от 1 до 3 месяцев перенесли пневмонию, 1 ребенок в 6 месяцев фарингит с ларингоспазмом, асфиксией, 1 ребенок в 2 месяца перенес кишечную инфекцию, все находились в реанимации в тяжелом состоянии. В этой группе (10 детей) выделены 2 подгруппы: дети с резидуально-органическим поражением ЦНС, задержкой психического развития, общим недоразвитием речи и выраженным церебрастеническим синдромом (8 – 4,5 %); дети с резидуально-органическим поражением ЦНС с легкой УО (2 – 2,2 %). 5 детей с задержкой психического и речевого развития обучаются в массовой школе, 3 – в речевой школе, с учебной программой справляются удовлетворительно. Трудности испытывают в освоении русского языка.

У обучающихся в массовой школе детей в ранний период жизни наблюдалась задержка и в речевом развитии. Они посещали логопедическую группу детского сада, к началу учебы в школе речевое развитие у них компенсировалось. У 3 детей нарушения в речи более стойкие, поэтому они обучаются в речевой школе с занятиями у логопеда. При обследовании в экспериментальной части у них обнаружена неравномерность умственных достижений с потенциально сохранными интеллектуальными способностями, подвижностью, неусидчивостью, невнимательностью, быстрой истощаемостью психических процессов.

2 ребенка с резидуально-органическим поражением ЦНС экзогенного характера с легкой УО обучаются во вспомогательной школе, с программой обучения справляются посредственно, имеют упорядоченное поведение, достаточно общительны. Один из них в 3 месяца перенес псевдотуберкулез в тяжелой форме, другой в 6 месяцев – менингит. После этого у него до 2 лет наблюдались пароксизмальные

состояния с потерей сознания, получал противосудорожное лечение. Оба ребенка отставали в раннем психическом развитии. С программой общеобразовательной школы не справлялись, при обследовании выявлено недоразвитие интеллектуально-познавательной деятельности. Для дальнейшего обучения направлены во вспомогательную школу, с программой обучения справляются посредственно.

Выводы. Самая большая группа больных с ОЗМ – дети с задержкой психического развития (111 из 177) в сочетании с невротическими и психопатоподобными синдромами, церебрастениями. Наиболее тяжелым контингентом являются дети с УО (51 из 177), большинство из них имеют легкую степень, реже – умеренную и тяжелую. ОЗМ сопровождается в большинстве случаев сочетанной психической патологией. Психопатоподобный синдром с невротической симптоматикой (7 из 177 больных), имея ассоциированность с задержкой психического развития или с недоразвитием интеллекта разной степени тяжести, встречается чаще; церебрастенический синдром (11 больных) в сочетании с задержкой психического развития, недоразвитием интеллекта – у 90 больных. Почти у всех детей наблюдается (за редким исключением) гипердинамический синдром.

ГРУППОВЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ

Егорова Л. А., Быданова Е. С., Ширяева О. В.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Цель исследования. Тренировка коммуникативных способностей, ориентация пациентов на взаимодействие с социальной средой.

Материалы и методы. В исследование были включены 167 пациентов с различными формами психических заболеваний: заболевания шизофренического спектра – 136 человек; умственная отсталость – 10; органическое заболевание головного мозга – 21.

В неоднородные группы вошли пациенты с разными проблемами, нарушениями и диагнозами. Эти группы имеют достоинства и недостатки. С одной стороны, предлагают возможность ознакомиться с разными мнениями по поводу обсуждаемых проблем и увидеть различные формы поведения в определенной ситуации, дают возможность получить обратную связь от разных людей, поэтому дают больше возможностей для коррекции. С другой стороны, для получения ощутимых результатов групповой работы требуется больше времени.

Обсуждение. В нашей работе мы опирались на ранее разработанные программы психореабилитационной работы, предложенные А. Б. Холмогоровой, Н. Г. Гараняном, А. А. Дольниковой, А. Б. Шмуклером и др.

В настоящее время полноценное лечение психических заболеваний невозможно без комплексного терапевтического подхода с клинически обоснованным, гибким, зависящим от состояния больного взаимодействием основных методов биологического лечения и широкого спектра психосоциальных мероприятий. Нами была разработана программа Супервизия, включавшая психосоциальные вмешательства, разделяющиеся по следующим модальностям: индивидуальные и групповые подходы, основанные на поддержке сообщества подходы. В реализации психосоциальных мероприятий была задействована полипрофессиональная бригада специалистов, в которую входили заместитель главного врача, врач-психиатр, медицинский психолог, социальный работник. В своей работе мы придерживаемся общей гуманистической направленности – психически больного человека рассматриваем как страдающего, способного к борьбе с болезнью и сотрудничеству человеку.

В 2015 г. прошло 167 психореабилитационных занятий, с частотой 3 раза в неделю. Ежемесячно проводятся комиссии динамического наблюдения, в которых в составе заместителя главного врача, заведующего отделением, врача-психиатра, медицинского психолога решается вопрос о продолжении или прекращении психореабилитационной работы индивидуально в отношении каждого пациента. Заключение врачебной комиссии динамического наблюдения фиксируется в истории болезни пациента и журнале врачебной комиссии динамического наблюдения.

Задачи, которые мы ставим в начале работы с каждой группой пациентов, включают в себя: изменение эмоционального отношения к себе после заболевания; обучение приемам саморегуляции психического состояния; переориентировку «Я» с позиции бездействия на позицию взаимодействия с социальной средой; изменение отношения пациента к болезни, характеризуемое осознанием состояния своего здоровья, проявляющееся в уважении своей личности, представляющее возможность адаптации в семье и обществе. В процессе работы основной задачей является изменение эмоционального отношения к себе пациента, которое осуществляется со стороны группы на каждого из участников.

Каждое групповое занятие имеет несколько этапов работы.

1. *Разминка* – этап занятия, где участники настраиваются на групповую работу. Начинается с приветствия участниками друг друга.

2. *Основная часть.* Этот этап занятия нацелен на реализацию основной цели групповой работы – изменение эмоционального отношения пациента к своему заболеванию. Разработана специальная форма занятий, позволяющая обсудить разные жизненные ситуации, с которыми участникам группы приходится или приходилось встречаться. В психореабилитационной работе используются вспомогательные формы: тематические опросники, проективные рисунки, беседа, психогимнастические упражнения. Их цель – дать возможность участникам вербализовать свои чувства, эмоции, изложить свою точку зрения. Проективный рисунок (арттерапия) – изображение собственных ощущений и переживаний с помощью карандашей. В качестве темы предлагается упражнение «Моя болезнь», «Моя семья». Арттерапия помогает пациентам понять и осмыслить скрытые переживания и вербализовать их.

3. *Подведение итогов занятия.* Беседа участников группы и психолога на двух уровнях: эмоционально-смысловом (понравилось – не понравилось, было хорошо – было плохо и почему, что показалось самым важным и полезным); эмоционально-оценочном (как себя чувствуют здесь и сейчас, т. е. оценки своего эмоционального состояния).

Ритуал прощания способствует завершению занятия и укреплению чувства единства в группе.

Наибольший эффект данного вида работы был достигнут у пациентов, страдающих шизофренией. Улучшились навыки эмоциональной саморегуляции, коммуникации и умение воспроизведения основных групп эмоций, произошло расширение репертуара способов преодоления трудностей, на короткий срок была достигнута гармонизация отношений пациентов с социальным окружением, а также переориентировка поведения пациентов с позиции бездействия на взаимодействие с семьёй и обществом

Таким образом, полученные нами результаты отражают эффективность разработанной нами программы Супервизия состоит в предотвращении изоляции и аутизации, налаживании коммуникаций посредством оптимизации общения, решения текущих жизненных проблем, приобретения навыков адекватного выражения чувств, тренировки адекватных форм межличностного общения и социального поведения. В результате восстанавливаются нарушенные вследствие болезни социальные контакты, что в конечном итоге способствует профилактике обострений и госпитализаций, социальной реабилитации с последующей интеграцией больных в общество.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ И НАРУШЕНИЯМИ КОММУНИКАЦИИ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Елтышева Н. В.

**Красноярск, КГБУЗ Красноярский краевой
психоневрологический диспансер № 1**

Актуальность темы. Аутизм, или расстройства аутистического спектра, в последнее время привлекают все большее внимание специалистов различного профиля. Такой интерес вызван, с одной стороны, достижениями в области его клинического изучения, с другой – неотложностью и сложностью практических вопросов терапии и коррекции. Несмотря на то что аутизм имеет широкий спектр проявлений, основные симптомы являются общими: это желание уйти от контакта, экстремальное одиночество, стремление к навязчивым стереотипным формам поведения. Отмечаются также необычное речевое развитие, вычурность движений, неадекватная реакция на сенсорные раздражители.

Однако наиболее ярко проявляются при расстройствах аутистического спектра такие особенности, как отгороженность от других людей и от мира в целом из-за особой ранимости и неумелости таких детей осуществить контакт. Аутичные дети не умеют вступать в контакт, общаться, у них присутствует боязнь взглянуть в лицо человека. Потребность в общении у аутичных детей есть, но сама реализация этой потребности затруднена и искажена. Аутичный ребенок стремится быть «рядом» с другими, а не «вместе» с другими. Стереотипное поведение у этих детей связано с их тревожностью и ранимостью, из-за которых у них возникает много страхов, поэтому они стремятся сохранить неизменным, предсказуемым, устойчивым мир вокруг себя: хотят ходить одним и тем же привычным маршрутом, есть одну и ту же привычную пищу, носить одну и ту же привычную одежду, видеть вокруг себя одних и тех же людей, получать одни и те же впечатления. Так как у аутичных детей нарушена способность к общению, то у них вызывают трудности все аспекты жизни, которые связаны с общением, с взаимодействием между людьми, с эмоциями.

Таким образом, мы можем выделить, что основными нарушениями социализации детей с расстройствами аутистического спектра являются нарушения общения и коммуникации и повышенная тревожность.

Обсуждение. Анализируя наш многолетний практический опыт работы в качестве медицинского психолога в детской амбулаторной службе Красноярского краевого психоневрологического диспансера, следует отметить, что в настоящее время увеличилось число тревожных детей, отличающихся повышенным беспокойством, неуверенностью, эмоциональной неустойчивостью и трудностями коммуникации среди популяции детского населения, не имеющей выраженных отклонений в психическом развитии. Об этом свидетельствуют участвовавшие обращения родителей за консультацией к специалистам нашего диспансера – детскому психиатру, медицинскому психологу. Для осуществления психореабилитационной помощи нами разработаны и проводятся с 2007 г. психокоррекционные программы для детей старшего дошкольного и младшего школьного возрастов, направленные на снижение уровня общей тревожности, улучшение взаимодействия с окружающими, развитие навыков коммуникации. В течение последних 2 лет мы имеем опыт включения в такие коррекционные группы детей с расстройствами аутистического спектра.

Коррекционная работа с детьми с тревожными нарушениями проводится в трех основных направлениях: во-первых, по повышению самооценки ребенка; во-вторых, по обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения; в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка. С решением данных задач разрешается ещё одно немаловажное направление – улучшение взаимоотношений в группе сверстников и улучшение межличностных отношений в микросоциуме.

На первом этапе формируются группы детей, которые включаются в коррекционную программу на основании обращений родителей и педагогов, а также направления участкового психиатра и углубленного психологического обследования.

Первая возрастная группа состоит из детей 6—8 лет – дети, идущие в 1-й класс и учащиеся 1—2-х классов общеобразовательных школ. Ко второй возрастной группе отнесены дети 9—11 лет (учащиеся 3—5-х классов общеобразовательных школ). Количественный состав группы 5—6 пар (10—12 человек). Продолжительность каждой встречи в среднем 50—60 минут. Курс занятий состоит из 10 встреч, 2 занятия в неделю.

В каждую группу включали не более одного ребенка с расстройствами аутистического спектра, соответствующего группе возраста, которые обучаются по общеобразовательной или коррекционной программам (VII—VIII видов), так же они могут находиться на индивидуальном или домашнем обучении.

Для выявления факторов тревожности и трудностей коммуникации при психологическом обследовании нами используются следующие методики: тест тревожности, предложенный Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен и адаптированный В. М. Астаповым (1992), шкала явной тревожности СМАС, адаптированная А. М. Прихожан (1994), адаптированный модифицированный вариант детского личностного опросника Р. Кеттела (1985), детский тест «рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга в адаптации Е. Е. Даниловой (1992).

В результате психологического обследования в группы отбираются дети, имеющие выше среднего и высокий уровни тревожности (тест тревожности), несколько/явно повышенную/очень высокую тревожность (шкала СМАС), формирование личности по шизотимическому, гипотимическому, сенситивному, невротическому типам (по факторам А, I, O, Q4 по опроснику Кеттела), преобладание интрапунитивных форм поведения, склонность к самозащитным реакциям, отклонение от нормативных значений показателя GCR (индекс социальной адаптации) в тесте Розенцвейга. У детей с аутистическими нарушениями выявляется явно повышенная/очень высокая тревожность – 85 %, формирование личности по шизотимическому или гипотимическому типу (факторы А, O) – 71 %, склонность к самозащитным реакциям – 85 %, отклонение от нормативных значений показателя GCR – 57 %.

Целью нашей коррекционной программы является психологическая поддержка детей, имеющих признаки эмоционального неблагополучия, трудности взаимодействия с окружающими. Задачами программы являются снижение тревожности, усиление «Я» ребенка, актуализация чувства страха, повышение психического тонуса ребёнка, осуществление контроля над объектом страха, повышение уверенности в себе, улучшение навыков позитивного взаимодействия с окружающими.

Основными направлениями нашей психокоррекционной работы являются: развитие основных новообразований, способствующих успешности ребенка, воспитание правильного отношения ребенка к результатам своей деятельности и деятельности других детей, умение правильно оценивать как свои, так и чужие результаты, не бояться ошибок; расширение и обогащение навыков общения со взрослыми и сверстниками, развитие адекватного отношения к оценкам и мнениям со стороны других людей. В реализации последнего направления особое внимание мы уделяем формированию игровых навыков и умений детей, что очень важно для улучшения отношения ребенка в среде сверстников, для обогащения и расширения его способов реализации потребности в общении, повышения его «информационной ценности» в глазах других детей и взрослых.

Эффективность включения детей с расстройствами аутистического спектра в процесс групповых психокоррекционных занятий оценивалась посредством получения обратной связи от родителей на консультациях после курса занятий, а также при помощи следящей диагностики, проводимой через месяц после окончания занятий: 75 % родителей отметили положительные изменения в коммуникации детей со сверстниками, уменьшение стереотипий в поведении, что может указывать на снижение уровня тревожности в целом.

По результатам следящей диагностики следует отметить, что уровень тревожности у детей с расстройствами аутистического спектра по шкале СМАС снижается до несколько повышенного в 57 % случаев, снижается число самозащитных реакций в 43 % случаев (тест Розенцвейга), нормализуется показатель GCR в 75 % случаев (тест Розенцвейга). Неизменными остаются типы формирования личности – шизотимический или гипотимический (факторы А, О по опроснику Кеттела), что свидетельствует об устойчивых личностных изменениях у детей с аутистическими нарушениями.

Выводы. Таким образом, включение детей с расстройствами аутистического спектра в групповые психокоррекционные занятия для детей без выраженных нарушений развития, но с трудностями коммуникации и повышенным уровнем тревожности способствует улучшению их социализации и взаимодействию с окружающими миром.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ

**Зарубина Н. Г., Бакеева Е. Г., Зорохович И. И.,
Люлина И. Л., Лопатин А. А.**

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

Актуальность темы исследования. Каждый год синтезируются сотни новых легальных «дизайнерских» наркотиков, оборот которых не контролируется. Данная тенденция может привести к возникновению наркоманической эпидемии, что создает серьезную угрозу общественной безопасности. На нелегальном рынке новых синтетических психоактивных веществ (ПАВ) синтетические каннабиноиды (СК) постепенно завоевывают «лидирующие» позиции. В продаже курительные смеси появились в 2004 г.

При курении смесей проявлялся каннабиноидно-подобный психоэффект, хотя они и не содержали ни $\Delta 9$ -тетрагидроканнабинола (ТНС) (психоактивного компонента конопли), ни других психоактивных соединений. В продаваемых смесях были найдены три новых синтетических компонента – JWH-073, CP47497, HU-210. Все соединения, обнаруженные при первоначальных исследованиях, были синтезированы ранее в процессе работ по поиску фармакологических заменителей ТНС, обладающих минимальным психоактивными характеристиками, а также при исследовании фармакологии и биохимии каннабиноидов.

К настоящему времени синтезировано значительное число высокоактивных каннабимиметиков, структуры которых в большинстве случаев кардинально отличаются как от эндоканнабиноида анандамида, так и от самого $\Delta 9$ -тетрагидроканнабинола.

Согласно классификации независимого экспертного органа АСМД (Advisory Council on the Misuse of Drugs, United Kingdom), синтетические каннабимиметики делятся на 7 групп в соответствии со структурными особенностями: нафтоиндолы, нафтоилпирролы, нафтилметилинды, нафтилметилинды, фенилацетилинды (бензоиндолы), циклогексилфенолы и дибензопираны (классические каннабиноиды). Объединяющей фармакологической особенностью каннабимиметиков является их способность связываться с каннабиноидными рецепторами CB1 и CB2. Рецептор CB1 расположен преимущественно в ЦНС и участвует в механизме формирования эмоций и болевых ощущений; второй (периферический) рецептор CB2 сосредоточен, в основном, на гематопозитических клетках и Т-клетках иммунной системы.

Биологическая активность СК изучена недостаточно, особенно их аддиктивный потенциал. Более определенно можно судить об их сродстве к CB1- и CB2-рецепторам. Большинство обнаруженных к настоящему времени СК обладает высоким аффинитетом к CB1-рецепторам, многократно превосходящим таковой для $\Delta 9$ -тетрагидроканнабинола.

До 2012—2013 гг. СК продавались на нелегальном рынке в составе сухой рассыпчатой травяной смеси, употребляемой путем курения через папиросу, стеклянную трубочку, пластиковую бутылку. С 2013 г. распространена продажа описываемых агентов в виде кристаллов белого порошка, называемых на языке потребителей «реагент» или «реактив», растворяемых в органических растворителях. Полученным составом опрыскивается нейтральная высушенная травяная смесь (мяты, ромашки), которая и употребляется путем курения. Употребление синтетических ПАВ может приводить к острой интоксикации, развитию зависимости, передозировкам, вызывать преходящие психотические нарушения.

Острые проявления воздействия СК сходны с эффектами каннабиса. Описания клинической картины воздействия каннабимиметиков включают беспокойство, возбуждение, параноидальные явления, тахикардию, гипертензию. Вещества хорошо проникают через ГЭБ, как правило, лишены функциональных групп, способных принимать участие во второй фазе метаболизма (т. е. образовывать конъюгаты). Поэтому важнейшей фармакологической особенностью таких каннабимиметиков является их почти полный метаболизм, который в первой фазе обычно заключается в формировании подобных групп на разных остатках молекулы. Концентрация метаболитов серии JWH в моче достигает максимума в порциях мочи, отобранных после 4—6 часов приёма, и снижается примерно в 5—10 раз в последующих порциях.

Клиническими особенностями употребления СК, отличающимися от употребления каннабиноидов растительного происхождения, являются короткий срок формирования синдрома зависимости в виде утраты количественного и ситуационного контроля и формирования компульсивного (одержимого) влечения, быстрый рост толерантности, быстрый рост разовой и суточной доз.

Успешному распространению СК на рынке наркотических средств в значительной степени способствуют как сравнительная простота их синтеза, так и отсутствие возможности лабораторной диагностики факта приёма доступными методами иммунохимии.

О росте распространенности употребления «дизайнерских» наркотиков в Кемерово можно судить по количеству обнаружения новых производных СК при проведении химико-токсикологических исследований. Выявление потребителей наркотических и психотропных веществ в ГБУЗ КО КОКНД повышается в связи с приобретением и установкой нового оборудования и внедрением новых методик для химико-токсикологического исследования.

Обсуждение. В химико-токсикологической лаборатории (ХТЛ) ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» новые виды ПАВ определяются методом ГХ-МС. Сложность заключается в том, что состояние опьянения способны вызывать сверхмалые дозы вещества, следовательно, выявляемость находится в прямой зависимости от чувствительности метода. В декабре 2013 г. в лаборатории при ГБУЗ КО КОКНД была поставлена методика обнаружения синтетических каннабимиметиков в моче. В период с января по декабрь 2014 г. сотрудниками ХТЛ были обнаружены некоторые виды синтетических каннабимиметиков, а именно:

1. N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-(5-фторпентил)-1H-индазол-3-карбоксамид(AB-PINACA-F).

2. N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-(4-фторфенилметил)-1H-индазол-3-карбоксамид (AB-FUBINACA).
3. Хиолин-8-ил-1-(5 фторпентил)-1H-индол-3-карбоксилат (PB-22-F).
4. Хиолин-8-ил-1-пентил-1H-индол-3-карбоксилат (PB-22).
5. N-1-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-пентил-1H-индазол-3-карбоксамид (AB-PINACA).
6. N-1-(1-карбамоил-2,2-диметилпропил)-1-пентил-1H-индазол-3-карбоксамид (ADB-PINACA);
7. N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-(циклогексилметил)-1H-индазол-3-карбоксамид-(AB-PINACA-CHM) – производное N-(1-карбамоил-2-метилпропил)-1-пентил-1H-индазол-3-карбоксамид.
8. 1-пентил-1H-индол-3-ил)(2,2,3,4-тетраметилциклопропанкарбонил)-1H-индол; 9.2-(1-(5фторпентил)-1H-индазол-3-карбоксамидо)-3-метилбутаноат (MMB(N)-2201).

Обнаружение перечисленных СК позволило подтвердить состояния опьянения и привлечь потребителей ПАВ к административной, дисциплинарной и иной ответственности, предусмотренной действующим законодательством РФ.

Одним из распространенных видов медицинского вмешательства в наркологии, направленных на раннее выявление лиц, склонных к употреблению наркотических средств, считается медицинское освидетельствование на состояние опьянения. В Кемерове медицинское освидетельствование осуществляют кабинеты медицинского освидетельствования на состояние опьянения (далее – кабинеты), являющиеся структурным подразделением ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ КО КОКНД). За период 2014—2015 гг. в кабинетах было освидетельствовано 12293 человека. Лица, подвергшиеся освидетельствованию, доставлялись сотрудниками ГИБДД (18,5 %), сотрудниками правоохранительных органов (51,8 %), в том числе УФСКН (16,7 %), руководителями предприятий (2,9 %) и обращались самостоятельно (26,8 %). В результате освидетельствования состояние опьянения было установлено 6616 гражданам, что составило 53,8 % от общего числа освидетельствованных.

При этом лица, управляющие транспортом в состоянии опьянения, составили 16,7 %, лица, задержанные сотрудниками правоохранительных органов, в том числе УФСКН, в связи с привлечением к административной ответственности по статьям 6.9, 20.20, 20.21 Кодекса РФ об административных правонарушениях – 79,6 %, работники предприятий, находившиеся на работе в состоянии опьянения, – 1,3 %, лица, обратившиеся самостоятельно, – 2,4 %.

По данным кабинетов медицинского наркологического освидетельствования, количество заключений о состоянии опьянения в результате употребления синтетических наркотических средств от общего количества выявленных в состоянии опьянения составило: в 2014 г. – 25,6 %, из них СК – 6,5 %, синтетическими психостимуляторами – 19,5 %, в 2015 г. – 48,6 %, из них СК – 21 %, синтетическими психостимуляторами – 27,6 %. Число освидетельствованных лиц, у которых подтверждено наличие психоактивных веществ, в 2015 г. увеличилось на 22 % (из них СК – на 14,5 %). В первую очередь повышение связано с выявлением потребителей СК и синтетических психостимуляторов благодаря внедрению методик определения новых синтетических наркотиков. Кроме того, по данным ХТЛ количество исследований, проводимых с целью обнаружения СК, увеличилось почти в 3 раза – с 457 в 2014 г. до 1549 в 2015 г.

Выводы. Как видно из представленных выше данных, в течение последних 2 лет в Кемерове наблюдается увеличение количества потребителей синтетических наркотических средств. Всем лицам с установленным состоянием опьянения было рекомендовано профилактическое наркологическое наблюдение с проведением им комплекса мероприятий вторичной профилактики, направленного на полное прекращение дальнейшей алкоголизации и наркотизации и восстановление личностного и социального статусов.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ, У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ И ГОРНО-РУДНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Зорохович И. И., Зарубина Н. Г., Люлина И. Л., Лопатин А. А.

Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»

Актуальность темы. Ключевое место в экономике Кемеровской области занимает угольная промышленность. Суммарная производительная мощность угледобывающих предприятий Кузбасса составляет 210 млн тонн угля в год. Все шахты Кузнецкого бассейна, на которых осуществляется добыча угля подземным способом, относятся к категории опасных и особо опасных по внезапным выбросам газа метана и угольной пыли. Нарушения правил техники безопасности при подземных работах нередко приводят к чрезвычайным происшествиям

с человеческим жертвами и разрушениями производственной структуры, негативно влияя на развитие социально-экономической, общественно-политической и экологической обстановки в Кузбассе.

Обсуждение. С целью установления распространенности среди горняков лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами (ПАВ) или имеющих зависимость от ПАВ, с 2005 г. на угольных предприятиях Кузбасса началось проведение операции «Забой». Операция проводилась сотрудниками областной наркологической службы совместно с региональным управлением госнаркоконтроля по Кемеровской области. Необходимость проведения операции «Забой» была продиктована высокой аварийностью шахтного производства (за период с 1995 г. по 2005 г. произошло 29 аварий, на которых погибло 233 человека), учетными сведениями по наркологии (3 % работающих состояли на учете у нарколога) и несовершенством законодательства.

Методом сплошного массива были обследованы работники, занятые в сфере угледобывающего производства. Первым этапом исследования была проверка сведений об обследуемых по базе данных «Информационная система наркологической службы Кемеровской области». Вторым этапом явилось проведение скринингового предсменного и послесменного обследования всех шахтеров на наличие в организме ПАВ (опиатов, каннабиноидов, психостимуляторов, алкоголя) при помощи алкометров и экспресс-тестов. Третьим этапом было проведение медицинского наркологического освидетельствования и комиссионное решение вопросов допуска к работе в опасных условиях работников с признаками употребления психоактивных веществ и состояний опьянения.

Исследования, проведенные в 2005 г. на 34 кузбасских шахтах, показали, что среди подземных рабочих употребление ПАВ и алкоголя является одной из актуальных проблем, и ее решение могло бы обеспечить большую безопасность труда горняков (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение работников угледобывающих предприятий Кузбасса, имеющих наркологические расстройства и находящихся в состоянии опьянения во время рейдов наркологического контроля в 2005 г.

Численность работающих	Количество состоящих на учете у нарколога			Количество осматриваемых	Количество выявленных в состоянии опьянения		
	Всего	Алкоголизм	Наркомания		Всего	Алкогольное опьянение	Наркотическое опьянение
30345 100 %	637 2,1 %	443 1,22 %	194 0,53 %	31551 100 %	488 1,55 %	86 0,27 %	402 1,27 %

Поэтому выявление лиц, употребляющих алкоголь, наркотические средства, психотропные вещества и другие токсиканты и находящихся в состоянии опьянения в предсменных и послесменных периодах, становится необходимым.

В то же время действующим в 2005 г. законодательством не было предусмотрено обязательное проведение предсменных осмотров, в том числе наркологических, лиц, занятых на производствах с опасными условиями труда, а также участие врача-нарколога в предварительных и периодических медицинских осмотрах работников угольной промышленности. Чтобы сделать это обязательным для работодателя, необходимо было введение соответствующих изменений в трудовое законодательство работников, занятых на тяжелых и опасных работах.

В связи с этим в Кемеровской области в 2006–2007 гг. были приняты областные законы от 17.01.2006 г. № 7-ОЗ «О мерах по выявлению на территориях угледобывающих и горно-рудных предприятий лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения» и от 30.05.2007 г. № 61-ОЗ «Об усилении ответственности за нарушение условий безопасности и охраны труда в организациях угольной промышленности». Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области в соответствии с данными законами подготовлены «Методические рекомендации по выявлению лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, на территориях угледобывающих и горно-рудных предприятий».

При реализации данных региональных законов угледобывающие и горно-рудные предприятия в обязательном порядке организуют выявление лиц, употребляющих ПАВ и находящихся в состоянии опьянения, путем проведения предсменных проверок, предсменных медицинских осмотров, рейдов наркологического контроля со специалистами наркологами. За период 2005—2015 гг. областной наркологической службой совместно с УФСКН по Кемеровской области обследовано 100 730 работников 148 шахт и угледобывающих предприятий. Число прошедших осмотр составило 90081, из них в состоянии опьянения выявлено 711, причем более 75 % – в наркотическом опьянении.

Изучена эффективность мероприятий по выявлению на угольных предприятиях лиц, употребляющих ПАВ и находящихся в состоянии опьянения. При систематическом проведении рейдов наркологического контроля число состоящих на учете у наркологов горняков снизилось в 2,8 раза (с 210 на 10 тысяч населения в 2005 г. до 76 в 2008 г.), число выявленных в состоянии опьянения – в 6,2 раза (со 155 на 10 тысяч населения в 2005 г. до 25 в 2008 г.). При этом число лиц, выявленных в состоянии наркотического опьянения, уменьшилось почти в 8 раз.

В периоды без проведения рейдов (2009—2013 гг.) отмечается рост числа лиц, работающих на угольных предприятиях и состоящих на учете у нарколога, в 1,5–2 раза. Работники угледобывающих и горно-рудных предприятий с выявленными во время проведения рейдов признаками наркологических расстройств направлялись в территориальные специализированные наркологические организации и подразделения для оказания лечебно-реабилитационной помощи, а вопросы допуска к работе в опасных условиях решались индивидуально для каждого работника врачебной комиссией.

Кроме того, во время рейдов наркологического контроля наркологическая служба Кемеровской области осуществляет организационно-методическую помощь медицинским работникам здравпунктов угольных и горно-рудных предприятий Кузбасса по вопросам проведения предсменных и послесменных медицинских осмотров лиц, занятых на опасных работах, а также вопросам диагностики признаков употребления и состояний опьянения, вызванных приемом различных психоактивных веществ. За период 2005—2015 гг. было подготовлено более 1,5 тысяч медицинских работников здравпунктов шахт, разрезов, ЦОФ и других угледобывающих и горно-рудных предприятий.

На сегодняшний день проведение рейдов наркологического контроля приобретает особую актуальность в связи с ростом потребления синтетических наркотиков. Анализ изъятий из незаконного оборота наркотических средств правоохранительными органами области свидетельствует о расширении в Кузбассе спектра синтетических наркотических средств, в основном за счет «дизайнерских» наркотиков.

В России дизайнерские наркотики, в частности синтетические каннабиноиды, примерно с 2005 г. и до настоящего времени позиционируются как «курительные смеси», «курительные миксы», «благовония», «ароматические смеси», «специи» и «пряности». Распространённым названием для дизайнерских наркотиков, выпускаемых в виде порошков, стали «соли для ванн», «легальные порошки» и просто «соли».

В январе 2009 г. исследователи из Фрайбургского университета (Германия) выяснили, что активным веществом самого на тот момент популярного бренда «курительных смесей» Spice является синтетический каннабиноид *CP 47,497*. До этого времени производители заявляли, что эффект курительных смесей вызывают натуральные компоненты – пустырник, клевер, шалфей и т. п., тем самым вводя в заблуждение потребителей. До проведения экспертиз содержание в смесях синтетических компонентов скрывалось.

После того как был раскрыт главный действующий компонент смесей, по всему миру стали приниматься законодательные меры, ограничивающие оборот синтетических каннабиноидов. В апреле 2009 г. вышло постановление главного государственного санитарного врача России о запрете оборота ряда курительных смесей и ароматизаторов из-за содержания в их составе ядовитых веществ [21]. В декабре 2009 г. JWH-018 и ряд других синтетических каннабиноидов внесены в список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в Российской Федерации запрещён. В дальнейшем правительством были запрещены и другие синтетические каннабиноиды: JWH-250, JWH, RCS-4, RCS-8, ur-144.

К 2009 г. на российский рынок легальных наркотиков начинают поступать всевозможные дизайнерские наркотики группы стимуляторов и энтактогенов. Несмотря на обилие бренд-неймов, в состав новых дизайнерских наркотиков китайского и европейского производства чаще всего входили такие вещества, как 4-ММС (мефедрон), 5-APB, метилон, МДПВ, смешанные в различных пропорциях со вспомогательными веществами. Распространялись эти препараты в основном с помощью интернета. На сегодняшний день на территории Кемеровской области отмечается тенденция замещения традиционных наркотиков (героина) на дизайнерские, причем не только в крупных населенных пунктах, но и в малых городах и поселках. Доступность дизайнерских наркотиков обусловлена современной глобальной информатизацией общества, развитием информационно-коммуникационных технологий, все большим распространением электронной наркоторговли, представляющей собой интерактивный канал сбыта наркотиков, электронных платежных средств и систем, а также достаточно высоким уровнем доходов населения Кузбасса. Практически весь объем поставляемых синтетических наркотиков приходится на международные почтовые отправления из Китая и стран Европы.

Стандартными иммунохроматографическими тестами на наркотические средства синтетические наркотики (синтетические каннабиноиды, синтетические психостимуляторы) не определяются. Употребление синтетических наркотиков возможно подтвердить только после получения результатов химико-токсикологических исследований.

В Кемеровской области выявление потребителей наркотических и психотропных веществ повышается в связи с приобретением и установкой нового оборудования и внедрением новых методик для химико-токсикологического исследования. В химико-токсикологической лаборатории ГБУЗ КО Кемеровский ОКНД новые виды ПАВ с 2014 г. определяются методом ГХ-МС.

С целью недопущения появления на предприятиях угольной промышленности лиц, употребляющих ПАВ (в том числе синтетические наркотики) и находящихся в состоянии опьянения, на территории Кемеровской области за период 2014—2015 гг. сотрудники ГБУЗ КО КОКНД приняли участие в проведении рейдов наркологического контроля на 30 угледобывающих предприятиях Кузбасса (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Распределение работников угледобывающих предприятий Кузбасса с наркологические расстройства и находящихся в состоянии опьянения во время рейдов наркологического контроля в 2014—2015 гг.

Год	Численность работающих	Количество состоящих на учете у нарколога			Количество осмотренных	Количество выявленных в состоянии опьянения		
		Всего	Алкоголизм	Наркомания		Всего	Алкогольное опьянение	Наркотическое опьянение
2014г.	13702 100 %	427 3,12 %	279 2,04 %	158 1,15 %	12774 100 %	18 0,14 %	3 0,02 %	15 0,12 %
2015г.	6864 100 %	211 3,07 %	126 1,83 %	85 1,24 %	4470 100 %	2 0,04 %	1 0,02 %	1 0,02 %
Итого:	20566 100 %	638 3,1 %	405 1,9 %	243 1,2 %	17244 100 %	20 0,11 %	4 0,02 %	16 0,09 %

Число прошедших осмотр работников угледобывающих предприятий составило 17244, из них в состоянии опьянения выявлено 20 %, 80 % – в наркотическом опьянении. За период 2014—2015 гг. произошло снижение выявленных в состоянии наркотического опьянения на 30 %. Выявление на раннем этапе лиц, потребляющих наркотические средства, позволяет обеспечить безопасность труда работников угледобывающих и горно-рудных предприятий Кузбасса, предотвратить рост заболеваемости наркоманиями, получать более высокие результаты по возвращению выявляемых лиц в социум.

Выводы. Таким образом, проведение рейдов наркологического контроля можно рассматривать как один из этапов предупредительно-профилактических мероприятий, направленных на выявление и устранение предпосылок к чрезвычайным происшествиям, обусловленным допуском наркозависимых лиц к работе на техногенно опасных предприятиях, как составную часть антинаркотической деятельности на территории Кузбасса.

«ПУТЬ К СЕБЕ» – ПРОГРАММА ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ

Итерман А. Э., Прокофьева И. С., Зорохович И. И.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

Актуальность темы. Необходимость ведения работы по преодолению созависимого поведения обусловлена неблагоприятной картиной наркологических заболеваний и поведенческих расстройств в России. Современный подход к решению проблемы злоупотребления психоактивными веществами предполагает значимость работы с лицами, находящимися в контакте с зависимыми людьми.

Еще около 50 лет назад в научной литературе были описаны реакции семьи на алкоголизм – это серия адаптационных реакций, соответствующих прогрессированию заболевания. Появился термин «ко-алкоголизм», которым обозначали состояние родственников. Позднее это явление стали называть созависимостью. Созависимость может возникать не только при алкоголизме, наркомании, игромании одного из членов семьи, но и при любом другом хроническом стрессогенном событии. Например, Д. Меуер отмечал: «...похоже, что созависимость может существовать независимо от алкоголизма и отражает глобальную тенденцию фокусироваться на внешнем окружении ценой утраты контакта с внутренними процессами».

Часто основным механизмом защиты семьи является отрицание аддикции, ее масштабов, тяжести, последствий и важности для жизни семьи. Е. В. Isaacson описала три основных правила, принятых в семьях больных зависимостью: 1) «не доверяй» – это правило вытекает из непостоянства семейной жизни и невозможности предвидеть будущее; 2) «не чувствуй» – в семьях происходит подавление чувств – и гнева, и радости; 3) «не говори» – это правило требует держать в «секрете» все, что связано с аддикцией в семье.

У членов семьи имеются трудности в выражении эмоций и достижении душевной близости. Основными переживаемыми чувствами, хотя и не всегда выражаемыми, являются гнев, стыд, вина и подавленность. Результат этого – плохие навыки коммуникации, семейные конфликты, «перекручивание» ролей (например, когда дети играют роль родителей, заботясь о семейной жизни, а родители выступают в роли детей, то есть являются объектом заботы со стороны детей). Наблюдается низкий уровень семейной компетентности и семейной сплоченности.

Больной с зависимостью от психоактивных веществ живет в отклоняющейся от нормы окружающей среде. Члены семьи разобщены, не вникают в интересы и дела друг друга, либо их отношения запутаны, основаны на нездоровых правилах. В таких семьях невозможно сохранение здоровья трезво живущих их членов.

Лечение созависимости, которое сводится к выбору правильного бескомпромиссного пути, должно проводиться параллельно с лечением зависимости или еще до того, как началось лечение зависимого. Ведь от того, насколько успешно будет действовать созависимый, настолько успешно пройдет лечение зависимого человека.

Обсуждение. Разработанная стационарным наркологическим отделением ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» программа преодоления созависимости внедрена в лечебный процесс и включает следующие разделы: 1) образование по вопросам семьи, 2) образование по вопросам зависимости и созависимости, 3) освоение навыков здоровых взаимоотношений в семье на основе уважения других, 4) научение способам отреагирования чувств, выражения любви к детям и другим членам семьи. Программа предусматривает лекции, индивидуальное консультирование, семейное консультирование с составлением фрагмента родословной (генеграммы), индивидуальную и групповую психотерапию. Практикуется ведение дневников, выполнение домашних заданий, чтение рекомендованной литературы.

Цель программы: содействие в познании созависимыми своих индивидуальных особенностей, выработке личностных ресурсов и стратегий поведения на пути к независимости, помощь созависимым людям в изменении своей жизни, обучении более эффективным стратегиям взаимоотношений с окружающими, с зависимыми.

Задачи программы: 1) дать психологические знания о проблемах зависимости и созависимости, их причинах и последствиях; 2) сформировать представления о том, что поступки в результате нездоровых эмоциональных состояний одного могут стать причиной деструктивных действий всех членов семьи; 3) помочь в осознании мотивов созависимого поведения (формирование мотивации на работу в программе, на понимание важности и сложности проблемы созависимости и химической зависимости); 4) изменить локус контроля поступков с другого на себя; 5) произвести коррекцию эмоциональной сферы через осознание и адекватное выражение собственных чувств, понимание влияния эмоционального состояния на отношения в семье; 6) ознакомить с рациональными стилями жизни и эффективными стратегиями поведения.

Содержание программы направлено на развитие следующих аспектов личности.

Мотивационно-смысловой. Во многих мероприятиях, проводимых в рамках программы, участники ставятся в ситуацию выбора. В работах Л. А. Петровской показано, что продуктивный выбор принципиально предполагает ориентацию человека на собственный потенциал. Расширение сферы осознания самого себя, своих мотивов, стремлений, смыслов и ценностей, по ее мнению, – наиболее существенная предпосылка достижения самоактуализации и самореализации. Поэтому в программу включены занятия на самопознание.

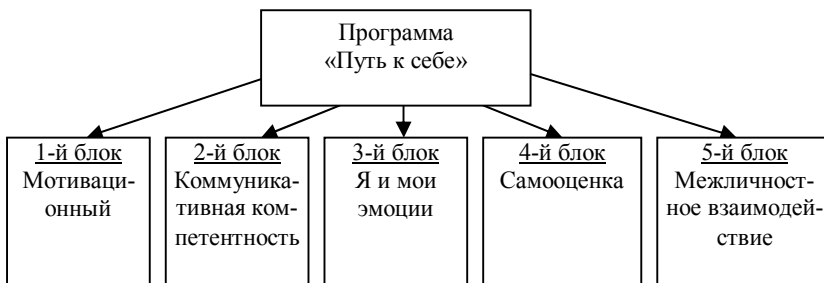
Когнитивный. Программа включает в себя задания, способствующие преодолению стереотипных представлений о других людях, позволяющих взглянуть иначе на определенную ситуацию.

Коммуникативный. Программа включает субъект-субъектные формы воздействия, так как именно они соответствуют ведущим сторонам социального поведения и социальных отношений.

Аффективно-волевой. Развитие личности созависимого невозможно без совершенствования его эмоциональной сферы.

Для личности важно не только знать специфику своих эмоциональных переживаний, но и владеть их регуляцией.

Структура программы. Программа включает несколько блоков.



Блок «Мотивационный». Цель действия: изменение деструктивных проявлений в семье. Ведется работа по осознанию личностью ее созависимых проявлений, проводится диагностика семейной системы, формируется желание изменить собственное поведение и конфликтную семейную ситуацию.

Блок «Коммуникативная компетентность». Целями являются формирование коммуникативной социальной компетентности, мобилизация личностных ресурсов и обучение адаптивным копинг-навыкам.

Блок «Я и мои эмоции». Целью является развитие эмоциональной сферы.

Блок «Самооценка». Цель – формирование представлений о себе, осознание своей роли в социуме.

Блок «Межличностное взаимодействие». Цель – помочь в упорядочивании социальных связей, приобретении навыков понимания себя и окружающих для достижения лучших взаимоотношений и гармонии с другими людьми.

Выводы. В результате освоения программы созависимые смогут понять причины развития своей болезни; устранить препятствия, которые привели их к созависимости; лучше познать себя и свои возможные реакции в различных ситуациях, чтобы можно было чувствовать себя более свободно и делать лучший выбор; приобрести навык эффективного управления собственной жизнью.

КОМОРБИДНАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У НЕТРУДОСПОСОБНЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кадачegov А. С., Березовская М. А.

Красноярск, ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Актуальность исследования. В настоящее время не выработано единого мнения об этиологии и патогенезе шизофрении. Известно, что это мультифакториальное заболевание, на развитие которого влияют как биологические, так и психосоциальные факторы. Среди больных шизофренией чаще, чем в общей популяции населения, встречаются симптомы соматических заболеваний. Последние годы отмечается тенденция к увеличению среди этих пациентов доли больных с сопутствующей соматической патологией. Наличие соматических заболеваний является предпосылкой для образования группы труднокурабельных больных, которые лечатся часто, длительно, недостаточно эффективно. Более того, присоединение какого-либо соматического заболевания к текущему шизофреническому процессу часто декомпенсирует состояние больного и приводит к рецидиву.

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

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

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

Статистически значимым оказалось различие частоты гипертонической болезни у больных параноидной шизофренией: в группе трудоспособных больных она была диагностирована в 10 случаях, в группе пациентов, имеющих инвалидность, – у 28 больных ($p<0,05$). Различия в частоте встречаемости других заболеваний внутренних органов (болезней желудочно-кишечного тракта, дыхательной и выделительной систем, а также сахарного диабета) статистической значимости не имели. Зато выявлены значимые различия у больных, имеющих два и более сопутствующих соматических заболевания. Чаще других встречались сочетания желудочно-кишечных заболеваний (хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит) с гипертонической болезнью или болезнями почек (мочекаменная болезнь и хронический пиелонефрит), реже – болезни органов пищеварения и легких (хронический бронхит). Отмечены единичные случаи сочетания заболевания желудочно-кишечного тракта и хронического бронхита, сахарного диабета и пиелонефрита, атеросклероза и мочекаменной болезни. У 2 пациентов было диагностировано одновременно 4 коморбидных заболевания, протекающих атипично, с минимальной выраженностью соматических симптомов (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронический гастрит, хронический пиелонефрит). Среди больных с инвалидностью пациентов с 2 и более сопутствующими заболеваниями оказалось 26 человек, в группе трудоспособных пациентов – 9 ($p<0,05$).

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

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

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТАЗОЛАМИДА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ

Казенных Т. В., Гребенюк О. В.

Томск, НИИ психического здоровья

Томск, ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ Минздрава России

Актуальность темы. Достигнутые в последние десятилетия успехи в лечении эпилепсий связаны с применением новейших антиэпилептических препаратов (АЭП) и разработкой дифференцированных терапевтических схем, позволяющих добиться прекращения припадков у 70—80 % пациентов [Аванцини Д., 2004]. Однако у взрослых, особенно при симптоматических формах заболевания, лечение эпилепсии примерно в 30—40 % случаев может оказаться неэффективным [Зенков Л. Р., Притько А. Г., 2003; Brodie M. J. et al., 2001]. Склонность к формированию резистентного течения эпилепсии в этой возрастной группе приводит к эмпирическому поиску различных комбинаций АЭП. В своей работе мы использовали ацетазоламид (ACZ), традиционно относящийся к резервным препаратам.

В последние годы отмечается рост интереса к применению диуретиков в комплексной терапии эпилепсии [Kevin J., Staley M. D., 2002]. Опубликованы клинические и экспериментальные исследования, посвященные изучению механизмов противосудорожного эффекта препаратов этой группы [Броди М., 2004]. Показано, что ACZ, ограничивая диффузию бикарбоната через мембрану нейрона, способен поддерживать электрическую стабильность клетки и потенцировать эффект ГАМК-ергических АЭП из группы барбитуратов и бензодиазепинов [Белоусова Е. Д., Харламов Д. А., Айвазян С. О., Зенков Л. Р., Ермаков А. Л., Дорофеева М. Ю., 2006; Shinnar S., Berg A.T., 1996].

Цель исследования – изучение влияния терапии ACZ в качестве дополнительного антиконвульсанта на клинические проявления эпилепсии у взрослых.

Материал исследования. 20 пациентов, не имеющих идиосинкратических реакций на ACZ в анамнезе, страдающих разными формами симптоматических парциальных эпилепсии, резистентных к терапии АЭП первого ряда. Все пациенты находились под наблюдением эпилептолога и принимали препараты из группы карбамазепинов и вальпроатов в режиме моно/политерапии. Средний возраст больных составил $28,23 \pm 0,46$ года, длительность болезни $7,12 \pm 1,23$ года. Пароксизмальный синдром (ПС) оценивали по структуре и частоте пароксизмов (рассчитывали среднюю частоту приступов за месяц). Всем пациентам добавляли ACZ в среднесуточной дозировке 10—15 мг/кг с дополнительным введением содержащих калий препаратов, не изменяя дозу базового АЭП. Через 1 месяц проводили повторную оценку ПС.

Обсуждение. У 8 (40,0%) пациентов прием ACZ был неэффективен, не влиял на частоту припадков, структуру ПС. В 12 (60,0%) случаях возникло клиническое улучшение в виде уменьшения частоты приступов и редукции ПС. У 5 пациентов частота припадков снизилась на 25 %, у 4 – на 50 %, у 3 – на 75 %. ACZ в большей степени подавлял парциальные приступы по сравнению с генерализованными, однако различия в исследуемой группе были недостоверными.

Выводы. Проведенное исследование показало, что назначение ACZ у взрослых пациентов с эпилепсией в течение 1 месяца снижает частоту приступов, вероятно, за счет синергизма с базовыми антиконвульсантами, но в силу малого числа наблюдений мы не можем экстраполировать полученные данные в качестве основополагающих для разработки реабилитационных программ другим группам больных эпилепсией. ACZ успешно дополняет терапевтическую схему при лечении различных форм эпилепсии, а исследования противоэпилептических свойств данного препарата являются перспективными.

Л и т е р а т у р а

1. *Аванцини Д.* Перспективы эпилептологии // Эпилепсия – медико-социальные аспекты, диагностика и лечение: Материалы Междунар. конф. – М., 2004. – С. 16–28.
2. *Зенков Л. Р., Притыко А. Г.* Фармакорезистентные эпилепсии: Руководство для врачей. – М., 2003. – 208 с.
3. *Brodie M. J., Schachter S. C.* Fast facts: Epilepsy. 2nd edition. – Oxford, 2001.
4. *Kevin J. Staley M. D.* Diuretics as Antiepileptic Drugs: Should We Go with the Flow? // Epilepsy Currents. – 2002. – March/April. – Vol. 2, Issue 2. – P. 35–38.
5. *Броди М.* Течение и рациональная терапия эпилепсии // Эпилепсия – медико-социальные аспекты, диагностика и лечение: Материалы Междунар. конф. – М., 2004. – С. 62–88.
6. *Shinnar S., Berg A. T.* Does antiepileptic drug therapy prevent the development of "chronic" epilepsy? // Epilepsia. – 1996. – V. 37. – P. 701–708.
7. *Белюсова Е. Д., Харламов Д. А., Айвазян С. О., Зенков Л. Р., Ермаков А. Л., Дорофеева М. Ю.* Рациональная политерапия у детей с медикаментозно-резистентными эпилепсиями // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. – 2006. – Т 4, № 1.

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Калинина К. В., Макарова О. В., Быданова Е. С.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность. Большая распространенность когнитивных расстройств не только в психиатрической, но и в общесоматической практике свидетельствует о необходимости применения экспресс-методов для выявления данной патологии. Учитывая это, нам представляется интересным изучение возможностей применения стандартизированных шкал в повседневной психиатрической практике.

Цель исследования: изучить возможности использования краткой шкалы оценки психического статуса MMSE с целью оценки уровня выраженности когнитивных нарушений и повышения эффективности лечения.

Методы и материалы. В работе использовалась шкала оценки когнитивных состояний MMSE. Краткая шкала оценки психического статуса MMSE дает возможность оценить такие когнитивные функции, как ориентировка во времени, ориентировка в месте, речь, восприятие, память кратковременная, память долговременная, моторика, праксис, внимание. Результат тестирования получали путем суммации баллов по каждому из пунктов. Максимальный показатель составлял 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям.

Результаты теста тракуются следующим образом: 28—30 баллов – нет нарушений когнитивных функций; 24—27 баллов – легкие (преддементные) когнитивные нарушения; 20—23 баллов – деменция легкой степени выраженности; 11—19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0—10 баллов – деменция тяжелой степени.

Следует отметить, что при оценке легких когнитивных нарушений требуется более подробное нейропсихологическое тестирование.

Полученные с помощью MMSE результаты должны быть сопоставлены с данными клинического исследования и результатами других параคลินิกеских исследований.

Обсуждение и результаты. На базе соматогеронтопсихиатрического отделения ГКУЗ КО «КОКПБ» за период с 2014 по 2015 г. исследовано 64 больных, средний возраст которых составил 63 года.

Распределение по уровню образования: неполное среднее – 25 % (16 больных), среднетехническое – 55 % (35 больных), высшее – 20 % (13 больных).

По результатам проведенного тестирования вначале лечения значения распределились следующим образом: 20—23 балла (деменция легкой степени выраженности) – 15 % (10 чел.), 11—19 баллов (деменция умеренной степени выраженности) – 51 % (33 чел.), 0—10 баллов (деменция тяжелой степени) – 34 % (22 чел.). Пациентов с легкими когнитивными нарушениями и без таковых выявлено не было.

После проведенного лечения противодементными препаратами, курсовой терапии ноотропами, витаминами, а также лечения сопутствующей патологии были получены следующие результаты: 20—23 балла (деменция легкой степени выраженности) – 25 % (16 чел.), 11—19 баллов (деменция умеренной степени выраженности) – 47 % (30 чел.), 0—10 баллов (деменция тяжелой степени) – 28 % (18 чел.). Пациентов с легкими когнитивными нарушениями и без таковых выявлено не было. Из числа пролеченных больных наибольший процент приходился на пациентов с диагнозами: «Деменция в связи со смешанными заболеваниями» (по МКБ-10 рубрика F02 – 64 %), «Деменция в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F01 – 35,5 %), «Болезнь Альцгеймера» (F00 – 0,5 %).

Вывод. Таким образом, применение краткой шкалы оценки психического статуса MMSE является быстрой и информативной методикой, которая существенно помогает оценить степень деменции, а также оценивать эффективность лечения при динамическом наблюдении пациентов. Такой подход позволяет дифференцированно подходить к назначению противодементных препаратов, оптимизирует лечебный процесс.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ В АСПЕКТЕ УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Карпова И. И.

Горно-Алтайск, Республика Алтай, БУЗ РА «Психиатрическая больница»

Актуальность. Ишемические инсульты доминируют среди цереброваскулярных заболеваний, поражая все более молодую категорию населения. Поэтому вопросы лечения и реабилитации занимают важное место в восстановлении нарушенных физических и психических функций организма. Постинсультные депрессии – ведущее расстройство среди аффективных расстройств в раннем и отдаленном восстановительном периодах перенесенного инсульта головного мозга. Развитие депрессии повышает время восстановления утраченных функций. Частота развития депрессии колеблется от 30 до 60 % по данным разных исследований. Большинство перенесших ОНМК реагируют на свое состояние проявлениями депрессии, тревожности, апатии, снижением интересов к окружающему миру в первые дни после заболевания либо в отдаленном восстановительном периоде. Пациент перестает участвовать в восстановительном процессе, «опускает руки», теряет уверенность в своих силах, в своем будущем. Депрессивные расстройства чреваты тем, что могут провоцировать повторные нарушения мозгового кровообращения. Важно как можно раньше диагностировать эмоциональное расстройство с целью более эффективного восстановления.

В развитии постинсультной депрессии важен психиатрический анамнез. Депрессии чаще проявляются у лиц, у которых уже были депрессивные эпизоды в анамнезе. Учитывая, что депрессивная реакция на инсульт прослеживается у пациентов более молодого возраста – 40—60 лет, ее можно расценивать как реактивное состояние на перенесенный инсульт. Пациенты более пожилого возраста, как правило, переносят ОНМК в более тяжелой форме, с последующей психоорганической патологией в виде деменций различной степени выраженности. Если острые эмоциональные расстройства прослеживаются в первые дни заболевания в виде реакции на произошедшее, проявляются в основном раздражительностью, плаксивостью и требуют диагностики до начала лечения еще при нахождении в сосудистом отделении, то депрессивные, астенические, соматоформные расстройства обнаруживаются уже в отдаленном периоде восстановления, и пациенты, как правило, на данном этапе проходят лечение в психоневрологическом отделении психиатрической больницы.

Диагностика депрессии осложняется неврологической симптоматикой. На раннем этапе это моторная афазия, параличи, расстройство сознания. На отдаленном этапе пациент чаще всего сам обращается за лечением к психиатру по поводу эмоциональных нарушений, диссомнии, снижения когнитивных функций. Поэтому выявление аффективных расстройств, раннее начало коррекции эмоциональных нарушений совместно с неврологическим лечением важно для восстановления работоспособности и социальной адаптации, особенно у лиц трудоспособного возраста.

Материал исследования. Обследованы пациенты с депрессивным расстройством в постинсультном периоде на базе двух отделений: сосудистого центра неврологического отделения БУЗ РА «Республиканская больница» – лица с острым депрессивным расстройством как реакцией на перенесенный инсульт, а также на базе психоневрологического отделения БУЗ РА «Психиатрическая больница» – пациенты с отдаленными последствиями депрессии в постинсультном периоде. Состояние пациентов сопровождалось выраженными полиморфными соматическими и неврологическими жалобами в сочетании с аффективной симптоматикой, выражающейся снижением настроения, апатией, плаксивостью, раздражительностью, нарушениями сна, социальной дезадаптацией

Т а б л и ц а 1

Распределение пациентов в 2014—2015 гг.

Год	Обследовано всего	Ранний восстановительный период ОНМК	Постинсультная депрессия
2014	284	104	29 (27,9 %)
2015	199	105	38 (36,1 %)

Т а б л и ц а 2

Распределение пациентов в 2011—2015 гг.

Год	Всего с инсультом в анамнезе	С постинсультной депрессией	Город	Село
2011	57	37	26 (повторно 14)	11 (повторно 1)
2012	30	29	21 (повторно 10)	8 (повторно 4)
2013	58	44	28 (повторно 20)	16 (повторно 4)
2014	57	43	26 (повторно 13)	17 (повторно 7)
2015	54	43	34 (повторно 23)	9 (повторно 3)

В отделение невротозов пациенты направлялись психиатром, неврологом, терапевтом, путем самообращения. В данную группу включались резидуальные органические, астенические и аффективные расстройства сосудистого генеза (F06.61, F06.361, F06.41, F06.821).

Большинство пациентов трудоспособного возраста до 60 лет, как правило, госпитализировались несколько раз.

Неоднократное лечение в ПНО является условием хорошей реабилитации и восстановления здоровья пациентов. Для коррекции депрессивных расстройств в практике отделения наиболее эффективными зарекомендовали себя транквилизаторы дневного действия: афобазол, грандаксин, для коррекции состояния тревожности используются седативные транквилизаторы: феназепам, сибазон, нозепам, назначаемые коротким курсом, не более 10 дней для коррекции сна, ажитации, раздражительности. Назначение антидепрессантов (амитриптилина, флуоксетина, пароксетина, феварина, мелипрамина) зависит от клинических проявлений депрессии. Назначение эглонила, сонapakса небольшими дозировками при соматоформных жалобах, выраженной вегетативной симптоматике. Дополнительно к медикаментозному лечению желательны назначение психотерапии: когнитивной или рациональной. Продолжительность курса лечения составляет не менее 3—6 месяцев, иногда до 12 и более месяцев на фоне неврологического лечения. При рекуррентном течении заболевания возможны и необходимы повторные курсы лечения антидепрессантами.

Выводы. Таким образом, из вышесказанного можно сделать вывод, что преобладание неврологии и психиатрии ведет к хорошей компенсации утраченных функций организма у пациентов с депрессивным расстройством в постинсультном периоде, восстановлению эмоционального фона, улучшению социальной адаптации, хотя бы на уровне семьи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

**Кирина Ю. Ю., Селедцов А. М., Зорохович И. И.,
Лопатин А. А., Садартдинов С. Ф.**

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»
Кемерово, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия» Минздрава России**

Актуальность темы. На сегодняшний день в Российской Федерации практическим здравоохранением уделяется большое внимание состоянию здоровью населения. В то же время проблема употребления наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, в том числе и алкоголя, остаётся по-прежнему актуальной.

Граждане, страдающие наркологическими заболеваниями, опасны как для себя, так и для окружающих их людей. Лица, находящиеся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения на работах с опасными условиями и производственными факторами, в том числе в условиях, допускающих применение оружия, могут стать причиной возникновения аварийных, опасных для жизни ситуаций.

С учетом вышеуказанного определенные категории граждан обязаны проходить медицинский наркологический осмотр, что регламентируется нормативными правовыми актами Российской Федерации.

В рамках совершенствования наркологического осмотра в вопросах выявления лиц, страдающих наркологическими расстройствами, периодически проходят изменения в нормативно-правовой базе. В частности в соответствии с Федеральным законом от 13.07.2015 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» с июля 2015 г. расширен объем исследования при прохождении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов деятельности – добавлено проведение химико-токсикологического исследования наличия в организме наркотических средств, психоактивных веществ, их метаболитов, а также новых потенциально опасных психоактивных веществ, с дополнением в выносимом заключении формулировки «Наркотические средства, психоактивные вещества и их метаболиты не обнаружены».

Согласно ФЗ № 230 при проведении наркологического медицинского осмотра отдельные категории граждан (частные детективы; частные охранники; граждане, претендующие на получение лицензии на приобретение оружия; специалисты авиационного персонала; граждане, поступающие на военную службу по контракту, поступающие в военные профессиональные образовательные организации и военные образовательные организации высшего образования; работники ведомственной охраны; лица, допущенные к работе на судне; лоцманы; отдельные категории работников; иностранные граждане; лица, принимаемые на работу, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, и работники, выполняющие такую работу и (или) подвергающиеся воздействию вредных и опасных производственных факторов; работники подразделений транспортной безопасности; сотрудники органов внутренних дел) обязаны предоставлять результаты химико-токсикологического исследования биологических сред на определение наркотических средств, психоактивных веществ и их метаболитов.

Обсуждение. В Кемерове химико-токсикологическое исследование в рамках предварительных и периодических медицинских наркологических осмотров проводится в химико-токсикологической лаборатории ГБУЗ КО Кемеровский ОКНД и включает обязательное предварительное химико-токсикологическое исследование с применением в дальнейшем подтверждающего метода. Определены категории наркотических средств, психоактивных веществ и их метаболитов, на обнаружение которых направлено химико-токсикологическое исследование. Так, в соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565, граждане, подлежащие экспертизе военно-врачебной комиссией, до начала освидетельствования проходят в медицинских организациях исследование биологических жидкостей на опиаты, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, барбитураты, метадон, фенциклидин. В остальных случаях, когда необходимо химико-токсикологическое исследование, в лаборатории определяют наличие в биологической жидкости (моче) опиатов, каннабиноидов, амфетамина, метамфетамина, МДМА, синтетических каннабимиметиков (спайсов), катинонов.

В кабинете медицинских осмотров диспансерно-поликлинического отделения ГБУЗ КО КОКНД химико-токсикологическое исследование наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов проводится с 28 июля 2015 г. С начала проведения исследования по декабрь 2015 г. медицинский осмотр с химико-токсикологическим исследованием прошли 5 772 человека. За аналогичный период 2014 г. медицинский осмотр с проведением иммунохроматографического исследования прошло 11 538 человек.

Очевидно, что проведение химико-токсикологического исследования существенно увеличивает выявляемость граждан, употребляющих наркотические средства и психотропные вещества, что способствует обеспечению производственной безопасности и недопущению этих лиц к владению оружием, а также является важным звеном в профилактике алкогольной и наркотической зависимости.

Выводы. Благодаря проведению химико-токсикологического исследования исключается возможность получения ложноположительного результата, часто встречающегося при проведении исследования экспресс-методом иммунохроматографии. Кроме того, проведение химико-токсикологического исследования сокращает время прохождения медосмотра гражданами, что является важным фактором в «современном ритме жизни».

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Королев А. Л., Ярославская М. А.

Москва, ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ»

Цель настоящего исследования – исследование психологических особенностей восприятия переживания телесного опыта у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 30 женщин в возрасте от 34 до 55 лет, находящиеся на лечении в ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ». Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы, являющиеся сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. В первую группу вошли 15 больных, имеющих диагноз F41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство», средний возраст 49,8±5,2 года. Вторую группу составили 15 пациентов, имеющих диагноз F43.22 «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации», средний возраст 49,7±5,1 года.

Для изучения особенностей восприятия переживания телесного опыта у пациентов с депрессивными расстройствами применялась методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» А. Ш. Тхостова. Пациенту предлагается 80 слов-определений, таких как «жжение, тяжесть» и т. д., для выявления его внутренних телесных ощущений. Процедура заполнения бланка сопровождается инструкцией следующего содержания: «Выберите из представленного Вам списка следующее: 1) ощущения, подходящие для описания внутренних, телесных ощущений. Из выбранного первого списка выберите: 2) важные, значимые; 3) часто встречающиеся; 4) болезненные, неприятные; 5) какие хотелось бы испытывать; 6) позитивные». Важна инструкция 1, которая, помимо собственного значения, играет роль предварительной сортировки по отношению к заданиям 2, 3, 4, 5, 6. Их выполнение позволяет исключить формальный подход, и при классификации пациент оперирует ощущениями, которые он переживал сам, и теми, которые для него наиболее важны.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечены применением научно обоснованных методов исследования, достаточным объемом выборки, сочетанием количественного и качественного анализа полученных данных, корректной статистической обработкой данных.

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 и их обсуждение. По результатам исследования установлено, что пациенты обеих групп во всех заданиях теста выбирают ограниченное число дескрипторов для описания переживаний своего внутреннего телесного опыта. Недостаточная дифференцированность «внутреннего телесного опыта» у пациентов с депрессией, с одной стороны, отражает затруднения при формулировании собственных телесных жалоб, их размытость и неопределенность, с другой – указывает на стертую, искаженное восприятие своей телесности как слабой и истощенной, т. е. выражены трудности адекватной оценки своих ощущений. Таким образом, можно обозначить наиболее показательный критерий депрессивных расстройств как низкую способность к пониманию и дифференцированию своего телесного опыта, что является одним из характерных проявлений алекситимии.

Результаты больных из второй выборки достоверно выше ($p \leq 0,05$) показателей пациентов первой группы по таким шкалам теста, как «значимые ощущения», «негативные ощущения» и «частые ощущения» (как по относительным показателям выбора, так и по абсолютным), что указывает на их менее стесненную способность в дифференцировании своих телесных переживаний. Средние значения по «интрацептивным ощущениям» для пациентов первой группы составили $19,5 \pm 5,3$, для пациентов второй группы – $25,2 \pm 5,5$ ($p \leq 0,01$).

Полученные данные демонстрируют более скудный словарный запас, используемый в описании своих интрацептивных ощущений у больных с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» в сравнении с пациентами, страдающими «Смешанной тревожной и депрессивной реакцией, обусловленной расстройством адаптации». Словари пациентов обеих групп структурно дезорганизованы, отмечается распределение нагрузки при построении интрацептивной схемы в пользу описания негативных эмоциональных состояний, таких как «тревога», «грусть», «тоска», «отчаяние», «подавленность». У больных с депрессивными расстройствами выявляются малая дифференцированность органов и частей тела, употребление в описании экстрацептивных признаков, включение чужеродных компонентов, таких как «вспышка», «громко», которые в последующем обозначают

ся в пробе 4 как «негативные» переживания. Достоверно более выражены негативные переживания у пациентов второй группы (средние значения в первой группе – $15,1 \pm 4,2$; во второй группе – $18,3 \pm 4,2$) ($p \leq 0,05$). В задании 2 для пациентов обеих групп характерно определение более половины отобранных слов для описания телесных переживаний из списка «ощущений, подходящих для описания внутренних, телесных ощущений» как «значимых, важных». Средние показатели для больных первой группы находятся в области $11,9 \pm 1,9$, что достоверно ниже значений пациентов второй выборки – $16,13 \pm 2,8$ ($p \leq 0,01$). Данные по выбору 3 для пациентов с диагнозом «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» составили $13,9 \pm 1,2$, что также достоверно ниже результатов ($p \leq 0,05$) больных с диагнозом «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» – $15,9 \pm 2,13$. Полученные результаты в обеих выборках указывают на восприятие более половины испытанных ощущений как «частых».

Объем словаря «негативных» ощущений стоит на втором месте по распространенности после первого общего словаря внутренних телесных переживаний, что говорит о фиксации пациентов на отрицательно окрашенных переживаниях, эта особенность подтверждается полученными значениями в выборах 5 и 6. Показатели в пробах 5 и 6 для больных первой группы составили $5,1,1 \pm 0,9$ и $6,0,73 \pm 0,73$, для пациентов второй группы – $1,9 \pm 1,4$ и $1,53 \pm 0,9$. При сопоставлении данных групп по выборам 5 и 6 полученные значения находились вне зоны значимости ($p \geq 0,05$). Низкие баллы для словарей «желательных» и «позитивных» ощущений и сконцентрированность на отрицательных переживаниях указывают на механизм «негативного мышления» у пациентов, характерный для депрессивных расстройств, проявляющийся в данном случае в игнорировании положительных эмоций, трудностях «вычленения» позитивных переживаний от негативных. Следует подчеркнуть, что, скорее всего, более высокие показатели у больных второй группы по шкалам 2, 3, 4 прямо связаны с выбором 1, т. е. с изначально меньшей ограниченностью общего словаря, что дает более широкие возможности для описания телесных переживаний.

Выводы. Больные с диагнозом «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» обладают большей способностью в дифференциации своих телесных переживаний в сравнении с пациентами, страдающими «Смешанным тревожным и депрессивным расстройством». Оценка внутреннего телесного опыта больных депрессивными расстройствами носит преимущественно «негативный» характер.

Наиболее показательным критерием при депрессивных расстройствах является низкая способность к пониманию и дифференцированию своего телесного опыта. Выявленные в результате исследования психологические особенности восприятия переживания телесного опыта у пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, могут рассматриваться как мишени психотерапевтического воздействия и значимые компоненты социально-психологической реабилитации.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЦ, ПОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ

Косяк А. К., Волкогонов О. А., Устьянцев Л. Г., Ядыкина Е. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность темы. В последнее время отмечается увеличение числа посмертных экспертиз в отношении лиц, покончивших с собой, а также пропавших без вести, что делает актуальным изучение проблемы суицидального поведения, заставляет задуматься о причинах этого явления, его анализе и поиске средств для его профилактики.

Целью исследования было выяснение юридически важных обстоятельств, включая особенности психического и эмоционального состояния, индивидуально-личностные характеристики покончившего жизнь самоубийством, этико-психологический анализ суицидента, оценка динамики ситуации, предшествующей смерти, вероятные мотивы суицидального поведения.

К производству вышеуказанных экспертиз (в уголовном и гражданском процессе), как правило, привлекаются психиатры и психологи, так как, помимо необходимости диагностики тех или иных психических расстройств, необходимо выявление факторов, которые не являются болезненными и могут быть описаны с помощью психологических категорий. Концепции формирования суицидов можно условно разделить на психопатологическую и социально-психологическую. Психопатологический подход рассматривает суицид как проявление острых или хронических психических расстройств. Психологическое направление рассматривает суицид как сочетание определенных индивидуально-личностных особенностей, их уязвимость в субъективно значимой ситуации и неспособность к конструктивному (рациональному) разрешению сложившихся обстоятельств.

Обсуждение результатов. За 9 месяцев 2015 г. всего проведено 160 посмертных и заочных судебно-психиатрических экспертиз. Из них 42 были назначены в отношении лиц либо совершивших самоубийство, либо безвестно пропавших, что составляет 26,25 % от общего количества экспертных исследований. 30 экспертиз – посмертные экспертизы в отношении суицидентов. 12 (заочных) экспертиз в отношении лиц пропавших без вести. Данная категория экспертиз была включена нами в исследование, так как в рамках указанных исследований следственными органами ставился вопрос о наличии у подэкспертных «состояния, способствовавшего совершению самоубийства». Так, в группе лиц, пропавших без вести, были 3 женщины и 9 мужчин. У 7 подэкспертных из числа без вести пропавших диагностирована алкогольная и наркотическая зависимость, в 4 случаях имелись указания на развитие психического расстройства, сопровождающегося помрачением сознания (алкогольной этиологии), 1 случай – наличие хронического психического расстройства в форме шизофрении. Таким образом, по результатам всех проведенных исследований в отношении пропавших без вести лиц были диагностированы те или иные психические расстройства.

Среди лиц, совершивших суициды (30 подэкспертных), было 18 мужчин, 12 женщин. В 10 случаях установлен диагноз алкогольной или наркотической зависимости (а в сочетании с коморбидными психическими расстройствами, в частности с психопатиями, 14 подэкспертных), эмоциональные расстройства (F30) – 6 подэкспертных, расстройства личности, невротические расстройства (F40) – 5, помрачение сознания – 1, шизофрения – 1. В 7 случаях каких-либо психических расстройств не диагностировано.

Анализ полученных данных свидетельствовал о том, что при психических расстройствах в генезе суицида принимали участие следующие факторы: 1) психопатологические нарушения; 2) воздействия окружающей среды, обуславливающие затруднения адаптации или оказывающие прямое психотравмирующее влияние; 3) личностно обусловленные установки (суицидальная или антисуицидальная направленность).

Диагностика хронического алкоголизма и наркомании всегда свидетельствовала о чрезвычайно высоком риске суицида, что совпадает с данными зарубежных исследователей (Walton H. J., 1958; Kessel N., 1965), риск при ассоциации с этими аддикциями в 60 и 85 раз выше распространенности суицида среди населения в целом. Осложнение основного психического заболевания алкоголизмом, особенно хроническим, всегда резко повышает риск совершения самоубийства.

Часто суицид совершался больными в состоянии депрессии различного происхождения. Наличие суицидальных мыслей при депрессии является закономерностью. Среди больных с выраженными депрессивными состояниями опасность суицида была наиболее высока при тревожно-ажитированных депрессиях.

Страдающие шизофренией совершали самоубийства при продолжительном течении заболевания. Для больных шизофренией, совершающих самоубийства, особенно характерны затяжные субдепрессии с «философической интоксикацией», аутистически-пессимистическим мировоззрением, выраженными необычайно тягостными расстройствами мышления. У этих же больных наблюдается наибольшее число повторных суицидальных попыток, заканчивающихся суицидом.

У совершивших самоубийство в состоянии помрачения сознания диагностировались алкогольные психозы, психотические состояния сосудистого генеза (с делириозными расстройствами), которые сопровождалась зрительными галлюцинациями, дезориентировкой, страхом и двигательным возбуждением.

Отмечаются случаи суицида больных, у которых наблюдаются психопатологические симптомы, свойственные неврозам и реактивным состояниям. Высокий риск суицида обусловлен у них большой подверженностью воздействию внешних психотравмирующих факторов, а также тем обстоятельством, что очень часто перечисленные формы психической патологии сопровождаются депрессией.

Отдельного внимания заслуживает тема опасности суицидального поведения у детей. Самоубийства детей часто бывают связаны не столько со стремлением умереть, сколько с желанием избежать тяжелых семейных ситуаций и страхом перед ними. Подавляющее количество суицидов в среде детей и подростков спровоцированы конфликтами в школе и семье. В ряде случаев суицидальное поведение развивается у детей, отцы которых (реже матери) страдают алкоголизмом или другими формами аддиктивного поведения. Следует подчеркнуть то, что причиной самоубийств детей могут явиться психические травмы, полученные в школе при формальном, бездушном отношении к детям, в условиях воспитания по типу предъявления завышенных требований. Предпосылками аутодеструктивного поведения и суицида являются апатия, неверие в личные перспективы, снижение творческой и витальной активности в результате психической травмы. Проведено 5 экспертиз несовершеннолетних, покончивших жизнь самоубийством, в возрасте от 10 до 16 лет (2 мальчика и 3 девочки). В 1 из 5 случаев были диагностированы психические нарушения, в форме расстройства приспособительных реакций (F92).

В то же время у всех подэкспертных были выявлены факторы, значительно повышающие риск подросткового суицида (потеря любимого человека из ближайшего окружения, уязвленное чувство собственного достоинства, крайнее переутомление, алкогольное опьянение, отождествлением себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство).

Анализ индивидуально-психологических особенностей у покончивших жизнь самоубийством показывает их выраженное влияние на оценку ситуации как безвыходной и непреодолимой, с возникновением состояния внутреннего эмоционального напряжения, при этом базовые личностные черты женщин носят противоположный характер. Так, женщинам (40 %) первой группы были присущи такие индивидуально-психологические особенности, как эмоциональная неустойчивость, аффективная ригидность, обидчивость, чувствительность к критическим замечаниям в свой адрес, ранимость в отношении собственной личности, что сочеталось с самолюбием и высокими личностными амбициями, инициированием и провоцированием конфликта с потребностью в отстаивании собственной позиции в межличностном противостоянии с открытой конфронтацией, неготовностью к компромиссам, с фиксацией на субъективно значимых проблемах с потребностью в принятии своей правоты. Для женщин (60 %) второй группы характерны следующие индивидуально-личностные особенности: пассивность в отстаивании собственной позиции и избегание личной инициативы, отсутствие лидерских качеств, невыраженность самолюбия и личных амбиций, терпимость к внешнему давлению, стремление к избеганию межличностного противостояния с отсутствием личностных ресурсов для открытой конфронтации. Данные женщины находились в длительной психотравмирующей ситуации в результате систематического унижения и причинения им побоев и телесных повреждений со стороны ближайших лиц и родственников (сожитель, сын), что привело к возникновению и накоплению у них внутреннего эмоционального напряжения с длительной фиксацией на препятствующих негативных факторах, сопровождаемое пониженным фоном настроения, подавленностью, внутренней растерянностью, и расценивалось ими как субъективно безвыходная и непреодолимая сложившаяся ситуация.

Для мужчин, покончивших жизнь самоубийством, в возрастной группе от 24 до 86 лет (не страдающие алкоголизмом и наркоманией) (32 % от общей группы) в структуре индивидуально-личностных особенностей выявлены: выраженная привязанность к значимым для себя лицам и значимость собственного престижа в профессиональной деятельности, негибкость поведенческих тактик, ригидность установок,

что не позволило им ослабить субъективную значимость фрустрирующих факторов и дистанцироваться от негативных переживаний, обуславливая у них состояние длительного внутреннего эмоционального напряжения с преобладанием ощущения неспособности справиться с ситуацией, а при истощении ресурсов адекватного личностного реагирования с желанием избавления от определяющегося ситуацией психического напряжения, что привело к актуализации суицидальных намерений с их последующей реализацией.

Выводы. Только в 3 (10 %) случаях была установлена прямая причинно-следственная связь между действиями подозреваемых и совершением подэкспертным самоубийства. В подавляющем большинстве случаев (90 %) решающим фактором совершения суицида явились психопатологические расстройства и индивидуально-личностные особенности. Алкоголизм и наркомания обуславливают чрезвычайно высокий риск суицидальных действий. У всех суицидентов, независимо от диагностической принадлежности, обнаружены объективные и субъективные признаки социально-психологической дезадаптации личности. Объективно дезадаптация проявлялась изменением поведения человека в среде ближайшего социального окружения, ограничением возможности успешно справляться со своими социальными функциями или патологической трансформацией поведения. Субъективным выражением дезадаптации являлись психоэмоциональные сдвиги – от негативно окрашенных психологических переживаний (тревоги, горя, душевной боли, обиды, стыда, возмущения, гнева) до клинических синдромов психических расстройств.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖЬЮ

Кралько А. А.

Минск, Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Актуальность темы. Проблема пьянства и алкоголизма продолжает оставаться одной из самых актуальных для стран СНГ. Уровень потребления алкоголя в Республике Беларусь и России значительно превышает условный критический порог (8 литров абсолютного алкоголя на душу населения), после которого, по мнению ряда экспертов ВОЗ, неизбежно появляются угрозы демографической безопасности. В этой ситуации важно принимать адекватные профилактические меры, среди которых первоочередными являются превентивные мероприятия среди молодежи.

Разработка мер профилактики пьянства и алкоголизма должна основываться на знании уровня, структуры и мотивов потребления алкоголя.

Цель исследования – изучение факторов, влияющих на употребление алкоголя учащейся молодежью.

Материал исследования. Проведено социологическое исследование, охватившее 2998 учащихся различных типов учебных заведений в возрасте от 16 лет до 21 года.

Обсуждение результатов. Установлено, что основными мотивами приобщения к употреблению алкоголя у учащейся молодежи выступали следующие обстоятельства: употребление «по поводу праздника» – 62,8 %, «из любопытства» – 26,9 %, «за компанию» – 17,2 %, «чтобы почувствовать себя более взрослым» – 3,8 %. При этом у учащихся-девушек в большей степени (62,8 %), чем у юношей (52,3 %), проявлялись мотивы, связанные с обстоятельствами праздника, желание почувствовать себя более взрослым (4,5 и 3,0 %). Вместе с тем у юношей в большей степени (29,8 %), чем у девушек (23,9 %), доминировали мотивы, связанные с любопытством, а также желание снять чувство страха, тревоги (2,3 и 1,0 %). Мотивы «за компанию» и «любопытство» преобладали в ситуации первой пробы алкоголя у студентов вуза (21,3 и 28,7 %) в сравнении с учащимися лица (17,6 и 30,5 %) и колледжа (20,3 и 28,3 %). Различий в мотивации первой пробы алкоголя у городских и сельских учащихся не выявлено.

По данным опроса 41,6 % учащихся впервые попробовали алкоголь у себя дома, 16,1 % – в гостях у друзей, знакомых, 14,5 % – на природе, за городом, 10,1 % – на улице, во дворе, в подъезде своего дома, 4,4 % – в клубе, на дискотеке, 0,5 % – в учебном заведении, на работе. Таким образом, среди учащейся молодежи преобладает домашне-гостевая форма приобщения к употреблению алкоголя (57,7 %), затем следует загородная приятельско-дружеская форма (14,5 %), уличная (10,1 %), клубно-развлекательная (4,4 %) и учебно-производственная (0,5 %).

Структура мест первой пробы алкоголя практически одинаковая в разных половозрастных, учебных и поселенческих группах учащейся молодежи. Вместе с тем имеются и некоторые особенности. В частности юноши чаще, чем девушки, впервые попробовали алкоголь на природе, за городом (17,6 и 11,5 %), на улице, во дворе (14,4 и 5,8 %), в клубе, на дискотеке (5,2 и 3,7 %), в учебном заведении, на работе (0,9 и 0,2 %). Учащиеся-девушки чаще, чем юноши, впервые приобщились к употреблению алкоголя дома (50,4 и 32,5 %), в гостях у друзей, знакомых (18,2 и 14,1 %).

Домашне-гостевая форма первого приобщения к употреблению алкоголя больше всего присуща учащимся 22 лет и старше (66,2 %), молодым людям в возрасте 18—19 лет (57,6 %), студентам вуза и школьникам (47,9 и 47,1 %). Загородная приятельско-дружеская форма – учащимся 18—19 и 16—17 лет (16,7 и 13,6 %), учащимся лицея (20,4 %), уличная – учащимся 18—19 лет (11,8 %), учащимся лицея и колледжа (15,2 и 12,2 %), проживающим в селе (10,8 %), клубно-развлекательная – молодежи 18—19 и 14—15 лет (6,3 и 4,9 %), учащимся лицея и колледжа (7,3 и 5,3 %), проживающим в селе (10,8 %), учебно-производственная – молодежи 22 лет и старше (1,4 %), студентам вуза и учащимся лицея (по 1,0 %). Других различий между учащимися города и села не выявлено.

Первое приобщение к употреблению алкоголя у учащейся молодежи происходит по их собственной инициативе (27,0 %), далее следуют друзья по учебе, работе (21,1 %), родственники (12,1 %), родители (11,4 %), знакомые (10,3 %), одноклассники (7,3 %). Таким образом, собственное желание и круг лиц из их ближайшего социального окружения подростка являются главными подстрекателями и инициаторами приобщения подростков к алкоголю. Проявление собственной инициативы пробы алкогольных напитков чаще имеет место у юношей (28,1 %), чем у девушек (26,0 %), у учащихся 16—17 лет (29,5 %), учащихся лицея и колледжа (34,2 и 30,0 %), жителей села (29,2 %). Друзья по учебе, работе чаще всего провоцируют приобщение к употреблению алкоголя у юношей (24,9 %), 18-летних и старше (23,1 и 24,8 %), учащихся лицея (27,3 %), сельских учащихся (23,9 %). Родители и родственники выступают инициаторами первой пробы алкоголя чаще всего у девушек (30,2 %), чем у юношей (16,3 %), у учащихся 20—21 года и 14—15 лет (32,9 и 30,4 %), студентов вуза и школьников (33,7 и 26,0 %), городских учащихся (24,0 %).

Основные причины употребления алкоголя учащейся молодежью в повседневной жизни имеют социально-культурный и социально-психологический характер: традиция отмечать семейные и другие праздники и торжества – 32,7 %, за компанию – 17,2 %, заинтересовала реклама спиртных напитков и захотелось попробовать – 1,1 %. Далее следуют психологические причины: желание поднять настроение, для веселья и развлечения (22,5 %), чтобы расслабиться (16,8 %), чтобы отвлечься от проблем (8,9 %), чтобы чувствовать себя более уверенно при общении с противоположным полом – 2,7 %. К личностным причинам, связанным с бездельем и неумением проводить свободное время, были отнесены: от скуки и безделья (3,0 %), просто так, без всяких причин (3,0 %).

К причинам употребления алкоголя учащейся молодежью отнесены связанные с физиологическими потребностями организма и особыми свойствами самого алкоголя: нравится вкус алкоголя (2,4 %), желание утолить жажду (1,4 %). Оказывает воздействие и факт наличия алкоголя и его доступность (1,6 %). Выявлены социально-демографические особенности в мотивации потребления алкоголя. Так, традиция отмечать семейные и другие праздники и торжества больше присуща девушкам (42,3 %), чем юношам (22,9 %), студентам вуза (40,7 %); желание поднять настроение, для веселья и развлечения – чаще девушкам (24,7 %), чем юношам (20,3 %), 20—21-летним (37,1 %), студентам вуза (31,0 %), чаще городским учащимся (23,3 %), чем сельским (19,1 %); за компанию чаще 18—21-летним (22,0 %), чтобы расслабиться чаще юношам (18,6 %), чем девушкам (15,5 %), 18—21-летним (23,5 и 26,1 %), чаще городским учащимся (17,5 %), чем сельским (13,4 %); чтобы отвлечься от проблем чаще учащимся лицея (14,1 %). Употребление алкоголя в большинстве случаев основывается на его ожидаемом психотропном действии (релаксирующий, эйфоризирующий, седативный эффекты). 30,0 % респондентов указали, что употребление алкоголя повышает активность, 20,9 % – вызывает радость, эйфорию, 14,6 % – доброжелательное отношение к окружающим, 9,9 % – заторможенность и сонливость, 3 % – подавленное состояние.

Выводы. Таким образом, основные причины употребления алкоголя учащейся молодежью имеют социально-культурный и социально-психологический характер, при этом алкоголь выступает относительно доступным и легким средством, с помощью которого молодые люди пытаются получить удовольствие, облегчить решение своих проблем, восполнить, то чего им не хватает в повседневной жизни.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВАНИИ ИХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Кулешова Е. О.

**Барнаул, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный
медицинский университет» МинЗдрава РФ**

Актуальность вопроса. Вопрос ремиссии и выздоровления после первого психотического приступа рассматривается довольно давно. Многие исследователи говорят о клинической неоднородности больных с диагнозом «Острое психотическое расстройство» (ОПР): в одних случаях речь идет о манифестации психоза, который в последующем

квалифицируется как шизофренический, в других – о полной ремиссии с редукцией до преморбидного состояния (Мельникова Е. А., Агарков А. П., 2008). В доступной нам литературе имеется крайне малое число работ, посвященных предикативному анализу социобиологических особенностей ОПР, а число публикаций, оценивающих клинические особенности течения данной нозологии, единичны.

В настоящее время наибольшую актуальность приобретают исследования, направленные на тщательную дифференциацию и клиническую систематизацию патологий, которые являются главным источником, ситуация не изменится с переходом на МКБ-11, равно как и с введением DSM-V (Корнетова Е. Г., Семке А. В., 2014).

Материал исследования. Для изучения клинических особенностей ОПР в контексте результатов проведенного лечения с целью оптимизации дифференциально-диагностических мероприятий нами были отобраны 2 группы. В 1-ю группу (36 больных) включались пациенты, диагноз которых в ходе катамнестического наблюдения остался прежним, т. е. наблюдалась длительная и стойкая ремиссия, выздоровление. Во 2-ю группу (92 больных) включались пациенты, катамнестически давшие рецидив психотической симптоматики, что послужило причиной трансформации диагноза на шизофрению.

Обсуждение результатов. Картина продромального периода в 1-й и 2-й группах разительно не отличается. Наиболее частыми начальными симптомами были нарушения сна (47,2 % в 1-й группе, 48,91 % во 2-й группе), также часто наблюдались подавленное настроение и сниженная активность (30,6 % и 35,87 %), тревога (30,6 % и 32,06 %). Наступление психотической симптоматики произошло резко (менее 48 часов) у 23 (63,89 %) пациентов 1-й группы и у 39 (42,39 %) пациентов 2-й группы, а у 14 (38,89 %) пациентов 1-й группы и 53 (57,61 %) пациентов 2-й группы – остро (от 48 часов до 2 суток). В данном случае можно говорить, что у пациентов 1-й группы несколько чаще встречается резкое начало, а у пациентов 2-й группы преобладает острое начало.

Анализируя психопатологию ОПР у пациентов обеих групп, мы выделили в каждой из них синдромальные варианты. Синдромальная структура и соотношение клинических вариантов для обеих групп представлены в таблице 1.

Клинический вариант течения заболевания имеет прямую среднюю степень взаимосвязи с его дальнейшим течением (коэффициент корреляции Спирмена равен 0,375, $p < 0,001$).

Для пациентов каждой группы имеются свои предикативные (симптоматические) особенности в психопатологической картине заболевания, которые были выделены и описаны нами.

Т а б л и ц а

Синдромальная структура в группах пациентов с ОПР

Синдромальный вариант	1-я группа (n=36)		2-я группа (n=92)	
	Абс.	%	Абс.	%
Паранойяльный	25	69,4	28	30,43
Бредовый	17	47,2	17	18,48
Аффективно-бредовый	8	22,22	11	11,96
Параноидный	11	30,6	50	54,35
Собственно параноидный	7	19,4	42	45,65
Аффективно-параноидный	4	11,11	8	8,7
Кататано-параноидный	0	0	8	8,7
Парафренный	0	0	5	5,43
Полиморфный	0	0	1	1,09

Для больных 1-й группы характерны бредовые идеи, напоминающие таковые при параноиде малого размаха. Для психопатологической картины ОПР у пациентов данной группы характерны острый чувственный бред, отсутствие интерпретативного бреда. Первое время бредовые и аффективные расстройства в психопатологической картине соответствовали характеру психотравмирующей ситуации, если таковая предшествовала развитию заболевания, хотя и имеется тенденция к бредовой систематизации, однако не доходящей до расширения.

Основной характеристикой аффективной симптоматики в 1-й группе является ее выраженность и изменчивость. Также у таких пациентов почти не встречался ипохондрический бред. Характерными особенностями маниакально-бредового варианта течения ОПР для больных 1-й группы является выраженность витальных расстройств (аффекта радости вплоть до эйфории и расторможение влечений). По выходу из болезненного состояния у них наблюдались повышенная склонность к анализу болезненных переживаний, а также критическая их оценка.

Пациентам 2-й группы свойствен более широкий спектр психопатологии. Для них характерно вовлечение в бредовые идеи большого круга людей, они часто обнаруживают, что преследователи используют для наблюдения за ними специальные устройства: «жучки», видеокамеры и т. п. Наравне с острым чувственным бредом в клинической картине присутствуют бред представления, бредовая оценка прошлых событий, интерпретативный бред, вплоть до оценки индифферентных событий, нередко бред инсценировки. Часты нелепости, неадекватности в эмоциональных реакциях. Появляются нарушения мышления в виде одиночных «соскальзываний», можно заметить проявления неадекватностей в эмоциональных реакциях. Встречаются и явления ауто- и аллопсихической деперсонализации. В поведении зачастую выявляются элементы негативизма.

Аффективные расстройства у пациентов 2-й группы выражены менее, чем у пациентов 1-й группы. У таких больных депрессивный аффект возникает несколько позже на фоне бредовых переживаний, чаще без психогенной провокации. У пациентов данной группы нередко возникают ипохондрический бред, идеи греховности. Для маниакальных нарушений в структуре ОНР у пациентов 2-й группы характерен дебют в виде расстройств сна, повышенной активности, суетливости на фоне раздражительности и возбужденности, впоследствии возможно углубление аффективных расстройств. Критика в данном случае носит формальный характер, а оценка и анализ болезненных переживаний значительно ниже, чем у пациентов 1-й группы.

Выводы. Таким образом, нами были установлены некоторые предикативные диагностические и прогностические критерии последующего развития шизофрении у пациентов, перенесших ОНР. Показанные особенности клинических проявлений данной патологии могут способствовать решению проблемы точной диагностики и прогнозирования течения острых психотических расстройств.

РОЛЬ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ, УТРАТИВШИМИ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ

Куренков В. С., Широков Д. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность исследования. В настоящее время сохраняют актуальность проблемы реабилитации и интеграции пациентов, страдающих психическими заболеваниями в общество, в связи с чем повышается значимость социальных аспектов оказания психиатрической помощи. Важной задачей развития и совершенствования психиатрических служб является завершение перехода от чисто медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи. В связи с этим всё большее внимание необходимо уделять не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям индивидуума в их взаимодействии и, таким образом, оказывать более разностороннюю помощь. Всё это обобщается понятием «психосоциальная реабилитация» – как процесс, дающий людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь оптимального уровня самостоятельного функционирования в обществе (И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, О. В. Немеринский).

Ассертивная (полипрофессиональная) бригада – это сотрудничество специалистов разного профиля, объединенных общей целью, адекватного лечения и психосоциальной реабилитации психически больных (А. Д. Шмуклер, О. В. Немеринский).

Работа в реабилитационном отделении № 19 КОКПБ полностью согласуется с принципами реабилитации: 1) партнерства, 2) разносторонности, 3) единства социально-психологических и биологических методов воздействия, 4) ступенчатости усилий. В условиях отделения полипрофессиональная бригада представлена врачом-психиатром, медицинским психологом, специалистом по социальной работе, младшим и средним медицинским персоналом, специалистами культурно-досугового сектора. В полипрофессиональную бригаду в рамках отделения юрист не входит, однако имеющийся в больнице штат юристов активно привлекается к работе. Чтобы повысить эффективность и сплотить коллектив бригады, регулярно проводятся семинары по обсуждению различных текущих вопросов и способах их решения, проводятся лекционные занятия по психиатрии, тренинги по предотвращению «эмоционального выгорания и профессиональной деформации».

Функции членов бригады распределены следующим образом.

Врач-психиатр организует работу полипрофессиональной бригады и является её руководителем; при поступлении пациента в стационар составляет функциональный диагноз, на основе которого совместно с другими специалистами разрабатывает индивидуальный план лечебно-реабилитационных мероприятий; проводит рациональную и эффективную фармакотерапию; организует и непосредственно участвует в психообразовательной работе с пациентом и его родственниками; следит за соблюдением этапности лечебно-реабилитационных мероприятий; осуществляет контроль эффективности проводимых психосоциальных воздействий.

Медицинский (клинический) психолог участвует в составлении функционального диагноза и индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий; проводит динамическое психологическое исследование для уточнения клинических решений об изменении тактики терапии и обоснованности перехода к следующему лечебно-реабилитационному этапу лечения; проводит тренинги социальных навыков, функциональной тренировки поведения; участвует в проведении психообразовательной работы с пациентами и их родственниками; оценивает эффективность проводимых психокоррекционных воздействий; совместно с другими специалистами оценивает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Специалист по социальной работе участвует в составлении функционального диагноза и индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий; с момента поступления пациента в стационар и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности социального положения и социального функционирования; заполняет социальную карту и социальную характеристику пациента; проводит обучение и тренинги социальных навыков, навыков самостоятельного проживания, обеспечения; участвует в решении социально-правовых вопросов; осуществляет взаимодействие со службами социальной поддержки.

Специалисты культурно-досугового сектора проводят занятия по рисованию, музыке, танцам, участвуют в организации и проведении спортивных соревнований, создании тематических вечеринок и праздников; младший и средний медицинский персонал, им отведена важная роль, а именно они круглосуточно находятся в обществе пациентов, регулируют различные стороны их быта, координируют выполнение плана лечения.

В реабилитационном отделении активно применяются следующие виды тренингов: «Планирование семейного бюджета», целью которого является освоение и закрепление навыков планирования доходов и расходов, расчет и оплата услуг ЖКХ, оформление жилищных субсидий; «Эффективное общение и межличностные отношения», цель которого посредством упражнений помочь пациентам изучить различные способы межличностного взаимодействия и приобрести навыки эффективного и гармоничного общения с людьми; прочие виды тренингов. Занятия проводятся в группах по 6—8 человек, для более качественного оказания помощи каждому пациенту.

Показатели работы реабилитационного отделения свидетельствуют о значительной эффективности применяемой психосоциальной работы. Благодаря проводимой психореабилитационной работе изменились качественные показатели работы отделения. Так, за последние 2 года поступление увеличилось на 62,7 %, выписка возросла на 58,9 %, средний койко-день снизился на 20,5 %.

Выводы. Таким образом, в результате комплексного биопсихосоциального бригадного подхода пациенты реабилитационного отделения обучаются, развиваются, возвращаются и готовы вернуться в общество социально более адаптированными его членами.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Курочкина Н. П., Бычкова В. В., Устьянцева Л. Л.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность. Метаболический синдром (МС) – это комплекс метаболических, гормональных и клинических нарушений, являющихся факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета II типа. Лица, страдающие шизофренией, подвержены влиянию значительного числа неблагоприятных факторов, способствующих развитию обменных нарушений, но независимый вклад каждого из этих факторов в формировании МС пока не установлен. Показатели распространённости МС как среди больных шизофренией, так и среди прочего населения значительно варьируют в разных странах мира, что, вероятно, связано с генетическими, поведенческими и социально-экономическими различиями (Мамедов М. Н., 2005; Buch C. et al., 2004; Bobes J. et al., 2007). Своевременное выявление МС имеет большое клиническое значение, так как это состояние является потенциально обратимым и, при соответствующем лечении и предупреждении воздействия факторов риска, можно добиться уменьшения выраженности его проявлений и снизить риск осложнений (Чазова И. Е., 2000). Однако МС протекает без явной клинической симптоматики и редко приводит пациента к врачу, поэтому без соответствующих организационных мер его своевременное выявление невозможно. Выделяют три группы специфичных для больных шизофренией факторов, способных приводить к развитию обменных нарушений: антипсихотическая терапия, психопатологическая симптоматика шизофрении, возможное единство патогенетических механизмов и/или наследственности шизофрении и расстройств обмена веществ.

Для постановки диагноза МС необходимы любые 3 пункта из Своевременных международных критериев МС: окружность талии у мужчин более 102 см, у женщин – более 88 см, повышение уровня триглицеридов выше 1,7 ммоль/л или специфическая терапия этого нарушения липидного обмена, низкая концентрация ХС ЛПВП, уровень ХС ЛПВП у мужчин менее 1,03 ммоль/л, у женщин менее 1,29 ммоль/л, специфическая терапия этого нарушения липидного обмена, повышение артериального давления: систолическое АД > 130 мм рт. ст., диастолическое АД > 85 мм рт. ст., повышение уровня глюкозы натощак более 6,1 ммоль/л, прежде диагностированный сахарный диабет.

Цель исследования: выявить распространённость метаболических расстройств у больных параноидной шизофренией, находящихся на лечении в отделении.

Задачи исследования: определить распространённость метаболических расстройств среди больных параноидной шизофренией; оценить факторы риска у больных шизофренией с выявленными метаболическими нарушениями; оценить влияние особенностей клинической картины заболевания, типа течения, образа жизни и антипсихотической терапии на риск развития метаболических расстройств.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 40 пациенток, пролеченных в женском общепсихиатрическом отделении Кемеровской ОКПБ, имеющих диагноз шизофрения (F20.0), установленный в соответствии с МКБ-10, возможность участия в беседе, отсутствие агрессивного поведения, давших согласие на участие в исследовании.

Нами был проведён анализ медицинской документации (стационарных историй болезней и амбулаторных карт ПНД, амбулаторных карт из соматической сети, с целью верификации диагноза, демографических данных, наследственности, особенностей течения заболевания, сопутствующей соматической патологии, получаемой лекарственной терапии. Для оценки выраженности позитивных и негативных симптомов шизофрении применялась шкала PANSS. Проводилось измерение артериального давления, окружности талии, массы тела, определение уровня глюкозы натощак.

Обсуждение результатов. В результате проведённого исследования у 7 (17,5 %) из 40 пациенток выявлено по 3 критерия, необходимых для установления диагноза МС: абдоминальное ожирение, повышение артериального давления, повышение уровня глюкозы натощак. У 15 (37,5 %) пациенток обнаружено по 2 критерия: абдоминальное ожирение и повышение уровня глюкозы натощак или абдоминальное ожирение и повышение артериального давления, т. е. у 22 пациенток (55 %) были выявлены метаболические нарушения.

Группу пациенток с метаболическими нарушениями (1-я группа) составили пациентки с достоверно большим возрастом (46,4 года) по сравнению с группой без метаболических расстройств (2-я группа) (40,1 года). В 1-й и 2-й группах зафиксированы следующие показатели: группа инвалидности – 18 и 11 человек, работающие – 3 и 6, состояли в браке – 3 и 6, вредные привычки – у 16 и 9, длительность заболевания – 14,2 и 11,2 года, средняя длительность госпитализаций – 3,2 месяца и 2,2 месяца.

При проведении обследования пациенток по шкале PANSS выявлено увеличение показателей как позитивных, так и негативных симптомов в группе больных с метаболическими нарушениями. При сравнении принимаемой пациентками психофармакотерапии в обеих группах превосходства приёма типичных или атипичных нейролептиков не наблюдалось.

Выводы. По результатам исследования выявлена высокая встречаемость метаболических расстройств у больных шизофренией. Установлена взаимосвязь метаболических нарушений с возрастом, особенностями клинической картины, типом течения заболевания, с поведенческими факторами риска, социально-экономическим статусом больных. Однако не могут быть окончательными выводы о причинно-следственных связях между метаболическими нарушениями и приёмом АПП или АВП, поэтому выявленные тенденции требуют более расширенного исследования.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ У ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДНЕВНОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Лабутин А. С., Зорохович И. И., Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»
Кемерово, ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России**

В 2015 г. в дневном наркологическом стационаре для взрослых (ДНС) ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ КО КОКНД) прошли медицинское наркологическое обследование 301 человек, что составляет 84 % от общего количества обратившихся. Большой процент лиц, направленных на обследование, связан с рядом факторов. Так, увеличение количества проведенных наркологических осмотров объясняется заданием прокуратуры Кемеровской области от 2010 г. о приостановке действия права управления транспортом лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, которым ранее были выданы водительские права. Обследования проводились по определению судей для уточнения сроков и качества ремиссий наркологических заболеваний у водителей и установления срока приостановки действия их водительских прав.

В 2012 г. в связи с вступлением в силу приказа МЗСР РФ от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда», в несколько раз увеличилось число лиц, проходящих наркологическое обследование для допуска к работе с опасными условиями труда и производственными факторами. Так же в ДНС для взрослых направляются на обследование лица с подозрением на наркологическое расстройство, обратившиеся за допуском к управлению автотранспортом, получением лицензии на приобретение оружия, оформляющие опеку, для определения годности к военной службе.

В диагностике наркологических расстройств используются и применяются следующие обследования и методы исследования, разрешенные к применению в установленном порядке на территории Российской Федерации – опрос, сбор анамнеза, клинический осмотр, оценка соматического и неврологического статусов, экспериментально-психологическое исследование, проверка сведений об обратившемся по базе данных «Информационная система наркологической службы Кемеровской области» ГБУЗ КО КОКНД. Анализируются заведенные ранее архивные амбулаторные карты или истории болезни, если таковые имеются. Кроме того, запрашивают дополнительную информацию о гражданах, в отношении которых проводится медицинское обследование (у участкового уполномоченного полиции, с места работы, учебы и пр.). Из специальных методов исследования в настоящее время используются определение содержания этанола в крови обследуемого через выдыхаемый воздух посредством алкометров, экспресс-диагностика иммунохроматографическим методом и медицинское наркологическое освидетельствование на состояние опьянения с химикотоксикологическим исследованием мочи на наличие алкоголя, наркотических средств и других психотропных веществ. Конечным этапом медицинского наркологического обследования является проведение врачебной комиссии.

При выявлении наркологических расстройств или заболеваний в результате проведения медицинского наркологического обследования гражданин направляется на динамическое или профилактическое наблюдение на срок, регламентированный приказом МЗ СССР от 12.09.1988 г. № 704.

Состав больных в дневном наркологическом стационаре для взрослых по нозологическим формам показывает, что у большинства обратившихся (144 чел. – 47 %) не выявлено пагубных последствий или зависимости в результате употребления психоактивных веществ. Из лиц с выявленным наркологическим расстройством подавляющее большинство составляют зависимые от опиоидов (70 чел. – 23,3 %). Так же значительная часть обследованных (39 чел. – 13,0 %) страдает синдромом зависимости от алкоголя, у 25 чел. (8,3 %) диагностировано неоднократное употребление алкоголя с вредными последствиями. Однако с каждым годом возрастает количество выявленных лиц, употребляющих синтетические наркотические средства: синдром зависимости от синтетических каннабиноидов (2 чел. – 0,7 %); синдром зависимости от психостимуляторов (4 чел. – 1,3 %); неоднократное употребление синтетических каннабиноидов с вредными последствиями (7 чел. – 2,3 %) и неоднократное употребление психостимуляторов с вредными последствиями (1 чел. – 0,3 %). Общее количество лиц, употребляющих синтетические наркотические вещества, составило 15 чел. (4,6 %).

Несомненно, что в связи со все большей популярностью синтетических наркотических средств, которые вытесняют с рынка традиционные наркотики, до недавнего времени являлись абсолютно легальными, не определялись в биологических средах даже при химикотоксикологическом исследовании, легко доступные и относительно дешевые, будет расти и число наркозависимых, употребляющих данные вещества. Быстрое формирование зависимости, приводящее к тяжелым психическим и соматическим последствиям в короткий срок, делает особо актуальным раннюю диагностику и проведение профилактических мер, предотвращающих усугубление зависимости. Благодаря принципиально новой процедуре проведения медицинского наркологического осмотра увеличилось число выявленных лиц с наркологическими расстройствами и заболеваниями, что позволило предотвратить допуск данной категории граждан к получению лицензии на оружие, к управлению транспортными средствами, к работам с опасными условиями труда, вредными и опасными веществами и производственными факторами, что является важным звеном в профилактике алкогольной и наркотической зависимостей, в предупреждении дорожно-транспортных происшествий и обеспечении безопасности дорожного движения, в снижении и предотвращении аварийности на опасном производстве, способствует выявлению лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ, на раннем этапе до формирования зависимости.

ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РАБОЧИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, ЗАНЯТЫХ В УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Ларина И. А.

**Ленинск-Кузнецкий, ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая
психиатрическая больница»**

Ленинск-Кузнецкий является промышленным городом Кузбасского региона с населением 153 271 человек, с численностью женщин 82 601, в том числе в возрасте 15—49 лет 34 443 и числом занятых в экономике 69 988 мужчин и женщин. Многочисленные, неблагоприятные влияния на человека, загрязнение окружающей, а вслед за этим и «внутренней» среды организма вызывают интоксикацию и общее ослабление организма, на фоне которых могут появиться или обостриться психические расстройства. В данном случае экзогенно-органические расстройства представляют одну из наиболее распространенных форм психической патологии в обстановке урбанизации.

Группа экзогенно-органических заболеваний является одной из спорных в отношении места, занимаемого в современных систематиках психических заболеваний, поскольку патогенез каждой из входящих в нее болезней отражает констелляцию не только четко определяемых внешних, но и внутренних факторов. В связи с этим достаточно понятны аргументы в пользу решающей роли тех и других в развитии заболевания (Тиганов А. С., Хохлов Л. К., 1984; Пивень Б. Н., 1998).

Сказанное объясняет отсутствие группы экзогенно-органических болезней в одних классификациях (МКБ-10, DSM-IV) и непостоянство положения ее отдельных клинических форм в других системах. Некоторые исследователи к экзогенно-органическим относят психические расстройства, которые зависят не столько от внешней вредности, сколько от вызванных ею изменений структуры и функции мозга (Фридман Б. Д., 1970; Голодец Р. Г., 1974). К последним близка и точка зрения Б. Н. Пивень (1998), который, подробно рассматривая существующие взгляды разных исследователей, дает определение экзогенно-органических психических расстройств как нарушений, «обусловленных органическим поражением головного мозга, сформировавшимся в результате перенесенных ранее экзогенных факторов».

Еще Е. Блейлер в ряду причин душевных болезней среди экзогенных влияний перечисляет «болезни, непосредственно поражающие мозг, травмы, а в детстве больше всего полиэнцефалит и менингит, вызывающие олигофрению, психопатию, эпилепсию и органические болезни, склерозы, опухоли и другие заболевания мозга вызывают другие болезненные состояния. Инфекционные болезни могут поразить мозг анатомически...». «И профессия дает повод» ... к душевным заболеваниям.

Цель исследования: провести анализ распространенности коморбидной экзогенно-органической патологии у пациентов женского общепсихиатрического отделения № 2, страдающих шизофренией, деменцией и алкогольной зависимостью за период 2013—2015 гг., работающих в угольной промышленности, с трудовым стажем не менее 10 лет, рабочих профессий, имеющих в анамнезе данные за перенесенную черепно-мозговую травму во взрослом периоде жизни, подтвержденную заключениями специалистов. Показать организацию комплексной помощи данной категории пациентов на базе ГКУЗ КО ЛКПБ.

Материал исследования. Детально изучена медицинская документация пролеченных пациентов общепсихиатрического отделения № 2 с экзогенно-органической патологией за 2013—2015 гг. (медицинские истории болезней, журналы регистрации пациентов, получающих психологическую, психотерапевтическую помощь, журналы осмотров терапевтом и невропатологом). Обязательным условием изучения было наличие в анамнезе двух экзогенных факторов: наличие черепно-мозговой травмы во взрослом периоде жизни и вредного производственного фактора – работа в угольной отрасли не менее 10—15 лет. Во внимание брались пациенты рабочих профессий, страдающие шизофренией, деменцией и алкогольной зависимостью.

Среди исследовательской выборки выделены две группы: группа А – трудоспособные пациенты, имеющие стаж работы в угольной промышленности не менее 10 лет, но в настоящий период не работающие в этой отрасли; группа Б – пациенты, находящиеся на пенсии, выработавшие определенный стаж в угольном производстве.

Обсуждение результатов. В таблице показано преобладание в структуре экзогенно-органической патологии алкогольной зависимости, а также рост алкоголизма с коморбидным поражением головного мозга у пациентов, занятых в угольной промышленности, за период 2013—2015 гг. В 2013 г. пролечено 19 женщин (5,5 %), в 2015 г. – 37 женщин (11,4 %). Обстоятельства в получении ЧМТ в 50 % случаев имели бытовую почву, а более 60 % пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения с девиантным поведением.

Т а б л и ц а

Распределение заболеваний у работников угольной промышленности (группы А и Б), имеющих в анамнезе черепно-мозговую травму

Нозологическая форма по МКБ-10	2013		2014		2015		2013—2015	
	Всего пролечено, абс.							
	343		266		322		931	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Шизофрения (F20)	21	6,1	21	7,8	25	7,8	67	7,1
Алкогольная зависимость (F10)	19	5,5	27	10	37	11,4	83	8,9
	4 с психозом		6 с психозом		7 с психозом		17 с психозом	
Деменция F02	2	0,5	1	0,3	3	0,9	6	0,6

В 2013 г. 21% приходилось на долю алкогольных психозов, в 2015 г. – 18,9 % из общего числа пациентов с алкогольной зависимостью, всего 20 % за весь период 2013—2015 гг, с преобладанием делириозных расстройств, сопровождающихся параноидным компонентом, реже галлюцинаторных расстройств. У обследованных больных алкоголизмом с алкогольными психозами были обнаружены психоорганические синдромы, в том числе энцефалопатический, слабоумие, эпилептический синдром.

Из таблицы можно заметить, что следующим по распространенности заболеванием в выборке пациентов общепсихиатрического отделения № 2 после алкогольной зависимости явилась шизофрения в структуре экзогенно-органической патологии. В данной группе исследуемых наблюдается незначительный рост: в 2013 г.— 21 женщина (6,1 %), в 2015 г. – 25 женщин (7,8 %), страдающих шизофренией. Преобладал средний возраст – 35 лет и более. Следует учесть, что черепно-мозговая травма была перенесена уже после установления основного диагноза (F20), поэтому в клинике шизофрении при отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы и занятости пациентов в сфере угледобывающей промышленности присутствовало психоорганическая симптоматика: нарастание астенической симптоматики, соматовегетативные нарушения (головная боль, головокружение и т. д.), раздражительность, эмоциональная лабильность с преобладанием пониженного настроения.

Наименьшая доля в исследуемой группе приходилась на пациентов, страдающих деменцией: в 2013 г. – 2 женщины (0,5 %); в 2015 г. – 3 женщины (0,9 %). В клинической картине заболевания наиболее выраженными были продуктивно-психотические синдромы, а также делириозные расстройства.

На базе ГКУЗ КО ЛКПБ изученной категории больных оказывалась комплексная помощь: консультации невропатолога, терапевта, окулиста, психолога, психотерапевта, проводились обследования ЭХО-ЭГ, ЭЭГ, ЭКГ, глазное дно. При необходимости больные направлялись на компьютерную томографию головного мозга в диагностическое отделение Центра охраны здоровья шахтеров. Всем им проводилась медикаментозная терапия основного заболевания, терапия сочетанных заболеваний, применялись ноотропы, нейропротекторы, психотерапия, психологическая помощь. В стационаре пациенты получали возможность сосредоточиться на своих проблемах, испытывая при этом минимальный стресс. Пациентам с легкой степенью деменции проведены коррекционные занятия с помощью оборудования психологической разгрузки Диснет (по 5 видеосеансов на релаксацию и внимание, музыкотерапия: Чайковский «Времена года», Шуман «Грезы»), методом «БОС-ПУЛЬС» (10 сеансов). Пациентам с алкогольной зависимостью проводили альфа-тренинг, температурно-миографический тренинг – по 10 сеансов, реабилитационные тренинги, музыкотерапию.

Выводы. Наблюдается рост коморбидной экзогенно-органической патологии у женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в меньшей степени шизофренией и деменцией, занятых в угледобывающей промышленности, со стажем работы не менее 10 лет, рабочих профессий, имеющих в анамнезе данные о перенесенных черепно-мозговых травмах во взрослом периоде жизни. Необходима адекватная комплексная терапия данной категории психических расстройств у пациентов и качественная их диагностика.

ВЛИЯНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА ДИНАМИКУ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Лебедева Е. В.^{1,2}, Сергиенко Т. Н.², Горохов А. С.², Счастный Е. Д.¹, Репин А. Н.², Симуткин Г. Г.¹, Шишневa Е. В.², Перчаткин В. А.², Суворцева А. К.¹

Томск, ¹НИИ психического здоровья, ²НИИ кардиологии

Когнитивные нарушения после оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) могут встречаться более чем у 30 % пациентов (Медведева Л. А. и др., 2012). Сейчас этот феномен широко обсуждается и носит название послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД, *postoperative cognitive dysfunction*). Обычно это расстройство кодируется по МКБ-10 в рубрике F06.7 (легкое когнитивное расстройство).

Иногда когнитивные расстройства после оперативного вмешательства достигают различной степени деменции (Левин О. С., 2012; Förstl H. et al., 2008), часто это связано с перенесенным делирием (Girard T. D. et al., 2008). Делирий может быть предиктором долгосрочных когнитивных нарушений у пациентов, находившихся в отделениях реанимации и интенсивной терапии и переживших критические состояния.

Возможность адекватной защиты ЦНС недостаточно изучена. На современном этапе является актуальным поиск медикаментозных и других методов нейропротекции. В выборе профилактических мероприятий церебральных осложнений после коронарного шунтирования (КШ) возможно ориентирование на терапию прогнозируемого острого ишемического инсульта (Скворцова В. И. и др., 2005; Christensen M. S. et al., 2009).

Основным механизмом действия препарата церебролизин® является нейротрофическое влияние, благодаря которому происходит нормализация естественного баланса эндогенных факторов роста (Ubhi K., 2013). Другими нейротрофическими эффектами церебролизина является увеличение числа новых нейронов, стимуляция спрутинга, арборизации и синаптогенеза (Zhang C. et al., 2010). Такие эффекты церебролизина, как сокращение количества нейронов, находящихся в состоянии апоптоза (Rockenstein E., 2007), уменьшение выработки бета-амилоида и ТАУ-белка (Rockenstein E., 2007; Ubhi K., 2009), снижение продукции свободных радикалов (Sugita Y., 1993) и подавление воспалительной активности в нервной ткани (Alvarez X., 2000), обусловлены его высокой нейропротективной активностью.

Клиническая эффективность церебролизина была продемонстрирована в крупномасштабных рандомизированных мультицентровых двойных слепых проспективных плацебо-контролируемых исследованиях, проведенных по стандартам GCP (Heiss W.-D., 2012; Lang W., 2013), а также в постмаркетинговых исследованиях (Федин А. И. и др., 2005; Скворцова В. И. и др., 2006).

По-прежнему актуальной остается проблема поиска профилактики когнитивного дефицита, других церебральных осложнений и летальности у больных с планируемым коронарным шунтированием, а также обеспечения возможности для эффективной реабилитации данной категории пациентов.

Цель работы: изучить когнитивные функции в группе пациентов, принимавших церебролизин, и в группе сравнения в динамике до и после операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения.

Материал и методы. В открытое рандомизированное (методом конвертов) сравнительное контролируемое параллельное исследование были включены 60 мужчин, которым проведена операция коронарного шунтирования (КШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) на фоне искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и сбалансированной анестезии. Критериями включения в исследование были: согласие пациента; диагностированная ИБС, планируемое оперативное лечение ИБС, когнитивные нарушения, возраст от 40 до 75 лет.

Пациенты были разделены на 2 сопоставимые (по полу, возрасту, тяжести клинического состояния, сопутствующей патологии) группы по 30 человек – группа с периперационной терапией церебролизином и группа сравнения. Использовалась следующая тактика ведения больных после обследования, принятия предварительного решения о включении пациента в исследование и рандомизации. В предоперационном периоде, не менее чем за 3—4 суток до предполагаемого оперативного лечения, психиатром изучалась когнитивная сфера (исследование речи, праксиса, понимание пословиц и поговорок, проба на запоминание 10 слов, заполнялись шкалы: краткий опросник психического состояния (MMSE – Mini-mental state examination, Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975), шкала ишемии Хачинского (Ischaemic scale, Hachinski V. C. et al., 1975). Состояние больных оценивалось клинически в соответствии с критериями МКБ-10. Пациенты включались в исследование при выявлении когнитивных нарушений (19—27 баллов по MMSE). Повторное исследование психиатром осуществлялось в послеоперационном периоде (на 7—14-е сутки).

Предоперационная терапия церебролизином проводилась следующим образом (ориентирование на схему лечения острого ишемического инсульта): за сутки до операции – однократно 20 мл церебролизина в 200 мл раствора 0,9 % натрия хлорида; в день операции и в течение 2 дней после операции – однократно 50 мл церебролизина в 200 мл раствора 0,9 % натрия хлорида; в течение следующих 6 дней после операции по 30 мл церебролизина в 200 мл раствора 0,9 % натрия хлорида 1 раз в день.

Статистическая обработка материала производилась с использованием программы STATISTICA 8.0. Для оценки параметрических данных использовался t-критерий для зависимых и независимых групп; альтернативно t-критерию, при отсутствии нормального распределения признаков использовались критерии Манна–Уитни. Данные представлялись в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей «Me (Q1—Q3)» в связи с отсутствием нормального распределения изучаемых показателей. Статистически значимым считался уровень $p < 0,05$.

Полученные результаты. Методом белых конвертов больные были рандомизированы на две группы: группа сравнения и группа с применением церебролизина. Всем включенным пациентам была проведена операция маммаро- и аорткоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и холодовой кардиopleгии с использованием раствора «Кустодиол». Все пациенты в качестве премедикации получали 20 мг сибазона.

Пациенты в группах были сопоставимы по возрасту, функциональным классам стенокардии напряжения и хронической сердечной недостаточности. Группы оказались различающимися по фракции выброса левого желудочка, а также по некоторым другим параметрам, учесть которые в ходе исследования оказалось также сложно: по частотам последствий острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), проблем психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя.

Группы больных до операции не различались по баллам MMSE (табл. 1), тогда как после оперативного вмешательства получены достоверные различия по баллам MMSE в исследуемых группах ($p=0,01$).

Т а б л и ц а 1

Медиана и квантили MMSE в группах сравнения до и после КШ

Показатель	Группа пациентов	
	без вмешательства	принимавших церебролизин
MMSE до операции	25,5 (25—27)	25 (24—27)
MMSE после операции	25 (23—27) *	26,2 (24—28) *

В группе пациентов, которым был назначен церебролизин, отмечалось достоверное ($p<0,01$) улучшение когнитивных функций по MMSE: с 25 (24—27) до 26,2 (24—28) баллов, в отличие от данных в группе пациентов без использования препаратов для защиты мозга в предоперационном периоде, где выявлено снижение когнитивных функций с 25,5 (25—27) до 25 (23—27) баллов (с легких до умеренных когнитивных нарушений и легкой деменции).

В группе сравнения в послеоперационном периоде достоверно ($p=0,006$) увеличилось количество слов в первой пробе [Me 5 (4—6)] по сравнению с дооперационным периодом [Me 4 (3,5—5)], а также во второй [Me 6 (5—7) vs 5 (5—6)], ($p=0,06$). В других пробах получены недостоверные различия.

В группе пациентов, принимавших церебролизин, в пробе на запоминание 10 слов количество слов увеличилось в нескольких воспроизведениях (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Медиана и различия достоверности в пробе «10 слов» в 1-й группе

№ пробы	Медиана количества повторений в пробе «10 слов»		z
	до операции	после операции	
1	4 (3—5)	5 (4—6)	0,001
2	5 (4—6)	6 (5—7)	0,02
3	6 (5—7)	7 (6—7)	0,01
4			Недостоверно
5	6 (6—7)	7 (6—8)	0,002
6	6 (5—7)	7 (6—8)	0,00003

Проба на запоминание 10 слов используется для оценки состояния памяти, утомляемости, активного внимания. Обычно здоровые люди запоминают 10 слов после 3—4 повторений. Ослабление памяти проявляется в уменьшении числа воспроизводимых слов, привнесении новых слов, не содержащихся в задании. «Лишние» слова встречаются в результатах пациентов с текущими органическими поражениями мозга. Ухудшение результатов в ходе работы указывает на повышенную истощаемость нервно-психических процессов. Исследование памяти обладает высокой чувствительностью к изменению функциональных состояний мозга, поэтому увеличение объема воспроизводимых слов должно указывать на улучшение когнитивных (мнестических функций).

Т а б л и ц а 3

Встречаемость разной степени когнитивных нарушений у пациентов сравниваемых групп до оперативного вмешательства (p=0,28)

Когнитивные нарушения до операции	Группа пациентов	
	без вмешательства	принимавших церебролизин
Легкие когнитивные нарушения (F06.7)	16 (53,3 %)	9 (30 %)
Умеренные когнитивные нарушения (F07.8)	11 (36,6 %)	21 (70 %)
Выраженные когнитивные нарушения (легкая деменция, F01.5)	3 (10 %)	2 (6,7 %)0

Т а б л и ц а 4

Встречаемость разной степени когнитивных нарушений у пациентов сравниваемых групп после оперативного вмешательства (АКШ) (p=0,003)

Когнитивные нарушения после операции	Группа пациентов	
	без вмешательства	принимавших церебролизин
Не выявляются когнитивные нарушения (F06.6)	1 (3,3 %)	8 (26,6 %)
Легкие когнитивные нарушения (F06.7)	9 (30 %)	11 (36,7 %)
Умеренные когнитивные нарушения (F07.8)	12 (40 %)	10 (33,3 %)
Выраженные когнитивные нарушения (легкая деменция, F01.5)	6 (20 %)	1 (3,3 %)
Невозможно оценить	2 (6,7 %)	

Как показано в таблицах 3, 4, по опроснику Хачинского преобладали когнитивные нарушения сосудистого генеза: 8 (7—10) – в группе пациентов без вмешательства и 10 (8—12) – в группе пациентов, принимавших церебролизин ($p=0,03$). У 1 пациента в группе использования церебролизина и 4 пациентов в группе сравнения невозможно было оценить когнитивные нарушения из-за делирия или смерти.

Выводы. Использование периоперационной защиты мозга церебролизинем (по собственной схеме) способствует сохранению, а в ряде случаев и улучшению когнитивных функций после проведения операции коронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения и холодовой кардиopleгии, особенно у пациентов с высоким риском их развития.

ПЕРСПЕКТИВНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В НАРКОЛОГИИ

Логинов И. П.¹, Савин С. З.²

¹ **Хабаровск, Дальневосточный ГМУ Минздрава РФ**

² **Хабаровск, Вычислительный центр ДВО РАН**

С тех пор, как В. Амброс, Р. Ли, Р. Фейнбраум при изучении гена *lin-14* открыли в 1993 г. малые некодирующие молекулы РНК длиной 18—25 нуклеотидов (МикроРНК) [10], прошло более 20 лет. Бурное исследование нового класса некодирующих малых (микро) РНК на настоящий момент привело к описанию тысяч микроРНК человека и других видов, разработке различных методов их изучения [11, 19], созданию онлайн-базы данных последовательностей микроРНК, таких, например, как miRBase и пр. [1, 2]. По различным оценкам, мишенями микроРНК являются 30—60 % генов человека, кодирующих белок [8, 13]. Исследуются возможности терапии микроРНК [6, 10]. Первым заболеванием человека, для которого установили связь с нарушениями функционирования микроРНК, стал хронический лимфолейкоз [18].

Оказалось, что микроРНК играют регуляторную роль и в нервной системе [17, 20]. Было показано, что нейронные микроРНК вовлечены в различные этапы формирования нейронных связей, включая дендритогенез (*miR-132*, *miR-134* и *miR-124*), образование синапса и его созревание (в эти процессы, судя по всему, включены *miR-134* и *miR-138*) [5,22]. В ряде работ [3, 22] выявлена роль микроРНК в формировании памяти. Результаты некоторых исследований указывают на изменения в экспрессии микроРНК при шизофрении [4, 7].

Наконец, была открыта важнейшая роль микроРНК в экспрессии генов, что оказалось весьма существенным исследовательским прорывом для исследований наркомании и особенно алкоголизма. В одной из публикаций [13] было показано, что хроническое злоупотребление алкоголем приводит к стойким изменениям в функции мозга, опосредованным в части изменений экспрессии генов.

Малые некодирующие молекулы РНК способствуют снижению уровня белка BDNF (brain-derived neurotrophic factor или нейротрофический фактор мозга) в отделах мозга, ответственных за развитие алкогольной зависимости [21]. Изменения уровня микроРНК было обнаружено в медиальной префронтальной коре мышей с алкогольной зависимостью [9]. BDNF играет важную роль в формировании и созревании новых нейронов и синапсов, при этом микроРНК либо активируется или подавляется в ответ на хроническое употребление алкоголя [16, 21]. МикроРНК-382 является мишенью для рецептора дофамина D1 (DRD1), и его избыточная экспрессия приводит к усилению активности DRD1 и дельта-fosB, фактора транскрипции, который активирует ряд транскрипционных событий в прилежащем ядре, что, в конечном счете, приводит к аддиктивному поведению. Кроме того, на основе гиперэкспрессии микроРНК-382 и ингибирования DRD1 и дельта-fosB отмечено повышение регуляции у крыс и снижение степени алкогольной зависимости, что в дальнейшем предоставляет новые возможности использования микроРНК ориентированных фармацевтических средств для лечения и профилактики алкоголизма [15].

Л и т е р а т у р а

1. Almeida M. I., Reis R. M., Calin G. A. MicroRNA history: discovery, recent applications, and next frontiers // *Mutat Res.* – 2011. – V. 717. – P. 1–8.
2. Arinami T., Gao M., Hamaguchi T. M. A functional polymorphism in the promoter region of the dopamine D2 receptor gene is associated with schizophrenia // *Hum. Mol. Genet.* – 1997. – V. 6. – P. 577–582.
3. Artmann S., Jung K., Bleckmann A., Beissbarth T. Detection of simultaneous group effects in microRNA expression and related target gene sets // *PLoS ONE.* – 2012. – V. 7 (6). – P. e38365.
4. Beveridge N. J., Gardiner E., Carroll A. P., Tooney P. A., Cairns M. J. Schizophrenia is associated with an increase in cortical microRNA biogenesis // *Mol. Psychiatry.* – 2009. – V. 15 (12). – P. 1176–1189.
5. Biesecker L. G. Opportunities and challenges for the integration of massively parallel genomic sequencing into clinical practice: lessons from the ClinSeq project // *Genetics in Medicine.* – 2012. – V. 14. – P. 393–398. – DOI:doi:10.1038/gim.2011.78.
6. Fasanaro P., Greco S., Ivan M., Capogrossi M. C., Martelli F. microRNA: emerging therapeutic targets in acute ischemic diseases // *Pharmacol. Ther.* – 2010. – V. 125 (1). – P. 92–104.
7. Feng J., Sun G., Yan J., Noltner K., Li W., Buzin C. H., Longmate J., Heston L. L., Rossi J., Sommer S. S. Evidence for X-chromosomal schizophrenia associated with microRNA alterations // *PLoS ONE.* – 2009. – V. 4 (7). – P. e6121.

8. *Friedman R. C., Farh K. K., Burge C. B., Bartel D. P.* Most mammalian mRNAs are conserved targets of microRNAs // *Genome Res.* – 2009. – V. 19 (1). – P. 92—105.
9. *Gorini G., Nunez Y. O., Mayfield R. D.* Integration of miRNA and protein profiling reveals coordinated neuroadaptations in the alcohol-dependent mouse brain // *PLOS ONE.* – 2013. – V. 8 (12). – P. e82565
10. *Hydbring P., Badalian-Very G.* Clinical applications of microRNAs // *F1000Research.* – 2013. – V. 2.
11. *Krek A., Grün D., Poy M. N., Wolf R., Rosenberg L., Epstein E. J., MacMenamin P., da Piedade I., Gunsalus K. C., Stoffel M., Rajewsky N.* Combinatorial microRNA target predictions // *Nature Genetics.* – V. 37 (5). – P. 495—500.
12. *Lee R. C., Feinbaum R. L., Ambros V.* The *C. elegans* heterochronic gene *lin-4* encodes small RNAs with antisense complementarity to *lin-14* // *Cell.* – 1993. – V. 75 (5). – P. 843—854.
13. *Lewohl J. M., Nunez Y. O., Dodd P. R., Tiwari G. R., Harris R. A., Mayfield R. D.* Up-regulation of microRNAs in brain of human alcoholics // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2011. – V. 35 (11). – P. 1928—1937.
14. *Lewis B. P., Burge C. B., Bartel D. P.* Conserved seed pairing, often flanked by adenosines, indicates that thousands of human genes are microRNA targets // *Cell.* – 2005. – V. 120 (1). – P. 15—20.
15. *Li J., Li J., Liu X., Qin S., Guan Y., Liu Y., Cheng Y., Chen X., Li W., Wang S., Xiong M., Kuzhikandathil E. V., Ye J. H., Zhang C.* MicroRNA expression profile and functional analysis reveal that miR-382 is a critical novel gene of alcohol addiction // *EMBO Mol. Med.* – 2013. – V. 5 (9). – P. 1402—1414.
16. *Lippai D., Bala S., Csak T., Kurt-Jones E. A., Szabo G.* Chronic alcohol-induced microRNA-155 contributes to neuroinflammation in a TLR4-dependent manner in mice // *PLOS ONE.* – 2013. – V. 8 (8). – P. e70945.
17. *Maes O. C., Chertkow H. M., Wang E., Schipper H. M.* MicroRNA: Implications for Alzheimer Disease and other Human CNS Disorders // *Current Genomics.* – 2009. – May. – V. 10 (3). – P. 154—156.
18. *Mraz M., Pospisilova S.* MicroRNAs in chronic lymphocytic leukemia: from causality to associations and back // *Expert review of hematology.* – 2012. – V. 5, № 6. – P. 579—581.
19. *Rajewsky N.* MicroRNA target predictions in animals // *Nature Genetics.* – 2006. – V. 38 (6s). – P. 1452—1456.
20. *Schratt G.* MicroRNAs at the synapse // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2009. – V. 10 (12). – P. 842—849.
21. *Tapocik J. D., Solomon M., Flanigan M., Meinhardt M., Barbier E., Schank J. R., Schwandt M., Sommer W. H., Heilig M.* Coordinated dysregulation of mRNAs and microRNAs in the rat medial prefrontal cortex following a history of alcohol dependence // *Pharmacogenomics J.* – 2013. – V. 13 (3). – P. 286—296.
22. *Yu-Wen A. H., Claudia R. R., Elizabeth C. H. E., Kathie L., Mollie K. M.* Dual Regulation of miRNA Biogenesis Generates Target Specificity in Neurotrophin-Induced Protein Synthesis. – 2012. – V. 148, № 5. – P. 933—946.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Лончакова В. В., Крысюк М. В., Долотина Н. С., Авдюшкина Т. С.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность исследования. По данным здравоохранения, около половины психических расстройств у взрослых начинаются в детском возрасте. Проблема охраны психического здоровья детей сохраняет свою актуальность с начала организации специализированных психиатрических служб, и вопросы лечения и реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами всегда занимали важнейшее место в системе психиатрической помощи. К тому же отмечается неуклонный рост числа детей и подростков с непсихотическими формами психической патологии и нарушениями поведения, в формировании и динамике которых средовые факторы играют ведущую роль.

В настоящее время понимание природы психических расстройств учитывает не только биологические, но и психологические, социальные и средовые факторы. Современные требования к оказанию помощи определяются углубленной комплексной клинической, психологической, логопедической и педагогической исследовательской оценкой, и организацией терапевтической среды и складываются из ряда важных факторов. К их числу относят: 1) возраст (своеобразие клиники и динамики нарушений, возрастная реактивность, повышенная уязвимость к влиянию психогенных факторов, особенности реагирования на наличие психического расстройства, риск возникновения психических нарушений в переходные возрастные периоды, возрастная незрелость механизмов психогенеза и саморегуляции эмоций и поведения; 2) любое психическое расстройство в различной степени искажает психическое развитие ребенка и препятствует адекватному усвоению навыков по возрасту; сроки пребывания в отделении 1 месяц и меньше, с целью нивелирования психотравмирующего влияния на ребенка; 4) организация терапевтической (окружающей) среды в условиях психиатрического отделения; 5) ключевая роль родителей в формировании личности ребенка и создании микросоциальной среды, влияющей на него; 6) комплексное реабилитационное воздействие достигается путем мобилизации усилий и возможностей самого пациента и родителей.

Материал исследования. Детское общепсихиатрическое отделение ГКУЗ КО КОКПБ рассчитано на 80 коек. В отделении № 18 на первом этаже находятся мальчики от 9 до 14 лет, на втором этаже в отделении № 20 проходят лечение и обследование девочки всех возрастов, мальчики от 4 до 9 лет. Отделение оснащено необходимым оборудованием для обеспечения лечебно-реабилитационного процесса. Имеются учебные классы, физиокабинет, кабинет психолога, логопедов, а также процедурные кабинеты, столовые, игровые комнаты. Отдельно выделен приемный покой для разобщения детского и взрослого контингентов. Организована детская игровая площадка.

Работа психиатра определяется клиническим обоснованием выбора и проведения психолого-педагогических мероприятий и медикаментозной терапии психотических, ликовродинамических, аффективных и поведенческих расстройств, астенических состояний, дезорганизующих поведение и деятельность детей как с выраженными, так и с незначительными проявлениями социальной дезадаптации.

Лечебно-коррекционный план представлен в двух основных категориях: 1) уменьшение или смягчение влияния негативных и психотравмирующих факторов, связанных с психическим расстройством; 2) лечение формирующихся или обострившихся психических расстройств и психосоциальная коррекция искажений психического развития и непатологических психосоциальных отклонений и деформаций личности (усиление агрессивности, социальная апатия, ограничение контактов, сужение жизненных планов и др.).

Сведения фиксируются на настоящий момент и по данным истории жизни пациента, объединяются в следующие категории: жилищные условия, материальное положение, состав семьи и особенности семейных взаимоотношений, тип воспитания; характеристика периода обучения и уровень социализации, досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными органами и учреждениями; другие психосоциальные проблемы. На первом этапе пребывания ребенка в больнице (адаптация к новым условиям) используется метод направленного наблюдения, исследуется способность ребенка к установлению и поддержанию контактов со сверстниками и персоналом, способность к целенаправленному поведению, преобладающие проявления эмоциональной и поведенческой сфер и т. д. Лечебно-реабилитационная работа осуществляется в рамках сформированной терапевтической среды через участие каждого специалиста (психолог, детский психиатр, педагог, воспитатель, логопед) для разработки индивидуального плана лечения с координирующей ролью детского психиатра.

Так как влиянию родителей принадлежит ведущая роль в формировании личности ребенка и в создании микросоциальной среды, врачом и другими специалистами проводится изучение особенностей личности родителей, их отношения к ребенку, стиля воспитания и атмосферы в семье. В плане осуществления реабилитационно-педагогической программы в отношении каждого ребенка необходимо учитывать, что его развитие и реабилитация могут проходить лишь в процессе активного взаимодействия с окружающей средой [Выготский Л. С., 1956; Леонтьев А. Н., 1972], без создания которой воздействие на ребенка всегда дает частичный и нестойкий результат.

Диагностический вклад педагога-воспитателя представлен следующими сведениями: а) формы социальной и индивидуально-психологической дезадаптации; б) характер и степень выраженности затруднений в усвоении учебной программы, проблемы в межличностных взаимоотношениях и т. д.; в) сферы конфликтного поведения и характер аффективных реакций, наиболее значимыми являются особенности поведения больного ребенка в эмоциональных ситуациях, его реакции на организующие, дисциплинирующие воздействия взрослых, контакт с детьми и т. п.; г) степень эффективности применявшихся психосоциальных воздействий и психокоррекционных приемов.

Под лечебной педагогикой понимается педагогическое воздействие на личность больного ребенка или подростка с лечебной целью. В ее задачи входят: коррекция поведения, ликвидация связанной с болезнью педагогической и социальной запущенности, стимуляция эмоциональной, интеллектуальной и социальной активности, направленной на восстановление возможностей и желания учиться [Ковалев В. В., 1973]. Педагог по назначению врачей формирует диагностические группы, проводит наблюдения за детьми, оценивает их осведомленность, изучает особенности формирования игровой деятельности. Для организации игр в группе дошкольников составлен конспект подвижных и дидактических игр на развитие и коррекцию внимания, запоминания, наблюдательности. Благодаря играм процесс адаптации детей в отделении проходит менее болезненно и быстрее. Коррекционно-воспитательная работа ведется с использованием коллективных, групповых и индивидуальных форм работы с детьми, с воспитанием пациентов во время их игровой, изобразительной, конструктивной деятельности. Нравственное воспитание осуществляется при обучении играм, моделирующим отношения людей, играм с игрушками-животными, в результате формируются доброта, человечность, сокращаются конфликтные ситуации между детьми.

Педагог проводит мониторинг личностных качеств каждого ребенка, направленный на разработку путей коррекционного воспитания, обеспечивает выполнение режимных моментов в отделении, прививая детям культурно-гигиенические навыки, организуя прогулки, утренники, выставки детских рисунков и поделок. Воспитатель-педагог проводит индивидуальные беседы с родителями пациентов о характере воспитательных мероприятий в отделении, о роли общения, эмоционального контакта ребенка со взрослыми в воспитании детей, о роли совместных сюжетно-ролевых игр в формировании морально-нравственных качеств.

Психологическое участие представлено двумя основными формами: патопсихологическое обследование и психодиагностическое тестирование. Первое направление – патопсихологический анализ психической деятельности ребенка – ориентировано на изучение психологических механизмов симптомообразования, формирующих и дополняющих целостную клиническую картину, важную для ее разграничения с другими формами психической патологии. Психодиагностическое направление обеспечивает количественную квалификацию изучаемого явления, позволяет сопоставить достижения испытуемого с результатами, статистически характеризующими как норму, так и различные варианты отклонения от нее.

В психодиагностическое исследование входит: полное исследование интеллекта с определением IQ (Векслер); исследование интеллектуально-мнестических функций, в комплексе или по отдельности (память, внимание, работоспособность, переключаемость, вербальная логика, невербальный интеллект, способность к абстрагированию и обобщению) без определения IQ; исследование интеллекта с помощью других методик (Равен, Айзенк, рисуночные) с определением интеллектуального коэффициента; исследование мышления на наличие расстройства мышления и расстройства ассоциативного процесса; развернутое исследование личности: с комплексным профилем (сочетание черт, тип личности, акцентуация), характером межличностных отношений (отношения с близкими, характер адаптации), отдельных личностных черт (тревожность, невротичность, эмоциональное состояние, самооценка и пр.), в том числе и определяющих межличностные отношения (агрессивность, отношения с родителями, сверстниками).

По итогам тестирования проводится психологическая коррекция, включающая индивидуальную и групповую терапию и психопрофилактику, предусматривающую проведение мероприятий с ребенком, его семьей, специалистами, участвующими в оказании помощи.

В детском отделении психиатрической больницы получают логопедическую помощь дети и подростки с тяжелой речевой патологией. Патология речи тесно переплетается с биологическими и социально-психологическими факторами. На основании диагностики, установления речевого диагноза составляются программы логопедической реабилитации. Организуются логопедические занятия, групповые и индивидуальные. В группы объединяются дети с одинаковыми речевыми нарушениями, близкие по возрасту (дошкольники, школьники, подростки) и по уровню речевого недоразвития и интеллекта. При тяжелых расстройствах речи необходимы и проводятся только индивидуальные занятия. Все занятия проводятся в игровой форме. Для повышения эффективности работы логопеды поддерживают тесный контакт с воспитателями. В связи с тем, что самоконтроль за состоянием собственной речи у детей-логопатов снижен, воспитатели обращают их внимание на дефекты произношения, закрепляют фонологически правильный вариант, повторяют разучиваемые на занятиях стихи и чистоговорки, способствуют введению поставленных звуков в самостоятельную речь. Для этого ведётся тетрадь связи логопеда с воспитателем. В истории болезни логопед 1 раз в 10—12 дней отмечает динамику логокоррекционной работы.

Так как дети находятся в отделении только месяц, из множества традиционных и новейших доступных методик используются наиболее эффективные за такой короткий срок: логопедический массаж (сеанс 20 минут, с частотой 10–25 раз); пальчиковая, дыхательная (по Стрельниковой), артикуляционная гимнастика; методики по формированию фонематических процессов; лексико-грамматические упражнения; методики по коррекции письменной речи. Регулярно проводятся индивидуальные беседы и консультации с родителями детей, имеющих речевые нарушения, им разъясняют суть речевого нарушения, а также логопедические установки и требования. Даются рекомендации о том, как построить взаимодействие с ребёнком в быту, чтобы оно было эффективным для развития речи.

В результате комплексного обследования и содружественного взаимодействия всех специалистов с индивидуальной работой каждого специалиста с родителями снижается уровень бремени для семьи, связанного с психическим расстройством ребенка; сокращаются число и длительность госпитализаций в психиатрический стационар; сдерживается или предупреждается инвалидизация; уменьшается количество пациентов с хронифицированными эмоциональными и поведенческими расстройствами, а также снижаются глубина и стойкость дезадаптации у детей и подростков с психическими расстройствами.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Лукьянова Е. В., Лебедева В. Ф.

Томск, НИИ психического здоровья

Актуальность исследования. По данным российских исследователей 10 % женщин находится в постменопаузе (Сметник В. П. и др., 2006), к 2020 г. прогнозируется рост данного показателя до 47 млн и до 1,2 млрд к 2030 г. Решение проблем климактерия – путь к сохранению здоровья и работоспособности женщин (Тихомиров А. Л., Олейник Ч. Г., 2003), причем решение должно быть комплексным и глубоким, возможно, с созданием региональных программ по укреплению физического, соматического, психического здоровья с выделением бюджетных средств и привлечением соматологов, психиатров, психологов, представителей депутатского корпуса и женских организаций.

Механизмами полиморбидности объясняется ухудшение соматической патологии в климаксе. Психиатры (Дмитриева Т. Б., Качаева М. А., 2001; Дзеружинская Н. А., 2002; Мосягина И. В., 2009), как и акушеры-гинекологи и терапевты (Балан В. Е. и др., 1991; Тихомиров А. Л., 2003; Прилепская В. Н. и др., 2011), исследуют влияние заместительной терапии на психическое здоровье женщин в климактерии.

В литературе описана взаимосвязь с климактерическими нарушениями при гипертонии (Большакова О. О., 2005), цефалгии (Клопова И. А., 2008), гипертензии (Зеленина И. Н., 2008; Изварина О. А., 2009), иммунной (Стрюкова О. Ю., 2007), цереброваскулярной (Синельникова М. Н., 2004) и соматической (Попов А. А., 2009) патологии, сахарном диабете (Стефановская О. В., 2011), остеохондрозе (Набугорнова Т. В., 2008), патологии внутренних органов (Гаврилова Е. И., 2011), ишемии головного мозга (Любарова Н. Б., 2008), болезнях щитовидной железы (Белозерова С. А., 2005), болевом синдроме (Флегентова О. Н., 2007), а также при психических (Тарицина Т. А., 2006) расстройствах: тревожно-фобических (Лопатина Т. Е., 2007), нейровегетативных, психоэмоциональных (Зызина Н. Е., 2004), депрессивных (Хархарова М. А., 2007), психосоматических (Чуданов С. В., 2003). Показана зависимость психопатологической симптоматики от социально-экономического уровня (Lagos X. et al., 1998); связь психологического дистресса с менопаузой (Becker D., 2001); обусловленность депрессивной симптоматики менопаузальным статусом женщин (Bosworth H. V. et al., 2001).

Вышесказанное обосновывает значимость разработки комплексных программ персонализированной психофармакотерапии для женщин климактерического возраста с физио-, бальнео-, курортотерапией для устранения и предупреждения осложнений климакса, психокоррекцией поведенческих паттернов.

Проведенное нами на базе отделения пограничных состояний изучение стационарной выборки женщин климактерического возраста (127 человек) позволило определить нозологическую структуру непсихотических психических расстройств в основной группе, частота которых не зависела от наличия у них в анамнезе истерических проявлений: расстройства адаптации и тревожные расстройства были преобладающими, их доля составила 35,48 и 27,96 %; реже встречались органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (11,83 %); соматоформные расстройства (10,75 %); истерическое расстройство личности (9,68 %); диссоциативные расстройства (4,3 %).

У женщин климактерического возраста, имеющих в структуре НППР истерические проявления, вне зависимости от нозологической принадлежности, установлены три типа реагирования в кризисных (психогенных) ситуациях: тревожно-депрессивный (63,44 %; $p < 0,05$), соматоипохондрический (26,88 %; $p < 0,01$), психопатопоподобный (9,68 %), сформировавшиеся задолго до наступления климакса.

По материалам исследования были предложены и внедрены в клиническую практику отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья и психиатрической службы ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» программы клинко-патогенетически обоснованной и дифференцированной фармако- и психотерапии с целью снижения риска их затяжного течения в связи с климактерическими нарушениями.

Первая программа терапии предложена пациенткам основной группы и группы сравнения с расстройствами адаптации (35,48 и 23,53 %), тревожными расстройствами (27,96 и 17,65 %), с достоверной значимостью ($p < 0,05$) чаще пациенткам основной группы с тревожно-депрессивным типом реагирования в кризисных ситуациях (63,44 и 41,18 %). Назначались трициклические антидепрессанты, СИОЗС, транквилизаторы с седативным и противотревожным эффектами.

Вторая программа ориентирована на пациенток обеих групп с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством (11,83 и 14,71 %) и соматоформными расстройствами (10,75 и 14,71 %), пациенток основной группы с диссоциативными расстройствами (4,3 %), пациенток группы сравнения с расстройствами адаптации (17,65 %) и тревожными расстройствами (11,75 %), с достоверной значимостью реже ($p < 0,01$) пациенткам основной группы в сопоставлении с группой сравнения с соматоипохондрическим типом реагирования

в кризисных ситуациях (26,88 и 58,82 %). Назначали транквилизаторы-анксиолитики и СИОЗС с активирующим, психоэнергизирующим, антидепрессивным и транквилизирующим действием.

Третья программа рекомендована пациенткам основной группы с истерическим расстройством личности (9,68 %) и психопатоподобным типом реагирования в кризисных ситуациях. Назначались антидепрессанты, нейролептики и корректоры поведения для устранения нейровегетативных и сенестопатических нарушений, снятия дисфорической напряженности, взрывчатости, повышенной эмоциональной возбудимости.

Выводы. Внедрение предложенных программ в практику отделений неврозов позволит не только укрепить здоровье женщин климактерического возраста, но и в целом будет способствовать интеграции женщин в общественной жизни, укреплению семьи и сохранению социальной значимости женщины.

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ – ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ

Любченко М. В., Бафраджан М. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность темы исследования. Оценка параметров качества жизни и социального функционирования больных шизофренией способствует более дифференцированному подходу к реабилитации и выработке оптимальных терапевтических стратегий. Базой для социально-трудовой реабилитации психически больных являются дневные стационары, лечебно-трудовые мастерские при психоневрологических диспансерах.

Особенности проживания на селе – территориальная протяженность сельских районов, малая плотность населения, плохо развитая дорожная сеть – негативно отражаются на обеспечении сельских жителей своевременной медицинской помощью (Гаврилов Н. И., Фофанов В. П., 1982; Рогожников В. А., 2001). В связи с этим совершенствование организации психиатрической помощи сельскому населению приобретает в настоящее время большое значение.

Основной **целью** настоящего исследования являлось изучение социальной адаптации и качества жизни пациентов, страдающих шизофренией.

В качестве основных **методов** исследования применялись клинико-психопатологический и клинико-динамический. С целью выявления закономерностей адаптации у больных шизофренией использовался катамнестический метод. Проведено обследование по «Шкале продуктивных и негативных симптомов шизофрении» PANSS.

Материал исследования. В соответствии с целью и задачами исследования в основную исследуемую группу вошло 50 человек, проживающих в Яйском и Ижморском районах, наблюдающихся в психокabinetах данных районов, и 50 человек – жителей Кемерова, наблюдающихся в ГКУЗ КО КОКПБ. Группы формировались по принципу случайной выборки и подверглись первичной рандомизации.

Обсуждение результатов. В группе городских жителей было 29 мужчин (58 %) и 21 женщина (42 %), их средний возраст составил 42 года. В группе сельских жителей – 31 мужчина (62 %) и 19 женщин (38 %), средний возраст – 45 лет.

В группе проживающих в городе высшее образование имели 19 человек (38 %), среднее специальное – 21 (42 %), среднее – 10 (20 %). В группе сельских жителей уровень образования гораздо ниже: высшее – 2 человека (4 %), среднее специальное – 16 (32 %), среднее – 32 (64 %).

У больных шизофренией, проживающих в городе, преобладал эпизодический тип течения – 26 человек (52 %), реже встречался непрерывный тип – 24 человека (48 %). В сельской местности, наоборот, непрерывный тип течения встречался чаще (36 – 72 %), чем эпизодический тип (14 – 28 %). У городских жителей преобладают психопатоподобные и неврозоподобные расстройства, а у сельчан – галлюцинаторные и бредовые расстройства. Как в городской, так и в сельской группе большая часть больных страдала психическими расстройствами свыше 15 лет. В городской группе преобладали живущие в одиночестве пациенты (28 – 56 %), с родителями проживало 14 человек (28 %), в браке состояло 8 человек (16 %). В сельской местности чаще зарегистрированы больные, проживающие с родителями (25 – 50 %), брак имелся у 18 человек (36 %), проживали одни 7 человек (14 %), в основном это связано с тем, что в сельской местности страдающему шизофренией прожить одному сложнее из-за бытовых условий (необходимость топить печь, носить воду, отдаленность магазинов). В связи с этим процент оформления больных – выходцев из села в психоневрологические дома-интернаты после смерти родственников выше.

У горожан инвалидность II группы имеют 26 человек (52 %), III группы – 24 (48 %). Среди сельских жителей инвалидность II группы оформлена у 42 человек (84 %), III группы – у 8 человек (16 %).

При рассмотрении группы сельских жителей вообще не обнаружено официально трудоустроенных, так же как и мало и работающих без оформления трудовых отношений – всего 3 человека (6 %). Из городских жителей официально трудоустроены 7 человек (14 %), без оформления официального трудоустройства работают 5 человек (10 %), как правило, это низкоквалифицированные места работы.

Дополнительный доход в сельской местности пациенты имеют из следующих источников: совместно с родственниками держат хозяйство – 5 человек (10 %), имеют огород – 18 человек (36 %). Уровень жизни сельских жителей в бытовом плане крайне низкий, примитивный. У городских жителей совместно с родственниками имелись приусадебные участки – 26 человек (52 %), сдавали жилье внаем – 13 человек (26 %), 1 человек (2 %) имел личное подсобное хозяйство. Уровень жизни пациентов городской группы был гораздо выше, чем у сельских жителей.

Хочется обратить внимание на то, что в городской группе меньшее число пациентов (16 – 32 %) были склонны к употреблению спиртного, чем в сельской местности (26 – 52 %), что заметно ухудшает социальную реабилитацию сельчан. Длительность запоев в сельской местности гораздо продолжительнее, при этом поддерживающее лечение пациенты, как правило, не принимают. По окончании запоя больной попадает в стационар с ухудшением психического состояния. Еще одна особенность проживающих в сельской местности пациентов в том, что они алкоголизируются вместе с родственниками, соответственно увеличивается длительность запоя. В городской группе, наоборот, родственники обращаются за помощью к участковому врачу-психиатру.

В лечении заболевания в городской группе чаще используются таблетированные препараты (26 – 52 %), а в группе сельских жителей – пролонгированные инъекционные препараты (44 – 88 %), вводимые фельдшером медицинского пункта. Монотерапия чаще встречается в сельской местности (22 – 44 %), чем в городе (12 – 24 %). Атипичные нейролептики в сельской местности получает только 1 человек (2 %). Специализированный осмотр врач-психиатр в городской группе проводит в среднем 1 раз в 2 месяца, в сельской группе – 1 раз в 4 месяца.

Таким образом, в городской группе прослеживается более регулярная, адекватная терапия. Регулярно поддерживающее лечение в городской группе получают 42 человека (84 %), а в группе сельских жителей – 20 человек (40 %). Госпитализация в блочное отделение у городских жителей в среднем 1 раз в 3 года и связана чаще с особенностями заболевания, в группе сельских жителей – в среднем 1 раз в 1,5 года, в связи с употреблением спиртного и отказом от лечения.

Выводы. В условиях сельской местности шизофренический процесс протекает прогрессивно, с формированием более тяжелых продуктивных и негативных психопатологических расстройств, большей социально-трудовой дезадаптацией в связи с социальными особенностями жизни в сельской местности (родственный алкоголизм, низкий уровень ответственности при соблюдении режима терапии).

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Любченко М. В., Дербенева Н. А., Селезнева Н. В., Яковлева О. Е.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность темы. Ипохондрическая симптоматика – наиболее часто встречающаяся в структуре расстройств как психотического, так и непсихотического уровня. Данная форма патологии трудно поддается лечению и грозит серьезными социальными последствиями для личности (Семке А. В., Микилев Ф. Ф., 2013). Такие пациенты некомплаентны в отношении базисной психотропной терапии вследствие чрезмерной фиксации на нежелательных эффектах терапии, немотивированно принимают препараты соматического спектра (Семке А. В., Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., 2015). Согласно отечественным данным (Смагулов Б. С., 2013), у больных с ипохондрической направленностью болезненных переживаний может сформироваться суицидальная мотивация по механизму избегания страданий от мнимого заболевания.

Материалы и методы. Объект исследования – 56 пациентов, не старше 65 лет, находящиеся под диспансерным наблюдением, с ведущими ипохондрическими расстройствами в структуре заболевания. Пациенты были разделены на две группы: первую группу составили лица, страдающие расстройствами шизофренического спектра (шизофрения параноидная, ипохондрическая, сенестопатическая, шизотипическое расстройство личности) – 32 человека, вторая группа – пациенты с непсихотическими расстройствами (органическое заболевание ЦНС, ипохондрическое развитие личности) – 24 человека. Использовались методы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический. Психометрические шкалы: шкала Монтгомери–Асберга для оценки депрессивных расстройств (MADRS), шкала тревоги Гамильтона (HDRS), Колумбийская шкала оценки суицидального риска).

Результаты и обсуждение. По полу пациенты первой и второй групп распределились следующим образом: 69 % (n=22) мужчин и 25 % (n=8) женщин; 46 % мужчин (n=11) и 54 % (n=13) женщин. По уровню полученного образования в первой группе преимущественно встречались лица со средним образованием (41 % – n=19), во второй группе преобладали пациенты со средним специальным образованием (50 % – n=12).

Отмечались различия в группах по семейному положению: в первой группе 50 % (n=16) пациентов были холосты, а во второй группе преобладали состоящие в браке (75 % – n=18). По возрасту также имелись различия: в первой группе преобладали молодые пациенты, в возрастном промежутке от 21 до 35 лет (81 % – n=26), во второй группе – лица среднего возраста (36—55 лет) – 42 % (n=10). В первой группе подавляющее большинство пациентов имели инвалидность по психическому заболеванию (85,5 % – n=27), по соматическим заболеваниям – 4 % (n=2), 10 % (n=4) не имели группы инвалидности, из них 2 пациентов стабильно трудоустроены, остальные периодически подрабатывали на низкоквалифицированных работах. Во второй группе инвалидов по психическому заболеванию было 52 % (n=12), пенсионеров по возрасту – 25 % (n=6), инвалидов по соматическому заболеванию – 11 % (n=3) и остальные 3 пациентов – работающие.

Наследственная отягощенность прослеживалась в первой группе у 62,5 % (n=20) пациентов. Во второй группе роль наследственного фактора оказалась ниже, лишь у 12,5 % (n=3) выявлена отягощенная наследственность по психическим заболеваниям. У остальных 87,5 % (n=21) патологическая наследственность не выявлена.

Начало заболевания в обеих группах было преимущественно подострым. При первом обращении в психиатрическую больницу 37,5 % (n=12) пациентов первой группы и 54 % (n=13) пациентов второй группы получали лечение в условиях пограничного отделения.

У больных параноидной шизофренией ипохондрическая симптоматика определяла содержание бреда (ипохондрический бред заражения опасными и тяжелыми заболеваниями, доходящий в некоторых случаях до синдрома Катара). В ремиссии у данных пациентов отмечалось сочетание ипохондрической и негативной симптоматики.

Степени выраженности аффективных расстройств оценивалась согласно результатам по шкале MADRS для оценки выраженности депрессии и по шкале HDRS для оценки выраженности тревоги. Анализируя полученные результаты, выявлено, что в обеих группах на момент обследования преобладали пациенты с легкой степенью депрессии (15—25 баллов по шкале MADRS). В первой группе они составили

59 % (n=19), во второй группе – 66 % (n=16). Депрессия средней степени выраженности выявлена у 31 % пациентов первой группы (n=10), у 20 % пациентов (n=11) депрессивных расстройств не выявлено. Клинически выраженный уровень тревоги >11 баллов по шкале HADRS выявлен у 67 % (n=21) пациентов первой группы и у 78 % (n=19) во второй группе. Суицидальные попытки в анамнезе совершали 22 % (n=7) пациентов первой группы и 8 % (n=2) пациентов второй группы. На момент обследования, согласно результатам по Колумбийской шкале оценки риска суицида, у пациентов первой группы средний уровень риска выявлен в 28 % случаев (n=9), а у 72 % пациентов уровень суицидального риска оценивался как невысокий. Во второй группе средний уровень риска отмечался у 12,5 % пациентов (n=3), невысокий риск выявлен у 87,5 % (n=21).

Выводы. Пациенты с ипохондрической симптоматикой в рамках расстройств шизофренического спектра имели более низкий уровень адаптации, ипохондрические проявления у них чаще сочетаются с депрессивными расстройствами, выше вероятность суицидального риска.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТОГЕРОНТО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Макарова О. В., Калинина К. В.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность темы. Исследование вопросов старения становится все более актуальным по мере увеличения средней продолжительности жизни населения. Естественно, что с постарением населения планеты значительно возрастает удельный вес психозов позднего возраста.

Интерес к большим параноидной шизофренией вызван тем, что наибольший риск частых госпитализаций возникает именно у больных с параноидной формой шизофрении, при которой случаи с частой госпитализацией составляют 30,8 %. В последние годы значительно возрастает число пациентов, как заболевших шизофренией в молодом возрасте и доживших до старости, так и тех, у кого психоз дебютировал на фоне уже имевшихся инволюционных изменений (поздняя шизофрения). Возрастные особенности, характерные для психических заболеваний в целом, существенно видоизменяют клиническую картину шизофрении и требуют ее дальнейшего изучения.

Цель: изучить особенности течения шизофрении в старости как у пациентов, страдающих этим заболеванием с молодого возраста, так и у пациентов, заболевших шизофренией в позднем возрасте.

Материалы и методы. Исследовались истории болезни пациентов соматогеронтопсихиатрического отделения, пролеченных за последние 2 года.

Из 192 пациентов старше 45 лет 78 пациентов имели диагноз шизофрении. Они были разделены на 2 группы: параноидная шизофрения, развившаяся в молодости и продолжающаяся в пожилом возрасте – 46; поздняя параноидная шизофрения – 32; обе группы оказались сопоставимы по возрасту.

Результаты. Из 46 пациентов, страдающих шизофренией с молодости, у 19 имелось непрерывное течение, у 27 – приступообразно-прогредиентное.

При непрерывном течении наряду с усложнением и расширением бредовых переживаний у 8 пациентов из 19 появляется возрастная тематика бреда (ущерб, воровство и т. п.). У 5 пациентов старше 70 лет со стажем заболевания свыше 40 лет происходит постепенная редукция и в то же время видоизменение продуктивной симптоматики. У них отмечаются «частичные» кататонические расстройства, особенно в речевой сфере (мутизм, речевая бессвязность при упорядоченной моторике). У них же выявлены своеобразные сенильно-подобные черты в остаточной психотической симптоматике (галлюцинаторные, конфабуляторные и бредовые переживания, содержание которых относится к далекому прошлому). При регрессирующей динамике галлюцинаторно-бредовой симптоматики, наблюдавшейся у 8 пациентов, возрастала роль воображения (бред воображения, галлюцинации воображения) одновременно с некоторым упорядочением поведения больных.

При продолжающейся до старости приступообразной шизофрении в позднем возрасте у 18 пациентов наблюдались различные видоизменения течения: возобновление приступов после длительной ремиссии (8 человек); учащение, в том числе возникновение серий приступов (6 человек), затухание приступов (4 человека).

При изучении историй болезни у пациентов с дебютом шизофренических психозов в возрасте старше 45—50 лет (поздняя шизофрения) мы отметили ряд особенностей клинических проявлений и течения по сравнению с клиникой шизофрении молодого и среднего возрастов. Так, при катамнезе длительностью до 15 лет ни у одного пациента не наблюдалось развития симптомов вторичной кататонии и конечных состояний, характерных для шизофрении.

Последовательность смены синдромов, характерная, для непрерывно-прогредиентного течения заболевания, сохранялась у всех пациентов, но прогредиентность развития болезненного процесса выглядела незавершенной, не достигала глубоких уровней поражения. При мало-прогредиентном течении у 6 пациентов параноидный синдром редуцировался (катамнез от 10 до 15 лет). При высокой прогредиентности процесса в 12 случаях отмечался быстрый переход в галлюцинаторно-парафренические и затяжные конфабулярно-парафренические психозы. Не встречалось люцидно-кататонических, онейроидных и сложных галлюцинаторно-бредовых приступов.

Изучение психопатологических синдромов при поздней шизофрении выявило, что депрессивные расстройства у 15 пациентов из 19 имели пресенильную окраску: депрессивные идеи отношения, осуждения, наказания и гибели. У пациентов наблюдались вялость и апатия (8 чел.), угрюмость в сочетании с недовольством и раздражительностью (7 чел.). У всех пациентов бредовые идеи не имели выраженного усложнения и расширения, характерного для шизофрении молодого возраста. При бредовых расстройствах (18 случаев) преобладали интерпретативные бредовые идеи (7 чел.), бред воображения в виде бреда фантазирования (11 чел.). У 15 пациентов отмечалась возрастная тематика бреда. Галлюцинаторные расстройства (19 пациентов) почти у половины (8 чел.) имели характер истинных. У 11 человек наблюдались обонятельные и тактильные галлюцинации. В структуре синдрома Кандинского-Клерамбо (11 случаев) у 6 пациентов выявлены идеаторные автоматизмы, тогда как сенсорно-сенестопатические автоматизмы, чаще периферической локализации, выявлялись у 9 пациентов. Негативные расстройства во всех случаях были менее выраженными и глубокими, чем при начале заболевания в более раннем возрасте. В ремиссиях отмечалось снижение общего жизненного тонуса, активности, сужение интересов, межличностных контактов. В 12 случаях отмечалось усиление тревожности. У 23 пациентов уже через 5—8 лет после дебюта заболевания появились характерные для данной возрастной группы когнитивные нарушения (по MMSE 20—24 балла).

Выводы. Последовательность смены синдромов, характерная для течения заболевания в молодом и среднем возрастах, сохраняется, но прогредиентное развитие болезненного процесса остается незавершенным, не достигает наиболее глубоких уровней поражения. С увеличением возраста манифестации шизофрении сужается круг ее проявлений, уменьшается и качественно меняется полиморфизм психозов. Негативная симптоматика неглубокая и с нарастанием возраста приобретает «пресенильную» окраску.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Макашева В. А.

**Новосибирск, ГБУЗ НО «Новосибирский областной
детский клинический психоневрологический диспансер»**

Актуальность. Эпидемиологические исследования последних лет регистрируют значительный рост и актуальный высокий уровень распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) в детской популяции, обуславливающих тяжелое социально-финансовое бремя в связи с ранним началом заболеваний, демонстрирующих значительный процент инвалидизации и представляющих существенную статью расходов государства, а также возлагающих психологическую нагрузку на семью. Однако сведений об эпидемиологической ситуации с РАС в России практически нет.

Раннее скрининговое выявление РАС считается наиболее оправданной практикой в мире. Большая часть РАС в наши дни может быть диагностирована уже в возрасте до 2 лет или несколько позже при сохранном когнитивном и речевом развитии. Из-за широкого спектра индивидуальных различий, типичного и атипичного развития в первые годы жизни, если у родителей нет жалоб, скрининг РАС в популяции в возрасте до 16 месяцев неэффективен.

По предложению Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2015 г. Новосибирская область в числе трех субъектов России стала участником по внедрению скрининга. Цель данного проекта заключается в создании системы ранней диагностики, коррекционного и биомедицинского вмешательства, социальной адаптации людей с аутизмом, а задачей проекта является раннее выявление групп риска развития расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в возрасте 16—24 месяцев.

Поставленная задача решалась с помощью разработанной по поручению Минздрава России в 2014 г. в отделе детской психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» ФАНО России «Анкеты для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 16—24 месяцев» (далее – Анкета), опросника М-СНАТ – расширенной американской версии британского инструментария СНАТ.

Гипотеза исследования состояла в том, что оба опросника валидны и надежны и имеют доказательно приемлемые уровни ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Материал и методы. Скрининговые исследования проводились нами с помощью Анкеты и опросника М-СНАТ. Дети, получившие от 4 и более баллов по шкале Анкеты, по опроснику М-СНАТ также от 4 и более баллов, а также набравшие по М-СНАТ 2 критических балла, относятся к группе риска РАС.

Одновременно на базе психиатрического диспансера проводилось исследование, направленное на выявление соответствия поставленным задачам используемого для скрининга инструментария и оптимизацию ресурсов учреждений и организаций, участвующих в системы ранней диагностики, коррекционного и биомедицинского вмешательства, социальной адаптации людей с аутизмом.

Обсуждение и результаты. Нами проведено анкетирование 260 родителей с помощью двух опросников – Анкеты и М-СНАТ. По результатам Анкеты 182 ребенка попали в группу риска (далее – группа 1) с результатами от 4 до 16 баллов. После обработки ответов М-СНАТ в группу риска попали 8 детей (далее – группа 2) с результатом от 4 до 15 баллов. Дети из группы риска, выявленные опросником М-СНАТ, также входили в группу 1.

Все дети с положительными результатами (182 человека) были приглашены для дальнейшей диагностики. В результате клинического исследования с использованием дополнительного валидного инструментария (подробнее – ниже) 174 человека, выявленные только по Анкете, и 4 ребенка, выявленные и Анкетой и М-СНАТ, здоровы.

Таким образом, 174 результата по Анкете и 4 результата М-СНАТ являются ложноположительными и квалифицированы как «неслучай», т. е. ошибочно установленные скрином как положительные. Из оставшихся 4 детей с положительным результатом скринингового теста в результате обследования у 2 обнаружен задержанный тип дизонтогенеза, у 2 других детей диагностирован РАС, т. е. результат скрина истинно положительный в 2 правильно установленных случаях. Отрицательные результаты скринингового теста Анкета были оценены как истинно отрицательные, так как все 78 человек были дополнительно обследованы и признаны здоровыми. В связи с большим числом ложноположительных результатов Анкеты в дальнейшем скрининге использовался только опросник М-СНАТ, как более специфичный метод выявления риска РАС.

За 2015 г. из 37 363 детей в возрасте от 16 до 24 месяцев, проживающих на территории Новосибирской области, прошли скрининг оп-

росником М-СНАТ 2591 человек. В группу риска по результатам анкетирования вошли 56 детей. Диагноз РАС подтвердился у 5 детей.

В настоящее время в регистре РАС Новосибирской области состоит 341 ребенок. Организация скрининга и системы медико-психосоциального сопровождения детей с РАС должна быть осуществлена именно в том образовательном учреждении, где учится ребенок.

При внедрении скрининга, учитывая большие незапланированные объемы работы как для специалистов первичного медико-санитарного звена, так и специалистов специализированной медицинской помощи, были привлечены студенты медицинского университета и медицинского колледжа. Для волонтеров учебных заведений был проведен соответствующий инструктаж.

При проведении скрининга специалистами первичного медико-санитарного звена или замещающими их лицами проводится подсчет результатов анкетирования. В случае выявления у ребенка риска возникновения проблем психического развития ребенок с положительными результатами направляется на консультацию к врачу-психиатру по месту проживания.

Медицинским психологом детской психиатрической службы проводится патопсихологическое обследование, а также диагностическое наблюдение, построенное в виде стандартного, относительно структурированного метода оценки общения, социального взаимодействия, игры и воображения «План диагностического обследования при аутизме» (The Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS; Lord, Rutter, DiLavore, Risi, 2001).

По итогам полипрофессиональной диагностики разрабатывается и выдается семье комплексная маршрутная карта медико-психосоциального сопровождения ребёнка с РАС для формирования преемственности и организации работы по единым целям и задачам специалистов как системы здравоохранения, так и образования, социальной защиты.

Выводы. Внедрение в 2015 г. на территории Новосибирской области скрининга для раннего выявления риска развития расстройств аутистического спектра у детей в возрасте 16–24 месяцев – важнейший этап в формировании системы комплексного сопровождения с определением порядков и этапов психиатрической помощи детям с РАС. Комплексная карта ребенка с расстройством аутистического спектра реализует концепцию преемственности при оказании социально-психиатрической помощи детям, совершенствования объемов и лечебных мероприятий и интеграции в межведомственную модель взаимодействия.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

Максименко А. В., Богданов Я. В.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Планирование и разработка новых принципов формирования и функционирования психиатрической службы основывается на результатах клинико-эпидемиологических и клинико-статистических исследований (Ротштейн В. Г., Чуркин А. А., Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д., 1996; Ястребов В.С., 1998; Казаковцев Б.А., Гатин Ф. Ф., 2005). Поэтому важно знать подробную количественную и качественную динамику, а также клинико-эпидемиологическую характеристику госпитализируемого контингента психически больных. Изменяющаяся социально-экономическая инфраструктура общества, правовая основа, происходящие демографические изменения, используемые методы внебольничного психиатрического наблюдения меняют госпитализируемый контингент лиц, страдающих психическими расстройствами.

Цель нашего исследования – определить клинико-эпидемиологические закономерности формирования структуры госпитализируемых лиц с психическими расстройствами.

Т а б л и ц а 1

Общее количество госпитализированных в КОКПБ в 2011-2015 гг., абс.

Показатель	2011	2012	2013	2014	2015
Количество госпитализированных	5703	5315	4812	4526	4956

При выявленной общей тенденции к снижению количества госпитализированных в последние годы за счёт постепенного возрастания доли плановой госпитализации отмечается стабилизация и незначительный рост числа поступивших в стационар пациентов.

Т а б л и ц а 2

Структура госпитализации в 2012—2014 гг. по территориальному признаку

Год	Кемерово	Область	Другие регионы	Иностранцы и лица без гражданства
2012	2621	2612	71	10
2013	2545	2213	42	12
2014	2556	2364	38	11

Вполне очевидно, что в последние годы постепенно увеличивается доля госпитализированных кемеровчан и снижается количество пациентов из других населённых пунктов области. Это объясняется, прежде всего, возросшим качеством и доступностью психиатрической помощи на местах.

Т а б л и ц а 3

Структура госпитализации в 2012—2014 гг. в соответствии с направлением на стационарную госпитализацию

Год	Диспансер (абс., %)	Скорая помощь (абс., %)	Правоохр. органы (абс., %)	Самообращение (абс., %)
2012	2282 (53)	1561 (35)	455 (10)	47 (2)
2013	2300 (58)	1333 (34)	211 (5)	92 (3)
2014	2116 (58,5)	1211(33,5)	181 (5)	109 (3)

Год от года стабильно возрастает доля госпитализаций в психиатрический стационар по направлению диспансеров и психиатрических кабинетов. Мы связываем это с повышением качества работы службы в целом, своевременным выявлением психических расстройств и направлением пациентов на госпитализацию. В пользу этого говорит хотя и небольшое, но неуклонное снижение доли пациентов, доставленных в экстренном порядке бригадами скорой помощи. Статистика самообращений существенно не меняется.

Т а б л и ц а 4

Первичные поступления на стационарную госпитализацию по основным нозологическим формам психической патологии за 2012—2014 гг.

Год	Шизофрения	Алкогольные психозы	Эпилепсия
2012	160	717	25
2013	144	582	17
2014	169	515	21

Т а б л и ц а 5

Повторные поступления на стационарную госпитализацию (ремиссия менее 1 года) по основным нозологическим формам за 2012—2014 гг.

Год	Шизофрения	Алкогольные психозы	Эпилепсия
2012	469	2	33
2013	430	0	21
2014	443	2	31

Существенно снизилось количество алкогольных психозов в Кемерове и Кемеровской области, что соответствует показателям общероссийской статистики. Снижение заболеваемости алкогольными психозами некоторые авторы связывают не только с некоторым улучшением социальной ситуации, но и с меняющейся моделью потребления алкоголя в России.

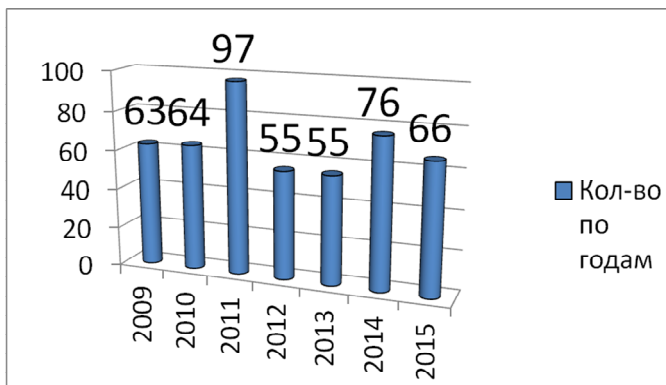
Т а б л и ц а 6

Распределение поступивших на стационарную госпитализацию больных по полу

Год	Всего поступило	Мужчины		Женщины	
		абс	%	абс	%
2011	6204	3849	62,0	2355	38,0
2012	5729	3529	61,6	2200	38,4
2013	5154	3013	58,5	2141	41,05

В структуре всех поступлений на стационарную госпитализацию в ГКУЗ КО КОКПБ в динамике традиционно преобладают мужчины, соотношение полов в структуре госпитализации остается приблизительно одинаковым.

На рисунке представлена динамика поступления пациентов за 7 лет на принудительное лечение в ГКУЗ КО КОКПБ (абсолютные показатели).



Исходя из приведённой выше клинико-статистической информации, нами выявлены следующие закономерности стационарной госпитализации в психиатрический стационар: стабильно высокий уровень поступлений на принудительное лечение; общее снижение поступлений в психиатрический стационар; существенное снижение доли госпитализированных пациентов с металкогольными психозами; увеличение доли плановой госпитализации при одновременном снижении доли экстренной госпитализации.

При долгосрочном планировании структуры стационарной психиатрической помощи, на наш взгляд, целесообразно учитывать, что в клинической структуре госпитализируемого контингента психически больных следует ожидать снижение уровня госпитализации больных с манифестными формами психозов и рост числа госпитализируемых больных с непсихотическими психическими расстройствами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ТИПЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ У ПРИЗЫВНИКОВ, ОБСЛЕДОВАННЫХ В ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Максимова О. И., Батюк Т. Г., Вдовина Е. В., Павлов П. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница**

Актуальность. Проблема аутоагрессивного поведения военнослужащих в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с широким распространением данного явления в Вооруженных Силах. Условия военной службы в большинстве своем экстремальны, так как в силу обязательного характера и без учета потребностей и желаний призывников изначально включают повышенные требования к функционированию индивида, а число стрессорных факторов велико: изменение привычного ритма жизни, разлука с домом и семьей, уставной распорядок дня, необходимость подчиняться, повышенная ответственность, невозможность уединения, изменение бытовых и климато-географических условий. В связи с этим необходима более глубокая оценка психического здоровья призываемых на срочную военную службу, особенно в тех случаях, когда в анамнезе имеются аутоагрессивные действия. Если суицидальное поведение у военнослужащих исследовано в достаточной степени, то работы по аутодеструктивному поведению (не имеющему цели лишения себя жизни) в литературе представлены недостаточно.

Поэтому **целью исследования** было определение распространенности, клинической структуры и динамики аутодеструктивного поведения среди лиц призывного возраста для разработки критериев годности по психическому состоянию к военной службе.

Материалы и методы исследования. В течение 2010—2014 гг. на базе дневного стационара ГКУЗ КО КОКПБ обследована сплошная выборка, состоящая из 1 143 призывников, госпитализированных на полустационарное медицинское психиатрическое освидетельствование по направлению военных комиссариатов в связи с сомнением в психической полноценности, из них 123 (10,76 %) призывника обнаруживали в анамнезе аутоагрессивное поведение.

Призывники с аутоагрессивным поведением были разделены на две группы. 1-я группа – призывники с суицидальным поведением (имеющим конечной целью лишение себя жизни – истинное суицидальное поведение, или же демонстрацию такого намерения – демонстративно-шантажное суицидальное поведение).

2-я группа – призывники с аутодеструктивным поведением (направленным на причинение себе физического вреда без конечной цели лишения себя жизни).

Удельный вес юношей с суицидальным поведением составил 4 чел. (3,25 %), с аутодеструктивным – 119 (96,75 %); последние и стали объектом дальнейшего исследования.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический (фрустрационный тест Розенцвейга, тест Леонгарда-Шмишека, тест Люшера, личностный опросник Айзенка, тест Векслера).

Полученные результаты. На период обследования призывники были в возрасте от 16 до 25 ($20,0 \pm 5$) лет. Аутодеструктивные действия исследуемого контингента совершались в возрасте 12—24 лет ($17,0 \pm 0,3$). В том числе призывников в возрасте до 18 лет – 74 (62,1 %). В 74 (62 %) случаях самоповреждающее действие было единичным фактом, в 45 (38 %) – повторным. Характерно, что ни в одном случае аутоагрессивное поведение не сочеталось (по анамнестическим сведениям) с суицидальным поведением.

Преобладающим (86 – 72,3 %) способом аутодеструктивного поведения были самопорезы предплечий, в 10 случаях сочетавшиеся с прижиганием кожных покровов кистей рук сигаретами, в 33 (27,7 %) – множественные поверхностные порезы кожи рук и груди. В 75 (63 %) случаях в момент нанесения самоповреждений призывники находились в состоянии алкогольного опьянения. Во всех случаях аутодеструктивного поведения медицинская помощь не оказывалась, призывники попадали в поле зрения врача-психиатра только в период прохождения призывной комиссии в связи с выявленными рубцами на кожных покровах (от порезов, шрамов, прижигания).

На основе категории цели аутодеструктивное поведение нами сгруппировано в 3 типа. Релаксационный тип аутодеструктивного поведения встречался в половине случаев (60 – 50,4 %), целью его было снятие психоэмоционального напряжения и улучшение настроения. Подростки после конфликтной ситуации, находясь в одиночестве, наносили себе поверхностные порезы в области предплечья, прижигали кожу сигаретами с целью успокоиться и снять психический дискомфорт. Практически все они отмечали притупление ощущения боли, «чувство успокоения». У призывников выявлены высокие баллы по тесту Леонгарда-Шмишека по шкалам гипертимности (20—22), демонстративности (18—22), эмоциональной лабильности (17—21), по методу цветовых выборов Люшера – повышенная тревожность (9—12), по тесту Айзенка – экстраверсия (12—15).

Для призывников с рентным типами аутодеструктивного поведения (53 – 44,5 %) был характерен демонстративный характер совершения самоповреждений с целью оказания влияния на ближайшее окружение (на первом месте причиной было доказательство «любви» во время ссоры с любимой девушкой, демонстрация «силы воли», а также мотив «порезаться на спор», с целью обратить на себя внимание, самоутвердиться в группе сверстников, были единичные случаи самоповреждений, нанесенных для того, чтобы уклониться от призыва в армию). Часто данный тип аутодеструктивного поведения реализовался в алкогольном опьянении. К данному типу отнесены аутодеструктивные действия, совершаемые с целью шантажа ближайшего микросоциального окружения, для обращения на себя внимания, как призыв о помощи.

Призывники с мазохистическим типом аутодеструктивного поведения (6 – 5 %), основной целью которого было получение удовольствия от нанесения себе самоповреждений (множественных самопорезов, прижигания кожных покровов), чаще всего совершали самоповреждения в одиночестве, затем нередко демонстрировали сверстникам, с целью «утверждения» статуса.

Релаксационный и мазохистический типы аутодеструктивного поведения наблюдались только у подростков с расстройствами личности. Характерными были повторные аутодеструктивные действия.

В то же время рентные формы аутодеструктивного поведения встречались так же при психогенных реакциях (6 – 5 %), но на период комиссионного психиатрического освидетельствования эти призывники были признаны психически здоровыми. Самоповреждения наносились ими с рентной целью, осознанно, не причиняли значительного вреда здоровью и психическое состояние подростков квалифицировалось как психогенная кратковременная депрессивная реакция. Спустя некоторый период времени психическое состояние призывников нормализовалось, они становились критичными к совершенному, высказывали сожаление о происшедшем. В период психиатрического медицинского освидетельствования такие призывники выявляли эмоционально-волевую зрелость, были способны руководить своим поведением, соблюдали режим отделения, могли адекватно прогнозировать отдаленные результаты своих поступков. Психологическое обследование не выявило у них отклонений от нормативных значений, что позволило признать их на период призыва и определения годности к военной службе психически здоровыми.

Клиническая структура психических расстройств, выявленных у призывников на период обследования в дневном стационаре, представлены в таблице.

Т а б л и ц а

**Клиническая структура психических расстройств
у призывников с наличием аутодеструктивного поведения**

Диагноз	Шифр МКБ-10	К-во обследованных призывников	
		абс.	%
Расстройства личности	F60	71	59,8
Эмоционально неустойчивое расстройство личности	F60.3	51	42.8
Истерическое расстройство личности	F60.4	15	12.7
Шизоидное расстройство личности	F60.1	5	4.3
Органическое расстройство личности	F 07.0	18	15.1
Легкая умственная отсталость	F70	19	15.9
Здоровы		11	9.2
Итого		119	100

Аутоагрессивное поведение среди призывников, направленных на медицинское психиатрическое освидетельствование в дневной стационар, встречается в 123 (10,76 %) случаях. Большинство лиц призывного возраста, совершивших в анамнезе аутодеструктивные действия, обнаруживают деформацию психического склада в виде личностных расстройств (истерическое, шизоидное, эмоционально неустойчивое). Психически здоровые составили 9,2 %.

Основными критериями, позволяющими признать призывников, имеющих в анамнезе аутодеструктивное поведение на период медицинского психиатрического освидетельствования психическими здоровыми, являются критическое отношение к совершенному, хорошая социальная адаптация, совершение легких форм аутодеструктивных действий в период пубертатного криза, который в последующем компенсировался; благополучный психологический статус и положительные социальные установки с реальными планами на будущее.

Целью аутодеструктивных действий при расстройствах личности в 71 % случаев была потребность в снятии спонтанно или психогенно возникшей эмоциональной напряженности (релаксационный тип) с последующим положительным отношением к совершенному, а также мазохистический тип аутодеструкции.

Аутоагрессивные действия у признанных психически здоровыми призывников совершались в более раннем возрасте, на фоне негативной фазы пубертатного криза и отражали не столько глубину психопатологических расстройств, сколько затруднения в нахождении выхода из конфликтной ситуации (рентный тип аутоагрессивного поведения). Психопатологические расстройства на период аутоагрессивных действий ограничивались у них реакциями дезадаптации.

У юношей с умственной отсталостью аутодеструктивное поведение встречалось довольно редко (15,9 %) и было направлено в основном на снятие эмоционального напряжения – 14 случаев из 19, в большинстве случаев возникало в состоянии алкогольного опьянения. Они рано начинали курить табак, употреблять крепкие алкогольные напитки, суррогаты алкоголя (самогон). В состоянии алкогольного опьянения они становились повышенно вспыльчивыми, раздражительными, упрямыми. В 3 случаях установлено, что обследуемым призывникам нравилось причинять себе боль и получать от этого удовольствие, в 2 случаях наблюдался рентный (симулятивный) тип аутодеструктивного поведения, целью которого было избежание призыва в армию.

Лица с органическим расстройством личности в период декомпенсаций наносили себе самоповреждения с целью снятия эмоционального напряжения, стремления «расслабиться» (релаксационный тип аутодеструктивного поведения). В 2 случаях причинение себе боли приносило определенное удовольствие (мазохистический тип аутодеструктивного поведения). После причинения себе боли наступало расслабление и снижение уровня эмоционального напряжения. В 4 случаях у призывников сформировался истероформный синдром, проявляющийся в демонстративности акта агрессии с целью привлечь внимание и при помощи окружающих разрешить конфликтную ситуацию (рентный тип аутодеструктивного поведения).

ЧАСТОТА ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ ВАРИАНТОВ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Томский М. И.

Якутск, ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем»

Актуальность. Проведены многочисленные исследования медико-социальных последствий алкоголизма, связанных с употреблением алкоголя (Немцов А. В., 2000; Нужный В. П., 1995—2000), данная проблема изучена среди коренных малочисленных этносов (Семке В. Я., Бохан Н. А., 2001—2008; Мостовой С. М., 2002). Согласно литературным данным, до 58,4 % правонарушений совершаются в состоянии алкогольного опьянения (Бохан Н. А. и др., 1997). В настоящее время данная тема остается одной из актуальных в отечественной наркологии.

Цель исследования – изучение частоты психопатоподобных вариантов атипичных форм острой алкогольной интоксикации у коренных жителей Республики Саха (Якутия) с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Основным инструментом исследования является Карта стандартизированного описания обследуемого по теме НИР «Патобиологические основы клинической гетерогенности психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ», разработанная в НИИ психического здоровья (авторы-составители: д. м. н., профессор Н. А. Бохан, д. м. н., профессор А. И. Мандель).

В работе использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический и статистические методы исследования.

Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами ведения исследований человека согласно протоколу, утвержденному комитетом по Биомедицинской этике ФГБНУ «НИИ психического здоровья». Обследовано 70 мужчин из Республики Саха (Якутия) коренной этнической принадлежности. Критериями включения в исследуемую выборку явились зрелый возраст (от 18 до 75 лет); соответствие клинической картины на момент исследования диагностическим критериям диагноза по МКБ-10, соответствующих шифрам F10.2.

Статистический анализ и обработка данных проводились с использованием пакета программ SPSS, версия 19,0.

Результаты. Изучена частота психопатоподобных вариантов атипичных форм острой алкогольной интоксикации у лиц с алкогольной зависимостью из числа коренных жителей республики. Средний возраст обследованных мужчин составил $37,84 \pm 10,6$ года. Эксплозивный вариант выявлен в 37 % случаев, дисфорический – в 11,4 %, истероидный и варианты с расстройством влечений, бредоподобным фантазированием и элементами эйдегизма диагностированы в 2,9 % случаев ($p=0,001$). Острая психическая травма в детском возрасте отмечена у 18,6 % обследованных, хроническая – у 1,4 %. При этом 19,2 % обследованных с эксплозивным вариантом атипичной формы острой алкогольной интоксикации в детстве перенесли острую психическую травму. У лиц с перенесенными острыми психотравмами в 25 % случаев наблюдались финальные амнезии опьянения, в 23,1 % – тотальные, палимпсесты наблюдались у 17,2 % ($p=0,3$).

Выводы. Частота психопатоподобных вариантов атипичных форм острой алкогольной интоксикации у лиц с алкогольной зависимостью из числа коренных жителей Республики Саха (Якутия) обусловлена наличием психотравмирующей ситуации в детском возрасте. Деятельность, направленная на профилактику детского стресса, домашнего насилия, жестокого обращения с детьми, оздоровление психического здоровья детского населения республики, в дальнейшем определит снижение числа правонарушений по причине потребления алкоголя.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА С АГОРАФОБИЕЙ

Моор Л. В., Рахмазова Л. Д.

**Омск, БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница
им. Н. Н. Солодниковой»
Томск, НИИ психического здоровья**

Актуальность. В последние годы сохраняется интерес отечественных и зарубежных исследователей к изучению невротических состояний, в том числе к агорафобии с паническим расстройством. Научные и практические изыскания в этой области обусловлены высокой распространенностью этого заболевания среди трудоспособного населения, резистентностью к терапии и склонностью к рецидивирующему течению, а также значительным снижением качества жизни и уровня социальной адаптации больных.

Цель – изучение клинико-динамических особенностей агорафобии с паническим расстройством у пациентов с первичной и повторной госпитализацией.

Материал. Для достижения поставленной цели было проведено клинико-психопатологическое исследование пациентов с установленным диагнозом агорафобии с паническим расстройством (F40.01 по МКБ-10). Все пациенты были госпитализированы в отделение пограничных психических расстройств Омской областной психиатрической больницы в период с 2014 по 2015 г. В исследовательскую выборку вошло 79 человек в возрасте от 18 до 60 лет, из них 64 женщины и 15 мужчин. Средний возраст в отобранной группе составил $37,86 \pm 11,6$ года. 45 человек из числа исследуемых впервые в жизни обратились за стационарной помощью, 34 – проходили лечение дважды, трижды и более раз.

Обсуждение результатов. У первично пролеченных (93,33 % – $n=42$) и поступивших на лечение повторно пациентов (67,65 % – $n=23$) достоверно чаще отмечались тяжелые панические приступы, повторяющиеся либо несколько раз в неделю, либо ежедневно. В группе повторных пациентов чаще, чем в группе первично пролеченных, наблюдалась умеренная выраженность панических атак (6,67 % – $n=3$; 32,35% – $n=11$). Для пациентов обеих групп были характерны типичные развернутые панические атаки (более 4 ассоциированных с паникой симптомов), проявляющиеся сочетанием соматовегетативных и психических нарушений.

Симптомы агорафобии во всех случаях были классическими. Пациенты жаловались на страх оказаться вне дома, в людных местах, боялись поездок в общественном транспорте и одиночества. Можно отметить, что в обеих группах чаще отмечалось сочетание нескольких агорафобических ситуаций: первичное поступление – 71,11 % (n=32), повторное – 70,58 % (n=24). Например, одновременно пациенты могли испытывать страх перед пребыванием вне дома и нахождением в одиночестве, что в значительной степени нарушало их адаптацию.

В группе первичных пациентов преобладала умеренная (46,67 % – n=21) и тяжелая (24,44 % – n=11) выраженность избегающего поведения. Пациенты с тяжелой степенью избегающего поведения в буквальном смысле были привязаны к дому, могли передвигаться только в сопровождении родственников. Ограничения при умеренной степени избегающего поведения были менее выражены, что также приводило к значительному нарушению социальной адаптации пациентов. В данной группе больных легкая степень избегающего поведения встречалась реже (28,89 % – n=13). В целом они сохраняли прежний образ жизни, но агорафобические ситуации переносили мучительно. Почти у половины пациентов (47,05 % – n=16), поступивших на лечение повторно, отмечалась легкая степень избегания фобических ситуаций. У остальных пациентов с повторным поступлением в стационар наблюдалась умеренная (29,43 % – n=10) и тяжелая (23,52 % – n=8) степень избегающего поведения. Описанные выше различия между группами первичных и повторных пациентов были статистически не значимы.

Для пациентов обеих групп было характерно изменение образа жизни и охранительно-приспособительное поведение с выраженной ипохондрической симптоматикой. Пациенты, как правило, стремились оградить себя от физических и эмоциональных нагрузок, прибегали к самоконтролю (измерение АД, пульса, частоты дыхания и т. п.), часто вызывали скорую помощь, продолжали обращаться к врачам соматического профиля, даже при отсутствии эффекта от лечения и объективного подтверждения жалоб. Большинство пациентов обеих групп (первично 71,11 % – n=32; повторно 50 % – n=17) настаивали на постоянном присутствии близких родственников, супругов, детей, что существенно нарушало жизнь всей семьи, способствовало ухудшению межличностных отношений. Часть пациентов (первично 20 % – n=9, повторно 23,53 % – n=8) в связи с болезнью увольнялись с работы, меняли ее на более легкую, близкую к дому. У 79,42 % госпитализированных повторно пациентов в период поддерживающей терапии сохранялись психопатологические нарушения в виде периодически возникающих панических приступов, агорафобии, аффективных нарушений.

Выраженность данных расстройств была значительно ниже, чем в острый период, но мешала полноценной адаптации пациентов. Большинство больных (61,76 % – n=21) сообщали о соблюдении рекомендаций по поддерживающему лечению, 26,48 % (n=9) не соблюдали рекомендуемые дозы препаратов и частоту приема, 4 человека (11,76 %) препараты не принимали.

Выводы. Таким образом, сравнительный анализ клинико-динамических особенностей панических расстройств с агорофобией у пациентов стационарной группы с первичной и повторной госпитализацией показал равную степень тяжести панических атак и избегающего поведения, полисемантику агорофобических переживаний.

ПСИХОГИГИЕНА – ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АДДИКТОЛОГИИ

Москвитин П. Н.

**Новосибирск, ФБУН «Новосибирский институт гигиены»
Новокузнецк, ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный
институт усовершенствования врачей» МЗ РФ**

Актуальность. Особенности переходного возраста подростков, а также сложные социокультуральные условия, в которых в последние десятилетия происходит взросление современной молодежи России, создают актуальность разработки профилактического направления аддиктологии. Нестабильность семейного института, размытость моральных ценностей и норм зачастую уже не являются твердой опорой для выстраивания ориентиров собственной личности и определяют необходимость использования специальных психогигиенических мер развития и усиления «Я» концепции детей и подростков для формирования гармоничной личности, обладающей внутренними ресурсами для успешного взаимодействия в социуме.

В условиях поэтапной реализации федеральных государственных образовательных стандартов в основной школе является важным достижение социально желаемого результата личностного развития детей и подростков – формирование российской гражданской идентичности: осознание человеком себя как гражданина общества, уважающего историю своей Родины и несущего ответственность за ее судьбу в современном мире. В процессе становления гражданской идентичности особое значение имеет формирование и развитие «саногенных» качеств, составляющих содержание общей культуры личности подростка, в том числе психологической культуры, включая экзистенциальные аспекты

развития личностной ответственности за свободу своего выбора и вытекающие из этого поступки, в основе которых лежат представления о морально-нравственных нормах и правовой ответственности.

Учитывая, что приоритетным направлением федеральных образовательных стандартов является реализация развивающего потенциала общего среднего образования, актуальной задачей становится обеспечение развития универсальных учебных действий собственно психогигиенической составляющей процесса образования. Изменение парадигмы педагогического образования и превращение его по существу в образование психогигиеническое означает необходимость такого научно-методического содержания, которое позволит осуществлять в процессе профессиональной деятельности гигиеническое обучение, ориентированное на реализацию базовой задачи психогигиены – сохранение и развитие психического здоровья учащихся, учет особенностей состояния их нервно-психического здоровья и всестороннее раскрытие их интеллектуального и личностного потенциала.

Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) выделяет в качестве основных образовательных результатов компетенции: предметные, метапредметные и личностные. Необходимость измерения метапредметных компетенций и личностных качеств школьников требует создания системы мониторинга на основе динамической психодиагностики результатов образовательного процесса, а психогигиенические технологии формирования и измерения указанных компетенций становятся основным предметом деятельности педагога-психолога в этом направлении. В связи с этим важное место в образовательном процессе занимают вопросы психического здоровья учащихся, индивидуализация образовательных маршрутов, создание психологически безопасной и комфортной образовательной и семейной среды. Введение требования здоровьесбережения в стандарт общего образования существенно изменяет всю образовательную ситуацию в школе, определяя точное место формам и видам приложения психогигиенических знаний в содержании и организации образовательной среды школы, что делает обязательной, конкретной и измеримой деятельность педагога-психолога как полноценного участника образовательного процесса, наполненного психогигиенической парадигмой.

Разрабатываемая нами психогигиеническая модель основывается на методической основе «Профилактической психодрамы» – нового группового метода профилактики, включающего методические приемы групповой психогигиенической дискуссии, драматизации, социального партнерства и экзистенциально-гуманистического тренинга позитивно-го решения конфликтов.

Разработанный метод «Профилактической психодрамы» направлен на развитие навыков сотрудничества и коллективного принятия решений, включает элементы ролевой психодраматической игры, предполагает создание проблемных коммуникативных ситуаций в психодраматической модальности. Методическим инструментом метода является формат микродрамы, особый вид коммуникативного тренинга, структурированного как прием «Позитивное совещание», позволяющий провести групповую психопрофилактическую дискуссию с экзистенциально-гуманистических позиций убеждений и смыслов.

Отличием «Профилактической психодрамы» от классической психодрамы Я. Морено, которая обычно представляет индивидуальную психотерапию в группе, является ряд элементов, в том числе наличие в схеме структурированной микродрамы специального приёма «Стоп-действие», что позволяет в последующей групповой психопрофилактической дискуссии провести обсуждение разыгрываемой психодраматической ситуации с экзистенциальных позиций. Особенностью данной формы психогигиенического воздействия является перенос процесса психопрофилактики на всю тренинговую группу, где во время групповой дискуссии каждый участник может найти оптимальные модели нового успешного поведения. Пролонгированная программа таких тренингов предусматривает приглашение учащихся школ совместно с родителями, испытывающими проблемы в воспитании, обучении своих детей и т. п.

В основе реализации профилактической программы лежит системно-деятельностный подход: воспитание и развитие качеств личности родителей и детей, отвечающих требованиям информационного общества, задачам построения российского гражданского общества на основе принципов толерантности, диалога культур и уважения его многонационального, поликультурного состава. Предлагаемая программа включает проведение совместных тренингов по разработанному методу, тестирование подростков и их родителей (первичное и итоговое), индивидуальную работу психолога с родителями и их детьми.

Программа включает 20—25 тренингов в течение года, каждое длительностью до 55 минут, что сопоставимо со временем школьного урока. В конце каждого тренинга участникам даётся домашнее задание подготовиться к следующей встрече, из числа участников тренинга назначаются актёры, которые готовят психодраматический сюжет по ранее заготовленным сценариям. Проводят занятия в звукоизолированном помещении, где есть возможность быстро организовать учебно-тренинговое пространство – переставлять стулья и столы, освободить место для подвижных психологических упражнений и т. п.

Темы тренингов составлены согласно заявленным просьбам родителей, а также ситуациям, которые наиболее часто рассматриваются на заседаниях комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при администрации района. В тематический план могут вноситься изменения по просьбам родителей: часто поступает заказ на определенную ситуацию, с которой родители не могут справиться сами, после чего пишется сценарий «Профилактической психодрамы» и на последующем занятии отыгрывается именно эта ситуация. Это позволяет участникам программы психогигиенических тренингов (родителей и детей) повышать коммуникативную и социальную компетентность, уровень знаний социокультурных норм, правил и культурных ограничений в общении, умение конструктивно решать конфликтные ситуации; развивать позитивные отношения в семье.

АНТИСОЦИАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ТЮРОК СИБИРИ (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Мухомедзянов Х. М.

Новосибирск, ФКУЗ МСЧ-54 ФСИН России

Актуальность темы. Антисоциальное личностное расстройство имеет большое социальное значение и встречается достаточно часто, являясь причиной серьезных неприятностей, как для носителя расстройства, так и для лиц, его окружающих. Носители этого расстройства характеризуются постоянными антисоциальными и часто противоправными действиями, неспособностью соответствовать принятым социальным нормам. В МКБ-10 эти расстройства классифицируются как диссоциальные личностные расстройства (F60.2).

Материал исследования. В данном исследовании проводился этнокультуральный анализ особенностей антисоциальных личностных расстройств у сибирских тюрок (6 клинических наблюдений у мужчин в возрасте от 22 до 41 года).

Обсуждение. У сибирских тюрок этнокультуральный аспект происхождения диссоциальных личностных расстройств связан с верованиями и мифами барабинского этноса о существовании Духов предков, которые недовольны тем, что пришлое население (мигранты) не уважают среду пребывания коренного этноса (ландшафт, животный мир, сакральные места), поэтому духи через своих представителей реагируют на всё это приступами немотивированной ярости и агрессии.

Если при контактах с другими этносами данное поведение является приемлемым, то проявление агрессии к своему этносу считается недопустимым и это относится к разряду ущербности.

Этнопатогенными факторами данного состояния являются мифы и верования сибирских тюрков о том, что у некоторых членов их сообщества возникает утрата ментальной связи с Духом «первопредков», которые представляют тот или иной род и являются носителями духовной традиции (его духовной нитью), и это относится к нарушению его этнической общности. Такое состояние связывают с воздействием другой культуры, с которой чаще всего сталкиваются при длительных командировках, сезонных работах.

Что касается личностных характеристик, то, по мнению сибирских тюрков, человек «дивана» имеет «дурной характер», это проявляется даже в мелочах. Они самодовольны, уверены в себе, не терпят критики в свой адрес. При общении с ними окружающие не ощущают эмоционального «тепла». У них отмечается не только отсутствие «сопереживания» и сочувствия к горю близких им людей, но даже удовлетворение, что им стало плохо. При этом случившееся с их родственниками горе или радость представляют в негативном плане, чтобы настроить против них других членов сообщества.

Внешне они выглядят следующим образом: взгляд исподлобья, со злым выражением глаз, которое отражает угрозу и готовность к нападению. В отношении своих соплеменников, с которыми они связаны родственными узами, они склонны совершать агрессивные действия, которые характеризуются извращённой жестокостью, особенно в отношении более слабых, но если им дают достойный отпор, то они проявляют трусость. Поэтому таких людей сибирские тюрки относят к «выродкам», так как не понимают их способов мышления и логики их умозаключений, мотивации их поступков (так как для их соплеменников отсутствие чувства солидарности и приверженности к своему этносу является тяжким грехом), поэтому их могут изгнать и даже убить (утопить в озере на рыбалке или застрелить из ружья на охоте). Это связано с тем, что сибирские тюрки мстят за себя или за своих родственников, если их когда-то обидели эти люди, и хотят от них избавиться, чтобы они не навредили другим.

Если возникают стрессовые ситуации, то они часто реагируют «особыми трансовыми состояниями» с расстройством сознания и избирательным мунизмом, со стереотипными автоматическими движениями. Внешне они выглядят отстранёнными, на вопросы отвечают односложно или кивают головой. Диагностические критерии: склонность к агрессии и насилию, садистические наклонности, сознательная

дискредитация своих родственников, опосредованная мстительность, отсутствие угрызений совести, нарушение сознания в стрессовых ситуациях, отсутствие каких-либо этнических принципов, избирательный мутизм.

Резюмируя вышеизложенное, поведение таких людей можно квалифицировать как «моральное безумие», потому что с точки зрения психиатров им свойствен примитивный гедонизм без учета реальной возможности следующего за антисоциальными действиями наказания, поэтому запугивать их наказаниями бессмысленно.

Выводы. В традиционных культурах этнокультуральные антисоциальные личностные расстройства нельзя рассматривать в рамках общепринятых диагностических критериев, а по классификации DSM-IV мы их рассматриваем как оппозиционное поведение (conduct disorder).

В этнической среде данные расстройства рассматриваются как извращённое реагирование на своих сородичей и не относятся к психопатологии. Изучение этнических личностных расстройств может помочь при проведении судебно-психиатрической экспертизы и психологических консультаций в этнических сообществах.

ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Находкин Е. Г., Коробицина Т. В., Березовская М. А.

Красноярск, «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

Актуальность. Личность осужденного к лишению свободы человека исследовалась многими учёными (Дворянчиков Н. В., Зеленина М.М., 2011; Петьков В.А., 2013). Несмотря на достигнутые успехи в этой области, психологическое исследование структуры, определяющей его поведение в пенитенциарных условиях, представляет особый интерес, тем более в связи с наличием у осужденного наркологического заболевания.

В настоящее время в большинстве стран мира значительно чаще остальных наркологических заболеваний встречается зависимость от алкоголя (Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2008), при этом Россия входит в число регионов с наиболее высокими показателями заболеваемости алкоголизмом (Бохан Н. А., Коробицина Т. В., 2001; Альтшулер В.Б., 2010), что представляет важную медико-социальную проблему (Бохан Н. А., 2004; Семке В. Я., 2005).

На начало 2016 г. в пенитенциарных учреждениях Красноярского края находилось 1 076 осужденных с зависимостью от алкоголя. Детальное исследование личностных особенностей страдающих синдромом зависимости от алкоголя, осужденных к отбыванию наказания в местах лишения свободы, является важным при разработке программ их психолого-психиатрического, медико-социального сопровождения.

Цель исследования. Определение характерологических особенностей мужчин с зависимостью от алкоголя, впервые осужденных к лишению свободы.

Материалы и методы. Проведено психологическое обследование 70 осужденных, отбывающих наказание в колонии строгого режима № 16 пос. Громадск Красноярского края. 40 мужчин составили экспериментальную группу с синдромом зависимости от алкоголя, 30 мужчин вошли в контрольную группу – без синдрома зависимости. Лица с коморбидной психической патологией в исследовании не включались. Средний возраст в основной группе $36,8 \pm 8,2$ года, в контрольной группе $35,4 \pm 8,3$ года. Интегральная оценка личности и эмоционально-волевой сферы проводилась на основе многофакторного личностного опросника Р. Кеттелла (16 PFC) в адаптации А. Н. Капустиной, рекомендуемого для лиц со средним и среднетехническим образованием, с последующей автоматизированной обработкой в Psychometric Expert 8.

Результаты и их обсуждение. При оценке шкал (рис. 1) в основной группе выявлено снижение стенов по шкалам общительности и интеллекта на 1 и 2 пункта (6 и 7; 5 и 7) и эмоциональной стабильности – на 2 пункта (4 и 6). Также у зависимых от алкоголя отмечалось достоверное снижение по показателю доминантности на 3 стенов (3 – основная группа, 6 – контрольная группа ; $p < 0,01$).

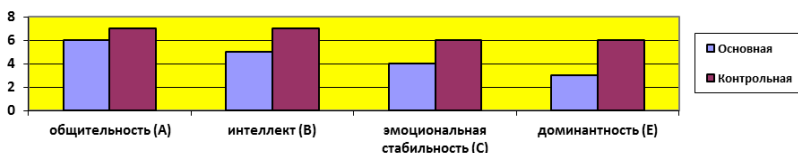


Рисунок 1. Показатели шкал А, В, С, Е в основной и контрольной группах

Это может проявляться в недостаточной способности мужчин экспериментальной группы к управлению своим поведением, трудностях подавления отрицательных эмоций, способствующих повышению риска грубых нарушений режима отбывания наказания (конфликтов с администрацией учреждения и другими осужденными, неадекватных

реакций на словесную коррекцию поведения или шутки сокамерников). Пониженный уровень доминантности зависимых от алкоголя может вызывать нарушения границ дозволенного при их стремлении к удовлетворению своих потребностей в пенитенциарном учреждении (зависимое поведение от позиции авторитетов, безропотный, пассивный стиль реагирования на замечания со стороны администрации).

Показатель эмоциональной экспрессивности (рис. 2) в основной группе равен 3 (5 – в контрольной группе), что объясняется их эмоционально-двигательной холодностью в условиях пенитенциарного учреждения, связанной с правилами поведения в учреждении (нежелательность резких движений конечностями, четкая форма доклада перед представителем администрации). В то же время в группе зависимых от алкоголя повышен показатель нормативности поведения на 2 пункта до 7 (5 – в контрольной группе) на фоне снижения критерия смелости и чувствительности на 3 и на 1 пункт в сравнении с группой контроля, что может объяснять их импульсивный характер при ущемлении интересов. Такой сценарий реагирования обуславливает некоторые трудности адаптации осужденных основной группы в первые месяцы заключения под стражу (высокий риск аутоагрессии с демонстративно-шантажной целью, манипулирование родственниками на этапе следствия, пренебрежение интересами сокамерников).

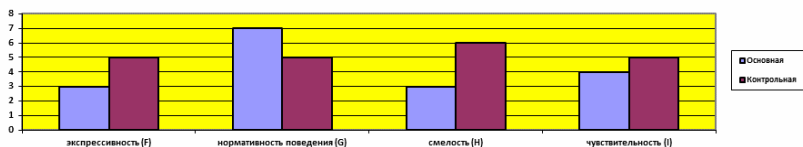


Рисунок 2. Показатели шкал F, G, H, I в основной и контрольной группах

Уровень тревожности в экспериментальной группе выше, чем в группе без алкогольной аддикции (6 – основная группа, 4 – контрольная; $p < 0,05$), и на фоне незначительного повышения по шкалам подозрительности и мечтательности создаёт предпосылки к неадекватному восприятию окружающей действительности – с идеями враждебного отношения, предвзятости – и нарушениям правильности реагирования на неё. Незначительное снижение уровня дипломатичности в основной группе (на 1 балл) увеличивает риск возникновения межличностных конфликтов в среде осужденных с трудностями в «эмпатии к соседу», рассеянности внимания с отвлечением от негативных влияний окружения.

У мужчин основной группы выявляется также повышенный уровень напряженности в сравнении с группой контроля (6 осужденных – основная группа, 4 осужденных – контрольная группа; $p < 0,05$) с несущественным различием по шкалам радикализма и самоконтроля (6; 5 и 6; 7 в основной и контрольной группах соответственно); равным показателем шкалы нонконформизма на уровне стени 6. Это может характеризовать больных алкоголизмом как более склонных к совершению противоправных действий, стремящихся к получению желаемого, несмотря на социальные ограничения.

При ответах на вопросы опросника осужденные основной группы демонстрируют заниженный уровень самооценки в сравнении с лицами группы контроля и чаще стараются нивелировать результаты исследования путём дачи нейтральных, посредственных ответов. Наряду с этим, полученные нами результаты изучения характерологических особенностей личности, зависимой от алкоголя, коррелируют с ранее проведенными рядом ученых исследованиями (Семке В. Я., Гусев С. И., Снигирёва Г. Я., 2007).

Заключение. Обобщая результаты исследования с учётом динамики анализируемых факторов, можно отметить, что личность осуждённых мужчин, страдающих зависимостью от алкоголя, отличается рядом специфических особенностей, которые необходимо учитывать при реализации комплекса психолого-психиатрического воздействия на всех этапах отбывания наказания: следственный изолятор, колония общего (строгого) режима, колония-поселение.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД УГРОЗОЙ ЛИШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ КАК ЗВЕНО ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Нестеренко О. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А., Никитин П. И.

Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»

Актуальность исследования. Масштабы распространения заболеваний, связанных с потреблением психоактивных веществ, уровень смертности от отравления наркотиками, алкоголем, влияние этой социальной эпидемии на демографическую ситуацию и качество трудовых ресурсов, вызывают серьезную озабоченность как в России в целом, так и в Кемеровской области в частности.

В настоящее время особенно актуальна проблема «брошенных» детей при живых родителях (так называемое социальное сиротство), чаще всего возникающая из-за пьянства родителей. Данная проблема в основном складывается из-за лишения родительских прав лиц, как правило, страдающих алкоголизмом, в связи с чем они не могут выполнять свои родительские обязанности. Согласно социологическим исследованиям последних лет, до 40 % детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, поступают в интернатные учреждения из семей граждан, лишенных родительских прав в связи с алкогольной зависимостью.

По данным Департамента Министерства образования и науки РФ, только за один 2013 г. в России было выявлено 68,8 тысячи новых сирот, а 40 тысяч родителей были лишены родительских прав. По состоянию на 2014 г., в Кузбасском регионе, по данным Уполномоченного по правам ребенка в Кемеровской области, насчитывается 24 000 неблагополучных пьющих семей, в них живут 7 800 детей.

Нормальная социализация детей в жизни и в обществе возможна только в условиях семьи. Именно поэтому борьба за семью и семейное воспитание детей – это одна из главных задач. Уже давно подмечено: во многих случаях «казенные» стены интернатов нередко оказывают отрицательное влияние на попадающих в них детей, оставшихся без попечения родителей, накладывают свои негативные отпечатки на их и без того поврежденную психику.

В детских учреждениях воспитанники практически ни в чем не нуждаются: их кормят, обувают, одевают, обучают школьным предметам – словом, формально у них вроде бы все есть. Но нет главного – теплоты семейных отношений, нет родителей, с которых дети обычно берут пример и с которыми хочется просто посоветоваться или о чем-нибудь их спросить. Большинство воспитанников казенных детских учреждений мечтают как можно скорее вырваться «на свободу» и начать самостоятельную жизнь. Другое дело, что у них нет иммунитета к неприятным сюрпризам «взрослой» жизни, который закладывается у их семейных сверстников на примере их родителей – пусть даже не всегда «путевых». Неудивительно, что рано или поздно большинство воспитанников сиротских учреждений попадают в неприятные истории или оказываются на обочине жизни, а то и в местах лишения свободы. К сожалению, успешно сложившихся людей среди них – единицы...

В то же время зачастую для того чтобы спасти семью, взрослым достаточно бывает отказаться от спиртного. Однако во многих случаях родителям-алкоголикам самостоятельно сделать это не под силу. Это диктует необходимость принимать меры для оказания своевременной

лечебной помощи указанному контингенту с алкогольной зависимостью с целью предотвращения экономических потерь, а также сохранения статуса родителей по воспитанию детей в семьях, профилактики социального сиротства.

Для усиления мер профилактики социального сиротства во многих субъектах РФ, в том числе и в СФО (Новосибирская область, Омская область, Республика Тыва и др.), реализуются программы для различных групп больных алкоголизмом, в том числе и для пациентов-родителей, находящихся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной зависимостью с применением современных комплексных методов лечения, включающих в себя фармакотерапию и психотерапевтическое сопровождение.

С учетом эффективности реализации указанных программ лечения алкогольной зависимости пациентов-родителей, находящихся под угрозой лишения родительских прав в других субъектах РФ, осенью 2015 г. в Кемерове стартовал проект «Ребенку Кузбасса – достойное детство» для неблагополучных семей, родители в которых страдают алкоголизмом и находятся в связи с этим под угрозой лишения родительских прав.

Реализация данного проекта направлена на выздоровление и поддержание трезвого образа жизни лиц, зависимых от алкоголя, обеспечит возможность родителям должным образом выполнять свои родительские обязанности по отношению к несовершеннолетним детям, предотвратит лишение пациентов родительских прав, тем самым сохранит семьи и внесет существенный вклад в усиление мер профилактики социального сиротства в регионе, профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетними.

Отбор для Проекта родителей, «стоящих на пороге» лишения родительских прав, помимо врачей психиатров-наркологов, осуществляют специалисты и работники Центров социальной защиты населения, Центров помощи семье и детям, Административных комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, отделов опеки и попечительства, сотрудники подразделений полиции по делам несовершеннолетних. Поэтому реализация настоящего Проекта, помимо оказания помощи зависимым от алкоголя родителям, включает в себя образовательную программу для указанных специалистов и сотрудников «организаций-партнеров».

Для этого на этапе подготовки к началу реализации Проекта специалистами ГБУЗ КО КОКНД была разработана специальная образовательная программа и проведены обучающие семинары: по выявлению лиц, страдающих зависимостью от алкоголя, а также признаков

злоупотребления алкоголем у родителей несовершеннолетних детей; по преодолению созависимости у родственников зависимых от алкоголя лиц (жены, мужа, родители пациентов, близкие родственники, друзья); по принципам мотивации родителей, зависимых от алкоголя, к лечению и реабилитации.

О работе наркологической службы по оказанию помощи родителям несовершеннолетних детей были проинформированы все заинтересованные учреждения, организации и ведомства системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Выпущены специально разработанные информационные буклеты и листовки по проблеме социального сиротства для социальных работников, сотрудников отделов опеки и попечительства, подразделений полиции по делам несовершеннолетних с адресами оказания наркологической помощи зависимым от наркотиков и алкоголя. Кроме того, информация о «запуске» Проекта была широко освещена на местных телевизионных каналах и размещена в бесплатных для населения печатных изданиях (еженедельных газетах), реализующихся по типу «в каждый почтовый ящик».

Обсуждение результатов. В результате проделанной работы для участия в проекте была отобрана группа из 50 пациентов, страдающих алкогольной зависимостью и имеющих несовершеннолетних детей. Со всеми отобранными пациентами специалистами наркологической службы и сотрудниками «организаций-партнеров» проведена мотивационная работа для участия в Проекте.

По итогам 4 месяцев работы Проекта в его работу были включены 12 пациентов (10 женщин и 2 мужчины, один из которых – вдовец, воспитывает несовершеннолетнего сына). Все они выразили добровольное согласие для получения специализированной наркологической помощи. Лечение и реабилитация пациентов проводились в амбулаторных условиях по их месту жительства, т. е. максимально приближенно к каждому включенному в Проект. Для пациентов это является предпочтительным, поскольку экономически выгодно получать бесплатную помощь «рядом с домом». В то же время пациенты могли совмещать лечение в амбулаторных условиях с работой, и, главное, с семейной жизнью.

При обращении пациента в амбулаторную наркологическую службу наряду с медикаментозным лечением проводилось активное психотерапевтическое воздействие, целью которого являлось формирование мотивации на отказ от употребления алкоголя уже на этапе обрыва алкоголизации и купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома.

В дальнейшем пациентам проводились терапевтические мероприятия, направленные на коррекцию постабстинентных расстройств и купирование влечения к алкоголю, а также продолжалась психотерапевтическая работа по формированию установок на трезвость.

На завершающем этапе лечения пациентам проводился комплекс мероприятий, направленных уже не только на формирование ремиссии, но и закладывающих основу для профилактики рецидивов.

На всем времени пребывания пациентов в Проекте большая работа проводилась с их родственниками. При этом работа с созависимыми, собственно семейная психотерапия, предполагала эмоциональную и поведенческую реорганизацию отношения в семье, что способствовало нормализации семейных связей, восстановлению контакта между пациентами и их родственниками и близкими.

После выписки у пациентов возникают определенные трудности, связанные с адаптацией к новым условиям жизни. Перед ними стоят сложные задачи – продолжать оставаться трезвыми, выстраивать доверительные отношения с близкими и родственниками, найти работу, иногда получить дополнительное образование и т. п. Поэтому на этом этапе пациент так же продолжает нуждаться в поддержке и помощи, в том числе и при решении значимых социальных вопросов (материальное обеспечение своих потребностей, решение вопросов трудоустройства, приобретение трудовых навыков и т. п.). Возможность продолжать оставаться под присмотром специалистов наркологической службы, получать при необходимости психолого-медицинское консультирование специалистов и получать поддерживающее лечение – всё это удерживает пациентов на амбулаторном этапе и дает возможность сохранять трезвый образ жизни.

По итогам 4 месяцев работы Проекта 8 пациенток находятся в ремиссии, устроились на работу. Решается вопрос о их восстановлении в родительских правах. У 2 женщин и 2 мужчин после непродолжительной ремиссии (до 3 месяцев) произошли рецидивы заболевания. В связи с этим специалистами наркологической службы проводится работа по возвращению их в лечебно-реабилитационную программу Проекта.

Учитывая особенности целевой группы, включить в Проект удалось только 24 % из числа отобранного контингента. Трудности обусловлены в первую очередь низкой мотивированностью пациентов на ведение трезвого образа жизни и отказ от употребления алкоголя. Этим же объясняется и небольшое число пациентов, остающихся трезвыми в рамках реализации Проекта.

Между тем продолжается дальнейшее развитие Проекта, в связи с чем специалистами Кемеровской наркологической службы и сотрудниками организаций-партнеров продолжается работа по выявлению и привлечению пациентов целевой группы к участию в Проекте. Ожидается, что все пациенты, которые завершат курс лечения и реабилитации по программе проекта, смогут отказаться от алкоголя, будут вести трезвый образ жизни и, самое главное, смогут стабилизировать внутрисемейные отношения и сохранить детей в семье.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Никитин П. И., Лопатин А. А., Кирина Ю. Ю., Селедцов А. М.

Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»

Актуальность. Проблемы наркозависимости для России являются актуальными по многим причинам. Потребление наркотических средств с немедицинской целью приводит к росту смертности от передозировок, уменьшению продолжительности жизни среди молодежного контингента населения. Еще одно негативное последствие высокой распространенности наркомании в России – распространение ВИЧ-инфекции, так как примерно до 70 % ВИЧ-инфицированных являются наркозависимыми. Немаловажна также проблема близкого окружения наркоманов. Речь идет о родственниках наркоманов, на чью жизнь, здоровье и материальное благополучие негативно действует близость к наркозависимому. При этом, несмотря на масштабы распространенности наркомании в Российской Федерации, по-прежнему имеются проблемы в оказании доступной и эффективной помощи как самим больным наркоманией, так и их близким и родственникам.

Специалисты отмечают, что часто медицинская помощь наркологическим больным в нашей стране ограничивается проведением детоксикации, купированием абстинентных и психотических расстройств, фармакотерапией, направленной на смягчение или подавление влечения к психоактивным веществам, аффективных, поведенческих и соматических расстройств (Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., 2000). Однако это всего лишь первый шаг в избавлении от наркозависимости, если ограничиться только этими методами, то проблема возникает опять, спустя некоторое время после лечения, так как большинство наркоманов,

прошедших курс детоксикации, к сожалению, возвращается к употреблению наркотиков. Поэтому одного медикаментозного лечения наркомании недостаточно. Пациентам с зависимостью от наркотиков необходимо предоставлять полные программы лечебно-реабилитационной помощи, включающие и социальные аспекты реабилитации.

В то же время в большинстве существующих реабилитационных программ, действующих как в рамках государственных (муниципальных) специализированных наркологических учреждениях, так и в реабилитационных структурах иных форм собственности, социальные разделы реабилитации практически не существуют или занимают неоправданно малое место. При этом социальная реабилитация наркоманов - это более качественный подход к проблеме наркомании, который с большей вероятностью позволяет вернуть человека к полноценной жизни и дает ему силы не употреблять наркотики.

Обсуждение. На сегодняшний день в Кемерове на базе ГБУЗ КО КОКНД функционирует полноценная система оказания наркологической помощи больным, страдающим химической зависимостью, включающая многоуровневые лечебно-реабилитационные программы, в том числе и с обязательными элементами социальной помощи, адаптации, трудотерапии и иными социальными элементами реабилитационного процесса.

При поступлении пациента в стационарное отделение лечебный процесс строится на активном психотерапевтическом воздействии, целью которого является формирование мотивации отказа от потребления наркотиков уже на этапе обрыва наркотизации и купирования абстинентного синдрома, для чего применяют экстракорпоральные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, ультрафиолетовое облучение крови, лазерная и магнитная обработка крови), медикаментозное лечение и одновременное активное психотерапевтическое воздействие на пациента как специалистами (психиатр-нарколог, психотерапевт, медицинский психолог), так и с привлечением консультантов из числа бывших зависимых со значительным стажем трезвости и прошедших специальную подготовку по работе с мотивацией наркозависимых.

В дальнейшем пациентам проводятся терапевтические мероприятия, направленные на коррекцию постабстинентных расстройств и купирование влечения к наркотикам, а также продолжается работа на формирование установки на отказ от употребления ПАВ. При этом основными средствами для выработки антинаркотической установки продолжают оставаться психотерапевтические мероприятия, важное место среди которых занимают групповая и индивидуальная психотерапия, аутоотренинг, гипноз, НЛП.

В дальнейшем мотивированных пациентов переводят в стационарное реабилитационное отделение, где разработана лечебно-реабилитационная программа «Фламинго» для работы с больными наркоманией, основанная на принципах программы «12 шагов». «Стержнем» программы является выздоровление в психодуховной сфере. После прохождения 6-месячного курса лечения и реабилитации пациенты продолжают занятия по программе «12 шагов» в группах АА, АН.

На завершающем этапе пребывания в реабилитационном стационарном отделении пациентам проводится комплекс мероприятий, направленных уже не только на формирование ремиссии, но и закладывающих основу для профилактики рецидивов.

На всем времени пребывания пациентов в программе большой раздел работы проводится с их родственниками. При этом работа с созависимыми, собственно семейная психотерапия, предполагает эмоциональную и поведенческую реорганизацию отношения в семье, что способствует нормализации семейных связей, восстановлению контакта между пациентами и их родственниками и близкими. Все родители пациентов посещают обязательный курс лекций о наркомании и специальные психотерапевтические занятия.

После выписки из отделения длительного пребывания у большинства пациентов возникают определенные трудности, связанные с адаптацией к новым условиям жизни вне реабилитационного отделения. Перед ними стоят сложные задачи – продолжать оставаться трезвыми, выстраивать доверительные отношения с близкими и родственниками, получить образование, найти работу и т. п. Поэтому на этом этапе пациент также продолжает нуждаться в поддержке и помощи, в том числе и при решении значимых социальных вопросов (материальное обеспечение своих потребностей, решение вопросов трудоустройства, приобретение трудовых навыков и т. п.).

Для того чтобы решать вышеуказанные вопросы, специалисты ГБУЗ КО КОКНД содействуют в трудоустройстве пациентов наркологического диспансера. В результате этого после прохождения курса стационарной реабилитации пациенты получили возможность устраиваться на работу, получая за свой труд не только зарплату, но и продолжая оставаться под присмотром специалистов, получая возможность при необходимости консультироваться, заниматься по программе «12 шагов». Подобная практика показала хорошие результаты. Материальное стимулирование за интересную работу с одновременным наблюдением и включением в психотерапевтические программы удерживало пациентов на амбулаторном этапе и давало качественные длительные ремиссии.

РОЛЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Новикова С. Ю.

Красноярск, Красноярский КПНД № 1

Одним из существующих достижений Красноярского краевого психоневрологического диспансера является создание дневного детско-подросткового стационара как промежуточного звена в структуре психиатрической помощи. Стационар входит в состав психоневрологического диспансера и является активным медико-социальным звеном в межведомственной реабилитационной сети, существующей в Красноярске и Красноярском крае. Стационар организован в мае 1989 г. и был рассчитан на 75 коек. С 2001 г. произошло расширение до 100 коек, а с 2016 г. до 115 коек. Увеличение числа коек говорит о востребованности данного вида медицинской помощи в детской психиатрии.

27-летний опыт работы дневного детско-подросткового стационара показал, что можно оказывать эффективную помощь как больным, прошедшим курс стационарного лечения, так и первичным больным, состояние которых не требует обязательной госпитализации, а амбулаторная помощь оказывается им недостаточно динамично и интенсивно. На регулярной основе проводятся консультации сложных больных специалистами кафедры психиатрии КГМА.

В своей работе сотрудники стационара используют полидисциплинарный подход диагностики и лечения детей и подростков, что улучшает качество лечения и прогноз социальной реабилитации. Подход основан на равноправном участии психиатров, психотерапевтов, логопедов, дефектологов, невролога в решении диагностических и лечебно-реабилитационных задач. Заключение специалистов формируют многоосевой диагноз, а это дает возможность определить приоритетность проблем и целесообразность использования медицинских и лечебно-коррекционных методик, их последовательность, сочетаемость. Содержание и обеспечение смешанного контингента больных требует квалифицированного, специально обученного персонала, четкой организации работы с дифференцированным подходом к каждому больному и общими требованиями к персоналу, больным и их родителям.

В течение 5 лет расширился и увеличился объем медикаментов, используемых в детской и подростковой психиатрии. При назначении нейролептиков, антидепрессантов больным в обязательном порядке проводят ЭКГ-исследование, что уменьшает риск осложнений при использовании психотропных препаратов.

Увеличилось использование физиотерапевтических методик на вновь приобретенных аппаратах «Олимп», «Амо-Атоз». В 2016 г. освоены новый физиотерапевтический метод деполяризации головного и спинного мозга у детей с задержкой речевого и интеллектуального развития, а также с расстройствами аутистического спектра.

По отчетности ДДПС за последние 5 лет, увеличилось на 20 % количество больных с диагнозом «задержка речевого и интеллектуального развития», на 5 % число больных с аутистическими расстройствами, в связи с плановой госпитализацией данных категорий. Всем им комплексно проводится медикаментозное лечение и динамическая реабилитация дефектологами, логопедами и психологами.

ДДС – единственное учреждение в Красноярске и крае, осуществляющее комплексный подход в лечении заикания, используя опыт стационара неврозов Московской детской психиатрической больницы и свои апробированные методики лечения указанных категорий больных. Проводим групповые и индивидуальные занятия с логопедами, психотерапевтами и психологами, применяем медикаментозное лечение, физиотерапевтические процедуры, массаж, логоритмику.

С первых дней пребывания ребёнка в стационаре в лечебный процесс вовлекаются члены семьи, по их желанию проводится семейная психотерапия. Выясняется психологическая атмосфера в семье, установка родителей по отношению к больному ребёнку, конфликты, невротические состояния самих родителей, которые имеют возможность получить консультацию в психотерапевтическом отделении для взрослых. Проводится тренинг со всей семьёй. Оборудован кабинет сенсорной комнаты, который используется всеми специалистами для реабилитации детей с отклонениями в развитии, обновлен зал игровой терапии, где проводятся занятия по лечебной педагогике и групповой когнитивной психотерапии с детьми и их родителями. Многопрофильный подход способствует снижению объемов психофармакотерапии у детей за счет интенсивного использования психотерапевтических, психологических и педагогических методов воздействия. За прошедшее время специалисты (психиатр, психотерапевт) повысили квалификацию на центральных базах в Москве, Санкт-Петербурге.

Несомненно, что дневной стационар имеет определенные преимущества перед круглосуточным отделением, так как более эффективен и экономичен. В настоящее время дневные стационары стали неотъемлемой частью общей системы психиатрической помощи. Без таких учреждений, возможности которых ещё далеко не полностью использованы, психиатрическая служба не может считаться достаточно продуктивной.

КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ

Нохрина Л. Я., Обеснюк О. А., Демко А. А.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность. Конверсионные расстройства представляют собой сложную и разноликую форму пограничных нервно-психических расстройств, которые включают в себя появление одного или нескольких соматических симптомов, имитирующих физическое заболевание и предположительно служащих для уменьшения тревоги.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинико-динамических проявлений у лиц с конверсионными расстройствами, которые обратились за помощью в отделение для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

Актуальность данного исследования объясняется все большим распространением в последнее время невротических, социально-стрессовых расстройств и возникающей необходимостью изучения индивидуальных реакций на психический стресс. Истерические расстройства, которые являлись предметом исследования врачей с древнейших времен, не утратили своей актуальности до настоящего момента из-за отсутствия единой точки зрения на их этиологию и патогенез, из-за их постоянного патоморфоза, а также в связи с недостаточной эффективностью имеющихся диагностических и терапевтических методов (Аксенов М. М., Перчаткина О. Э., 2015).

Критерии отбора больных: диагностированные истерические состояния, соответствующие рубрикам F44, F60.4 (сюда были отнесены пациенты с истерическим состоянием декомпенсации/психопатической реакцией – F60.42, истерическим развитием личности – F60.43).

На материале результатов работы отделения за 2015 г. проведен анализ конверсионных расстройств.

Обсуждение. Всего за этот период в отделении пролечено 485 больных, из них 68 пациентов (14 % от общего количества) – больные с конверсионными расстройствами. В выборку обследования вошли лица в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст составил 31,8 года). Среди обследуемых преобладали пациенты в возрастной группе 21—30 лет (23 чел.) и 31—40 лет (18 чел.), что подтверждает данные других исследователей о развитии конверсионных расстройств у лиц более молодого возраста.

Анализ уровня образования больных показал преобладание лиц с высшим и средним специальным образованием (33,8 и 36,7 %). Вероятно, это говорит о том, что молодые истерические личности стремились к получению высшего образования в силу его престижности и стремясь выгодно выглядеть в глазах окружающих. Однако истерические личности часто не завершали начатой учебы (11,8 %). Часто они быстро разочаровывались в выбранной профессии, а многие из них даже не начинали работать по приобретенной специальности.

Среди пациентов с конверсионными расстройствами преобладают больные с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44) – 35 (51,5 %) и истерическим расстройством личности (развитие, декомпенсация) (F60.4, F60.2, F60.43) – 33 чел. (48,5 %).

При изучении преморбидного склада характера в 70,5 % (58 человек) случаев выявлены истерически-акцентуированные черты. Истерические реакции проявлялись в виде преходящих ощущений «комка» в горле, истерического тремора, кратковременной астазии-абазии, рвоты, нарушения терморегуляции. У лиц с личностными расстройствами по незначительным поводам возникали бурные эмоциональные разряды, сопровождавшиеся вазовегетативными сдвигами (тахикардия, «нестерпимые» боли в сердце, одышка, резкое потоотделение, озноб). При развитии конверсионного расстройства в более зрелом возрасте преморбидный склад представлен сбалансированным (12 – 17,6 %), акцентуированным (6 – 8,9 %), преэпсихопатическим (2 – 3,0 %) вариантами.

В зависимости от преморбидного личностного склада больных клиническое проявление конверсионных расстройств имело три варианта. Первый вариант возникал у гармоничных личностей впервые; выявляемые у них астенодепрессивные, обсессивно-фобические, истеро-ипохондрические состояния приобретали налет демонстративности, утрированности, эти расстройства выступали в ярком обрамлении неврологических симптомов и нерезко выраженных дизэнцефальных пароксизмов. Второй вариант возникал у акцентуированных личностей. Под влиянием индивидуально неразрешимых психогений происходило выявление и обнажение истерических личностных качеств (в виде эмоциональной лабильности, эгоизма и эгоцентризма, тяги к фантазированию в отношении здоровья, повышенной капризности, театральности). Срывы адаптации преэпсихопатических личностей напоминали состояния декомпенсации при расстройствах личности, но отличались более благоприятным прогнозом при адекватном лечении и улучшении микросоциальных условий. Поведение этих больных в отделении отличалось конфликтностью, придиричностью, склонностью к утяжелению имеющихся болезненных расстройств.

Проанализировав истории болезни, мы увидели, что в клинике конверсионных расстройств у пациентов доминируют истероастенический (66,7 %), истеротревожный (73 %), истеродистимический (91,2 %) и истерофобический (67,6 %) синдромы.

Обращает на себя внимание диссоциация между декларируемой тяжестью заболевания и невыраженностью объективных показателей. Состояние пациентами определяется как «полное бессилие», «нечеловеческая усталость». Жалобы на усталость носят явно преувеличенный характер с излишней драматизацией своих переживаний. К оценке своего труда, коллег по работе они подходят с крайне субъективных позиций, декларируя «крайнее истощение всех сил и возможностей» (несмотря на объективно незначительный объем выполненной работы). Главную роль в формировании предъявляемых жалоб играют особенности мышления обследованных, склонность видеть необычное в повседневном с целью привлечения всеобщего внимания, стремления «казаться больше, чем есть».

Вазомоторные и вазовегетативные истерические реакции включали в себя дисфагии, спазмы при глотании, «комок» в горле, гипервентиляционный синдром, психогенную рвоту, икоту, отрыжку, метеоризм, понос, гипертермические реакции в виде субфебрильной температуры, резкое побледнение или покраснение кожи при психоэмоциональном напряжении, тахикардию, одышку.

В большинстве случаев можно отметить свойственную истерической симптоматике «условную приятность и желательность». Клиническая картина депрессий у лиц, страдающих истерическими невротическими расстройствами, отличалась яркостью психопатологической симптоматики, экспрессивностью (речедвигательной выразительной подвижностью), непосредственной зависимостью от ситуации. Больные активно стремились к контакту, настойчиво и претенциозно излагали свои жалобы, в основе которых всегда лежали внешнеобвиняющие тенденции; они всегда хотели вызвать к себе жалость и сочувствие.

Конверсионная симптоматика у больных с истерическими расстройствами отличается выраженностью и стойкостью. Для них характерны различные психалгии (цефалгии, кардиалгии), чувство онемения в конечностях, слабость, «ватность» ног, ползание мурашек. Фобии чаще всего носили характер ипохондрических страхов за свое здоровье. Довольно часто у этой категории больных наблюдались вегетативные нарушения в виде гипервентиляционного синдрома, который сопровождается ощущением затруднения вдоха и выдоха, сердцебиением, удушьем.

Психовегетативные проявления приводили к болезненной фиксации внимания на состоянии работы сердца, с формированием кардиофобического синдрома. Фобии у этих больных возникали в ситуации, когда перед ними стояли какие-то задачи или ситуация представляла определенные трудности. Клинические проявления фобического синдрома отличались полиморфизмом, частой сменяемостью жалоб и зависимостью тяжести состояния от внешних факторов. При отвлечении на приятные виды деятельности больные забывали о своих страхах и использовали их чаще как механизм манипуляции окружающими.

Тревога – также один из самых распространенных симптомов у обследованных пациентов. Как правило, тревога разной степени выраженности носит постоянный характер и касается здоровья или будущего самих больных.

Функциональные нарушения органов чувств и речи проявлялись в виде расстройства зрения, афонии, заикания, мутизма. Симптомы обычно возникали по механизму «условной желательности или приятности», локализуясь в «месте наименьшего сопротивления» (перенесенные в прошлом заболевания) по механизму «бегства в болезнь».

Выводы. Конверсионные расстройства в последние десятилетия претерпевают значительный клинический патоморфоз, в связи с чем происходит изменение клинических проявлений, исчезновение более грубых форм истерического реагирования и появление новых форм в виде картин псевдосоматических заболеваний, с которыми больные обращаются, прежде всего, в общесоматическую сеть. Поэтому требуется активное сотрудничество с врачами-интернистами, необходим междисциплинарный подход в решении этой проблемы.

По итогам изучения клинико-динамических проявлений у лиц с конверсионными расстройствами, обратившихся в отделение для оказания помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами следует констатировать. Аффективные, астенические, тревожные, фобические расстройства различного уровня выраженности присутствуют в клинической картине различных видов конверсионных расстройств, в связи с чем оправдано наряду с психотерапевтическими мероприятиями активное назначение различных групп препаратов (антидепрессантов, малых нейролептиков, транквилизаторов). Конверсионные расстройства сопровождаются обильными вегетативными проявлениями, которые носят яркий характер, что является характерной особенностью в клинике пограничных состояний.

ЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ АЛЕКСИТИМИИ И ВРАЖДЕБНОСТИ В ФОРМИРОВАНИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Нохрина Л. Я., Платонов Д. Г.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность. Одним из важных факторов при изучении механизмов формирования аффективных расстройств невротического уровня является весь многообразный спектр личностных предрасположенностей пациента, позволяющих (или обуславливающих) развитие, в ответ на сверхзначимую для пациента внешнюю ситуацию, запуск именно невротических механизмов реагирования, приводящих к психоадаптационным, а затем и психодезаптационным [3] реакциям и состояниям. Существуют предположения, что существенная часть этих предрасположенностей связана с проявлениями у пациентов алекситимии [2, 5].

Целью настоящего исследования было выявление роли алекситимии и взаимодействие ее с другими личностными факторами в формировании аффективных расстройств невротического уровня.

Материал исследования составили 167 пациентов, проходивших лечение в отделении неврозов ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», клиническая картина которых определялась тревожными и депрессивными проявлениями, в степени выраженности достаточной для использования их в качестве диагностических критериев.

Степень выраженности алекситимии определялась нами с помощью Торонтской шкалы алекситимии, предложенной G. Taylor и др. в 1985 г. Использовался 26-пунктовый русский вариант TAS, адаптированный в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [1]. При заполнении анкеты испытуемый характеризует себя, используя для ответов шкалу Ликерта, включающую 5 пунктов: от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен». Алекситимичными считались пациенты, набравшие по TAS 70 баллов и более, отсутствию алекситимии соответствовал показатель менее 60 баллов.

Еще одним личностным фактором, играющим, как нам представляется одну из определяющих ролей в формировании аффективных расстройств невротического уровня, является вытесняемая агрессия, в том числе подтвержденная величиной показателя враждебности (превышающий при поступлении в стационар 10 баллов) по опроснику Басса-Дарки [4].

Известно, что показатель враждебности по опроснику Басса-Дарки в первую очередь зависит от уровня вытесняемой обиды и подозрительности пациента, что в свете формирования аффективных расстройств невротического уровня представлялось нам наиболее важным. Полученные данные сгруппированы в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

**Распределение обследованных пациентов по показателям
алекситимии и враждебности**

Диагноз	Количество больных		Среднее значение	
			алекситимии	враждебно- сти
Тревожно-депрессивное расстройство (F41.2)	29	17,5 %	77	16,1
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Депрессивное состояние (F43.21)	24	14,1 %	64	10,7
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации. Тревожно-депрессивное состояние (F43.22)	18	10,5 %	70,3	11,8
Соматоформное расстройство (F45)	32	19,1 %	68,2	11,0
Истерическое расстройство личности (F60.42) (невротическая декомпенсация)	18	10,5 %	78	16,5
Непсихотическое смешанное расстройство вследствие сосудистого повреждения головного мозга (F06.37.1)	12	7,1 %	63,5	10,7
Паническое тревожное расстройство (F41.0)	22	13,2 %	80,9	17,1
Дистимия (F34.1)	12	7,1 %	56,7	10,2
Итого	167		69,55	13,01

Примечание. Ввиду малого количественного состава представленных диагностических групп статистическая обработка показателей каждой из них представляется малоинформативной и нецелесообразной.

Как показано в таблице, состояния, определяемые наиболее высоким уровнем тревожности, выявляют повышенные показатели как алекситимии, так и враждебности. Можно также обратить внимание на невысокий, по сути, доклинический уровень этих показателей у небольшой группы пациентов с дистимией, приведенной здесь для сравнения и в качестве одной из иллюстраций, определяющей разницу в патогенезе эндогенной и невротической аффективной патологии.

Таким образом, можно высказать несколько предположений. Личностные predispositions играют важную роль в формировании аффективных расстройств невротического уровня. Высокий уровень первичной алекситимии у пациентов связан с преимущественно тревожными проявлениями клинического уровня, и, возможно, имеет причинную связь с высоким уровнем тревоги. Высокий уровень враждебности в виде проявлений обиды и подозрительности, вероятно, имеет причинную связь с повышенными показателями алекситимии, формируя стойкий патопсихологический комплекс, при котором обида, будучи не

отреагированной словесно (с помощью разговора с реальными людьми или внутреннего диалога с отчетливым формулированием проблемы), генерирует высокий уровень тревоги, который, в силу неотреагированности, быстро достигает клинического уровня, запуская патогенетические механизмы аффективных расстройств невротического уровня.

Л и т е р а т у р а

1. *Ересько Д. Б., Исурина Г. С., Койдановская Е. В. и др.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : метод. пособие. – СПб., 1994. – 216 с.
2. *Проворотов В. М., Чернов Ю. Н., Лышова О. В., Будневский А. В.* Алекситимия // Журнал неврологии и психиатрии. – 2000. – Вып. 6. – С. 66—70.
3. *Семке В. Я., Епанчицева Е. М.* Душевные кризисы и их преодоление. – Томск, 2005. – 204 с.
4. *Семке В. Я., Платонов Д. Г., Новиков В. Э.* Невротические пути агрессии. – Кемерово, 2006. – 208 с.

КАРТИРОВАНИЕ МОЗГА И СООТВЕТСТВИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Обеснюк В. В.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность темы. Основное место в нейротравматизме занимают закрытые черепно-мозговые травмы. На кафедре психиатрии КемГМА в течение 30 лет под руководством профессора А. А. Корнилова проводилось многоаспектное изучение психических нарушений в отдаленном периоде закрытых черепно-мозговых травм. При этом были выделены этапы динамики болезни, которые совпадают с динамикой психоорганического синдрома (Корнилов А. А., Вишневская Э. С., 1984). Было выяснено, что симптомообразование при травматической болезни мозга происходит поэтапно – от астенического варианта через психопатоподобный к апатическому. Если поэтапная динамика травматической болезни вполне достоверно доказывается клиническим методом и им же улавливается нарастание психической ригидности, то четкие градации этапности при помощи обычного ЭЭГ-метода установить сложно.

Привычный характер трактовки изменений ЭЭГ, в том числе при проведении различных функциональных нагрузок (фотостимуляция, гипервентиляция и др.), не позволяет достоверно использовать электроэнцефалографию для оценки функционального состояния психики человека.

Целью нашего исследования было выявление ЭЭГ-маркеров для каждого из этапных состояний. Для этого использовали компьютерную систему анализа ЭЭГ с топографическим картированием (нейровизор).

Актуальность данного исследования объясняется большим количеством пациентов с черепно-мозговыми травмами в анамнезе, их тяжелыми последствиями, которые нередко приводят к стойкой утрате трудоспособности и инвалидизации. В настоящее время под топографическим картированием электрической активности мозга понимают области электрофизиологии, включающей множество количественных методов анализа электроэнцефалограммы и вызванных потенциалов. Метод картирования мозга является удобной формой визуализации результатов количественного анализа ЭЭГ.

В данном исследовании мы использовали систему компьютерного анализа «Нейровизор», разработанную фирмой «Биоскан» на базе института ВНД. В оценке ЭЭГ использовали систему, предложенную профессором Е. А. Жирмунской [1984], которая позволяет количественно описать различные варианты нарушений корковой ритмики, что очень удачно реализуется при использовании компьютерного анализа.

Критериями отбора явились данные о наличии у больных черепно-мозговых травм в анамнезе, в клинической картине которых присутствовали признаки психоорганического синдрома.

Материал исследования. Исследование проведено на 90 пациентах, перенесших тяжелую ЧМТ 7—13 лет назад, состоящих на учете в ПНД. Все больные по клинической симптоматике были разделены на 4 группы: с астеническими жалобами; с психопатоподобным поведением с возбудимостью; с психопатоподобным статусом с эйфоричностью; с апатическим состоянием. Каждому из больных проводилась запись фоновой ЭЭГ, реакции на открытие глаз, проба с гипервентиляцией. Клинически у больных с астенической симптоматикой болезни выявлялись вегетативно-сосудистые расстройства, нарушения сна, гиперестезии, различные алгии и проявления соматических заболеваний. Имелись аффективные расстройства в виде эпизодов тревоги, страха, лабильность эмоций, а также дистимии.

Обсуждение результатов. На ЭЭГ у больных регистрировалась альфа-активность 25—30 %, с частотой 11—12 в сек, амплитудой 40—45 мкв. Зональные различия сглажены, модуляции нечеткие. Бета-активность 30—35 %, с амплитудой до 55 мкв. Нерегулярные медленные волны в основном тета-диапазона 10—15 %, с амплитудой до 40 мкв. По классификации Е. А. Жирмунской данные ЭЭГ относятся к IV (дезорганизованному) типу, группы 9—10, степень нарушения ЭЭГ умеренная и значительная.

У больных с психопатоподобным поведением (возбудимый вариант) выявлялись эксплозивные реакции, приводившие к повышенной конфликтности, микросоциальной и социальной дезадаптации. Эксплозивность у больных сочетается с жалобами, характерными для больных астенического этапа. Однако отмечается нарастание общеорганической симптоматики с морально-этическим снижением и снижением уровня личности в целом.

На ЭЭГ в этой группе регистрируется альфа-активность 35—40 %, с амплитудой до 75 мкв. Зональных различий нет или извращены. Бета-активность 25 %, с амплитудой до 55 мкв. Медленно-волновая активность в виде волн тета-диапазона регистрируется во всех отведениях индексом 20—25 %, с амплитудой до 65 мкв. Данные ЭЭГ относятся к IV типу, группы 11—12, степень нарушения значительная.

У пациентов с психопатоподобным реагированием (эйфорический вариант) выявляется общий гипертимный фон с злобными реакциями, с шумным и расторможенным поведением; инертность, обстоятельность мышления и в то же время узость объема внимания, гипомнезия, снижение умственной работоспособности. Аффективные расстройства более отчетливо приобретают характер дисфорий. Соматические и вегетативно-сосудистые жалобы беднеют. У этой группы больных на ЭЭГ регистрируется альфа-активность индексом 30—35 %, амплитудой до 60 мкв. Без зональных различий. Бета-активность 35—40 %, амплитудой до 50 мкв. Тета-активность во всех отведениях индексом 15—20 %, амплитудой до 50 мкв. Данные ЭЭГ относятся к IV типу, группы 12—13, степень нарушения значительная.

У больных с апатическим состоянием происходит дальнейшее ухудшение психического статуса. Снижается инициатива, утрачиваются побуждения к пьянству и бродяжничеству. Они не предъявляют жалоб, становятся олигофазичными, у них исчезает патология влечений, реже наблюдаются дисфории. На ЭЭГ в этой группе регистрируется альфа-активность 20—25 %, с амплитудой 80—85 мкв. Бета-активность на уровне 25 %, с амплитудой 80—85 мкв. Медленноволновая активность в виде тета-волн во всех отведениях 20—25 %, с амплитудой до 90 мкв. Данные ЭЭГ относятся к V (дезорганизованному типу с преобладанием тета- и дельта-активности), группы 14—16, степень нарушения грубая.

Выводы. Таким образом, использование компьютерного анализа позволяет существенно повысить диагностическую и прогностическую значимость ЭЭГ, а количественная, математическая оценка электрофизиологических данных способствует повышению надежности критериев оценки функционального и психического состояния человека.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Обеснюк О. А., Обеснюк В. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность. По данным ВОЗ, распространенность тревожных расстройств в последние десятилетия достигает 6,5 % среди населения. При этом большинство пациентов наблюдаются в общемедицинской сети, где показатель их распространенности составляет 15 % (Kessler R., Witchin, 2002). Тревожное расстройство определяется как всеобъемлющая постоянная тревога, не связанная с психической травмой или заметно превышающая ее по интенсивности. Выраженность тревожности колеблется от усталости и внутреннего напряжения до панического состояния. Актуальность данного исследования объясняется тем, что тревожные расстройства играют ведущую роль в манифестации и динамике ряда органических неврозов, которые в последнее время стали занимать одно из ведущих мест в клинике пограничных состояний (Смулевич А. Б., 2011).

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-динамических особенностей тревожных расстройств у лиц с органической неполноценностью головного мозга, которые обратились за помощью в отделение для оказания помощи пациентам, страдающими неспихотическими психическими расстройствами.

Критериями отбора больных явились диагностированные у них невротические и неврозоподобные состояния, в клинической картине которых присутствовал синдром тревоги.

Обсуждение. На материале результатов работы отделения за 6 месяцев 2014 г. проведен анализ тревожных расстройств. Всего за этот период врачами отделения было пролечено 278 больных, из них 145 пациентов (52 %) – больные, в клинической картине которых присутствовал синдром тревоги. В выборку обследования вошли лица в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст составил 34,6 года).

В анамнезе у 33 больных присутствовало указание на наличие черепно-мозговой травмы. У 48 пациентов при опросе выявлены жалобы на головные боли в детстве, плохую переносимость жары, укачивание в транспорте, эмоциональную неустойчивость, метеотропную зависимость, а также жалобы, характерные для поражения вегетативной нервной системы – повышенная потливость, сердцебиение, субфебрильная температура, ознобы и т. д.

При этом экзогенные церебрально-органические вредности у 43 больных были подтверждены медицинскими документами (выписками из историй болезни и амбулаторных карт общесоматической сети).

У 64 человек в анамнезе не было указаний на какие-либо экзогенные вредности, но при неврологическом осмотре у 18 из них выявлена органическая микросимптоматика резидуального характера (нистагмод, анизокория, слабость конвергенции, асимметрия носогубных складок, асимметрия сухожильных и вялость брюшных рефлексов).

Большинству из обследованных пациентов (99 человек) проведен ряд дополнительных исследований – компьютерная электроэнцефалограмма (87 человек) и/или психологическое исследование (45 человек).

Как выяснилось, в результате исследований лишь у небольшого числа пациентов (24 человека) зарегистрирована электрофизиологическая норма. В анамнезе у этих больных отсутствовали указания на факторы, которые могли бы предположить у них наличие резидуальной органической симптоматики. Чаще всего при обследовании выявлены умеренные (35 человек), а у многих больных – значительные (16 человек) и даже грубые изменения регуляторного или микроструктурного (12 человек) характера. Причем там, где выявлены микроструктурные изменения, только у 6 больных клиника соответствует выраженности этих изменений. У остальных, так же как у больных, не имеющих микроструктурных изменений, клиническая симптоматика была традиционной, где определяющим был синдром тревоги.

Органическая неполноценность головного мозга, даже в резидуальной стадии, может уже заранее свидетельствовать о каких-то «слабых» местах личности, раз данное невротическое расстройство уже возникло. Даже без углубленного исследования можно констатировать факт наличия астении у больных с тревожными состояниями. Причем астения эта носит тотальный, т. е. церебрально-органический оттенок. У целого ряда пациентов, в частности у тех, кто имел в анамнезе черепно-мозговые травмы, панические атаки вообще были трудно отличимыми от симпатоадреналовых кризов, и очень быстро происходила ипохондрическая фиксация их на патологических ощущениях. У других больных с паническими атаками очень быстро присоединялся фобический компонент.

Наибольший клинический интерес представляет тот факт, что большинство наших пациентов, у которых органическая недостаточность головного мозга была выявлена на ЭЭГ, представляли собой, несмотря на имеющиеся различия в личностном плане при всей разности преморбиды, жизненных установок и социального уровня, определенное сходство.

Так, пациент с невротическим или неврозоподобным состоянием, пережив буквально раз возникшее тревожное состояние или, тем более, паническую атаку, чрезвычайно быстро начинал ощущать себя в качестве человека, страдающего тяжелым заболеванием. Они, обойдя многочисленных специалистов-соматологов, но не получив никаких положительных результатов, «ухватились» за болезнь, как «за спасительную соломинку». Они с удовольствием лечились в условиях стационара, принимая массу таблеток, инъекций и физиопроцедур. «Пограничное» отделение для них становилось как бы вторым домом. Подлинного стремления выйти из болезненного состояния, освободиться из плена «мучающих» расстройств, у больных часто не бывает. Более того, они достаточно резистентны к проводимой психотерапии. Пребывая в стационаре, они стремятся расширить режим, часто игнорируя предложенные им лечебные мероприятия. Психологическое исследование пациентов в большинстве случаев подтверждает невысокий уровень коммуникабельности, черты эмоционально-волевой незрелости и ригидности психики. Мы знаем, что в классических случаях органического заболевания головного мозга ведет к формированию психоорганического синдрома, который предполагает потерю способности к многогранной оценке того или иного явления за счет утрачивания чувства главного. Синдром этот свидетельствует о наличии энцефалопатии. В наших случаях, где речь идет о резидуальной органической патологии, не приходится говорить о формирующемся психоорганическом синдроме. Здесь мы имеем дело с какой-то «стабильной» патологией, которая является предпосылкой для того деструктивного процесса психики, который ведет к формированию психоорганического синдрома от этапа астенизации личности и церебрастении до этапа энцефалопатии.

Выводы. Таким образом, по итогам выполненных исследований следует констатировать, что у большей части пациентов с теми или иными тревожными состояниями при углубленном исследовании обнаруживается наличие резидуальной органической недостаточности ЦНС. Показано, что наличие «органической» почвы в известной степени утяжеляет клинику тревожных расстройств и предполагает ограничение благоприятного прогноза. Наличие резидуальной органической недостаточности ЦНС в силу особенностей организации психики этих больных повышает степень их психологической уязвимости в ответ на воздействие внешних психогенных факторов социального окружения и среды.

МЕТОДИКА ГРУППОВОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НА ОСНОВЕ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕОРИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Павлов П. В., Батюк Т. Г.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность. В связи с необратимыми изменениями личности больного шизофренией, характеризующимися диссоциацией мышления и аффектов, изменением строения мотивов, их иерархии и смыслообразования, снижением уровня потребностей, нарушением самооценки и критичности, равнодушием, неспособностью вступления в аффективные контакты и сочувствовать другим, возникают нарушения социальной и трудовой адаптации.

Исследование пациентов с дефектными состояниями при помощи тематического апперцептивного теста (ТАТ) указывает на отсутствие эмоционального отношения к трудовой деятельности, снижение уровня притязаний и адекватной самооценки своих возможностей, что обуславливает отсутствие мотиваций.

Большое влияние на социально-трудовую адаптацию оказывает ослабление и искажение смыслообразующей и побудительной функций, а также тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями реальности. Наиболее успешной методикой психокоррекционного воздействия для пациентов с шизофреническим дефектом мы считаем функциональную тренировку поведения на основе бихевиорально-когнитивной теории.

В основе использовавшегося нами метода лежит рефлекторная концепция И. П. Павлова «стимул – реакция». «Картотека» – это собрание опыта и ошибок. К каждому соответствующему стимулу из «картотеки» подбирается соответствующая реакция. Эти стереотипные действия необходимы для того, чтобы не перегружать и без того иррациональное мышление больного. Как следствие такого метода, у пациентов снижается эмоциональное напряжение, уменьшается тревожность, нивелируются страх и неадекватные реакции при проведении психокоррекционной работы. В этой схеме «стимул – реакция» выпадает промежуточное звено – психические процессы. Поэтому вместо них на базе современной бихевиорально-когнитивной теории целесообразнее использовать суггестивные приёмы, а взамен малоэффектив-

ной для дефектных пациентов глубинной психологии, применять методики, больше ориентированные на физиологические процессы. Это дает возможность, минуя сложные психологические схемы, обращать пациента в реальность и менять его поведение на более приемлемое, социально одобряемое. Пациент получает возможность выстраивать своё поведение на более высоком уровне с родственниками, другими пациентами, персоналом отделения в процессе трудовой деятельности.

Метод групповой психокоррекционной работы является двухуровневым. Первый уровень направлен на эмоциональную стимуляцию, активацию общения, налаживание коммуникаций и установление между участниками эмоционально-насыщенных связей.

На практике это выглядит следующим образом: 1) разминка (несложная лечебная физкультура, танцевальные упражнения, хлопки); 2) психогимнастика (воспроизведение основных групп эмоций); 3) освоение сложных экспрессивных форм поведения, не связанных с каким-либо эмоциональным состоянием («ходьба против ветра», «ходьба по канату»); 4) использование социальной перцепции (изобразить животное, время года, борьбу с болезнью и др.).

Второй, более сложный уровень, направлен на восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработку социально одобряемых стереотипов поведения в трудовых ситуациях, тренировку общения и поведения, повышение уверенности в себе. На практике это выглядит как функциональная тренировка поведения через ролевую игру. Ситуации могут быть различными: кто-то пытается пройти вне очереди – ваша реакция; вы возвращаете в магазин товар; ваше место в купе занято и др. Таким образом, через социально приемлемые и одобряемые стереотипы больные «научаются жить в обществе». Следует убеждать больных, что психокоррекция – это часть лечения, а они находятся в лечебном учреждении.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 52 человека, в возрасте от 18 до 60 лет, из них 25 мужчин и 27 женщин. Все пациенты были разделены на 2 репрезентативные группы. В основную группу вошли 28 пациентов, получающие психокоррекцию предложенным методом и стандартные схемы медикаментозного лечения. Контрольная группа состояла из 24 человек, получающих психотерапию. Групповая психокоррекционная работа проводилась психологом еженедельно (2—3 раза в неделю) в течение 3 месяцев. Диагноз шизофрении был верифицирован в соответствии с критериями МКБ-10, большую часть составили пациенты с диагнозом параноидной шизофрении, с эпизодическим типом течения, нарастающим дефектом в состоянии неполной ремиссии.

Группы формировались методом случайной выборки, были сопоставимы по социально-демографическим и клиническим признакам. Пациенты должны были находиться на этапе формирования либо текущей ремиссии, быть относительно активными, с упорядоченным поведением, положительными установками на лечение и реабилитацию.

Психологические противопоказаниями для психокоррекции являлись недоброжелательное отношение больного к процедуре, антисоциальные, агрессивные тенденции личности, пациенты, слишком отличающиеся от других (с явными визуальными уродствами).

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-психологический, статистический.

Изучение психического состояния исследуемых больных проводилось при помощи клинического интервью, опросника удовлетворенности лечением, шкалы тревожности Спилбергера, стандартных психодиагностических методов исследования (Зейгарник Б. В., Рубенштейн С. Я., 1965), шкалы социально ориентированного и социального функционирования (PSP).

Пациенты объединялись в группы по сходным клинико-психопатологическим характеристикам, степени дефекта, существующим проблемам в сфере социально-трудовой адаптации. Группы формировались из 3 и более человек, число занятий в каждой группе варьировало от 5 до 10 в зависимости от достигнутого результата. С отдельными пациентами из групп проводились дополнительные индивидуальные занятия.

Обсуждение результатов. По итогам исследования уровня тревожности до и после групповой психотерапии были получены следующие результаты (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Оценка уровня тревожности в группах

Уровень тревожности по шкале Спилбергера	Основная группа		Контрольная группа	
	До психокоррекции	После психокоррекции	До психокоррекции	После психокоррекции
Высокий (45 баллов и более)	18 (64 %)	9 (32 %)	17 (70 %)	14 (58 %)
Умеренный и низкий (20—44 балла)	10 (36 %)	19 (68 %)	7 (30 %)	10 (42 %)

В таблице 2 представлены результаты, полученные по шкале социально ориентированного и социального функционирования (PSP).

Т а б л и ц а 2

Показатель	Основная группа	Контрольная группа
До психокоррекции	41—57	42—59
После психокоррекции	62—70	51—60

После проведенной психокоррекционной работы в основной группе пациентов с шизофренией отмечено достоверное значимое различие в улучшении социального функционирования по сравнению с контрольной группой – переход из оценки нарушений как «значительные затруднения в двух или более чем в двух областях а-с, или сильно выраженные затруднения в одной из областей а-с, сопровождающиеся или не сопровождающиеся заметными проблемами в области д» в «заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях а-с или небольшие проблемы в области д».

При сравнительном анализе результатов степени удовлетворенности лечением было выявлено значительное преобладание положительных ответов у больных шизофренией основной группы по сравнению с контрольной группой (76 % и 44 %). Высокий уровень положительных ответов в основной группе свидетельствует о формировании более оптимистического отношения к своему будущему, способности решать возникающие бытовые проблемы, положительному настрою на продолжение лечения в отделении, интересе к общению с врачом и психологом, другими пациентами в отделении, а также доверии и активном партнерском участии в лечебном процессе.

Выводы. Таким образом, становится возможным констатировать очевидную тенденцию к снижению уровня тревожности, улучшение социального функционирования и адаптации в целом у пациентов дневного стационара с шизофреническим дефектом после проведения курса психокоррекционной работы на основе бихевиорально-когнитивной теории.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ИХ СЕМЬЯМ

Павлова О. А., Гуткевич Е. В., Лебедева В. Ф.

Томск, НИИ психического здоровья

Актуальность исследования. По прогнозу ВОЗ, к 2020 г. количество пациентов с деменцией в мире достигнет 29 млн. Распространенность деменции в популяции старше 65 лет в европейских странах достигает 30 %. В нашей стране этот показатель составляет 4—5 %, что объясняют более низкой продолжительностью жизни в России, недостаточным вниманием к выявлению деменций, различиями в диагностике данной патологии (Гаврилова С. И., 2007; Чухловина М. Л., 2010).

При этом в государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» до 2020 г. в подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи» определены основные задачи по совершенствованию методов диагностики и лечения психических расстройств, внедрению современных методов психосоциальной терапии и реабилитации, повышению качества жизни и удовлетворенности качеством медицинской помощи неизлечимых пациентов и их родственников (Носачев Г. Н., 2012; Чеверев А. В., Казаковцев Б. А., 2014).

Генетические факторы играют существенную роль в развитии психических расстройств в пожилом возрасте. Рутинная оценка риска возникновения болезни Альцгеймера (БА) включает: тщательное изучение семейного анамнеза в отношении БА и других деменций; скрининг крови для молекулярно-генетического выявления соответствующего генного дефекта в отношении БА; измерение уровня в плазме Aβ42 пептида, tau-белков и других нейропатологических маркеров. При этом вероятность развития БА у носителей патологических генов в 18 раз выше по сравнению с общей популяцией. Среди других причин когнитивных нарушений могут быть сосудистые заболевания, ЧМТ и опухоли головного мозга, ликвородинамические нарушения. Существенную роль в изменении психической деятельности пожилого человека играют социальные факторы, такие как сужение сферы деятельности человека, утрата прежних связей, одиночество, потеря близких, страх перед заболеванием, плохое материальное положение. Эмоциональная сфера характеризуется преобладанием негативных эмоций, пониженным настроением, тревогой, беспокойством, пессимизмом, недоверчивостью или враждебным отношением к окружающим и к миру, чувством угрозы и неуверенности в стремительно меняющемся мире, попыткой обратить на себя внимание, что проявляется, как правило, в росте суицидального поведения в этой возрастной группе, протестном поведении в кругу родственников и т. д.

Обсуждение. С целью совершенствования форм и методов специализированной гериатрической психиатрической помощи в клинике НИИ психического здоровья проведено комплексное исследование. Количество пациентов старше 60 лет, обратившихся за помощью в клинику в течение 5 лет (2010—2014 гг.), составило 23,8 % от общего количества пролеченных больных (2 679 человек, из них мужчины – 39,9 %, женщины – 60,1 %). Наибольшую группу представляли больные с органическими психическими расстройствами (F0 – 1 797 человек), в которой преобладали пациенты с непсихотическими психическими расстройствами экзогенно-органического генеза.

Вторую группу составили пациенты с аффективными расстройствами (F3 – 406 человек), с невротическими и соматоформными расстройствами (F4 – 311 пациентов). Болезнь Альцгеймера была диагностирована у 58 человек (2,17 %). Назначение психотропных препаратов зависело от психопатологической симптоматики, при этом во избежание нежелательных эффектов необходимо снижать дозы вполноу и особенно внимательно анализировать возможные лекарственные взаимодействия, а применение препаратов, оказывающих нейропротективное и нейротрофическое действие, повышало эффективность проводимых лечебных мероприятий.

Патопсихологическое обследование таких больных имело ряд особенностей, обусловленных их состоянием, нередко сниженным когнитивным функционированием, повышенной утомляемостью, отсутствием мотивации к психологическому обследованию, и предъявляло особые требования как к подбору методик, так и к процедуре обследования. Предпочтение отдается коротким, небольшим по объему тестам (таким, например, как MMSE), либо диагностическая работа проводится в несколько этапов, с перерывами, в течение нескольких дней (тест Векслера), с учетом принципа использования необходимого и достаточного количества психодиагностических методик, без ущерба для выполнения диагностической задачи. В процессе психодиагностического обследования часто отмечались затруднения пожилых людей в описании своего эмоционального состояния (алекситимия). Однако пожилые люди, несмотря на затруднения в выполнении большинства психодиагностических методик, старались добросовестно выполнять предложенные задания, редко отвечали категорическим отказом и проявляли высокую чувствительность к похвале, радуясь своим успехам; доброжелательное отношение, психологическая поддержка со стороны персонала позволяли им преодолевать свои страхи. Вовлечение в сильную деятельность, тренировка познавательных функций позволяли пожилым людям не только восстанавливать и сохранять навыки, но и развивать их.

С целью выявления потребности в семейно-генетическом консультировании при наличии в семье пожилых больных с деменцией была разработана анкета «Опроса участника программы оказания помощи семье». Анкета включала 14 пунктов: социально-демографические вопросы, характеристики качества жизни членов семьи в связи с болезнью пожилого родственника, информированности о значении генетики в развитии психических расстройств и возможности пройти комплексное, в том числе генетическое исследование. Часть вопросов направлена на выяснение потребности «определить у себя (у своих родственни-

ков) наличия риска развития отклонений в психическом здоровье?» и наличия мотивации для того, чтобы «изменить свой образ жизни в случае повышенного риска».

Все геронтопсихиатрические пациенты были родителями опрошенных родственников, чаще проживали в их семьях, реже отдельно. Практически все родственники «ощущают на себе бремя ухода за больным (увеличение нагрузки по дому в связи с болезнью родственника) и тяжесть ответственности за его судьбу», при этом происходит «обострение денежных вопросов (дефицита) в семье, ограничение контактов с друзьями, знакомыми, сослуживцами и другими людьми» и «нарушение семейных взаимоотношений». В семьях считают, что «наследственность имеет какое-то (большое) значение в возникновении психических расстройств», но при этом респонденты чаще не знают «о генетическом консультировании и возможности пройти комплексное, в том числе генетическое обследование». На вопрос «Хотели бы Вы определить у себя (у своих родственников) наличие риска развития отклонений в психическом здоровье?» были получены как положительные, так и отрицательные ответы. Хотя на вопрос: «Попытались бы Вы изменить свой образ жизни (отказаться от вредных привычек, придерживаться диеты, пройти дополнительное обследование, принимать лечение и др.) в случае повышенного риска?» были получены в основном положительные ответы.

Психологическая помощь родственникам направлена на объяснение сущности происходящих болезненных и возрастных изменений у близких им людей и способах их поддержки. Одним из самых важных ресурсов социальной поддержки пожилых людей является общение, в котором они нуждаются, но изменения в их эмоциональной сфере могут делать его непростым из-за медлительности, повышенной ранимости, обидчивости, подозрительности или враждебности, поэтому родственники должны быть очень терпеливы, не должны раздражаться. Основываясь на конкретных факторах и значениях риска, родственникам геронтопсихиатрических пациентов могут быть предложены психотерапевтические мероприятия и превентивное терапевтическое вмешательство.

Заключение. Общество должно прийти к пониманию того факта, что даже если будет достигнут частичный успех, то значительно большее число людей сможет дожить до глубокой старости с небольшими когнитивными нарушениями или вовсе без них.

ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

**Панкова Е. П., Высоцкий С. В., Селедцов А. М.,
Тихова М. В., Шамова И. П.**

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

Введение. В настоящее время как в нашей стране, так и за рубежом получены убедительные данные, свидетельствующие о высокой распространенности психических заболеваний среди лиц пожилого и старческого возрастов. Как наиболее универсальный показатель благополучия индивидуума, уровня его адаптации с окружающей средой, наиболее часто рассматривают показатели социального функционирования и качества жизни (Чуркин А. А., Демчева Н. К., 2005; Максимова Н. Е., 2007).

Изучение социального функционирования и качества жизни психических больных играет важную роль в геронтопсихиатрической практике, так как в позднем возрасте происходят изменения как в нейрогуморальной, так и в психической сфере, что отражается на интеллектуальной продуктивности, физической активности, субъективной оценке своего состояния, т. е. основных составляющих качества жизни.

Цель исследования: выявить и оценить влияния различных патогенных факторов на уровень социального функционирования и качества жизни психически больных позднего возраста.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явилась клиническая группа, состоящая из 45 больных мужского и женского пола, в возрасте от 56 лет, с различными формами психической патологии, находившиеся на стационарном лечении в смешанном психосоматогеронтологическом отделении ГКУЗ КО КОКПБ с июня по декабрь 2015 г.

Обсуждение результатов. В обследуемой клинической выборке женщин оказалось почти в 2 раза больше, чем мужчин, что соответствует общим эпидемиологическим данным о соотношении лиц мужского и женского пола пожилого и старческого возрастов в общей популяции. Мужчины составили 31,2 % (14), женщины – 68,8 % (31 наблюдение). Наибольший процент составили лица 76—80 лет (28,8 % – 13 наблюдений) и в возрасте от 71—75 лет (20 % – 9 наблюдений). Лица остальных возрастных групп составили меньший процент.

Наличие собственной семьи традиционно рассматривается как фактор, способствующий сохранению психического здоровья, а в случае наличия психического расстройства – как фактор благоприятной динамики заболевания. Среди обследованных процент пожилых людей, сохранивших собственную семью, т. е. находящихся в браке, оказался относительно невысок (24,4 % – 11 наблюдений). Наибольший процент составили вдовцы или вдовы – 60 % (27 наблюдений), разведенные зарегистрированы реже (15,5 % – 7 наблюдений). В связи с фактом одинокого проживания следует отметить, что одиноким людям было труднее выполнять лечебные процедуры, никто не напоминал им о необходимости приёма поддерживающего лечения, постановке инъекций, в связи с чем эти пациенты быстрее утрачивали навыки социализации.

Понятия психического и соматического здоровья неразделимы в пожилом возрасте. В нашем исследовании случаев отсутствия хронических соматических заболеваний выявлено не было. Наиболее часто отмечалась патология со стороны сердечно-сосудистой системы – 22 пациента (48,8 %). В 8 случаях (17,7 %) больные имели патологию желудочно-кишечного тракта, в 6 случаях (13,3 %) выявлена патология мочеполовой системы. Реже наблюдались эндокринная патология (5 – 11,1 %) и заболевания органов дыхания (4 – 8,8 %).

Анализ структуры психических расстройств у обследованного контингента лиц позволил выявить преобладание (42,1 %) лиц, страдающих различными формами деменции, среди которых наибольшую группу составляли пациенты с сосудистым заболеванием головного мозга. Большую группу составляли лица с аффективными расстройствами сосудистого генеза (22,2 %). Лица, страдающие шизофренией, выявлены в исследовательской выборке с меньшей частотой (17,7 % – 8 человек). Анализ возрастного состава обследованных показал, что преобладали лица в возрасте старше 75 лет. Полученные данные указывают на значимость таких факторов, как одиночество и смерть супруга в патогенезе психических расстройств, формирующихся в позднем возрасте, определяющих уровень социального функционирования и качество жизни.

Выводы. Степень снижения общего показателя качества жизни определяется тяжестью психического статуса и формой психической патологии. При этом чем более выражена психическая патология, тем ниже значение показателей, определяющих качество жизни. Наиболее низкие значения общего показателя качества жизни наблюдались при текущих формах шизофрении, прогрессивных деменциях, тяжелых депрессивных состояниях с бредовыми включениями.

Более высокие показатели качества жизни наблюдались у больных с органическим поражением головного мозга, не носившим характер деменции и не сопровождавшимся психотической симптоматикой. Дополнительные патогенные факторы, влияющие на уровень качества жизни, по степени патогенности располагаются в следующей последовательности: соматическая патология, возраст, социальные стрессовые события, неблагоприятные социально-средовые условия. При этом указанные факторы оказывают влияние на уровень социального функционирования и качество жизни у лиц пожилого возраста в значительно меньшей степени, чем психические расстройства.

Изменения общего показателя социального функционирования и качества жизни в результате лечения психических расстройств у лиц пожилого возраста зависят от формы и тяжести психической патологии. При тяжелых формах деменции, шизофрении, эти изменения минимальны. При органических расстройствах вследствие повреждения головного мозга и при депрессивных расстройствах, не достигающих психотического уровня, изменения общего показателя социального функционирования и качества жизни более существенны.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИССОЦИАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ РЕАКЦИЙ НА СТРЕСС

Перчаткина О. Э., Аксенов М. М.

Томск, НИИ психического здоровья

Социально-стрессовые воздействия на рубеже двух тысячелетий являются наиболее распространенными, ухудшающими психическое здоровье населения страны. Они приводят к увеличению числа пограничных нервно-психических расстройств, появлению дезадаптационных донозологических состояний; утяжелению клинической картины всех форм психических расстройств вследствие присоединения вторичной иммунологической недостаточности, – и все эти факторы отражаются на уровне качества жизни. Именно на преодоление данных обстоятельств и направлена данная реабилитационная специализированная технология.

На основе полученных ранее результатов разработаны дифференцированные социально- и личностно-ориентированные программы психопрофилактики, превенции и реабилитации, внедрены новые методы и принципы терапии острых реакций на стресс (психосоматические, иммунореабилитационные, социотерапевтические).

Важной терапевтической стратегией для невротических (особенно диссоциативных) расстройств является психотерапевтической воздействию. Требования к терапии сегодняшнего дня предполагают необходимость объективизации психотерапевтического процесса, формирования оценочных и прогностических параметров. Однако в реабилитационной тактике при невротических расстройствах остается недостаточно изученной проблема оптимального баланса между фармакологическим и психотерапевтическим воздействием с целью усиления эффективности терапии и, следовательно, повышения уровня качества жизни.

В нашей технологии на этапе развития и выявления психических расстройств (посттравматического стрессового расстройства, расстройств адаптации), в целях проведения лечебно-профилактических мероприятий использовался ряд терапевтических комплексов – психофармакологический, психотерапевтический и психопрофилактический. Центральным звеном воздействия являлся психотерапевтический комплекс. Психотерапевтическая работа протекала в три этапа: 1) преодоление феномена недоверия, дающее право на «получение доступа» к охраняемому травматическому материалу; 2) помощь пациенту в отреагировании травматического опыта (работа с чувством вины, избеганием, навязчивостями различного рода, отчуждённостью и др.); 3) анализ и коррекция семейных отношений, восстановление отношений с друзьями, обществом.

Особенностями психотерапии являлись «кризисное» разрешение конфликта, дезактуализация психотравмирующей ситуации, нормализация производственных и семейных отношений за счёт мобилизации резервных способностей организма. Этап полустационарного лечения осуществлялся при наличии подострой динамики невротических расстройств (длительностью от 1 года до 3 лет) с соблюдением принципов комплексности и дифференцированности выполнения реабилитационных программ, с учётом влияния соматоорганических вредностей.

Базисная терапия строилась на сочетанном использовании психотерапевтического воздействия (рациональная, гетеросуггестивная, личностно-реконструктивная, семейная) и психофармакотерапии (транквилизаторы, анксиолитики с антидепрессивным эффектом, корректоры поведения) с формированием «здорового образа жизни», оптимизацией межличностных семейно-социальных контактов. На третьем этапе применялись реабилитационные программы в условиях стационара при затяжных, стойких и труднокурабельных пограничных расстройствах (при длительности не менее 3 лет): сочетание психофармакологического комплекса (с учётом часто встречавшихся соматических

и экзогенно-органических ослабляющих факторов наряду с лечением психотропными средствами осуществлялась и общеукрепляющая терапия), «интенсивной» психотерапии и психопрофилактического комплекса.

С учётом изложенного были разработаны программы реабилитации пациентов с острыми реакциями на стресс в зависимости от типологических вариантов данного расстройства.

Психотерапевтические мероприятия для больных с острыми стрессовыми расстройствами предусматривают гуманистические подходы (бихевиоральная и импловивная терапия, систематическая десенсибилизация, прогрессивная мышечная релаксация), а в случаях коморбидности дополняются когнитивной психотерапией, методами самовнушения, эриксоновским гипнозом.

В острый период заболевания при всех клинических вариантах и типах нарушения социальной адаптации базовое значение имеет и активно используется медикаментозно-биологическая терапия. В период стабилизации состояния пациенты активно включаются в психотерапевтическую работу, подбор конкретных методик определяется тяжестью заболевания и личностно-типологическими особенностями пациента. На данном этапе терапии резко возрастает значение групповой психотерапии.

В период завершения стационарного лечения основной акцент делается на психосоциотерапевтических мероприятиях, пациент подготавливается к этапу поддерживающей и противорецидивной терапии, осуществляемой после выписки уже за пределами клиники представителями служб здравоохранения.

Больные на данном этапе еще более активно привлекаются в образовательные группы, в образовательных программах и участии в психотерапии часто нуждаются также их родственники (особенно в семейной психотерапии). Целями семейной психотерапии является создание благоприятных условий микросоциального окружения, социальной поддержки, благоприятствующих выработке адаптивных стратегий преодоления социальных трудностей, психогений и внутриличностных проблем, улучшению показателей адаптации в основных социальных сферах жизни, повышению качества жизни.

Кроме того, используют неспецифические методы терапии: общеукрепляющее воздействие лечебной физкультуры и стимулирующий эффект физиопроцедур с целью повышения адаптационного ресурса физиологических процессов и укрепления саногенных механизмов у пациентов с диссоциативными проявлениями.

Далее проводится сопоставление показателей психосоциального и клинического функционирования пациентов и разработка плана лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием комбинированного подхода, включая в реабилитационные мероприятия фармакотерапию, сочетание различных методов психотерапевтического и психосоциального воздействия, отдавая предпочтение сочетанию групповой и индивидуальной психотерапии, психокоррекции, использованию образовательного и социотерапевтического подхода. На данном этапе необходима оценка возможности активной социализации, активации социальной сферы и социальных контактов с целью активной интеграции больного в общество и активации социальных факторов оздоровления и микросоциальной поддержки.

АНАЛИЗ ПРИЧИН СУИЦИДАЛЬНЫХ ОБРАЩЕНИЙ НА ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Рублева О. П., Колпакова Ю. В.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

Актуальность. В жизни каждого человека бывают ситуации, когда ему необходима помощь психолога. Часто эта помощь необходима немедленно. И от того, как быстро она поступит, зависит порой жизнь человека и его психическое здоровье. Именно экстренная психологическая помощь является основным направлением деятельности Телефона доверия (ТД).

Что побуждают человека обращаться за поддержкой на Телефон доверия, игнорируя прочие виды психологической помощи?

Практически все абоненты, звонящие в нашу службу, называют три основные причины – анонимность, доступность и бесплатность. Формат телефонного консультирования не предполагает лечения депрессивного состояния, характерного для человека, который оказался в стрессовой ситуации, но гарантирует возможность получить поддержку в любое время суток. Самые тяжелые звонки поступают, как правило, в ночное время, когда позвонивший наиболее уверен в том, что никто не помешает его разговору.

Консультанты Телефона доверия не спрашивают ни имени, ни фамилии позвонившего, не выясняют его адреса, а полученную в разговоре информацию имеют право передавать кому-либо только с разрешения самого абонента или по решению суда.

Спектр проблем, с которыми обращаются абоненты на Телефон доверия, очень широк. Однако одной из основных задач консультанта была и остается профилактика суицидоопасного поведения. Когда под влиянием внешних обстоятельств возникают столь сильные внутренние переживания, что для человека легче уйти из этой жизни, чем испытывать интенсивные и отрицательные душевные страдания.

Телефон доверия для человека, решившего свести счеты с жизнью, часто становится единственным звеном, связывающим его с внешним миром и дающим возможность получить своевременную помощь. Никакая другая служба взять на себя эту функцию не может.

Т а б л и ц а

Статистика суицидальных обращений на Телефон доверия в Кемерово

Год	% от общего количества звонков	Количество поступивших звонков
2013	3,2	293
2014	1,8	384
2015	1,8	481

В приведенной таблице особенно показательна статистика за последние 2 года. Если проанализировать процентное соотношение поступающих звонков, то ситуация выглядит очень даже оптимистично – процент суицидов по статистике снизился практически в 2 раза и остается стабильным. С другой стороны, если оценивать поступившие звонки в количественном выражении, то оказывается, что здесь все с точностью до наоборот – количество суицидальных звонков не только не уменьшилось, а даже возросло.

Причины суицидоопасных состояний могут быть самые разные. На первый план выходят так называемые личностные проблемы, к ним относятся одиночество, потеря смысла жизни, принятие себя и т. д. Актуальной проблемой являются межличностные конфликты и утеря чего-то очень значимого для человека (это может быть как разрыв отношений с близким человеком, его измена или смерть, так и потеря собственного здоровья), а также насилие в семье и, как следствие, невыносимые условия для жизни. Серьезным провокационным фактором для совершения суицида является алкогольная и наркотическая зависимость, так как чем больше степень опьянения человека (алкогольного или наркотического), тем меньше человек способен контролировать себя. Само употребление алкоголя или наркотиков часто рассматривают как медленное самоубийство. Не зря же испокон веков на Руси алкоголиков, так же как и самоубийц, хоронили за оградой кладбища. Хотелось бы обратить внимание, что почти в 15 % случаев наркологические проблемы заявляются в отношении детей и подростков.

Какие обстоятельства могут привести к самоубийству ребенка? Их очень много, и все они индивидуальны. Детская психика настолько ранима, что ребенок может повеситься из-за конфликта с родителями или выброститься из окна после воспитательной беседы в учительской, из-за неразделенной любви, отсутствия тепла и понимания со стороны родителей, внутренней опустошенности.

Одним из основных факторов, которые делают возможным совершение суицида подростками, это так называемый детский романтизм. У подростков все сложнее, чем у взрослых – на фоне бурного гормонального развития мозг «не успевает» за телом. С одной стороны, есть желание совершать «взрослые» поступки, с другой – нет жизненного опыта и той степени зрелости личности, которая дает возможность критически оценивать свои действия. Опыт работы на ТД показывает, что у абонентов детского возраста не сформирован до конца механизм ответственности, нет ценностей жизни, а потому нет страха смерти. Поэтому среди несовершеннолетних столь высок процент именно демонстративных суицидов. В процессе разговора о планируемом суициде несовершеннолетние часто с наивностью говорят о том, как окружающие будут плакать и жалеть, что не согласились с ними. Да, будет именно так, но они забывают, что им самим это будет уже не нужно.

Огромное количество кризисных ситуаций, провоцирующих аутоагрессию, возникают из-за семейных конфликтов и проблем взаимоотношений с близкими людьми, что говорит о продолжающемся кризисе института семейных отношений. Самой актуальной в этой группе проблем являются проблемы родительско-детских отношений. Это и не удивительно при постоянно увеличивающемся количестве разводов и утере нравственных основ семейной жизни. Вызывает также тревогу растущее количество звонков, связанных с безнадзорными и «трудными» детьми, а также с проблемой насилия в семье.

Бытует мнение, что к суициду склонны только дети из неблагополучных семей. Практика же работы на ТД показывает, что чаще проблему суицида заявляют внешне вполне благополучные ребята из семей среднего и даже высокого достатка. Они умны, начитаны и порой крайне эмоциональны. Дети же из неблагополучных семей, как правило, обладают более высокой психологической устойчивостью к стрессовым ситуациям. Хотя и им иногда не хватает никаких сил выдерживать все несовершенство этого мира. Они же то же не железные.

Часто провокационным фактором для суицидальных мыслей и действий является семейное насилие (в 2014 г. с этой проблемой на ТД обратилось 2 %). Дети – самые беззащитные жертвы такого насилия. Все это оттого, что очень сложно провести четкую грань между воспи-

тательными (дисциплинарными) мерами и насильственными действиями. В некоторых случаях насилие над ребёнком маскируется под вывеской строгого воспитания или гиперопеки. И если в первом случае маленькому человеку в ультимативном порядке диктуются правила поведения и возможные шаги, и это хотя бы заметно окружающим, то во втором случае всепоглощающая забота родителей загоняет ребёнка в не менее жёсткие рамки, но внешне ситуация выглядит социально-одобряемой.

Пример (гиперопека). Девочка-подросток, учащаяся 10-го класса. Она не жалуется, рассказывая о том, что находится под тотальной опекой родителей, которые контролируют каждый ее шаг. Хотя внешне это выглядит как забота о дочери. Мать домохозяйка, отец работает в свободном режиме, поэтому из дома в школу и обратно ее возят на машине. Когда девочка выходит на улицу, то отец либо открыто наблюдает за ней из машины, либо прячется в кустах. Подростку не разрешают закрывать дверь в свою комнату, когда она общается с подругами по телефону (какие могут быть тайны от родителей?!), поэтому она практически лишена возможности звонить по телефону свободно без контроля родителей, или заниматься своими делами, не «предписанными» родителями. Рассказывая свою историю в первый раз, девочка шутила, иронизировала по поводу поведения своих родителей, но четко сформулированного запроса не последовало. Во время второго обращения, когда она поняла, что ее узнали, она расплакалась и начала говорить о том, что находится в сильном напряжении, не знает, что ей нужно сделать, чтобы освободиться из-под тотального контроля родителей и единственно возможным вариантом разрешения этой проблемы считает суицид. На вопрос, насколько серьезно ее намерение и как она собирается себя убить, девочка ответила, что все-таки не станет этого делать, чтобы не расстраивать родителей.

Проблема насилия над ребенком часто напрямую связана с проблемой разводов. Как правило, большая часть разведенных в течение 2—3 лет создают новые семьи. И, как минимум, третья часть повторных браков «грешит» тем, что во вновь созданной семье в той или иной степени ущемляются права ребенка от первого брака. Это может быть как эмоциональная холодность и моральное подавление, так и сексуальное и физическое насилие.

Пример (ребенок после развода). Позвонила девочка 13 лет и сообщила, что мачеха выгнала ее из дома, обвинив в воровстве. О несправедливом к себе отношении она пожаловалась отцу, но тот велел идти жить к родной матери, лишенной материнских прав. С Южного поселка (район в Кемерове) девочка поехала в Кировский район. Мать-алкоголичка отказалась приютить ее, отправила обратно к отцу, даже не слушая объяснений ребенка. Денег на проезд у нее не было, помощи просить больше не у кого. Ребенок пребывал в состоянии полной растерянности, подавленности и отчаяния. Девочка говорила, что она никому не нужна, а раз так, то тогда зачем вообще ей жить.

Обращения по проблеме семейного насилия от самих детей крайне редкие, можно сказать, единичные. Чаще насилие над ребенком заявляют как проблему их близкие родственники, соседи, школьные учителя. Здесь обычно идет информационный запрос на то, в какие инстанции можно обратиться, чтобы помочь ребенку и защитить его. В этом случае абоненты направляются в государственные инстанции, призванные защищать права ребенка. Это органы опеки и попечительства, милиция, прокуратура, суд и т. д.

Главное, каким образом эти организации будут проводить свои проверки и разбирательства. Очень важно, чтобы уполномоченные чиновники обращали особое внимание на последствия воспитательного процесса родителей. Особенно если в наличии задержка психического развития ребенка, эмоциональные и поведенческие нарушения.

Если все-таки звонят сами дети-жертвы насилия, то им крайне важны именно такие специфические особенности службы Телефон доверия, как анонимность и конфиденциальность. Ребенок, как правило, убежден, что обнародование его проблемы еще больше усугубит ситуацию. Поэтому его часто привлекает именно уверенность в том, что он может сам контролировать процесс разговора (у него всегда есть возможность просто прервать беседу), что информация о нем не будет передана дальше и тем самым ситуация не станет для него еще более угрожающей. Однако даже в этом случае в процессе разговора одним из направлений работы консультанта является формирование мотивации обращения абонента за помощью в предназначенные для этого социальные структуры. Если удастся убедить ребенка в необходимости обнародовать информацию о жестоком обращении с ним, то консультант собирает по возможности полную информацию о нем и его семье, оформляет официальный запрос и передает для проверки полученных сведений в Департамент социальной защиты населения Кемеровской области. В 2015 г. сотрудниками Телефона доверия было отправлено 6 подобных запросов.

Однако при всей тяжести последствий насилие над детьми редко становится основанием для социального вмешательства в семью, лишения родительских прав или привлечения родителей к уголовной ответственности. Прежде всего это связано с тем, что насилие, как уже говорилось, сложно выявить, еще сложнее обосновать, что действия родителей дают основание применить установленные законом меры для защиты прав ребенка, поскольку в полной мере негативные последствия сегодняшних действий родителей проявятся спустя длительное время.

Кроме того, отсутствуют четкие границы, отделяющие дисциплинарные меры от психического насилия и той тяжести насильственных действий, которая дает основания для привлечения родителей к ответственности за их действия.

Анализируя причины суицидальных обращений детей на ТД, можно с уверенностью сказать, что еще одной из причин детских самоубийств является так называемый прессинг успеха. Так, сегодня в нашей стране, как никогда прежде, велик престиж высшего образования. Родители настраивают детей на обязательный успех: поступление в вуз, получение престижной работы. Страх не оправдать ожидания дорогих ему людей, гонка за успехом, да и собственные высокие требования создают невыносимое напряжение, страх, гнетущую тревогу, что все это может не состояться, не получиться.

Также «последней каплей» иногда становится и интернет. В сети можно найти все, что угодно – пообщаться с разными людьми, купить или продать что-либо, найти себе пару, а заодно и разыскать информацию о том, как «правильно» покончить с жизнью, где во всех красках расскажут, насколько романтична смерть.

Подростки очень чувствительны к внешним обидам и раздражителям, а умение преодолевать жизненные трудности слабое.

Важно также понимать, какое огромное значение в профилактике суицидов несовершеннолетних имеет отслеживание так называемой групповой динамики в детско-подростковых коллективах. Особенно в этом аспекте важна профессиональная компетентность преподавателей и психологов в школе. Именно они, обладая достаточными профессиональными навыками, могут легко увидеть, на какие микрогруппы разделен класс и какие между этими группами отношения, кто является неформальным лидером как отдельной группы, так и всего класса, а кто – «изгоем», так как «изгой» – это практически всегда особая группа суицидального риска.

Пример («Изгой» в классе). Позвонила девочка 14 лет, сказав, что одноклассники не хотят с ней общаться. В разговоре выяснилось, что она никогда не обладала лидерскими качествами и не была «активным» участником ни одной из микрогрупп в классе. Все относились к ней достаточно нейтрально. Но вот однажды она пришла в школу с новой прической, которая не понравилась одному из неформальных лидеров. Это послужило поводом для того, чтобы ее высмеяли сначала этот лидер и его приближенные, а затем и все ученики класса. Не нашлось ни одного одноклассника, который бы даже просто промолчал. После данного случая смеяться начали каждый день по поводу и без повода. Звонившая девочка была в полном отчаянии, доведена до крайней степени напряжения, не видя выхода, говорила о суициде, как о единственном пути разрешения проблемы. Причем, разговаривая о суициде, выяснилась серьезная продуманность намерений девочки и готовность их осуществить.

Работа на Телефоне Доверия, касающаяся суицидальных обращений, показывает, что нужно опасаться упрощенного подхода или чрезвычайно быстрых, шаблонных заключений. К любым, даже крайне слабым намекам на суицид нужно всегда относиться со всей серьезностью. Нужно быть открытым и сосредоточенным, когда подозревается суицид. Необходимо помнить, что большинство суицидов не совершаются спонтанно и его можно предотвратить. Нужно быть просто более внимательным к своим близким и тогда всегда можно будет заметить изменения в привычном поведении кого-либо из них и понять, что этот человек готовится к суицидальным действиям.

Поступающие звонки распределяются по времени неравномерно. Как правило, характерно практически двукратное увеличение количества детских звонков в периоды школьных каникул, когда у детей очень много свободного времени и ими никто не занимается. Особенно если ребенок находится в лагере отдыха, когда он больше, чем в другие периоды времени, зависим от референтной группы, в которой находится в данный момент. Это касается в основном звонков-розыгрышей и агрессивно-оскорбительных звонков. Чтобы самоутвердиться в глазах сверстников, ребенок не всегда выбирает достойные средства.

Каждый человек хочет быть услышанным, но не каждому он готов доверить сокровенное. Если человек суицидален, то ему часто просто необходимо поговорить о суициде. Существует заблуждение, что нужно избегать прямых вопросов о суицидальных намерениях, предполагая, что, задавая их, можно подтолкнуть абонента к реальным действиям. Практика работы подтверждает беспочвенность таких умозаключений. Если возникает подозрение о потенциальной способности ребенка к суициду, то необходимо прямо спросить его об этом. Когда таких намерений у него нет, он постарается рассеять сомнения, твердо объяснив свою точку зрения на этот счет. Если же опасения подтвердятся, ребенок поймет, что эта тема не является запретной, и говорить об этом можно открыто.

Чтобы помочь ребенку начать говорить на тему суицида, лучше всего задавать прямые специфические вопросы о суицидальных чувствах и планах ребенка. Например: «Ты думаешь о самоубийстве?», «Были ли у тебя раньше мысли о самоубийстве?», «Как ты собираешься совершить самоубийство?», «У тебя есть для этого средства? (таблетки, оружие и т. п.)», «Когда ты собираешься это сделать?» и т. д.

Возможность говорить об этом свободно полезна в целях снижения тревожности ребенка по поводу его суицидальных импульсов. Ребенку требуется определенная смелость, чтобы рассказать о своих намерениях. Это будет раскрытием ауры тайны и интриги.

Например, в телефонном консультировании, если абонент обнаруживает, что Вы интересуетесь им и не боитесь суицидальных мыслей, есть большая вероятность того, что он придет к пониманию, что суицид не является решением проблемы. Прослушивание суицидальных планов помогает оценить, насколько серьезна угроза самоубийства.

Важно выдержать оптимальный темп разговора, нельзя говорить много. Ребенку должно хватать времени, чтобы выразить свои мысли. Естественно, что, узнав о суицидальном настроении ребенка, собеседник испытывает некоторую растерянность и тревогу. Чтобы не показывать этого ребенку, мы начинаем много и быстро говорить, заполняя все паузы в разговоре. Говоря слишком быстро, чтобы заполнить эти паузы, вы можете его раздражать. Паузы позволяют ребенку собраться с мыслями и выразить их.

Если обращаются родители подростков, то необходимо говорить с ними об умеренности проявления родительских чувств, что нужно быть просто добрым, а не злым или «добреньким»; быть внимательным, а не назойливым или безразличным; быть руководителем, а не надсмотрщиком или потакателем капризам; быть собеседником, а не лектором или «стенкой». Главная мысль, которую родители должны донести до ребенка, – в мире есть кто-то, кому он нужен, и кто нужен ему, поэтому уходить отсюда нельзя. Необходимо донести до родителей, что лучшей профилактикой самоубийств среди несовершеннолетних являются сердечные, доверительные отношения, эмоциональная поддержка в семье, хорошие социальные навыки детей и их умение общаться со сверстниками. Чтобы весь этот комплекс сработал, родители и взрослые, находящиеся рядом с ребенком, должны хотеть помочь ему взрости и пережить непростые времена.

ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНИ И УМИРАНИЯ В ТЕЛЕФОННОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Рублева О. П., Миглевская Т. Н.

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной
клинический наркологический диспансер»**

В работе Телефона доверия с переживанием горя приходится сталкиваться часто. Звонят люди, потрясенные смертью близкого человека или утратой значимого в их жизни, часто это утрата здоровья. В прошлом году по данной проблеме обратилось более 2000 человек. Звонят люди, находящиеся в шоковом состоянии после того, как узнали о своем тяжелом диагнозе, тяжелобольные, инвалиды, их родственники.

Неотъемлемой частью любой болезни является психологический кризис, поскольку она затрагивает и изменяет течение жизни человека. Человек оказывается в ситуации, которая резко отличается от предыдущей. Разрушается его картина мира. И чем сложнее и тяжелее диагноз, тем сильнее эти разрушения.

Болезнь имеет свою «внутреннюю картину», состоящую из компонентов: сенсорного (восприятие боли или других нарушений), эмоционального (переживание по поводу случившегося с разнообразным спектром эмоций, от страха до надежды), волевого (необходимости справиться с болезнью), рационального (знания и оценки болезни).

Часто у человека возникает амбивалентное отношение к болезни. Амбивалентность проявляется в сопротивлении улучшению состояния здоровья, что называется «боязнью выздоровления». С этим отношением связано такое социальное явление, когда в некоторых группах болезнь возводится в культ. Немало пожилых людей с воодушевлением обсуждают свои телесные ощущения и переживания по этому поводу. Чем чаще болеет человек, тем больше его потребность завоевать этим признательность и восхищение других. Более того, при обсуждении темы болезни есть шанс избежать зависти окружающих по поводу положительных сторон его жизни.

Несмотря на амбивалентность, отношение к болезни бывает достаточно определенным: адекватным, соответствующим состоянию; пренебрежительным, когда серьезное заболевание недооценивается; отрицающим, когда связанные с болезнью мысли и факты отвергаются; фобическим, когда переоценивается серьезность болезни; одобряющим, когда она связывается в основном с положительными переживаниями, например, с возможностью получить различные выгоды.

Наибольшие трудности возникают в работе с абонентами, страдающими неизлечимыми болезнями или умирающими. Эмоциональные переживания человека, узнавшего свой диагноз, можно разделить на несколько этапов.

Отрицание. Человек, узнавший свой неизлечимый диагноз, настойчиво отвергает возможность случившегося и близкого конца. Это естественная психологическая защита: ведь болезнь или инвалидность требует порой кардинального изменения жизненного стереотипа. Поэтому иногда отрицается даже сам факт болезни: «Это ошибка! Вы говорите о ком-то другом!..» Отрицание является наиболее мощной защитой из всех. Оно дает время собраться с силами и принять печальную реальность. В телефонном консультировании на данном этапе не нужно пытаться добиться от абонента понимания ситуации, следует предложить собеседнику открытое принятие и исследование его мыслей и чувств.

Протест. Оправившись от первоначального шока, человек начинает понимать, что его сразила болезнь, изменившая (пусть даже на время) его жизнь, привычки, увлечения, отдалившая от него друзей и привычное окружение. На фоне этого раньше или позже (каждый со своей скоростью и силой) у больного могут появиться или чувство агрессии, или чувство вины. Это очень сложная стадия, как для самого пациента, так и для его близких.

Агрессия. Агрессия может быть направлена как на конкретных людей («довели родственники», «не так лечили врачи»...), так и на Бога – он несправедлив («Почему я?», «Почему другие, которые старше и хуже меня, будут продолжать жить, а я должен умереть?»...). Переживая чувство вины, больной возлагает всю ответственность на себя («Сам виноват», «Это воздаяние за мои прегрешения»...). Негодование на несправедливость судьбы может переходить в явную агрессию в адрес окружающих. При реакции агрессии пациент не склонен выслушивать Вас, что бы Вы ему не говорили. Он абсолютно уверен, что в его бедах виновны окружающие его люди – врачи, родственники и т. д. Гнев и враждебность также являются нормальным этапом переживания болезни, они на время защищают человека. При встрече с такими реакциями нужно постараться принять их, воздерживаясь от искушения осудить или наказать собеседника собственным возмущением.

Вина. С чувством вины немного легче. Поговорите с ним о его прошлой жизни. Пусть он вспомнит, где он был неправ, кого и когда обидел и т. д. Как это можно поправить – сделать что-то хорошее, навести порядок, с кем-то помириться, утрясти какие-то дела... Пусть подумает о завещании... Попросит у кого-то прощение... При общении с умирающим нужно быть готовым к резким перепадам настроения, всплескам эмоций, раздражению и агрессии. Следует воспринимать это спокойно и с пониманием к этому относиться.

Разговор обычно выстраивается в такой последовательности. Общение начинается с темы о лекарствах, о том, чем сегодня кормили, кто приходил вчера, кто собирается сегодня. Потом разговор переходит в беседу о детстве и молодости. И человек сам отдастся потоку воспоминаний, расскажет, чем увлекался, что делал. Ведь, как правило, умирающих людей редко кто слушает. Поэтому просто нужно вести беседу в этом направлении и постепенно разговор сам выйдет на тему старости, болезни и смерти. Больной способен понять свое положение и нередко хочет поговорить о своей болезни и приближающейся смерти, но только с теми, кто выслушивает без поверхностных попыток утешить, кто с должным пониманием выслушивает его.

Сделка. Силы, истраченные на отрицание и гнев, на фоне продолжающегося изменения состояния не восстанавливаются, поэтому жизненный горизонт резко сужается. Больной начинает выспрашивать, «выторговывать» себе те или иные поблажки, делая ставкой в этой сделке собственную жизнь: «Если я брошу курить, Вы мне поможете остаться в живых?» и т. д. Сделка является этапом, который оттягивает момент «исполнения приговора». Защитная функция этого этапа – помочь человеку смириться с реальностью болезни и укорачивающейся жизнью. Данную сделку необходимо принять и быть не только активным слушателем, но и собеседником, обсуждая возможные ее варианты. К обсуждению необходимо подходить тем ответственнее, чем серьезней состояние собеседника.

Депрессия (горе, печаль). Когда сделка не приносит изменения к лучшему, а сил остается все меньше, возникает депрессия. Все вокруг кажется мрачным, больной теряет интерес к жизни, становится малообщительным, слабеет и сам ощущает это («Да, это я умираю»). Протеста больше нет, а есть жалость к себе и тоска по уходящей жизни. Ему жаль оставлять близких и все то, что он любил при жизни. Он сожалеет о своих плохих поступках, причиненных другим огорчениях. Он иногда хочет остаться один, наедине с самим собой, не любит посетителей с их пустыми, ничего не значащими разговорами. Он не хочет отвлекаться ни на что постороннее, он фактически покончил с земными заботами и ушел в себя. Но и в депрессии есть своя положительная сторона – больной оказывается в состоянии принять смерть как таковую и подготовиться к расставанию со всем, что любит. Беседовать с таким человеком очень трудно. Его не следует чрезмерно ободрять. Это выглядит неуместным, противоречит реальности и лишает законного права страдать. Необходимо просто быть с человеком все то время, которое требуется. Даже молчаливое присутствие в диалоге вызывает благотворные перемены. Фразы должны быть простыми, понятными и краткими, но обязательно заботливыми и понимающими.

Принятие. На этом этапе человек, горюя о потере, начинает думать о грядущих фатальных последствиях с тихим ожиданием, близким к смирению. Это не состояние счастья, но и несчастья уже то же нет. По сути, это победа духа над телом. В некоторых случаях появляется даже чувство легкости («ну, все, отмучился...»). Впереди что-то другое, новое. Принимая неизбежное, многие напоминают обреченных, подчинившихся приговору. Другие кажутся нашедшими мир и спокойствие. Они теряют интерес к жизни, уходят в себя и отдаются этому неизбежному. Принявших стоит воспринимать не как сдавшихся борьбе, а как спокойно и достойно подготовившихся к фатальному исходу.

Основная задача этого этапа – помочь человеку жить до самого последнего мгновения. Помощниками здесь могут стать книги, музыка или любое другое творчество, приятное больному.

Надо сказать, что верующие люди обычно не проходят эти стадии. У них есть ясно представление о том, что будет с ними после смерти, и они не боятся ее. Следует отметить, что через все указанные стадии проходят и члены семьи больного, узнав о его неизлечимой (терминальной) болезни.

Движение от отрицания смерти до ее принятия происходит достаточно быстро, за ограниченное время болезни. Естественно, это меняет и характер больного, причем в лучшую сторону – люди становятся добрее, отзывчивее, лучше, происходит их духовный рост. Одна из основных задач родных и близких в этот период состоит не только в том, чтобы облегчить его физические страдания, но и в том, чтобы максимально содействовать последнему этапу духовного совершенствования умирающего.

К умирающему нельзя относиться как к уже умершему. Его нужно навещать и обязательно общаться с ним. Одна из возникающих при этом сложностей – это установление контакта с умирающим. Большинству людей сделать это очень трудно. При общении следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоумение больного. Пребывание с умирающим и общение с ним требует простой человеческой теплоты и отзывчивости. Но это не так просто и мы часто просто сбиваемся на формализм типа «Не волнуйся, все будет хорошо». Здесь говорит наш собственный страх перед будущей смертью и желание быстро успокоить больного. Бывает, что сам больной хочет поговорить на «запретную тему» о будущей смерти, но мы стараемся быстренько перевести разговор на другое, более земное. Знания о стадиях переживания больного помогают отнестись к этому более вдумчиво и воспринимать это как естественной ход событий.

Однако не следует рассматривать умирающего только как объект забот и сочувствия. Конечно, следует внимательно выслушивать его жалобы и, по мере возможности, удовлетворять его потребности и просьбы. Однако не нужно полностью принимать на себя все заботы о больном. Вместо этого следует с пониманием отнестись к его пожеланиям и позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т. д. Существенно так же то, что умирающие люди предпочитают больше говорить сами, чем выслушивать посетителей.

Нередко у больных возникают мысли о суициде, которыми они делятся с окружающими. Они чаще проявляются у людей, чертами характера которых являются интенсивная потребность в контроле; при

внезапном сообщении о неизлечимом заболевании; если перспектива выздоровления выглядит нереальной (например, необходима пересадка донорских органов); у больных, переживающих одиночество. С такого рода суицидальным поведением работать особенно трудно, так как у человека практически отсутствует ресурсное состояние.

Часто в таком состоянии невозможно поговорить с друзьями, родственниками или знакомыми. Не так много вообще найдется людей, с кем легко разговаривать на подобные темы. Большинство окружающих ждет, что больной человек и дальше будет вести себя так, будто ничего не произошло. Отсутствие понимания того состояния, в котором находится больной человек, делает проблематичным установление контакта в его новой реальности. Каждый человек хочет быть услышанным, но не каждому он готов доверить сокровенное. Тем самым происходит сужение круга общения в привычной для больного среде.

Вот тогда и приходит на помощь Телефон доверия, принимая на себя все трудности в общении с пациентом, предлагая выслушать и принять его мысли, чувства и переживания. Поэтому консультанты нашей службы стараются работать так, чтобы человек, обратившийся к нам за помощью, не сомневался, услышав: «Телефон доверия. Слушаю вас».

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ОСНОВЕ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Сергиенко К. С., Устьянина Ж. Г., Черткова О. А., Селедцов А. М.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»; ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

Актуальность. В системе предупреждения общественно опасных действий (ООД) психически больных особое место принадлежит лечению, но только медикаментозное лечение никогда не сможет сформировать у человека новые функциональные навыки, оно лишь может удалить факторы, препятствующие обучению этим навыкам. Поэтому важное значение имеет организация лечебно-реабилитационной работы, которая требует комплексного, системного подхода.

Цель работы: оценка эффективности мероприятий по профилактике повторных ООД лиц, находящихся на лечении в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице в условиях психиатрического стационара специализированного типа.

Цели психосоциального лечения психически больных, совершивших ООД, могут быть сформулированы следующим образом: стабилизация болезни; обеспечение внутреннего и внешнего контроля, который препятствует пациентам действовать агрессивно и совершать другие правонарушения; достижение способности пациентов понимать и принимать свои клинические потребности и юридические (законные) требования системы и демонстрировать согласие с этими требованиями; повышение уровня независимого функционирования; улучшение социального функционирования; снижение общественной опасности больных.

Материалы и методы. Были обследованы 120 (100 %) пациентов (мужчин), находящихся на лечении в ГКУЗ КО КОКПБ. Больные были распределены на 2 группы: участвующие в реабилитационных программах – 60 (50 %) человек; и не участвующие – 60 (50 %) человек.

В проведении психореабилитационной программы используются поведенческие методики бихевиоризма, с неумолимой рефлекторной обусловленностью реакции качеством и интенсивностью стимула, логотерапии с выявлением и формированием новых смыслов, трансактного анализа ролевых игр и сценариев событий, гештальттерапии с завершённостью форм и отношений, имаготерапии, символдрамы, в перспективе рассматриваются возможности применения музыка-, аромо- и цветотерапии. Стандартное занятие длится 45—60 минут. Частота занятий 2—3 раза в неделю, численность группы 5—7 человек. Группы могут быть гетерогенными по возрасту, нозологии, психопатологическому механизму общественно опасного правонарушения.

Результаты и их обсуждение. При отработке психокоррекционных программ, кроме преодоления анозогнозии, формирования критического отношения к ситуации и собственному поведению и формирования новых способов социального взаимодействия, реализуется также множество обязательных задач: повышение стрессоустойчивости и самооценки, личностный рост, расширение фокуса внимания и горизонтов, освоение навыков целеполагания, планирования и прогнозирования, релятивистское и толерантное отношение к окружающим и тренировка коммуникативных навыков. Последнее направление особенно актуально для пациентов, длительно страдающих шизофренией, и пациентов с глубоким органическим поражением коры головного мозга, основной целью коррекционной работы с которыми является припоминание или формирование и закрепление, главным образом, мирных, позитивно окрашенных способов взаимодействия. Использование в работе с такими пациентами приёмов поведенческой и игровой терапии, с расшифровкой демонстрации эмоциональных реакций, стереотипов при-

вычных бытовых ситуаций, психогимнастики и арттерапевтических проективных методик, упражнений дают реальные результаты. Следует отметить позитивный и доброжелательный фон настроения при работе в группе с любым контингентом пациентов, приветливое и безоценочное отношение к каждому мнению и проявлениям участников совместной деятельности, стимулирующее возможности их самораскрытия в доверительных условиях групповой работы. Также важным нам представляется в работе с группой любой направленности допустимость юмора и шутки, предполагающие наличный реабилитационный ресурс, раскрывая который, мы постепенно выводим пациента из замкнутого круга его проблем, разбиваем шаблоны его восприятия реальности и подвергаем своего рода междустрочному рефреймингу глубину его переживаний. Соблюдая обязательный принцип экологичности психокоррекционной помощи, важно сказать о недопустимости иллюзий и фантазий и необходимости четкого пребывания в осознанной реальности, планируя которую, мы стимулируем пациентов к активным действиям в трудоустройстве, расстановке приоритетов в личной жизни (что является мощным базовым стимулом в коррекционной работе), формируем рациональное восприятие окружающего, что значительно увеличивает реабилитационный потенциал и улучшает прогноз лечения. Большая часть деликтов совершена по негативно-личностным механизмам, однако среди них преобладают ситуационно спровоцированные варианты, интеллектуальная несостоятельность, продуктивно-психотические механизмы (бредовая мотивация).

Анализ работы с пациентами в психиатрическом стационаре специализированного типа, участвующими в психореабилитационной программе, выявил, что в течение 2—3 месяцев отмечалось снижение агрессивных тенденций в поведении. Пациенты активнее включались в трудовые и лечебно-реабилитационные процессы, помогали медицинскому персоналу, соблюдали режим в отделении, поддерживали социальные связи. В группе больных, не занимающихся психореабилитацией, было больше лиц с проблемными отношениями: конфликтные отношения по отношению к другим больным, персоналу, нарушения режима. Отдаленные результаты лечебно-реабилитационных мероприятий являются предметом дальнейших исследований и наблюдений.

Катамнестически прослежены 9 человек, находящихся на диспансерном наблюдении в диспансере КОКПБ. Выявлены регулярность наблюдения участковым врачом-психиатром не реже 1 раза в месяц, регулярное посещение диспансера, прием поддерживающего лечения, ориентация на просоциальные установки, 5 человек неофициально трудоустроены, в семье поддержка и взаимопонимание.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Сивакова Н. А., Коцюбинский А. П., Липатова Л. В.

Санкт-Петербург, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» МЗ РФ

Актуальность. В клинической картине эпилепсии, помимо пароксизмальных, существенное место принадлежит психическим расстройствам (Вольф М. Ш., 1969). По данным М. Я. Кисина (2011), у больных эпилепсией отмечается высокая частота психических расстройств, ассоциированных с эпилепсией. В большинстве публикаций сообщается о высокой распространенности депрессии (Громов С. А. и др., 2000; Carrieri P. V. et al., 1993; Robertson M. M., Channon S., Baker J., 1994; Perini G. I. et al., 1996; Kanner A. M., 2001), которая при эпилепсии выявляется у 20–55 % больных с продолжающимися припадками и лишь от 3 до 9 % – у больных с КЭ (Lehrner J. et al., 1999; Kanner A. M., Balabanov A., 2002; Blum D., Reed M., Metz A., 2002; Paradiso S. et al., 2011). В исследовании В. А. Карлова (1999) показано, что глубина проявлений депрессии коррелирует с длительностью заболевания, интраверсией, возрастом (преимущественно у пожилых), полом (чаще у женщин) и политерапией.

Ряд исследователей указывает на зависимость интеллектуально-мнестических расстройств от частоты припадков, их полиморфизма, возраста начала заболевания, а также от длительности заболевания (Громов С. А. и др., 1985; Карлов В. А., 1990; Мухин К. Ю., Петрухин А. С., 2000; Friedlander A. H., Cummings J. L., 1989; Stauss E., Loring D., 1995). Некоторые исследователи отмечают зависимость клинической картины от латерализации патологического процесса (Бадалян Л. О. и др., 1993; Мухин К. Ю., 2000). При поражении правого полушария наблюдаются стойкая межпароксизмальная симптоматика, более выраженные эмоциональная возбудимость и импульсивность (Белая И. И., 1981), отмечаются истериформные реакции и недооценка тяжести своего состояния. При левополушарной латерализации очага чаще встречаются личностно-характерологические изменения, существенно сказывающиеся на поведении больных (Панченко П. М., Тец И. С., 1982).

Цель исследования: исследовать непсихотические психические расстройства у больных эпилепсией и проанализировать связь различных их вариантов с явлениями фармакологической резистентности.

Материалы и методы. Проведено клинико-психопатологическое обследование 160 больных эпилепсией (80 пациентов с ФРЭ, 80 – с КЭ) с применением батареи психометрических шкал и опросников.

Результаты. Согласно данным исследования, непсихотические психические расстройства выявлены у 59,4 % больных эпилепсией, которые характеризовались разнообразными депрессивными и тревожными психопатологическими состояниями. Чаще они встречались у женщин, чем у мужчин, как в группе с ФРЭ – 39 женщин (48,8 %) и 30 мужчин (37,5 %), так и в группе с КЭ – 10 женщин (20,0 %) и 16 мужчин (12,5 %). При этом НПР чаще отмечались у пациентов с ФРЭ – 64 пациента (80,0 %), чем у больных с КЭ – 31 пациент (42,5 %) ($p < 0,05$). При этом в каждой из сравниваемых групп соотношение частоты депрессивной и тревожной симптоматики было разным: если у больных с ФРЭ выявлен 41 человек (51,3 %) с депрессивными расстройствами и 23 человека (28,8 %) с тревожными расстройствами, соотношение 1:1,8, то у больных с КЭ выявлено 16 человек (20,0 %) с депрессивными расстройствами и 15 человек (18,8 %) с тревожными расстройствами, соотношение 1:1.

Расстройства депрессивного спектра выявлены у 57 человек (35,6 %). При этом в группе с ФРЭ депрессивные расстройства отмечались чаще – у 41 пациента (51,3 %) против 16 (20,0 %) пациентов с КЭ ($p < 0,05$). При изучении глубины выраженности депрессивных расстройств выявлено, что для пациентов с ФРЭ характерно наличие большей выраженности депрессивных расстройств (отсутствующих у пациентов с КЭ) и статистически более частая умеренная выраженность депрессивных переживаний (20 – 25 % против 4 – 5,0 %), в то время как для группы больных с КЭ более характерной была легкая выраженность депрессивных переживаний ($\chi^2 = 25,73$; $p < 0,01$).

В соответствии с полученными данными в общей группе обследованных больных, находящихся в интериктальном периоде заболевания, тревожные расстройства выявлены у 41 (25,6 %) от числа всех обследованных больных. При этом в группу с ФРЭ они отмечались чаще (26 – 32,5 %), чем в группе с КЭ (15 – 18,8 %), хотя эта разница была гораздо меньшей, чем при депрессивном спектре проявлений заболевания (41 – 51,3 % против 16 – 20,0 %; $p < 0,05$). При изучении глубины выраженности тревожных расстройств, выявлено, что при ФРЭ легкая степень тревожных переживаний отмечена у 7 человек (8,8 %) против 9 человек (11,3 %) с КЭ, средняя степень – у 12 человек (15,0 %) против 4 человек (5,0 %) соответственно, а тяжелая степень – у 4 человек (5,0 %) против 2 человек (2,5 %) соответственно.

Результаты исследования показали, что для группы больных с ФРЭ по сравнению с группой пациентов с КЭ характерными являлись больший удельный вес и большая глубина выраженности тревожных расстройств.

Была выявлена корреляционная связь возникновения расстройств аффективного спектра с возрастом начала заболевания ($r=-0,16$; $p=0,04$) и его длительностью ($r=0,24$; $p=0,002$) в общей группе всех больных эпилепсией, включенных в исследование, а именно при раннем начале заболевания и более продолжительном его течении аффективные симптомы встречались чаще.

Проведенное исследование позволило также выявить, что в зависимости от частоты припадков и длительности заболевания у больных эпилепсией отмечалась дифференциация особенностей эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях, а именно у пациентов с частыми припадками и длительным течением болезни в ситуациях межличностного конфликта преобладали внешнеобвинительные реакции самозащитного типа. Этот тип эмоционального реагирования оказывается не только характерным для дефекта в форме психоорганического синдрома, но и является неблагоприятным для социальной адаптации обследованных больных.

Сопоставление частоты встречаемости нарушений в когнитивной сфере больных эпилепсией показало, что в целом для них высок процент явлений нейрокогнитивного дефицита; ослабление сосредоточения активного внимания, его неустойчивость при одновременной трудности переключения и персевераторности проявлений (83,3 %), ослабления слухоречевой памяти, причем у пациентов с плохим контролем припадков (ФРЭ) это отмечалось несколько чаще, чем у больных с КЭ (69 – 86,3 % и 64 – 80 %), также у них отмечено ослабление зрительной памяти, зрительно-моторной координации и конструктивных навыков, что в целом соотносится с результатами других исследователей (Яцук С. Л., 1988; Глейзер М. А., Карлов В. А., 1988).

Полученные результаты свидетельствуют, что у больных эпилепсией обнаруживаются снижение умственной работоспособности, церебрально-растенические явления, максимально выраженные в группе больных с ФРЭ. Так, нарушение мыслительной деятельности в виде снижения уровня обобщенности мышления значительно чаще встречалось (34 – 42,5 %) в группе пациентов с ФРЭ, чем у больных с КЭ (9 – 11,3 %). Для этих больных было характерным замедление темпа умственной работоспособности и зрительно-моторной координации (51 – 63,8 % с ФРЭ против 15 – 18,8 % с КЭ; $p<0,05$).

При исследовании мышления с помощью методики «Исключение» у пациентов с ФРЭ частота его нарушений была существенно большей у терапевтически резистентных больных (27 – 33,8 % с ФРЭ против 9 – 11,3 % с КЭ). У них более частым, чем у больных с КЭ, оказался также процент ответов с акцентом на малосущественные, второстепенные признаки, что получало соответствующее отражение при классификации предметов и понятий (10 – 12,5 % с ФРЭ против 6 – 7,5 % с КЭ).

Получило свое подтверждение имеющееся суждение о том, что клиническая тяжесть заболевания (начало заболевания в раннем возрасте, выраженная частота припадков, длительность его течения) соотносится с ослаблением невербальных функций интеллекта в рамках формирующегося при эпилепсии состояния дефекта в форме психоорганического синдрома. Установлено, что в целом у больных с выраженными когнитивными и интеллектуально-мнестическими нарушениями имеет место самый ранний возраст начала заболевания и наибольшая его длительность. При этом у большинства (73 – 93,3 %) больных с ФРЭ припадки были полиморфными, причем частые эпилептические припадки отмечались у 85 % пациентов с выраженным когнитивным и интеллектуально-мнестическим снижением, у 62,5 % – с умеренно выраженным, только у 19 % они сопровождались легкими когнитивными и интеллектуально-мнестическими нарушениями.

При структурно-морфологических изменениях в правом полушарии у обследованных пациентов выявлено более неустойчивым внимание, более ослабленная зрительная память и зрительно-моторная координация, т. е. в большей степени страдали невербальные функции интеллекта и его предпосылки. Это выражалось в увеличении ошибок в цифровой корректурной пробе (в среднем 33,5), снижении шкальной оценки субтеста «Шифровка» методики Векслера (в среднем 7,2 балла), снижении оценки выполнения теста визуальной ретенции (в среднем 4,5 балла). У пациентов с дисфункцией левого полушария эти показатели оказывались лучше и были равны: 20,7 ошибки, 8,8 и 7,6 балла.

Таким образом, можно констатировать, что у больных с ФРЭ имеет место не только статистически более частая, чем при КЭ, представленность аффективных НПР, но также бóльшая «грубость» и «структурная сложность» их психопатологических проявлений, одновременно имеющих аффинитет к личностным характеристикам индивидуума. В целом для больных эпилепсией характерна тенденция к формированию нейрокогнитивного дефицита и интеллектуально-мнестического снижения, глубина и выраженность которых коррелировала с некоторыми клиническими характеристиками имеющейся эпилепсии, с одной стороны, и наличием устойчивости к проводимой терапии – с другой.

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Стоянова И. Я., Смирнова Н. С.

Томск, НИИ психического здоровья

Актуальность. В современных условиях связанные со стрессом расстройства, в том числе расстройства адаптации депрессивного спектра, снова стали предметом изучения отечественных и зарубежных специалистов в связи с их значительной распространенностью. В научных исследованиях последних лет широко освещаются интегративные биопсихосоциальные модели депрессии, со сложным взаимоотношением биологических, психологических и социальных факторов. Большое количество работ направлено на выявление связи между негативным жизненным событием и его интенсивностью, социальной ситуацией, личностными особенностями, биологической уязвимостью и развитием депрессивных расстройств (Бауманн У., 2003; Антипова О. С., 2012).

Личностные особенности пациентов, дисфункциональные когнитивные установки, нарушения самоконтроля и саморегулирования, негативный стиль атрибуции, недостаточно развитые социальные навыки являются базовыми характеристиками при формировании расстройств депрессивного спектра (Холмогорова А. Б., Пуговкина О. Д., 2015; Ward E., King M., Lloyd M. et al., 2000; Newton-Howes G., Tyrer P., Jonson T., 2006 и др.). Поэтому личность пациента является определяющей при выборе методов психотерапевтической работы. В условиях социально-экономического кризиса важными критериями становятся разработка и внедрение в практику эффективных и экономичных психотерапевтических подходов. При этом целью психокоррекционной работы является устранение симптомов заболевания, а также научение пациента совладающему поведению в трудных жизненных ситуациях. С учетом сокращения времени пребывания заболевших в стационаре, сокращения расходов на реабилитацию такими формами психологической работы являются когнитивно-поведенческая терапия и краткосрочная позитивная психотерапия, эффективность которых доказана в отечественной и зарубежной практике.

Метод когнитивно-поведенческой психотерапии в сочетании с краткосрочной психотерапией направлен на формирование конструктивных стратегий поведения, адекватных представлений о событиях, происходящих в жизни пациента, психологических установок на активное преодоление сложных жизненных ситуаций, обучение приемам, способствующим психологической адаптации.

Для оценки степени выраженности депрессии и тревоги, тяжести заболевания, уровня социальной адаптации у пациентов, а также для выявления динамики состояния используются следующие психометрические методики – шкалы самооценки депрессии Бека и тревоги Шихана, шкала депрессии Гамильтона (HDRS-17), шкала тревоги Гамильтона (HARS), шкала глобальной клинической оценки (CGI), шкала оценки побочных явлений (UKU).

Психологическая диагностика направлена на исследование дисфункциональных когнитивных схем (шкала безнадежности Бека), личностных особенностей, самооценки качества жизни, уровня интеллектуальной сохранности пациентов с расстройствами адаптации депрессивного спектра, их динамики в процессе психокоррекционной работы.

Когнитивные теории базируются на представлениях о формировании когнитивных ответов в стрессовой ситуации, в результате чего у пациентов формируются устойчивые депрессогенные схемы, которые влияют на самооценку, представления о себе, окружающем мире, будущем (Антипова О. С., 2013; Beck A. et al., 1979; Beck J., 1995—2006). При этом аффект начинает носить автоматизированный характер, содержательная связь со стрессором утрачивается, в результате чего когнитивные ошибки дисфункциональных схем перестают осознаваться. Таким образом, депрессогенные схемы становятся стабильными. Типичными ошибками в таких схемах являются избирательная фиксация на негативных компонентах ситуации, глобализация значимости негативных моментов с одновременным преуменьшением положительных, использование незначительных эпизодов для формирования генерализованного представления о реальности, дихотомичность мышления.

Базируясь на положениях краткосрочной позитивной психотерапии, медицинский психолог фиксирует внимание не на проблеме, а на успешных сторонах жизнедеятельности пациента, на его ресурсах.

Интегративное сочетание этих видов психотерапии позволяет пациентам с расстройствами адаптации отреагировать негативные эмоции, изменить отношение к психотравмирующей ситуации, принять ее как часть жизненного опыта. Важна переоценка собственной роли, принятие ответственности и формирование активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств. В ходе психотерапевтической работы появляется возможность расширения навыков проблемно-разрешающего поведения пациента, развиваются новые стратегии поведения, повышается стрессоустойчивость. Пациенты обучаются техникам самонаблюдения, поведенческого анализа, методам самопомощи. Примерное содержание психотерапевтической работы включает 8 индивидуальных и столько же групповых занятий.

Оценка эффективности проводимой терапии, изучение динамики показателей эмоционального состояния и социального функционирования пациентов с расстройствами адаптации депрессивного спектра проводится с помощью клинических и психологических тестов и шкал. Использование специализированного аппаратно-программного комплекса «Мультиспихометр» наряду с бланковыми опросниковыми методами расширяет диагностические возможности медицинского психолога, позволяет получить объективную информацию, автоматизировать получение данных и сократить временные затраты на их обработку.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Стреминский С. Ю., Строганов А. Е.

**Барнаул, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный
медицинский университет» Минздрава России**

Актуальность. Количество чрезвычайных ситуаций, локальных войн, межнациональных конфликтов в последнее время не уменьшается. В этой связи в последние годы много внимания уделяется психотравмирующему влиянию боевых действий и катастроф на психику человека (Епанчинцева Е. М. и др., 2015).

Цель исследования. Выявление клинико-психологических особенностей комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с невротическими расстройствами.

Материалы и методы. Клинико-психопатологическим методом были исследованы 102 пациента, получавших лечение в 2014—2015 гг. в госпитале для ветеранов войн (г. Барнаул). В исследовании использовались сведения, полученные из медицинской документации, клинического интервью. Для оценки субъективного состояния пациента применялась непроективная методика психологического обследования «Личностный опросник Г. Айзенка (EPI).

Полученные результаты исследования были статистически обработаны с помощью пакета STATISTIKA 10,0.228.8 Portable и Microsoft Excel.

Обсуждение результатов. В указанный период времени в госпитале было пролечено 10 291 человек, среди них в неврологическом отделении № 3 – 1831 (17,9 %), под нашим контролем – 513 (28,1 %) комбатантов. Диагноз ЭОЗГМ был выставлен 359 (69,9 %) пациентам.

Согласно МКБ-10 285 (79,3 %) пациентов имели диагноз «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью в связи с травмой головного мозга» (F06.0); у 74 (20,7 %) пациентов диагностированы «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга в связи с травмой головного мозга» (F07.0).

В сформированной группе исследования (102 человека) диагноз «Другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью в связи с травмой головного мозга» (F06.0) был выставлен 73 (71,6 %) комбатантам. У 29 (28,4 %) из них обнаружены «Расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга в связи с травмой головного мозга» (F07.0).

Из числа обследованных было 54 (52,9 %) ветерана войны в Афганистане, 48 (47,1 %) ветеранов Чеченского конфликта, средний возраст которых составил $47,7 \pm 7,1$ года.

Данные клинического и психологического обследования позволили нам разделить 102 отобранных пациента на две группы. В контрольную группу вошло 57 пациентов с ЭОЗГМ. В основную исследуемую группу включено 45 пациентов с сочетанием невротических расстройств и ЭОЗГМ.

Установлено, что за время службы пациенты обеих групп перенесли экзогенные воздействия, самым распространенным среди которых в обеих группах явились ЧМТ (64 – 62,7 %). Все пациенты обеих групп предъявляли жалобы на разного рода психогенные воздействия, наиболее значимыми из их числа явились проблемы в семье (25 – 24,5 %) и финансовые трудности (22 – 21,5 %).

Жалобы, как органического, так и невротического плана, высказываемые пациентами при поступлении, присутствуют в обеих группах. Однако в исследуемой группе жалобы органического характера были менее выражены по сравнению с контрольной группой, зато заметно преобладали жалобы невротического характера, что соответствует клинико-динамическим особенностям сочетанных форм психической патологии, выделенных в работах со схожей тематикой (Пивень Б. Н., 1998).

Для определения личностных особенностей пациентов обеих групп был проведен тест Айзенка (ЕРІ). Согласно полученным результатам данного теста был проведен межгрупповой анализ с использованием U-критерия Вилкоксона–Манна–Уитни. Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Сравнительный межгрупповой анализ результатов по тесту Айзенка (EPI) с использованием U-критерия Вилкоксона–Манна–Уитни

Контрольная группа			p-level	Исследуемая группа		
Шкала	Сумма рангов	M		M	Сумма рангов	Шкала
Интроверсия	2537,5	1,8	0,00 $U_{\text{эпн}}=884$	4,2	2715,5	Интроверсия
Экстраверсия	3244,5	6,6	0,03 $U_{\text{эпн}}=973$	3,2	2008,5	Экстраверсия
Нейротизм	1653	0,3	0,00 $U_{\text{эпн}}=0,0$	13,4	3600	Нейротизм

В результате анализа в исследуемой группе удалось установить высокий уровень нейротизма ($M=4,2$ при $p=0$). Были получены результаты, расширяющие наши представления о личностных особенностях пациентов обеих групп. В контрольной группе выявлено достоверно больше ($M=6,6$ при $p<0,05$) экстравертов, а в исследуемой группе – достоверно больше интровертов ($M=4,2$ при $p=0$).

Отмечаются определенные затруднения в социальной адаптации пациентов исследуемой группы. Проведенный корреляционный анализ между показателями теста Айзенка (EPI) и ведущими психогенными жалобами (табл. 2) показал, что интроверсия находится в прямой, умеренной корреляционной связи с нейротизмом ($r=0,32$). Интроверты связаны прямой, умеренной корреляционной связью с семейными проблемами ($r=0,31$) и проблемами финансового плана ($r=0,32$).

Т а б л и ц а 2

Корреляционный анализ между шкалами опросника Айзенка и ведущими психогенными факторами

Шкала психогенные факторы	Интроверсия	Экстраверсия	Нейротизм	Семья	Личная жизнь	Финансы	Работа	Здоровье	Суд
Интроверсия	-	-0,50	0,32	0,31	0,006	0,32	0,11	0,003	0,07
Экстраверсия	-0,50	-	-0,16	-0,22	-0,08	-0,25	-0,10	-0,03	-0,02
Нейротизм	0,32	-0,16	1,000000	0,60	0,20	0,52	0,40	0,27	0,32
Семья	0,31	-0,22	0,60	-	-0,21	0,34	0,17	0,17	0,05
Личная жизнь	0,006	-0,08	0,20	-0,21	-	-0,06	-0,01	0,18	0,29
Финансы	0,32	-0,25	0,52	0,34	-0,06	-	0,26	-0,07	-0,06
Работа	0,11	-0,10	0,40	0,17	-0,01	0,26	-	-0,02	0,14
Здоровье	0,003	-0,03	0,27	0,17	0,18	-0,07	-0,02	-	-0,06
Суд	0,07	-0,02	0,32	0,05	0,29	-0,06	0,14	-0,06	-

Выводы. Определены психологические особенности комбатантов с сочетанной патологией. Выявлены актуальные психогенные воздействия, провоцирующие развитие невротических расстройств у комбатантов с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАЦЕТАМА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИЛИ УСТРАНЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЫЗВАННЫХ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

**Устьянцев Д. Г., Вишневская Э. С., Буланова Я. В.,
Зверева А. Ю., Зерникова А. А.**

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Цель исследования. Оценить эффективность препарата пирарцетам в дозе 1200 мг/сутки внутрь для лечения нейролептического синдрома.

Материал исследования. Проведено обследования 13 пациентов мужского пола, которые проходили лечение на базе отделения № 1-3 ГКУЗ КО КОКПБ, страдающих шизофренией, получающих лечение нейролептиками. Увеличение доз корректоров (тригексифенидил) для купирования нейролептического синдрома не допускалось. У пациентов наблюдались проявления нейролептических экстрапирамидных расстройств в форме паркинсонизма, острой акатизии или смешанные (паркинсонизм и акатизия).

Т а б л и ц а 1

Оценка результатов исследования по Шкале патологических, непреднамеренных движений AIMS

Непреднамеренные действия	Локализация	Дни		
		0-й	7-й	21-й
Движение лица и рта	Мимические мышцы	3	2	0
	Губы и окружность рта	9	8	7
	Челюсти	16	13	13
	Язык	9	9	6
Движение конечностей	Верхние конечности (предплечье, запястья, кисти)	3	3	2
	Нижние конечности (ноги, колени, стопы, пальцы)	14	11	11
Движение туловища	Шея, плечи, бедра	8	8	8
Общая оценка	Степень тяжести аномальных движений	5	5	5
	Потеря трудоспособности вследствие патологических движений	0	0	0
	Осознание пациентом патологических движений	10	10	9
Зубы	Есть ли у пациента проблемы с зубами	10	8	6
	Пользуется ли пациент зубными протезами	8	8	8
	Общий бал	95	85	75
	Средний бал	7,3 100 %	6,5 89 %	5,7 78 %

Пациентам дополнительно к лечению назначали пирарцетам 12000 мг/сут внутрь (с периодичностью приема 800 мг внутрь утром и 400 мг внутрь в обед). Были проведены оценки динамики состояния по шка-

лам AIMS, BAS, SAS на начало исследования, на 7-й и 21-й дни терапии. Продолжительность исследования составляла 21 день. Инструменты оценки: Шкала оценки аномальных произвольных движений (AIMS), оценочная шкала для медикаментозной акатизии Барнса (BAS), шкала Симпсона–Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов (SAS).

Т а б л и ц а 2

Оценка результатов исследования по шкале BAS

Показатель	Дни		
	0-й	7-й	21-й
Объективно	13	13	10
Осознание беспокойства	11	11	9
Страдание от беспокойства	5	5	3
Общая оценка	18	18	13
Общий бал	47	47	35
Средний бал	3,62 – 100 %	3,62 – 100 %	2,69 – 74,3 %

Т а б л и ц а 3

Оценка результатов исследования по шкале SAS

Показатель	Дни		
	0-й	7-й	21-й
Походка	12	9	5
Свободное падение рук	9	8	8
Качание плеч	12	8	7
Ригидность локтей	18	14	11
Ригидность запястий	11	8	6
Вращение головы	9	8	8
Постукивание переносицы	11	8	5
Тремор	15	13	10
Слюноотделение	8	8	8
Акатизия	8	8	8
Общий бал	113	92	76
Средний бал	8,7 – 100 %	7,0 – 80 %	5,8 – 66 %

Выводы. Результаты психометрического исследования пациентов показали эффективность использования пираретама для терапии побочных эффектов, вызванных приемом нейролептиков. Даже короткий курс приема пираретама (7 дней) снизил оцениваемые показатели по шкале AIMS до 89 % от исходного значения, а более длительный прием (21 день) – до 78 %. По шкале SAS выявлено, что через неделю оцениваемые показатели снизились до 80 %, а через 3 недели терапии – до 66 % от исходного уровня. Согласно данным оценочной шкалы BAS, через 7 дней терапии оцениваемые показатели оставались на прежнем уровне, но на 21-й день снизились до 74,3 %.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

Устьянина Ж. Г., Черткова О. А.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность. Оценка эффективности психокоррекционной работы применительно к практике принудительного лечения (ПЛ) является актуальной задачей в области профилактики общественной опасности. Дискуссионность этого вопроса сопряжена с рядом методологических и операциональных ограничений, которые возникают в рамках одного исследования в виду комплексного характера процесса реабилитации. Тем не менее с целью улучшения клинической практики необходимы подтверждения положительных результатов психореабилитационных вмешательств. В данной работе схема исследования реализует попытку соблюдения ряда положений, позволяющих проконтролировать эффекты различных компонентов реабилитации (например, фармакотерапии, социальной работы и т. д.).

Критериями результативности проводимых реабилитационных мероприятий являлись улучшение социального функционирования, редукция психопатологической симптоматики, появление осознания болезни и снижение уровня агрессии, что соответствует основным целям принудительного лечения. В качестве психодиагностического комплекса использованы: 1) шкала социальной поддержки (MSPSS в адаптации В. М. Ялтонского); 2) тест Басса-Дарки; 3) тест А. Асингера.

Замеры производились в два этапа – до и после психотерапевтической программы.

Материал исследования. Проведено обследование 100 мужчин, которые проходили стационарное лечение в ГУЗ КОКПБ. Все они находились на принудительном лечении в условиях одного отделения, из которых 60 принимали участие в психотерапевтических занятиях (основная группа), оставшиеся 40 пациентов были обследованы как группа сравнения. На этапе статистической обработки была показана однородность всех изучаемых групп.

Обсуждение. В результате проведенного исследования были выявлены следующие особенности исследуемых групп. С применением психологических шкал агрессии показано, что максимальное снижение общего индекса агрессии выявлено в группе находящихся на ПЛ и участвовавших в психотерапии.

Однако внутригрупповая и межгрупповая динамика отдельных структурных составляющих агрессии была различной. Так, показатели «обида» выросли во всех группах, тем не менее у лиц, проходящих психотерапию, наблюдаемая динамика была минимальной. Однозначной интерпретации полученного результата нет, так как создатели методики понимали значение переменной «обида» как ненависть и зависть к окружающим за вымышленные и действительные действия. Поэтому вопрос о том, является ли данный психологический феномен следствием стигматизации или других клиничко-социальных факторов, остается открытым.

Максимальное снижение значений индексов агрессии отмечалось в группе принимавших участие в психотерапевтических занятиях по шкалам «вербальная агрессия», «негативизм» и «раздражительность», что означает снижение готовности данных больных к проявлению негативных чувств и появлению большей толерантности по отношению к установленным правилам поведения. Увеличение чувства вины наблюдалось так же только в группе пациентов, проходящих психотерапию, что отражает возможное появление у них представления о том, что они поступают зло, и угрызений совести. Сочетание чувства вины со способностью к совладанию (копингу) является общепризнанным протективным фактором риска насилия.

Изучение поведения пациентов, проходивших принудительное лечение, показало, что среди больных, не занимающихся психореабилитацией, было больше лиц, имевших проблемные отношения с другими пациентами и медперсоналом отделения, постоянные нарушения режима содержания, невыполнение требований содержания.

У лиц с невыраженной и отрицательной динамикой показателей агрессии наблюдались несистематические нарушения режима в отделении, проявлявшиеся в актах агрессии по отношению к другим больным, а для пациентов с отрицательной динамикой они приобретали вид отрицательного лидерства. У обследованных с положительной динамикой этот индекс оказался почти в 2 раза меньше ожидаемой величины.

Заключение. Таким образом, анализ эффективности реабилитации пациентов на этапе принудительного стационарного лечения с учетом психологической и поведенческой динамики, обусловленной в том числе и психотерапевтической работой с пациентами, подтверждает практическую значимость и целесообразность ее внедрения в практику работы отделений, осуществляющих принудительное лечение.

ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Хоменко О. П., Агарков А. А.

Томск, НИИ психического здоровья

Актуальность темы. В настоящее время в зарубежной и отечественной геронтопсихиатрии огромное внимание уделяется изучению распространенности когнитивных расстройств разной степени выраженности и разного спектра – от легких когнитивных расстройств до деменции тяжелой степени. Отечественными исследователями отмечается гиподиагностика этих заболеваний на ранних этапах (Лебедева В. Ф., Мальцева С. Н., 2010). Поведенческие и психотические расстройства, включенные в структуру деменций как дополнительные психопатологические некогнитивные симптомы, являясь маркерами болезни на ее ранних этапах, опережают наступление деменции на несколько лет и ассоциируются со смертностью в течение 3 лет (Левин О. С., 2012; Соколова И. В., Сиденкова А. П., 2014). Общемедицинский аспект проблемы психотических расстройств при деменциях заключается в том, что деменции различной этиологии, высоко ассоциированные с психозом в их структуре, встречаются в практике врачей разных специальностей (Румянцева О. С., 2007; Рыбакова Т. В., 2015).

Исследованиями отечественных и зарубежных авторов показано, что психотические симптомы при деменции усугубляют бремя болезни и увеличивают финансовые затраты учреждений (Семке А. В., Сиденкова А. П., 2011; Alexopoulos G. S., Kiosses D. N., 2011). Обобщающие представления о механизмах поздних психозов отсутствуют до настоящего времени. Результаты исследований последних лет подтвердили значение многих факторов в механизме формирования этих расстройств (Соколова И. В., 2015).

Одной из основных проблем, с которой сталкиваются геронтопсихиатры, является обращаемость за специализированной помощью на поздних, реже умеренных стадиях слабоумия. В основном пациенты или их родственники обращаются к психиатру, когда к имеющимся когнитивным нарушениям присоединяются психотические расстройства. В большинстве данных случаев необходимо оказание стационарной психиатрической помощи, что влечет за собой как увеличение финансовых затрат на лечение данной категории лиц, так и нарастание нарушений социального функционирования пациентов по выходу из психоза.

Материал исследования. В 2014 г. на базе соматогериатрического отделения ОГБУЗ «ТКПБ» было обследовано 100 пациентов пожилого и старческого возрастов с психотическими расстройствами. В таблице 1 приведена структура психотических расстройств в группе исследования.

Т а б л и ц а 1

Структура психотических расстройств

Психотическое расстройство	Шифр по МКБ-10	Абс.	%
Делирий (на фоне деменции)	F05.08—F05.18	9	9
Галлюциноз	F06.0	5	5
Деменция при б-ни Альцгеймера с галлюцинаторными симптомами	F00.12—F00.22	3	3
Деменция при б-ни Альцгеймера с бредовыми симптомами	F00.11—F00.21	6	6
Деменция при б-ни Альцгеймера со смешанными симптомами	F00.14—F00.24	46	46
Сосудистая деменция с галлюцинаторными симптомами	F01.32—F01.92	3	3
Сосудистая деменция с бредовыми симптомами	F01.31—F01.91	12	12
Сосудистая деменция со смешанными симптомами	F01.34—F01.94	8	8
Смешанная форма деменции с бредовыми симптомами	F02.818	3	3
Смешанная форма деменции со смешанными симптомами	F02.848	5	5

Пациенты были направлены в стационар для лечения психотических нарушений участковыми психиатрами из диспансерного отделения (34 %), в порядке скорой медицинской помощи (14 %) и самообращения (43 %). 9 % пациентов с острыми психозами были переведены из соматических стационаров разных (чаще неврологического) профилей, где на фоне лечения соматической патологии (как правило, интенсивная ноотропная и сосудистая терапия) у них развивались психотические нарушения.

Часть пациентов впервые попали в поле зрения психиатров (21 %), минуя амбулаторный этап наблюдения. Большая же часть обследованных до госпитализации наблюдались в амбулаторном или стационарном порядке ранее (79 %). В 39 % случаев обследуемые были госпитализированы в психиатрический стационар первично.

У всех обследуемых лиц на выходе из психоза была выявлена деменция умеренной или тяжелой степени выраженности. Из таблицы 2 видно, что у большинства пациентов психотические расстройства развивались на фоне деменции при болезни Альцгеймера (55 %), реже – на фоне сосудистой (23 %) и смешанной (8 %) форм деменции.

Практически все обследуемые имели коморбидные декомпенсированные хронические соматические заболевания. В основном преобладали сердечно-сосудистая патология (ГБ, ИБС) и сахарный диабет.

Т а б л и ц а 2

Изменение клинического состояния в результате проведенного лечения

Исход психоза	Абс.	%
Без перемен	8	8
Полный выход из психоза в основное заболевание	8	8
Клиническое улучшение	76	76
Клиническое ухудшение	1	1
Смерть	4	4
Ухудшение в связи с усугублением соматических заболеваний	3	3

Практически у всех обследуемых по выходу из психоза ухудшался уровень социального функционирования, снижались навыки самообслуживания, отмечалось еще большее ухудшение когнитивных функций.

Выводы. Таким образом, на развитие психотических нарушений у пациентов пожилого и старческого возрастов с деменцией влияют такие факторы, как декомпенсация соматических заболеваний, развитие urgentных состояний, отсутствие лечения когнитивных нарушений в преморбиде или неадекватное лечение ноотропами и сосудистыми препаратами. Тип психотического расстройства, наличие коморбидной соматической патологии и своевременность оказания специализированной геронтопсихиатрической помощи определяют тяжесть и длительность его течения.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ СДВГ

Худина Ю. С., Жинжило Е. В., Слепкова Н. В.

Ростов-на-Дону, ГБОУ ВПО Ростовский ГМУ Минздрава России

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) по МКБ-10 относится к кластеру F90—F99 (эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) и включает в себя различные клинические варианты. В научной литературе описано формирование СДВГ как различного множества факторов: наследственность, ранее повреждение головного мозга, неспецифические «стрессовые» факторы. Современные литературные источники подтверждают наличие СДВГ у взрослых. Отличительной чертой у таких людей является неспособность к организации правильного режима труда и отдыха. Тем более, что ряд критериев СДВГ схож с проявлениями аффективной патологии, которая стала чрезвычайно распространена у молодежи.

В связи с отсутствием понимания данного синдрома как единого заболевания с высокой распространенностью и разнообразием клинических проявлений этот вопрос, безусловно, является одним из актуальных в современной психиатрии.

В связи с вышеизложенным **целью исследования** являлось изучение анамнестических особенностей у студентов с различными критериями диагностики СДВГ.

Материал и методы. Методом добровольного анонимного анкетирования были изучены поведенческие и психические отклонения в состоянии здоровья 130 студентов III–V курсов (96 девушек, 34 юноши). Анкетирование осуществляли по стандартизированному тест-опроснику СДВГ для подростков и взрослых ADHD-RS, методике диагностики темперамента по Я. Стреляу с применением анамнестического исследования.

Обсуждение. Анализ ответов ADHD-RS позволил выявить у респондентов (Р) изменения в двух подшкалах: «дефицит внимания» и «двигательное беспокойство». Дефицит внимания в различной степени выраженности был отмечен у 111 Р (85 % от общего количества), из них 84 девушки (Д) (87,5 % от гендерной группы) и 27 юношей (Ю) (79 % от гендерной группы). Двигательное беспокойство было выявлено у 113 Р (87 %), из них 86 Д (89,6 %) и 27 Ю (79 %).

Повышенный уровень тревожности был выявлен у 55 респондентов (Р) (42 % от общего числа опрошенных), из них 43 Д (44,7 % от гендерной группы) и 12 Ю (35 % от гендерной группы). По соотношению типов темперамента получены следующие результаты: сангвиники 31 Р (23,8 %), из них 28 Д (29 %) и 3 Ю (8,8 %); холерики 15 Р (11,5 %), из них 11 Д (11 %) и 4 Ю (11,7 %); флегматики 6 Р (4,6 %), из них 3 Д (3 %) и 3 Ю (8,8 %); меланхолики 3 Р (2 %), из них 1 Д (1 %) и 2 Ю (5,8 %). Оставшиеся 75 Р (58 %), из них 53 Д (55 %) и 22 Ю (65 %), имели средне-нормальный уровень тревоги, не отличающийся статистически от заявленного в литературных источниках, поэтому рассмотрение типов темперамента в данной выборке являлось нецелесообразным.

Анализ анамнестических сведений показал, у большинства опрошенных семьи были полными с биологическими родителями (101 Р – 77,7 % от общего количества). Отягощенный анамнез носил исключительно соматический характер и оказался представлен следующими заболеваниями: сердечно-сосудистые заболевания – 40 Р (30,8 %), из них 35 Д (36,5 %) и 5 Ю (14,7 %), сахарный диабет – 25 Р (19,2 %), из них 21 Д (21,9 %) и 4 Ю (11,8 %), онкологические заболевания – 7 Р (5,4 %), из них 5Д (5,2 %) и 2 Ю (5,9 %), заболевания опорно-двигательного аппарата – 4 Р (3 %), из них 4 Д (4,2 %), офтальмологи-

ческие заболевания 3 Р (2,3 %), из них 3 Д (3,1 %), бронхиальная астма – 3 Р (2,3 %), из них 2 Д (2,1 %) и 1 Ю (2,9 %), аллергически отягощенный анамнез – 3 Р (2,3 %), из них 2 Д (2,1 %) и 1 Ю (2,9 %). Вегетативные проявления в виде частых головных болей, метеозависимости, сонливости, агрессивности, эмоциональных колебаний, снижения работоспособности отметили 68Р (52 %), из них 55 Д (57,3 %), 13 Ю (38 %). 17 Р (13 % от общего количества), из них 8 Д (8,3 %), 7 Ю (20,6 %), подтвердили наличие у них в анамнезе травматического поражения головного мозга (сотрясения, ушибы, травмы головного мозга). Хронические заболевания отрицали 118 Р (90,8 %), из них 86 Д (89,6 %), 32 Ю (94,1 %). Оставшиеся 12 Р (9,2 %) перечислили следующие имеющиеся у них хронические заболевания: аллергия 9 Р (7 % от общего числа), из них 7 Д (7,3 %) и 2 Ю (5,9 %), гипотиреоз 2 Р (1,5 %), обе Д (2 %), сахарный диабет 1 Р (0,75 %), 1 Д (1 %). Неоднозначным оказался вопрос о жестоком обращении в семье. 27 Р (20,7 %) подвергались жестокому обращению, из них 14 Д (14,6 %) и 12 Ю (35,3 %): телесной травматизации – 6 Д (6,25 %) и 10 Ю (29,4 %), психологической травматизации – 8 Д (8,3 %) и 3 Ю (8,8 %). Успеваемость в школе на «хорошо» и «отлично» подтвердили 129 Р (99,2 %) и 1 признанся в «удовлетворительной» (0,8 %).

Выводы. Поведенческие отклонения, отвечающие диагностическим критериям СДВГ, были выявлены у большого количества респондентов (более 80 %). Среди респондентов с повышенным уровнем тревожности преобладал сангвинический тип темперамента, количество девушек по сравнению с юношами было выше практически в 9 раз. В то время как холерический тип темперамента оказался на втором месте нашего исследования. Соотношение типологий темперамента сангвиники/холерики составило практически 2:1. Практически аналогичное большинство (77,7 %) опрошенных воспитывались в семьях с одним или двумя биологическими родителями. Однако студенты категорически исключали возможность наличия психических заболеваний в семейном анамнезе, что лишней раз подчеркивало проблему стигматизации психиатрии в обществе. Вегетативные проявления отметили каждый второй опрошенный, при этом в гендерном соотношении показатель у девушек превышал таковой у юношей более чем в 4 раза. Практически каждый десятый респондент имел травматическое поражение головного мозга. Каждый пятый респондент подвергался жестокому обращению в семье (девушки в большинстве были подвержены психологической травматизации, а юноши – телесной/физической), что не влияло на успеваемость и социальные связи.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЕЗАДАПТАЦИИ

Чадова А. Н., Долотина Л. А., Лаврушина А. А.

Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»

Актуальность исследования. Изучение шизофрении в детском и подростковом возрастах является актуальной проблемой в современной психиатрии. Часто возникают проблемы со своевременной диагностикой, подбором соответствующего лечения и мерах социальной защиты больных с данной патологией. Распространенность шизофрении в детском населении от 0 до 14 лет составляет 1,66 на 1000 населения этого возраста (1,73 – для городского населения и 1,5 – для сельской местности) [Козловская Г. В., 1980, 1983]. W. H. Green (1989) приводит другие показатели: распространенность шизофрении у детей в возрасте до 12 лет он определяет в интервале от 1,75 до 4 на 10 000.

Цель исследования – изучить распространенность шизофрении детского и подросткового возрастов в регионе обслуживания, особенности начальных клинических проявлений шизофрении в зависимости от возраста, возможности абилитации и реабилитации.

Методы и материалы. Обследовано 39 детей и подростков, наблюдающихся в детско-подростковом диспансере КОКПБ в течение последних 2 лет, в возрасте от 4 до 17 лет. В работе применялись анамнестический, клинико-динамический, экспериментально-психологический методы.

По данным W. H. Green, среди больных до 12 лет преобладают мальчики (70 %), соотношение мальчиков и девочек превышает 2:1. Эти показатели в целом соответствуют исследованиям, приведшимися Т. П. Симеон (1948), которая считала, что распространенность болезни среди мальчиков достигает 67,1 %. По данным P. Durantou (1956), этот показатель соответствует 75 %. По результатам исследования В. М. Башиной (1989), J. Delage (1960), соотношение мальчиков и девочек колеблется в пределах 2:1–3,2:1.

По нашим данным, число мальчиков, страдающих шизофренией, так же превышало число девочек (29 и 10), что составило соотношение 2,9:1. Распространенность среди детей разных возрастных групп составила: от 4 до 7 лет (дошкольный возраст) – 3 человека (7,7 %), от 7 до 10 лет (младший школьный возраст) – 5 (12,9 %), от 11 до 14 (старшие школьники) – 14 (35,8 %), от 15 до 17 (подростки) – 17 (43,6 %).

На начальных этапах болезни, в так называемый доманифестный период, нормальное развитие установлено у 14 человек, задержка развития – у 7 человек, стигматизированное – у 18 человек.

В период манифестации заболевания у больных выявлялись тики, примитивные навязчивости, аффективная лабильность, аутохтонная тревожность, расстройство сна, в ряде случаев появляются когнитивные нарушения. Как правило, на этом этапе диагноз «шизофрения» «подменялся» диагнозами с непсихотическим регистром: умственная отсталость, неврозоподобные и психопатоподобные состояния.

Чаще это встречалось в возрасте до 14 лет. При повторных приступах или обострениях у детей происходила трансформация психопатологических синдромов, обусловленная как физиологическим онтогенетическим процессом, так и нарастающим дефектом. В подростковом возрасте (15—17 лет) манифестный период становился более сходным с описанием такового у взрослых.

Для всех возрастов было характерно аутоподобное поведение: отчуждение от близких, сложность, зачастую отсутствие желания устанавливать социальные контакты, связанное с дискордантностью в эмоциональной и волевой сферах.

Все исследуемые дети входили в социальные группы: дошкольники (3 человека) посещали специализированный детский сад № 49, однако у них отсутствовало взаимодействие с другими детьми в группе. В поведении акинетические состояния сменялись состояниями моторного возбуждения, импульсивностью, негативизмом, аутоагрессией. В речи встречались эхолалии, фонографизм. Мимика была бедной, лицо теряло свою миловидность. Их не интересовали общие игры и занятия; школьники от 7 до 14 лет (15 человек) учились в общеобразовательных школах, 4 человека – в школах психолого-педагогической поддержки, однако 14 из них обучались по индивидуальной программе на дому. Они не имели друзей, испытывали сложность первыми начать беседу, поддержать разговор, часто испытывали страхи, из-за которых не могли без сопровождения выйти на улицу. Из 17 подростков, 6 человек, не закончив 9 классов, находились дома, у них отсутствовали какие-либо постоянные интересы и увлечения, они не планировали свою дальнейшую жизнь. 5 человек обучались на дому, 4 человека, поступив в различные техникумы и колледжи, не смогли закончить даже первый курс. Испытывая затруднения в учебе, они самовольно покинули учебные заведения, мотивируя свой поступок тем, что неправильно выбрали специальность или у них не складывались отношения с одноклассниками. Больные этой группы отличались амбивалентностью, амбиентентностью, дискордантностью не только в эмоционально-волевой

сфере, но и дискордантностью мышления. Неврозоподобные расстройства, страхи имели тенденцию к генерализации и вызывали соответствующее поведение больных. Аффективные расстройства отличались длительностью. Встречались отдельные параноидные включения. Лишь 2 человека, несмотря на сложности, продолжали учиться в школе и техникуме на общих основаниях.

Из 39 человек 32 признаны инвалидами. Из 39 человек только один имел грубые проявления шизофренического олигофреноподобного дефекта с кататоническими включениями. У него отсутствовала фразовая речь, он проявлял немотивированную агрессию в отношении окружающих, в том числе в отношении матери, и аутоагрессию: рвал на себе одежду, оказывал сопротивление, когда его пытались одеть. Нами отмечено, что наиболее злокачественно протекала шизофрения, начавшаяся в дошкольном возрасте, с формированием олигофреноподобного дефекта, в некоторых случаях и псевдоорганического дефекта.

Шизофрения – это постепенно нарастающая дезорганизация психической деятельности, приводящая к разрыву социальных связей и специфической дезинтеграции эмоционально-волевых и мыслительных функций человека (Войтенко Р. М., 2012). В данном определении болезни заложены и главные пути реабилитации больных, страдающих шизофренией. Реабилитационной целью должны быть купирование продуктивных симптомов болезни, уменьшение когнитивных нарушений, смягчение аутизма, оказание помощи в обучении. Важна коррекция социальных ситуаций: социально-средовой, социально-бытовой, семейной. Только при активном взаимодействии семьи с лечебно-профилактическим, учебным учреждениями возможно достижение заметных результатов в снижении дезадаптации больного.

Из 39 семей в 6 случаях один или оба родителя страдали шизофренией. В этих семьях дети активно наблюдались психиатром, получали адекватную патогенетическую терапию, родители активно принимали участие в судьбе своих детей, стремясь найти возможности улучшения их качества жизни. Дети продолжали обучение в школе, посещали реабилитационные центры. И напротив, в 8 случаях с формально благополучным семейным анамнезом родители были категорически против какой-либо медикаментозной терапии, формально относились к необходимости получения ребенком образования. В реабилитации больных при шизофрении может применяться психологическая коррекция, но она более приемлема в подростковом возрасте и при наличии психологического контакта с больным. Может корректироваться мотивационная сфера, внутренняя модель болезни, система социально-психологических отношений.

Выводы. Распространенность шизофрении детского и подросткового возрастов в регионе обслуживания по гендерному принципу составляет 2,9:1 (мальчики/девочки), что соответствует результатам ранее проводимых исследований. Начальный этап детской шизофрении характеризуется полиморфизмом симптоматики и вызывает социальную недостаточность больного. Для устранения социальной дезадаптации больного на первый план должны выступать мероприятия социальной реабилитации. Особую работу необходимо проводить с родственниками, привлекая их к сотрудничеству в устранении болезненных проявлений, проводить семейную терапию, направленную на изменение отношений в семье. Большую роль играет правильный выбор формы и вида обучения. Психосоциальная помощь не может ограничиваться только методами и возможностями, которыми располагают психиатрические учреждения. Необходима психолого-медико-социальная поддержка больного и его семьи на основе межведомственного взаимодействия. Должен быть сформирован штат специалистов по социальной работе, который бы взаимодействовал с больным и его семьей, оказывая помощь в решении возникающих социальных вопросов.

АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Черенёва Е. А.

Красноярск, Красноярский государственный педагогический университет им. В. П. Астафьева

Актуальность темы. Изучение личности детей с нарушениями интеллектуального развития в России имеет свои традиции, определяющие концептуальные направления изучения структурных компонентов личности: самооценка, эмоционально-волевая сфера, потребностная (мотивационная сфера), направленность личности.

История учения о психологии личности умственно отсталых детей начала свое развитие с конца XIX – начала XX века. Основные методы, которые имели широкое распространение – это метод наблюдения, метод сбора анамнестических данных. Необходимо отметить, что в истории развития психологической науки в России того времени имелись смелые и плодотворные начинания. Так, с 3 по 10 января 1924 г. в Петрограде состоялся Всероссийский съезд по педологии, экспериментальной педагогике и психоневрологии. На секции Детской дефективности были рассмотрены вопросы изучения (дефективных) детей. В резолюции секции было указано:

«...По психоанализу в детском возрасте. Съезд приветствует начало систематического и в то же время осторожного применения психоанализа к изучению и перевоспитанию дефективных детей...»

По данным отчета, к членам съезда было отнесено 906 человек. Из них 429 врачей, 373 педолога и педагога, 104 психолога и рефлексолога. На съезде заслушали 326 докладов, в том числе доклады сотрудников Психоневрологической Академии И. А. Перепель «Опыт применения психоанализа к изучению детской дефективности», А. С. Грибоедова «Моральная дефективность» и др.

Эти данные свидетельствуют о том, что уже в то время были прогрессивные взгляды на предмет изучения личности детей с нарушениями интеллектуального развития в динамическом аспекте. На наш взгляд, эти исследования были неправомерно приостановлены, что повлияло на отечественную психологическую науку; формирование косного взгляда на психологию личности детей и взрослых с нарушениями интеллектуального развития, а также односторонность и механистичность к процессу коррекции личности.

Изучение личности детей с нарушениями интеллектуального развития не должно ограничиваться рамками сознания индивида. Более плодотворным исследовательским полем должно быть исследование неосознаваемой психической деятельности (бессознательного) в качестве возможного механизма понимания внутреннего мира и переживаний.

Исследование личности детей с интеллектуальной недостаточностью является одним из наиболее неразработанных вопросов в коррекционной и клинической психологии. Уже в 30-е годы XX века началось исследование личности учащихся с нарушенным интеллектом (Л. С. Выготский, Л. В. Занков, И. М. Соловьев), но затем оно было приостановлено. В 60-е годы впервые в клинико-психолого-педагогическом плане начаты исследования динамики развития детей-олигофренов (М. С. Певзнер, В. И. Лубовский и др.). С 70-х годов развернулись психологические исследования, в которых показаны отдельные стороны личности умственно отсталых детей (Г. М. Дульнев, Б. В. Зейгарник, Н. Г. Морозова, Б. И. Пинский, В. Г. Петрова, С. Я. Рубинштейн, Л. И. Даргивечене, В. А. Варянен, Н. Л. Коломинский, О. К. Агавелян, Ж. И. Намазбаева и др.). Несмотря на значительные достижения олигофренопсихологии в разработке теоретико-методологической и практической базы, вопросы систематического комплексного изучения личности детей с нарушенным интеллектом не нашли окончательного решения.

Все имеющиеся исследования касаются механизмов организации и продуктивности психической деятельности (сознательного аспекта функционирования психики), но недостаточно изучен вопрос субъект-объектных отношений личности умственно отсталого ребенка. В настоящее время недостаточно исследований, посвященных изучению проблемы бессознательной психики, психической детерминации субъекта.

Проведя ряд исследований в области изучения установки и защитных механизмов детей с нарушением интеллекта, мы можем сделать следующие выводы.

Категориальная установка детей с интеллектуальной недостаточностью развивается и формируется по тем же законам, что и у нормально развивающихся сверстников, и имеет те же компоненты иерархической структуры. Установка деятельности детей имеет характерные особенности, обусловленные не только психофизическими особенностями индивида, но и социальными факторами.

При формировании первичной (неосознанной) установки основополагающим моментом являются перцептивные возможности индивида. Первичная установка формируется при «первом социальном взаимодействии ребенка со средой». Перцептивные способности индивида зависят не только от психофизиологического фактора, но также от индивидуального социально-перцептивного опыта.

Изначально мотивационные, целевые компоненты установочной деятельности детей с интеллектуальной недостаточностью имеют социально-приемлемый характер. Смещение акцента на деструктивный характер поведения обусловлен социальным фактором.

С позиций иерархической структуры установочной деятельности у детей с интеллектуальной недостаточностью формируются более прочно нижние слои. Значительные трудности возникают при формировании высшего уровня – уровня ценностно-смысловых потребностей.

Социальная установка зависит от социального фактора (модели поведения, заданного извне). Трудность формирования новых поведенческих моделей проявляется в ригидности установки, косности и преобладании стереотипов новых адаптивных моделей поведения, обусловленных психофизиологическим фактором. Этот факт влияет на формирование адаптивных форм поведения. Социальная установка, а также установка на деятельность зависит в большей степени от эмоционально-личностных особенностей индивида, заданных средой, нежели от интеллектуальных возможностей.

Общим параметром, который является основанием для формирования защитных механизмов поведения (бессознательных) и установки, является социальный опыт индивида, которые определяют направленность личности, а биологический фактор (психофизиологические особенности, сохранность мозга) является возможностью, позволяющей формировать основные компоненты личности, реализующиеся в социально-психологической адаптации. Причем уровень интеллектуального нарушения влияет на выработку только сознательных защитных механизмов и формирование смысловых установок.

Характеризуя смысловые установки умственно отсталых детей, мы выделяем их специфические особенности, проявляющиеся в неустойчивой целенаправленной деятельности, косности установок, что предопределяет ригидность поведения. Слабость устойчивости смысловой установки затрудняет процесс принятия решения и возможность контролировать протекание деятельности в стандартных ситуациях.

Неосознаваемые мотивы поведения также определяют и содержание, и динамику установки. Известно, что мотивы детей с интеллектуальными нарушениями нестойкие, трудно формируются социально-значимые мотивы. Эти особенности, как указывают многие исследователи (М. С. Певзнер, В. Г. Петрова, С. Я. Рубинштейн, Е. А. Черенёва и др.), обусловлены интеллектуальным дефектом. Но как показывают некоторые факты наших исследований, для детей с нарушением интеллекта ведущей линией при формировании социально значимых мотивов является социальный фактор. Но необходимо отметить, что не нужно быть оптимистами, чтобы думать о том, что при правильной организации процесса воспитания ребенка возможно сформировать высокие уровни потребностно-мотивационной сферы, все же интеллект «задает планку» (содержательную), а динамику предопределяет социум. Но мы отстаиваем тезис о том, что поведенческая программа (даже механически сформированная), дает возможность ребенку с интеллектуальной недостаточностью иметь стереотипы поведения на неосознаваемом уровне, которые при благоприятном социально-психологическом сопровождении переходят в элементарный сознательный компонент поведения.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У АЛКОГОЛЕЗАВИСИМЫХ ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Черткова О. А., Осипов Г. П., Пчелкова К. А., Сомова Н. В.

**Кемерово, ГКУЗ КО «Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница»**

Актуальность исследования копинг-стратегий в среде алкоголезависимых пациентов обусловлена необходимостью планирования психологических интервенций в решении прогностических и реабилитационных задач. Копинг является важным фактором, влияющим не только на уровень социальной адаптации, но и на прогноз заболевания и предотвращение рецидивов. Адаптация понимается как активное взаимодействие человека с социальной средой с целью достижения его оптимальных уровней по принципу гомеостаза. Многофункциональность и разнонаправленность жизненного пути человека обуславливают взаимосвязь процессов соматического, личностного и социального функционирования. Копинг-стратегии являются поведенческим отражением процессов произвольного контроля над действием в неопределенных, конфликтных, стрессогенных ситуациях. Успешность адаптации личности к стрессам определяется уровнем развития у нее совладающего поведения, которое регулируется посредством применения собственных поведенческих копинг-стратегий на основе имеющегося личностного опыта и средовых копинг-ресурсов. Копинг-поведение устраняет воздействие стрессоров на личность, что определяется «Я-концепцией», локусом контроля, эмпатией, условиями среды.

Цель исследования – выявление ведущих стратегий копинга среди алкоголезависимых больных.

Материал и методы. Проведено обследование 52 пациентов отделения № 21 Кемеровской областной клинической психиатрической больницы в возрасте от 24 до 60 лет. Среди них было 10 женщин и 42 мужчины.

В работе применялась методика Дж. Амирхана «Индикатор копинг-стратегий», которую можно считать одним из наиболее удачных инструментов исследования базисных стратегий поведения человека. Идея этого опросника заключается в том, что все поведенческие стратегии, которые формируются у человека в процессе жизни, можно подразделить на три большие группы: решение проблем, поиск социальной поддержки, избегание проблем. Успешное совладание рассматривается как успешная адаптация.

Само понятие «копинг» включает в себя реакцию не только на чрезмерные или превышающие ресурсы человека требования, но и на каждодневные стрессовые ситуации. Содержание копинга – это то, что делает человек, чтобы справиться с ними: он объединяет когнитивные, эмоциональные и поведенческие стратегии, которые используются, чтобы справиться с запросами обыденной жизни. Мысли, чувства и действия и образуют копинг-стратегии. Реакции индивида на стрессовую ситуацию могут быть как произвольными, так и непроизвольными. Непроизвольные реакции основаны на индивидуальных различиях в темпераменте, а также тех, что приобретены в результате повторения и больше не требуют сознательного контроля. Механизм копинга запускается стрессовым событием, когда происходит оценка какого-либо внутреннего (например, мысль) или внешнего (например, упрек) стимула, и в результате возникает копинг-процесс. Копинг-реакция срабатывает, когда сложность задачи превышает энергетическую мощьность привычных реакций организма. Если требования ситуации оцениваются как непосильные, тогда преодоление может принимать форму психологической защиты. В общем континууме психологической регуляции копинг-механизмы играют компенсаторную функцию, а механизмы психологических защит занимают последний уровень в системе адаптации – уровень декомпенсации.

Исходя из стилей реагирования, можно описать два типа людей. Первый тип – люди, прибегающие к механизмам психологических защит и воспринимающие мир как источник опасностей. Они характеризуются невысокой самооценкой, выраженным пессимизмом. Второй тип – люди, использующие копинг-механизмы как совладание. Они – реалисты и оптимисты, характеризуются положительной самооценкой и сильно выраженной мотивацией достижения. Следует отметить, что стиль реагирования даже у одного человека может изменяться в зависимости от сферы жизни, в которой он проявляется: в семейных отношениях, работе или карьере, заботе о собственном здоровье.

Как считал А. Бандура (1977), «ожидание личной эффективности, мастерства отражается как на инициативе, так и на настойчивости в купирующем поведении. Сила убеждения человека в своей собственной эффективности дает надежду на успех». Убеждение в том, что подобных способностей не хватает (низкая самооэффективность), может привести к такой вторичной оценке, которая определит событие как неподдающееся управлению и поэтому как стрессовое. Если на стрессор возможно повлиять объективно, то такая попытка будет адекватной копинговой реакцией.

Если по объективным причинам индивид не может повлиять на ситуацию и изменить ее, то адекватным функциональным способом совладания является избегание. Если человек объективно не может ни избежать ситуации, ни повлиять на нее, то функционально адекватной копинговой реакцией является когнитивная переоценка ситуации, придача ей другого смысла.

Методика предполагает четыре уровня оценок по указанным шкалам: высокий, средний, низкий и очень низкий. Анализ результатов показал, что 40 (95,2 %) алкоголезависимых мужчин используют в своём коммуникативном функционировании стратегию избегания проблем (ответы удерживаются на высоком уровне). Что у них же не исключает «поиска социальной поддержки» – 36 (85,7 %) мужчин из опрошенных нуждаются в ней на среднем уровне. К активному «разрешению проблем» субъективно способны 32 человека (76,2 %), на среднем уровне и 10 (23,9 %) – на низком. Женщины, которые в стрессогенных ситуациях предпочитают использовать инструментальную социальную поддержку, нуждаются в эмоциональном одобрении со стороны других лиц, показывают высокий уровень в «поиске социальной поддержки» – 6 человек (60 %). Ответы на среднем уровне у 4 человек (40 %), прочие варианты ответов отсутствуют. Это понятно в силу большей зависимости женщин от мнений и оценок окружающих, в отсутствие которой у них возникают «регуляторные сбои». Это пассивное копинг-поведение, и оно предполагает способом преодоления стресса использование различных механизмов психологических защит, которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения.

Трансформация системы ценностных ориентаций и общей направленности личности с оскудением сферы смыслообразований обуславливает выбор стратегий. Ценности, в той или иной степени обусловленные влечением к алкоголю, у наших пациентов выходят на первый план. Переживание одиночества и социальной бесполезности становятся ведущими в оценке своего места в жизни. Пассивные способы избегания проблем, например, уход в болезнь или употребление алкоголя, наркотиков, могут совсем «увести» человека от решения проблем, используя и самый активный способ избегания – суицид. Вообще, стратегия избегания – одна из ведущих поведенческих стратегий при формировании дезадаптивного, псевдосовладающего поведения. Использование этой стратегии обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем.

Направленная психологическая коррекция нарушений проблемно-решающего поведения улучшает поведенческие копинг-стратегии. Исследования, проведенные в Японии, показали, что активные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы, ведут к ослаблению болезненного влечения, уменьшению имеющейся симптоматики, тогда как избегание и другие копинг-стратегии, направленные на редуцирование эмоционального напряжения, приводят к усилению симптоматики.

Выводы. Различия в используемых стратегиях совладания определяют реализацию асоциального поведения. Это сопряжено с использованием пассивных и неконструктивных копинг-стратегий, что является поведенческим отражением нарушения опосредования и процессов произвольного контроля. Психокоррекционное обучение копинг-стратегиям позволяет людям поддерживать или восстанавливать контроль в неопределенных, конфликтных и стрессогенных ситуациях и облегчают главную задачу в формировании установки на здоровый, трезвый образ жизни.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СЕЛИНКРО (НАЛМЕФЕН) В ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Шевцова М. А., Лопатин А. А., Зорохович И. И.,
Кириченко Е. А., Говорова Г. М.**

**Кемерово, ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический
наркологический диспансер», ГБОУ ВПО «Кемеровская
государственная медицинская академия» Минздрава России**

Актуальность. По приводимым ВОЗ данным, злоупотребление алкоголем приводит к возникновению десятков видов заболеваний, описанных в МКБ-10, и занимает пятое место среди основных причин преждевременной смерти и инвалидности в мире, приводя к 3 млн смертей ежегодно. Употребление алкоголя влечет за собой такие серьезные проблемы со здоровьем, как цирроз печени, различные виды рака, травмы, и сокращает продолжительность жизни в среднем на 30 лет. В России более 50 % смертей граждан в возрасте от 15 до 54 лет вызваны употреблением алкоголя. Россия занимает в списке ВОЗ четвертое место по показателю потребления алкоголя на душу населения (15,4 л/год), уступая по данному показателю лишь трем другим бывшим республикам СССР – Беларуси (17,5 л/год), Молдавии (16,8 л/год) и Литве (15,4 л/год).

Несмотря на серьезные медицинские и социально-экономические последствия алкоголизма для пациентов и общества, существенных успехов в его лечении до сих пор не достигнуто. Более того, значительная часть больных вообще не обращаются за медицинской помощью. Причины этого многообразны: стигма заболевания и чувство стыда у пациента обращаться за помощью по поводу алкоголизма, неприятие самой идеи полного воздержания от приема алкоголя, сомнения в своей способности поддерживать абстиненцию и способности врача оказать помощь в этом и ряд других причин. Причем нежелание и неспособность поддержания полного воздержания от приема этанола относятся к числу наиболее важных причин. Кроме того считается, что около половины лиц, страдающих алкогольной зависимостью, предпочитают полному воздержанию умеренное потребление спиртного. Это вызвало необходимость пересмотра классических подходов к лечению алкоголизма, разработанных 30—40 лет назад, направленных на достижение полного воздержания от употребления алкоголя и предотвращения рецидивов его потребления. В качестве альтернативного подхода предложено снижение количества потребляемого этанола и, соответственно, снижение риска развития алкогольно-обусловленных заболеваний, связанной с ними смертности и других неблагоприятных последствий.

Новым средством лечения расстройства употребления алкоголя с доказанной клинической эффективностью является налмефен (селинкро) – системный модулятор опиоидных рецепторов, парциальный агонист каппа-рецепторов и антагонист мю- и дельта-рецепторов, в настоящее время единственное лекарственное средство, зарегистрированное с целью сокращения потребления алкоголя и его вредных последствий и одобренное для применения в клинической практике в странах Европейского Союза и в Российской Федерации. Блокада мю-рецепторов под действием налмефена способствует предотвращению ожидаемого психотропного действия алкоголя и подавлению прайминг-эффекта, с которым принято связывать нарушение контроля потребления алкоголя. Ключевым эффектом препарата является уменьшение дозы употребляемых спиртных напитков.

Материал и методы. Для изучения терапевтической эффективности налмефена (селинкро) при лечении у пациентов психических и поведенческих расстройств, возникших в результате употребления алкоголя, на базе ГБУЗ КО КОКНД была исследована группа пациентов. В исследовании участвовало 35 пациентов (26 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 27 до 57 лет, с клиническими диагнозами соответственно МКБ-10.

Синдром зависимости от алкоголя II стадии (F10.2) диагностирован у 22 пациентов, употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) – у 13 пациентов.

Из исследования исключались пациенты с алкогольным делирием в анамнезе, галлюцинациями, судорожными припадками, со значительным нарушением функций печени. Также исключались пациенты, у которых на момент исследования были выявлены выраженные физические симптомы отмены алкоголя.

Всем пациентам проводилось несколько методов обследования, среди которых применялись клиническо-анамнестический, шкала тяжести зависимости от алкоголя (SADQ-C), календарный метод ретроспективного определения количества потребленного алкоголя (TLFB), ассоциативный тест. С целью выявления скрытого влечения к алкоголю применялись ассоциативный, проективный тесты. Тестирование проводилось до начала медикаментозной терапии и затем ежемесячно.

Препарат налмефен (селинкро) назначался в дозе 18 мг (1 таблетка) ежедневно в течение 30 дней, затем решение о приеме препарата принимал сам пациент: в те дни, когда, по его мнению, была высока вероятность употребления алкоголя. Кроме того, пациенты участвовали в еженедельных сеансах индивидуальной психотерапии, направленных на поддержание приверженности лечению и снижение потребления алкоголя. Курс лечения у всех пациентов составил 12 недель.

Обсуждение. Анализ наблюдения за пациентами показал, что в течение первых 4 недель терапии 18 пациентов из 35 значительно сократили потребление алкоголя, согласно тесту (TLFB) уровень риска развития вредных последствий употребления алкоголя снизился у них до среднего. К концу 12-й недели количество пациентов, снизивших потребление алкоголя, увеличилось до 29 человек, а 6 пациентов полностью прекратили прием алкоголя. В ходе ассоциативного теста обратило на себя внимание явное сокращение скрытых периодов реакций на «алкогольные» слова. Это может служить косвенным свидетельством ослабления патологического влечения к алкоголю, дополняющим благоприятные изменения при лечении препаратом налмефен (селинкро). Все пациенты были настроены продолжить прием препарата после окончания исследования.

Следует отметить, что на первом месяце лечения у ряда пациентов были отмечены нежелательные явления. Наиболее частыми среди них были тошнота, головная боль. Примерно в 95 % случаев тошнота была слабо выраженной, кроме того, большинство подобных эпизодов купировались самостоятельно в течение нескольких дней.

Выводы. Приведенные выше данные позволяют сделать вывод, что налмефен (селинкро) является эффективным препаратом для снижения потребления алкоголя пациентам с алкогольной зависимостью, не желающим полностью прекратить прием этанола. Использование селинкро в терапии алкогольной зависимости дает возможность снизить вред от приема алкоголя, уменьшить риск возникновения соматических заболеваний, с ним связанных, или облегчить их течение, если они уже возникли.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ (ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ)

Шереметьева И. И., Вдовина М. Г.

Барнаул, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Юрия Карловича»

Актуальность. 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 симптомов комплексов, 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, сенситивностью, 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.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Шереметьева И. И., Плотников А. В.

Барнаул, ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Юрия Карловича»

Актуальность темы. Стационарная специализированная медицинская помощь психически больным, страдающим туберкулезом легких, в Алтайском крае оказывается на базе фтизиатрического подразделения КГУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича». В подразделении получают лечение больные, страдающие двумя социально значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает 3 психотуберкулезными отделениями, рассчитанными в общей сложности на 130 коек, в том числе наркологическим мужским туберкулезным отделением на 20 коек, клинико-диагностической лабораторией, рентген-кабинетом, физиотерапевтическим кабинетом, кабинетом функциональной диагностики. В 2014—2015 гг. произошло сокращение коечного фонда в целом на 95 коек, 20 коек было перепрофилировано в наркологические.

Амбулаторная медицинская помощь данному контингенту больных оказывается путем тесного взаимодействия участковых психиатров и фтизиатров. В частности, согласно САНПИН, все состоящие на диспансерном учете у психиатра больные 2 раза в год направляются на флюорографическое обследование.

Неблагополучная социальная ситуация, в которой находится большая часть больных, очевидно, создает определенные трудности не только для выявления патологии, но и для реабилитации после курса лечения в стационаре, высока частота повторных госпитализаций. Часто пациенты, выписанные после успешно завершённой интенсивной фазы противотуберкулезной терапии, не принимают противотуберкулезные препараты, вследствие чего вскоре поступают с ухудшением состояния. Поэтому для данного контингента больных социальная поддержка является столь же, если не более важной, чем медицинские мероприятия.

Кроме того, в Алтайском крае существует проблема недостаточного выявления туберкулеза легких среди психически больных, что обуславливает высокий процент «запущенного» туберкулеза у пациентов, поступающих во фтизиатрическое подразделение АКПБ. Как показывает опыт работы в условиях фтизиатрического подразделения, а также анализ литературы, течение туберкулеза легких больше зависит не от психиатрического диагноза, а от уровня дезадаптации. У глубоко дезадаптированных отмечается высокая эффективность лечения, что связано с непрерывной противотуберкулезной терапией в условиях стационара. Адаптивные способности увеличивают риск прогрессирования туберкулеза легких за счет неэффективности амбулаторного лечения.

Т а б л и ц а 1

Показатели работы фтизиатрического подразделения АКПБ в 2011–2014 гг.

Показатель	2013	2014	2015
Число сметных коек	225	155	130
План койко-дней	76500	52700	44200
Выполнено койко-дней	75510	46030	41198
Процент выполнения плана	98,7	87,3	93,2
Поступило больных	146	108	134
Выбыло больных	184	152	135
Умерло больных	11	13	18
Летальность	6,6	9,8	13,3
Среднее пребывание на койке (выбывших)	611,8	607,4	582,0
Оборот койки	0,73	0,83	1,03
Работа койки	335,6	296,9	316,9

Как следует из таблицы, за последние 3 года отмечается снижение средней длительности пребывания на койке, повышение оборота койки. Увеличение летальности коррелирует с ростом летальности от туберкулеза легких в Алтайском крае. В наркологическом отделении, функционирующем с 1 апреля 2015 г., за 2015 г. пролечено 20 больных с синдромом зависимости от алкоголя в сочетании с туберкулезом легких. Среди них полная ремиссия отмечалась у 2 больных, неполная – у 5, без перемен – у 10, ухудшение (летальный исход) – у 3.

Выводы. Для совершенствования психиатрической и наркологической помощи необходимо продолжить мероприятия, направленные на увеличение выявляемости туберкулеза легких у лиц, состоящих на учете у врачей-психиатров и врачей-психиатров-наркологов. Необходимо совершенствовать межведомственное взаимодействие при применении к больным, уклоняющимся от лечения туберкулеза легких, обязательного обследования и лечения туберкулеза легких, согласно Федеральному закону РФ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ HCR-20 ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА НАСИЛЬСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

Широков Д. В., Куренков В. С., Гордеев В. А.

**Кемерово, ГКУЗ КО Кемеровская областная
клиническая психиатрическая больница**

Актуальность темы. Использование понятия «опасность лиц с психическими расстройствами» в уголовном законодательстве и законодательстве о психиатрической помощи делает его значимым для правовых и психиатрических решений. По мнению С. Н. Шишкова, это следует понимать как высокую степень вероятности совершения больным нового общественно опасного деяния. Соответствием, чем выше вероятность его совершения и чем тяжелее предполагаемый деликт, тем выше степень общественной опасности больного.

В зарубежной судебно-психиатрической литературе понятие «общественная опасность» используется нечасто. Более распространён термин «риск насилия», иногда переводимый как «риск совершения агрессивных поступков». Несмотря на разницу в используемых терминах, проблема общественной опасности требует анализа целого ряда проблем: содержания такой опасности, а также ее прогнозирования с выявлением факторов риска общественно опасного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами.

Оценка риска вовлечения больных в серьезные инциденты (или риска насилия) по-прежнему важна для практики принудительного лечения в психиатрическом стационаре. Точность прогноза необходима для повышения эффективности управления такими пациентами на уровне превентивных мероприятий и во время кризисных вмешательств.

Поиск более дифференцированных критериев оценки общественной опасности, а также психологических переменных, по которым можно было бы с большей точностью прогнозировать риск агрессивного поведения больных в стационаре и оценивать возможность рецидива после прекращения принудительного лечения, по-прежнему остается актуальной научно-практической задачей.

Материалы и методы. С помощью шкалы HCR-20 нами было проведено обследование 30 пациентов отделения 15/1 КОКПБ. Пациенты в выборках существенно не различались по возрасту, нозологической структуре и длительности психического расстройства.

Результаты и обсуждение. 77 % обследованных обвинялись в убийстве или причинении тяжкого вреда здоровью, повлекшем смерть потерпевшего. Остальные пациенты были привлечены к ответственности за угрозу убийством, причинение тяжкого вреда здоровью или грабеж.

Средняя оценка общего балла в группе больных принудительного лечения (ПЛ) почти достигает значения 31 при максимально возможной оценке 40 баллов, что свидетельствует о высоком уровне общественной опасности. Обращает внимание, что среди изученных предикторов риска насилия более высокие оценки в группе больных отделения ПЛ получили такие показатели, как молодой возраст (до 20 лет) пациента на момент первого известного в анамнезе эпизода насилия, а также ранние (до 17 лет) проблемы, связанные с адаптацией дома, в школе или обществе. При оценке отдельных признаков второй фазы (клинической) у больных отделения ПЛ в большей степени было выражено недостаточно критическое отношение к своему состоянию, проявляющееся преимущественно в неспособности к осознанию и признанию своего психического расстройства, его значения для окружающих, необходимости лечения. Они были так же более склонны к негативным оценкам окружающих с высказыванием устойчивых прокриминальных или антисоциальных взглядов, которые имеют некоторую вероятность перехода в насилие. Среди прогностических предикторов насилия (третья фаза) у больных отделения ПЛ следует отметить более высокие показатели отсутствия возможности в последующем (после выписки) получать личностную поддержку, их большую подверженность воздействию различных дестабилизирующих факторов, стрессу в семье или при трудоустройстве. Малая доступность служб и услуг по месту жительства для сохранения уровня риска в определенных рамках также сказываются на его оценке по этой фазе исследования.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют возможности данной методики как вспомогательного инструмента в процессе оценки риска насилия при психических заболеваниях, а также в планировании и проведении индивидуальной реабилитации и адаптации больных, склонных к насильственному поведению. Совершенствование шкалы и ее стандартизация требуют продолжения сбора эмпирических данных, катанестических исследований. Мы считаем, что структурированные процедуры будут усиливать предсказательную точность инструментов, это также будет повышать наши способности надлежащим образом управлять рисками, так как основная цель оценки профиля риска наших пациентов – это предотвращение насильственных действий в будущем.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУИЦИДОВ ПО ОТДЕЛЬНЫМ РАЙОНАМ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА 2005 – 2015 ГГ.

Яковлева М. В.

Якутск, Северо-Восточный Федеральный университет

Актуальность. На сегодняшний день уровень суицидов является характерным показателем социально-психологического благополучия страны. За последние 10 лет в РФ отмечается некоторое улучшение ситуации по суицидам. Так, в настоящее время Россия занимает 11-е место по распространенности суицидов среди населения, причем в 14 субъектах РФ, включая Москву и Санкт-Петербург, показатель частоты суицидов снизился до низкого (по критериям ВОЗ) уровня, не превышающего 10 случаев на 100 тысяч населения. Несмотря на положительную динамику, 10 регионов по-прежнему имеют сверхкритические показатели, причем 7 из них это национальные территориальные образования. Наиболее тяжелая ситуация наблюдается в республиках Алтай, Бурятия и Тыва.

Обсуждение. Республика Саха (Якутия) длительное время также входила в пятерку субъектов с наиболее высокими показателями суицидов (в 2001 г. – 50,4 на 100 тысяч). С 2005 по 2015 г. уровень суицидов снизился с 48,1 до 35,2 на 100 тысяч населения. Несколько другая картина распространенности предстает при анализе уровня суицидов по отдельным районам республики. Наиболее низкие показатели за последние 10 лет наблюдаются в Мирнинском и Нерюнгринском районах (южных), а также в Якутске. (24,9; 31,1 и 26,1 на 100 тысяч), наиболее высокий уровень отмечается в северных районах – Анабарском, Оленекском и Эвено-Бытантайском (178,9; 122,3 и 77 на 100 тысяч). Причем следует отметить, что разница между показателями в районах с низким и высоким уровнями суицидов очень выраженная, максимальные показатели больше минимальных более чем в 3—4 раза. Такая серьезная разница объясняется в первую очередь различным социально-экономическим уровнем в данных районах, так как южные районы наиболее благополучны в плане трудоустроенности населения, а для северных районов характерен очень высокий уровень безработицы и низкий уровень прожиточного минимума населения. Во-вторых, вероятно, определенное влияние оказывают и этнокультуральные особенности, например, в южных районах республики и столице проживает в основном русскоязычное население, а в северных регионах – малые народности.

Выводы. Таким образом, несмотря на общую положительную тенденцию к снижению количества суицидов, на отдельных территориях Республики Саха (Якутия) общий показатель смертности от суицидов очень колеблется, имеются районы со сверхвысокими показателями и относительно низкими, что еще раз свидетельствует о значительном влиянии на уровень суицидов экономических и этнокультуральных факторов, которые должны обязательно изучаться и учитываться в рамках профилактических мероприятий.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Якунина О. Н., Липатова Л. В., Мазо Г. Э.

Санкт-Петербург, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» МЗ РФ

Актуальность. При рассмотрении качеств личности больных эпилепсией отмечается, что им присущи определенные особенности эмоционального реагирования: повышенная возбудимость, лабильность, вспыльчивость, раздражительность, агрессивность, неустойчивость и полярность фона настроения и др. Эксплозивность эмоциональных реакций больных наиболее сильно проявляется в напряженных жизненных ситуациях, при межличностных конфликтах и т. п. Психологическая диагностика эмоциональных нарушений осуществляется различными методиками, которые дают количественную и качественную оценку этих состояний. Полученные результаты дополняют и уточняют клиническую оценку эмоциональной сферы пациентов. Исследования последних лет показали, что аффективные расстройства биполярного спектра и эпилепсия представляют собой хронические заболевания с рекуррентным течением, которые имеют высокую коморбидность, в основе которой лежат сходные биохимические и физиологические патогенетические механизмы.

Цель исследования: оценка биполярных аффективных расстройств (БАР) и эмоциональных реакций во фрустрирующих ситуациях у больных эпилепсией с непсихотическими психическими расстройствами.

Материалы и методы. Обследовано 50 больных эпилепсией, с использованием шкалы гипомании HCL-32 (Hypomania Checklist-32). Средний возраст пациентов составил 40 лет (от 19 до 74 лет). У этих больных проведено комплексное психологическое исследование когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер.

Кроме того, обследовано 90 взрослых пациентов, для оценки эмоциональных реакций которых во фрустрирующих ситуациях, фрустрационной толерантности и степени групповой адаптации использовался тест рисуночных ассоциаций С. Розенцвейга в адаптации Н. В. Тарабриной (1973, 1984).

Результаты и обсуждение. Среднее количество положительных ответов на 32 базовых вопроса шкалы гипомании было 11,1 (SD=4,5), от 3 до 20. В основной версии HCL-32 точкой разделения служит уровень 14 или выше (Мосолов С. Н. и др., 2015), его набрали 34 % респондентов. Это позволяет говорить о высокой вероятности наличия у них БАР. Эпизоды подъёмов настроения сопровождали больных эпилепсией от 0 до 100 дней в году (в среднем 37,1). 47 % больных, прошедших точку разделения первой шкалы, получили от 20 баллов и больше (с максимумом в 37) по индексу биполярности, что соответствует ≥ 20 % вероятности заболевания БАР.

Психологическое обследование выявило выраженную склонность к колебаниям фона настроения по данным методики ММРІ. У 69,2 % больных интенсивность оценок по полярным шкалам 2 и 9 была почти одинакова (более 70 Т). У остальных пациентов преобладал либо приподнятый фон настроения, либо сниженный. Это диагностировалось и с помощью фактора «Настроение» методики «САН». Высокая степень интенсивности того или иного полюса настроения у больных эпилепсией может свидетельствовать о возможности резкой смены настроения. Неустойчивость настроения больных эпилепсией сочеталась и с неустойчивостью самооценки и уровня коммуникабельности, причём самооценка могла колебаться так же спонтанно, как и настроение. В структуре личности пациентов этой группы отмечался повышенный уровень тревожности, импульсивности при снижении ригидности. У пациентов в структуре эмоционального реагирования также выявился дисфорический компонент.

При изучении эмоциональных копинг-стратегий по методике Э. Хайма у 2/3 обследованных обнаружено преобладание стратегии самообвинения и подавления эмоций. Результаты сравнения особенностей эмоционального реагирования больных эпилепсией и здоровых лиц (нормативные данные Н. В. Тарабриной) свидетельствуют, что у больных эпилепсией имеется преобладание внешнеобвинительных (Е), самообвинительных (І) и сокращение безобвинительных (М) реакций по сравнению со здоровыми лицами. При анализе типов реакций у больных отмечается увеличение реакций самозащитного (Е-Д), упорствующего (N-P) типа и уменьшение реакций с фиксацией на препятствии (О-Д).

Различные показатели методики Розенцвейга тесно связаны друг с другом. Наиболее тесная отрицательная связь обнаружена между типами эмоциональных реакций Е-Д и N-P ($r=-0,72$; $p\leq 0,01$). Это обусловлено различным психологическим смыслом указанных характеристик.

Можно также отметить, что реакции внешнеобвинительного направления (Е) положительно связаны с самозащитным типом реакций (Е-Д) ($r=0,57$; $p\leq 0,01$). Наблюдается существование как бы двух полярных симптомокомплексов: реакции самозащитного типа (Е-Д) положительно связаны с внешнеобвинительными реакциями, а реакции разрешающего типа (N-P) – с реакциями самообвинительного направления (I). Из этого можно предположить, что одна категория больных во фрустрирующей ситуации будет реагировать с преобладанием враждебных реакций, направленных против кого-либо или чего-либо в окружении. В ответах таких больных содержатся обвинения, угрозы, упреки, указывающие на повышенные требования больных к окружающей среде, и неадекватную оценку самих себя, снижение критики к своему поведению. Другие больные, адекватно реагируя в ситуации фрустрации, сами берутся за разрешение конфликта, веря в свои силы и обладая для этого достаточными возможностями. Подобный характер взаимоотношений типов и направлений реакций отчетливо виден из анализа результатов выполнения методики Розенцвейга больными эпилепсией с частыми и редкими припадками. Относительно стабильными оказались показатели эмоционального реагирования и поведения, изучаемые с помощью методики Розенцвейга, у больных эпилепсией с различной длительностью заболевания. Отсутствие такой зависимости, вероятно, относительно. Возможно, она проявляется через возрастные особенности.

Установлено, что больные в возрасте 16—25 лет дают больший процент интрапунитивных реакций ($p\leq 0,05$), а больные 36 лет и старше – экстрапунитивных реакций ($p\leq 0,01$). Тенденция увеличения с возрастом экстрапунитивных реакций подтверждается результатами корреляционного анализа ($r=0,27$; $p\leq 0,05$). Для больных старшей возрастной группы характерно также доминирование самозащитного типа реакций ($p\leq 0,05$).

Заслуживают особого внимания корреляционные связи, которые обнаружены между оценками отдельных шкал методики ММП1 и показателями теста рисуночных ассоциаций Розенцвейга. Речь идёт о самозащитном (Е-Д) и упорствующем (N-P) типе эмоциональных реакций. Оказалось, что показатели самозащитного типа положительно коррелируют с оценками шкалы 3, отражающей степень эмоциональной не-

зрелости ($r=0,27$; $p\leq 0,05$), а также с оценками дополнительных шкал методики ММРІ. Со шкалой тревожности ($r=0,28$; $p\leq 0,05$), зависимости ($r=0,25$; $p\leq 0,05$), степени адаптации к жизненным трудностям ($r=0,29$; $p\leq 0,05$) и оценкой силы «Я» ($r=-0,25$; $p\leq 0,05$). Показатели же упорствующего типа имеют связи с теми же характеристикам, но с обратным знаком. Психологический смысл приведенных связей заключается в том, что самозащитный тип эмоционального реагирования является менее благоприятным и характеризует слабую, плохо приспособленную личность, тогда как упорствующий тип эмоционального реагирования является индикатором сохранности приспособительных и компенсаторных возможностей больного.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности изучения расстройств биполярного спектра у больных эпилепсией, что позволит улучшить диагностику и оптимизировать терапию аффективных расстройств. Больные эпилепсией и здоровые люди различаются по типу эмоциональных реакций. Внутри группы больных происходит дифференциация направления и типа эмоционального реагирования. Отмечается преобладание внешнеобвинительных реакций самозащитного типа при увеличении частоты припадков, длительности заболевания и возраста больных, выступающих в качестве декомпенсирующих факторов.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Якунина О. Н., Скульская Я. М.

Санкт-Петербург, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева» МЗ РФ

Актуальность. Особенности социального функционирования больных эпилепсией интересовали исследователей уже на самых ранних этапах изучения этой болезни. Важность изучения социально-психологических проблем больных эпилепсией подчеркивается в исследованиях последних лет (Болдырев А. И., 2000; Незнанов Н. Г. и др., 2005; Громов С. А. и др., 2006, 2008 и др.). Получение образования, трудоустройство, создание семьи и межличностное общение являются социально значимыми и уязвимыми сферами жизни больных эпилепсией. Характеристики больного эпилепсией как субъекта трудовой деятельности тесно связаны с его свойствами как субъекта познания и общения.

Сложность этиологии заболевания, полиморфизм клинических, патофизиологических и психопатологических проявлений, а также сложность социальной адаптации больных заставляют признать оптимальность комплексного подхода к изучению этого заболевания. Именно эпилепсия является моделью для изучения биопсихосоциальных соотношений. Такой подход является методологической основой функционального диагноза, в котором учитываются клинические, психологические и социальные аспекты болезни. Уровень социальной адаптации больных эпилепсией обусловлен клинической картиной заболевания и особенностям личности пациентов.

Эпилептические припадки, с одной стороны, являются факторами пароксизмальных общемозговых и локальных нарушений нервно-психической деятельности, с другой стороны, припадки как проявления болезни вызывают ответную реакцию личности и социума. Имеет место сложное переплетение и взаимообусловленность социального и биологического в течении эпилепсии, в формировании особенностей личности больного. В связи с наличием эпилептических припадков, непсихотических психических расстройств и изменений личности у больных эпилепсией возникают трудности социально-психологической адаптации. Это мешает в реализации жизненных планов пациентов, вызывает дискомфорт и неудовлетворённость качеством жизни. Поэтому изучение особенностей социально-психологической адаптации этой категории больных актуально.

Цель исследования: изучение особенностей социально-психологической адаптации больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания с использованием методов социальной психологии.

Материал и методы. Обследовано 30 взрослых пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 67 лет с различными клиническими проявлениями эпилепсии. Для оценки уровня толерантности больных эпилепсией к своему окружению, особенностей коммуникативной деятельности, уровня агрессивности и дезадаптации поведения применялись следующие методики: шкала Т. Адорно (1950) – для выявления уровня интолерантности личности и преобладания таких характеристик как слепое следование авторитетам, механическое подчинение общепринятым ценностям, стереотипность мышления, агрессивность, цинизм, подверженность суевериям; методика В. Бойко (2008) – для оценки коммуникативных возможностей пациентов; методика Л. Г. Почебут (2007) – для определения уровня дезадаптации и типа агрессивных реакций; семантический дифференциал Фельдеса (СДФ) – для самооценки качеств личности пациентов.

Результаты исследования. С помощью F-шкалы Т. Адорно удалось установить, что большая часть пациентов имеют средние и низкие показатели толерантности. Эти результаты соотносятся с данными по методике оценки коммуникативной толерантности В. Бойко. Высокие баллы по шкале социальной желательности свидетельствуют, что многим пациентам присуще желание показать себя в лучшем свете. Пациентам с повышенным уровнем агрессии присущи следующие характеристики: склонность к подозрительности, осуждению, некритическое отношение к идеализированным авторитетам, вера в то, что мир полон опасностей и зла. Многим свойственна сильная озабоченность сферой сексуальной жизни.

По данным методики В. Бойко удалось установить, что большинство пациентов имеют низкий уровень коммуникативной толерантности личности. Это свидетельствует о сложности понимания и принятия индивидуальности других людей, выдает тенденцию оценивать других, исходя из собственного «Я», что говорит об эгоцентризме и негибкости в отношении с другим человеком, а в то же время гибкость в общении во многом определяет его успешность. Следует отметить, что пациентам сложно скрывать или хотя бы сглаживать неприятные чувства, возникающие при столкновении с неприятными качествами у партнеров по общению.

С помощью методики Л. Г. Почебут обнаружено, что наиболее высокий уровень дезадаптивного поведения выявляется у пациентов с клинически выраженными изменениями личности. Типы агрессивного поведения разнообразны. Это и вербальная агрессия (упреки, порицание, брань), и физическая. Физическая агрессия чаще возникает в конфликтных, эмоционально-напряженных ситуациях, когда больной теряет контроль над своими эмоциями и действиями. Порой агрессивные действия выражаются в предметной агрессии (удар кулаком в стену, двери, битье посуды и др.). Эмоциональная агрессия выявляется у пациентов с дисфорическими состояниями в виде повышенной вспыльчивости, раздражительности, внутреннего дискомфорта. Самоагрессия возникает у пациентов со склонностью к самообвинению, снижению фона настроения, формированию комплекса неполноценности.

Следует отметить, что у большинства пациентов диагностируется несколько типов агрессивных реакций разной степени интенсивности. Дифференциация типов агрессивного поведения и понимание их генеза позволяет использовать адекватные способы их коррекции (медикаментозные, психотерапевтические и воспитательные).

Анализ результатов методики «СДФ» показал тенденцию к завышению личностной самооценки. Несмотря на высокий уровень самоуважения личности, эта характеристика не всегда сопряжена со склонностью опираться на собственные силы в трудных ситуациях. Так же уровень положительного отношения к себе часто связан с пониженным уровнем экстравертированности личности, указывая на некоторую пассивность в ситуациях межличностного общения.

Наблюдение за пациентами во время обследования и анализ особенностей их поведения позволил условно разделить их на две практически равные группы: «словоохотливые» и «молчуны». «Словоохотливые» были склонны обсуждать ответ на каждый вопрос, приводя примеры из своей личной жизни, имея склонность к повторению одной и той же информации разными словами, т. е. к персеверациям. Часто таких пациентов приходилось побуждать вернуться к выполнению задания. Это говорит о повышенной отвлекаемости и повышенной фиксации пациентов на событиях своей жизни. У пациентов из данной условной группы гораздо чаще появлялись вопросы по формулировкам заданий. В отличие от них «молчуны» отвечали зачастую односложно и реже прибегали к помощи психолога, тем не менее у них сравнительно чаще возникали сомнения по поводу значений отдельных слов. У «молчунов» более выражена интроверсия.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об особенностях социально-психологической адаптации (дезадаптации) больных эпилепсией и возможности использования методов социальной психологии для их диагностики.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ПРИНЯТИЯ ФАКТА БОЛЕЗНИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ясникова Е. Е., Рыбалко В. О., Нелаев М. В.

Иркутск, ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России

Материал исследования. Обследовано 110 взрослых пациентов Иркутского областного центра СПИД с диагнозом четвертой стадии ВИЧ-инфекции. В рамках структурированного интервью определялась типология реакций на ключевые события, связанные с ВИЧ-инфекцией: сообщение о ВИЧ-статусе, появление первых симптомов заболевания и необходимость лечения. Также оценивалась приверженность к противовирусной терапии (ВААРТ).

Использовалась концепция стадий принятия факта неизлечимого заболевания Э. Кюблер-Росс, так как ВИЧ-инфекция является хроническим, неизлечимым и потенциально смертельным заболеванием. Также исследовалась не упоминающаяся у Кюблер-Росс анозогнозическая стадия реагирования, которая становится особенно значимой при длительных бессимптомных периодах заболевания.

Таким образом, нами выделено 6 стадий принятия ВИЧ-инфекции как хронического, неизлечимого заболевания, требующего лечения: анозогнозия, отрицание (отличается от анозогнозии более активным и более сознательным уклонением от принятия факта наличия болезни или её этапов (например, необходимости лечения), реакция гнева, стадия «магического мышления» или «торгов», депрессивная реакция, стадия принятия факта болезни. Определялся актуальный тип реакции и все предшествовавшие типы. Также учитывался тип реагирования на болезнь по классификации Иванова и Личко. Применялись шкалы BDI, SCL, СМОЛ и ТОБОЛ. Проводилась статистическая обработка полученных данных.

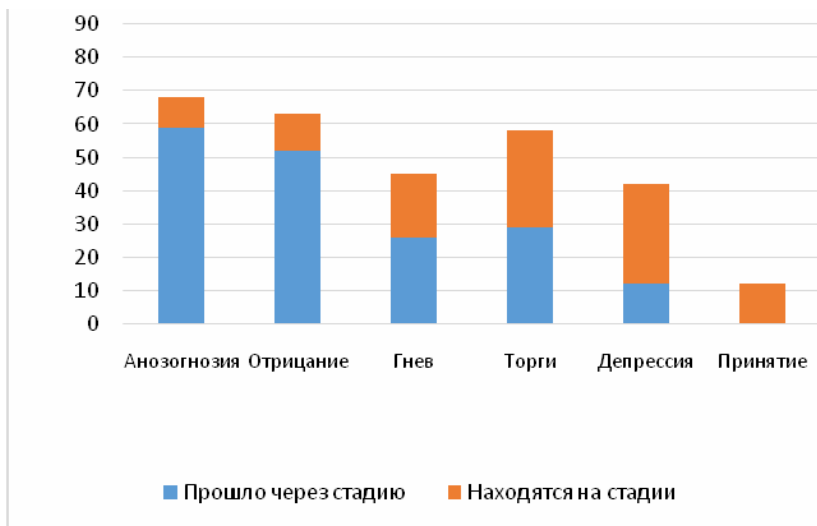


Рис. 1. Стадии реагирования на ВИЧ-инфицирование

Обсуждение. У 68 пациентов в нашей выборке первичная реакция на сообщение о ВИЧ(+)-статусе была определена как анозогнозическая. Эмоциональная реакция на диагностику ВИЧ-инфекции отсутствовала, пациенты возвращались к прежнему образу жизни, не интересуясь ни последствиями заболевания, ни возможностями лечения, что

проявлялось такими фразами как: «А мне всё равно», «Ну и что дальше?», «Мне это неинтересно». 9 пациентов сохранили равнодушное отношение к своему состоянию к моменту участия в исследовании, чему способствовало в том числе бессимптомное течение у них ВИЧ-инфекции. В связи с тем, что на фоне длительно существовавших показаний к ВААРТ никто из пациентов этой группы не предпринимал попыток приступить к лечению, все пациенты, находившиеся на стадии анозогнозии на момент осмотра, были отнесены к группе абсолютно не приверженных к противовирусной терапии.

У 63 пациентов в нашей выборке в анамнезе была определена стадия активного отрицания, при этом у 11 из них она была определена после прохождения стадии анозогнозии, и ещё у 11 стадия отрицания была определена как актуальная. Типичными высказываниями для пациентов на стадии отрицания были фразы: «Да этого же никто точно не знает», «Я здоров, ваш анализ ошибочен», «Вы сами знаете, что вы анализируете?». Из 11 пациентов, у которых данный тип реагирования был определён как актуальный, 5 никогда не принимали ВААРТ и были отнесены к группе абсолютно неприверженных, и ещё 6 начинали приём ВААРТ, но прекратили в связи с исчезновением симптомов заболевания и были отнесены к группе недостаточно приверженных.

После слома первичной психологической защиты вся сила аффекта выражается непосредственно, что означает переход к стадии гнева. Данная стадия была определена в анамнезе у 26 пациентов, и ещё у 19 человек эта стадия была определена как актуальная. Позицию по отношению к медицинскому персоналу можно определить как конфронтующую, что роднит эту стадию со стадией отрицания. Часть пациентов из этой подгруппы легко аффектизировались, считая себя несправедливо обиженными жизнью, что проявлялось, например, в следующих выражениях: «Да чтоб вам самим так заболеть!», «Вы ничего не можете знать, и не смейте мне указывать!», «Вот перестану терапию принимать, посмотрю, как вы забегаете!». Большая часть пациентов на этой стадии – 12 человек – были отнесены к группе «недостаточно приверженных», так как начинали ВААРТ после очередного обострения ВИЧ-инфекции и прекращали на фоне улучшения состояния здоровья или рецидива химической зависимости. 6 человек были отнесены к группе неприверженных, так как никогда не принимали ВААРТ, и один пациент готовился к первому в жизни назначению ВААРТ, поэтому был отнесён в группу начавших лечение.

Стадия «торгов», или «магического мышления», была определена как актуальная у 29 больных, и ещё у 29 была выявлена в анамнезе. Во всех случаях пациенты сообщали о постоянных внутренних диалогах,

направленных на убеждение самого себя в том, что болезнь излечима. В группе пациентов, начавших лечение, стадия магического мышления была определена у 8 человек. Эти пациенты относились к факту назначения ВААРТ с необоснованным оптимизмом, ожидая полной элиминации вируса из организма на фоне приёма терапии. Такое же нереалистично оптимистическое отношение к терапии встречалось и среди пациентов, принимавших лечение, но прервавших его: из 9 пациентов этой подгруппы 7 прервали ВААРТ именно по причине улучшения самочувствия, которое было воспринято как признак полного выздоровления; ещё 2 пациентов выбыли по причине утомления сложной схемой терапии. 2 пациента в нашей выборке, никогда не принимавшие ВААРТ, также находились на стадии магического мышления. Наконец, среди высоко приверженных к ВААРТ пациентов, у которых было определено магическое мышление на момент исследования (10 человек), преобладало нереалистичное отношение к терапии (7 человек), менее распространённым было увлечение нетрадиционной медициной (3 человека), которое, однако, не являлось угрозой для приверженности на момент осмотра.

Стадия депрессии была выявлена как актуальная у 30 пациентов, и ещё у 12 – обнаружена в анамнезе. На этой стадии психологические защиты, как правило, оказываются сломлены, и эмоциональная реакция выражается непосредственно депрессивной триадой симптомов, что в том числе отражалось в высоких показателях психодиагностических шкал (BDI, SCL, СМОЛ, ТОБОЛ). В высказываниях больных также четко просматривается переживание смыслоутраты: «Лечение не имеет смысла», «Нет смысла лечиться, если от меня все отвернулись», «Зачем что-то делать, к прежнему теперь всё равно не вернуться», «Нет смысла что-либо менять, конец всё равно один». 12 пациентов из этой группы прервали регулярный приём ВААРТ на фоне развития депрессивной стадии реагирования, и поэтому были отнесены к группе недостаточно приверженных. Ещё 2 пациента никогда не принимали ВААРТ, поэтому были отнесены к группе абсолютно неприверженных.

Стадия принятия, наступающая после прохождения стадии депрессии, была определена в нашей выборке у 12 пациентов. Из них 10 характеризовались стабильно высокой приверженностью к ВААРТ, и ещё 2 пациентов готовились к старту терапии. Для них было характерно принятие своего состояния и его последствий, включая изменения поведения и регулярный приём ВААРТ. Стадия принятия у этих пациентов соответствует гармоничному типу реагирования на болезнь по классификации Иванова и Личко и является целевым типом отношения к болезни и лечению среди данной группы больных.

Т а б л и ц а

Тип отношения к болезни и уровни адаптивности у ВИЧ-инфицированных

Тип отношения к болезни	Деадаптивный	Условно адаптивный	Адаптивный
по классификации Э. Кюблер-Росс	Отрицание, гнев, «магическое мышление», депрессия	«Магическое мышление», депрессия	Принятие
по классификации А. Е. Личко	Ипохондрический, меланхолический, апатичный, анозогнозический, неврастенический, тревожный, эгоцентрический, параноидальный, дисфорический	Тревожный, неврастенический, сенситивный, ипохондрический, эргопатический, эйфорический	Гармоничный
Отношение к болезни	Осознание болезни отсутствует полностью или частично	Осознание болезни частично присутствует	Осознание болезни присутствует
Отношение к медицинскому персоналу	Индифферентное, конфронтующее, пассивно-выжидающее	Нестабильно сотрудничающее	Сотрудничающее
Отношение к социальным ограничениям вследствие болезни	Игнорирование	Частичное принятие	Принятие, изменение поведения
Отношение к лечению	Игнорирование, конфронтация	Нереалистично оптимистическое	Реалистичное
Ведущий аффект	Тревога, гнев, импунитивные и экстрапунитивные реакции	Тревога, вина, импунитивные и интрапунитивные реакции	-
Рискованное поведение	Сохраняется	Редуцируется	Редуцируется

Заключение. Таким образом, большое многообразие типов реагирования на ВИЧ-инфекцию и её последствия, включая необходимость лечения, можно сгруппировать в три блока: деадаптивный, условно адаптивный и адаптивный. Их сравнительная характеристика представлена в таблице.

Содержание

Алимбекова Ю. Е., Дубчак Ю. В., Селедцов А. М., Лопатин А. А. (Кемерово) АРТТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕБНОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА	5
Арпентьева М. Р. (Калуга) «БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ» СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ	8
Артемьев И. А. (Томск) ТРЕНДЫ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В СИБИРИ	11
Ахметова Э. А., Галеева Е. Х., Асадуллин А. Р., Николаев И. В., Илларионов М. В. (Башкортостан, Уфа) ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОТРЕБЛЕНИЯ НОВЕЙШИХ СИНТЕТИЧЕСКИХ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ТЕРРИТОРИИ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН	14
Бабарахимова С. Б., Саидхонова Ф. М. (Ташкент, Узбекистан) ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА ..	18
Бакеева Е. Г., Горелкин А. О., Зорохович И. И., Люлина И. Л., Лопатин А. А. (Кемерово) ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РАБОТЕ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ ГБУЗ КО «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» ЗА 2011—2015 ГГ.	21
Баранов И. В., Баранова М. А. (Юрга) К ПРОБЛЕМЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	24
Батюк Т. Г., Вдовина Е. В., Куракина Е. Г. (Кемерово) КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕЙ ПРИЗЫВНОГО И ПРИПИСНОГО ВОЗРАСТОВ, ОБСЛЕДУЕМЫХ В ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	27
Березовская М. А. (Красноярск) ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ	32
Богданов Я. В. (Кемерово) ВОЗМОЖНОЕ ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА ПСИХОПАТОЛОГИЮ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ И КРИМИНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ	36
Богданович Е. А. (Кемерово) ОБ ОПЫТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ДИЗАЙНЕРСКИХ НАРКОТИКОВ ПАЦИЕНТАМИ ГБУЗ КО «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» ...	38
Богданович Е. А. (Кемерово) ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОГО КРИЗИСА	40
Бурсова Т. В., Иванов В. Г. (Кемерово) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АФФЕКТИВНО НАСЫЩЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ (по материалам КППСЭ)	42

Быданова Е. С., Егорова Л. А., Ширяева О. В. (Кемерово) КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЖЕНСКОМ СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ	46
Бычкова В. В., Гордеев В. А., Устьянцев Д. Г. (Кемерово) ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ..	48
Василевская Ю. Д., Сергеев В. Д., Фаткулина К. Е. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ЭРГОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	51
Васильева Н. В., Былкова Н. К., Быстрова Н. А., Скачкова Н. Ю. (Хабаровск) МЕДИЦИНСКОЕ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛЬНОГО (КОРРЕКЦИОННОГО) ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ VIII ВИДА	55
Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Рудницкий В. А. (Томск) СИСТЕМА ИММУНИТЕТА В ПАТОДИНАМИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	57
Вишневская Э. С., Буланова Я. В., Зверева А. Ю., Зерникова А. А., Серебrenникова А. В., Устьянцев Д. Г. (Кемерово) К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ПСИХОПАТИИ И ИСТЕРОФОРМНЫХ СОСТОЯНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	59
Волгин Л. М., Сомова Н. В., Осипов Г. П. (Кемерово) АМНЕСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ	60
Волгогонов О. А., Митюхина О. С., Савинцев П. К. (Кемерово) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕКОМЕНДУЕМЫМ ПРИНУДИТЕЛЬНЫМ МЕРАМ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	63
Володенкова Е. А. (Красноярск) ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	66
Вострых Д. В., Лопатин А. А., Васильев В. М., Зорохович И. И. (Кемерово) О РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ЧАСТИ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИВЛЕЧЕННЫМ К АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ	68
Высоцкий С. В., Панкова Е. П., Селедцов А. М., Тихова М. В., Шамова И. П. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	71

Галеева К. В., Виншу А. А., Купцов Д. Е., Сахарова Д. А. (Кемерово) КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ АГРЕССИВНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	73
Гацковская Ю. С., Волкогионов О. А., Митюхина О. С. (Кемерово) ОЦЕНКА СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ГРАЖДАНСКИМ ИМУЩЕСТВЕННЫМ ДЕЛАМ У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ОТДЕЛЕНИИ АСПЭ ГКУЗ КО КОКПБ	77
Говенько А. А., Лаврентьева И. М., Селедцов А. М. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА	80
Гранкина И. В., Иванова Т. И. (Омск) ПОЭТАПНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПСИХО-ПАТОПОДОБНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ КОМПЛЕКСЕ	81
Дарсалия О. В., Говорова Г. М. (Кемерово) ПРИМЕНЕНИЕ АУДИОВИЗУАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА В ПСИХОТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	83
Дербенева Н. А., Любченко М. В., Селезнева Н. В., Яковлева О. Е. (Кемерово) ФАКТОРЫ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ВРАЧАМ-ПСИХИАТРАМ	86
Долотина Л. А., Кушнарёва О. М. (Кемерово) ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ	88
Егорова Л. А., Быданова Е. С., Ширяева О. В. (Кемерово) ГРУППОВЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ РАБОТЫ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ	94
Елтышева Н. В. (Красноярск) ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ И НАРУШЕНИЯМИ КОММУНИКАЦИИ В ДЕТСКОМ АМБУЛАТОРНОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА	97
Зарубина Н. Г., Бакеева Е. Г., Зорохович И. И., Люлина И. Л., Лопатин А. А. (Кемерово) ВЫЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ	100
Зорохович И. И., Зарубина Н. Г., Люлина И. Л., Лопатин А. А. (Кемерово) ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ, У РАБОТНИКОВ УГЛЕДОБЫВАЮЩИХ И ГОРНО-РУДНЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	104

Итерман А. Э., Прокофьева И. С., Зорохович И. И. (Кемерово) «ПУТЬ К СЕБЕ» – ПРОГРАММА ДЛЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ	110
Кадачегов А. С., Березовская М. А. (Красноярск) КОМОРБИДНАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У НЕТРУДОСПОСОБНЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	113
Казенных Т. В., Гребенюк О. В. (Томск) ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕТАЗОЛАМИДА ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ВЗРОСЛЫХ	115
Калинина К. В., Макарова О. В., Быданова Е. С. (Кемерово) ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ	117
Карпова И. И. (Горно-Алтайск, Республика Алтай) АКТУАЛЬНОСТЬ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ НЕВРОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ В АСПЕКТЕ УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ	119
Кирина Ю. Ю., Селедцов А. М., Зорохович И. И., Лопатин А. А., Садардинов С. Ф. (Кемерово) РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ	121
Королев А. Л., Ярославская М. А. (Москва) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ПЕРЕЖИВАНИЯ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	124
Косяк А. К., Волкогонов О. А., Устьянцев Л. Г., Ядыкина Е. В. (Кемерово) СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЦ, ПОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ	127
Кралько А. А. (Минск) ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖЬЮ	131
Кулешова Е. О. (Барнаул) ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВАНИИ ИХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ	134
Куренков В. С., Широков Д. В. (Кемерово) РОЛЬ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ, УТРАТИВШИМИ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ	137
Курочкина Н. П., Бычкова В. В., Устьянцева Л. Л. (Кемерово) РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	140
Лабутин А. С., Зорохович И. И., Селедцов А. М., Кирина Ю. Ю. (Кемерово) СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ У ЛИЦ, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДНЕВНОМ НАРКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	142

Ларина И. А. (Ленинск-Кузнецкий) ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН РАБОЧИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, ЗАНЯТЫХ В УГЛЕДОБЫВАЮЩЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	145
Лебедева Е. В., Сергиенко Т. Н., Горохов А. С., Счастный Е. Д., Репин А. Н., Симуткин Г. Г., Шишневa Е. В., Перчаткин В. А., Суровцева А. К. (Томск) ВЛИЯНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА ДИНАМИКУ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ	148
Логинов И. П., Савин С. З. (Хабаровск) ПЕРСПЕКТИВНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В НАРКОЛОГИИ	153
Лончакова В. В., Крысюк М. В., Долотина Н. С., Авдюшкина Т. С. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ	156
Лукьянова Е. В., Лебедева В. Ф. (Томск) ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ	161
Любченко М. В., Бафраджан М. В. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ – ЖИТЕЛЕЙ СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ	163
Любченко М. В., Дербенева Н. А., Селезнева Н. В., Яковлева О. Е. (Кемерово) ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ	166
Макарова О. В., Калинина К. В. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТОГЕРОНТО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ	168
Макашева В. А. (Новосибирск) СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)	171
Максименко А. В., Богданов Я. В. (Кемерово) ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В КЕМЕРОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ	174
Максимова О. И., Батюк Т. Г., Вдовина Е. В., Павлов П. В. (Кемерово) КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА И ТИПЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В АНАМНЕЗЕ У ПРИЗЫВНИКОВ, ОБСЛЕДОВАННЫХ В ДНЕВНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	177
Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Томский М. И. (Якутск) ЧАСТОТА ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ ВАРИАНТОВ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)	181

Моор Л. В., Рахмазова Л. Д. (Омск, Томск) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА С АГОРАФОБИЕЙ	183
Москвитин П. Н. (Новосибирск, Новокузнецк) ПСИХОГИГИЕНА – ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АДДИКТОЛОГИИ	185
Мухомедзянов Х. М. (Новосибирск) АНТИСОЦИАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ТЮРОК СИБИРИ (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)	188
Находкин Е. Г., Коробичина Т. В., Березовская М. А. (Красноярск) ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ	190
Нестеренко О. В., Вострых Д. В., Лопатин А. А., Никитин П. И. (Кемерово) ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД УГРОЗОЙ ЛИШЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ КАК ЗВЕНО ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА	193
Никитин П. И., Лопатин А. А., Кирина Ю. Ю., Селедцов А. М. (Кемерово) ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА	198
Новикова С. Ю. (Красноярск) РОЛЬ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	201
Нохрина Л. Я., Обеснюк О. А., Демко А. А. (Кемерово) КОНВЕРСИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ	203
Нохрина Л. Я., Платонов Д. Г. (Кемерово) ЗНАЧЕНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ АЛЕКСИТИМИИ И ВРАЖДЕБНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ	207
Обеснюк В. В. (Кемерово) КАРТИРОВАНИЕ МОЗГА И СООТВЕТСТВИЕ ПСИХОПАТОЛОГИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	209
Обеснюк О. А., Обеснюк В. В. (Кемерово) ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ГОЛОВНОГО МОЗГА	212
Павлов П. В., Батюк Т. Г. (Кемерово) МЕТОДИКА ГРУППОВОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НА ОСНОВЕ БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНОЙ ТЕОРИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНИЧЕСКИМ ДЕФЕКТОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА	215

Павлова О. А., Гуткевич Е. В., Лебедева В. Ф. (Томск) СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ИХ СЕМЬЯМ	218
Панкова Е. П., Высоцкий С. В., Селедцов А. М., Тихова М. В., Шамова И. П. (Кемерово) ВЛИЯНИЕ ПАТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	222
Перчаткина О. Э., Аксенов М. М. (Томск) КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИССОЦИАТИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ В СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ РЕАКЦИЙ НА СТРЕСС	224
Рублева О. П., Колпакова Ю. В. (Кемерово) АНАЛИЗ ПРИЧИН СУИЦИДАЛЬНЫХ ОБРАЩЕНИЙ НА ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ...	227
Рублева О. П., Миглевская Т. Н. (Кемерово) ПРОБЛЕМЫ БОЛЕЗНИ И УМИРАНИЯ В ТЕЛЕФОННОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ	234
Сергиенко К. С., Устьянина Ж. Г., Черткова О. А., Селедцов А. М. (Кемерово) ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ НА ОСНОВЕ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА	239
Сивакова Н. А., Коцюбинский А. П., Липатова Л. В. (Санкт-Петербург) НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ	242
Стоянова И. Я., Смирнова Н. С. (Томск) ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ	246
Стреминский С. Ю., Строганов А. Е. (Барнаул) КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	248
Устьянцев Д. Г., Вишневская Э. С., Буланова Я. В., Зверева А. Ю., Зерникова А. А. (Кемерово) ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАЦЕТАМА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИЛИ УСТРАНЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВЫЗВАННЫХ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ	251
Устьянина Ж. Г., Черткова О. А. (Кемерово) ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА	253
Хоменко О. П., Агарков А. А. (Томск) ДИНАМИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД	255
Худина Ю. С., Жинжило Е. В., Слепкова Н. В. (Ростов-на-Дону) АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ С КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ СДВГ	257

Чадова А. Н., Долотина Л. А., Лаврушина А. А. (Кемерово) КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, ПРИВОДЯЩИЕ К ДЕЗАДАПТАЦИИ ...	260
Черенёва Е. А. (Красноярск) АКТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ	263
Черткова О. А., Осипов Г. П., Пчелкова К. А., Сомова Н. В. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА КОППИНГ-СТРАТЕГИЙ У АЛКОГОЛЕЗАВИСИМЫХ ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	267
Шевцова М. А., Лопатин А. А., Зорохович И. И., Кириченко Е. А., Говорова Г. М. (Кемерово) ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА СЕЛИНКРО (НАЛМЕФЕН) В ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	270
Шереметьева И. И., Вдовина М. Г. (Барнаул) ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ (ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ)	273
Шереметьева И. И., Плотников А. В. (Барнаул) НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ	275
Широков Д. В., Куренков В. С., Гордеев В. А. (Кемерово) ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ HCR-20 ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА НАСИЛЬСТВЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА	277
Яковлева М. В. (Якутск) АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУИЦИДОВ ПО ОТДЕЛЬНЫМ РАЙОНАМ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) ЗА 2005 – 2015 ГГ.	279
Якунина О. Н., Липатова Л. В., Мазо Г. Э. (Санкт-Петербург) КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	280
Якунина О. Н., Скульская Я. М. (Санкт-Петербург) ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	283
Ясникова Е. Е., Рыбалко В. О., Нелаев М. В. (Иркутск) ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ ПРИНЯТИЯ ФАКТА БОЛЕЗНИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	286

Научное издание

Первые Корниловские чтения

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Сборник тезисов

Межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной 85-летию со дня рождения профессора
А. А. Корнилова

(Кемерово, 14 апреля 2016 г.)

Под научной редакцией
члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана

Редактор И. А. Зеленская

В иллюстративном оформлении обложки использована
картина Андрея Чикачева «Мечта»

Подписано в печать 29.03.2016 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать ризография.

Печ. л. 18,75; усл. печ. л. 17,44; уч.-изд. л. 17,41.

Тираж 500. Заказ №16176

Издательство «Иван Фёдоров»

634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»

634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

тел.: (3822) 78-80-80, тел./факс: (3822) 78-30-80

E-mail: mail@if.tomsk.ru

