АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Томск - 2016

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»
(НИИ психического здоровья)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Сборник тезисов

Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии»
(Томск, 1 ноября 2016 г.)

II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященная памяти академика В. Я. Семке
(Томск, 2 ноября 2016 г.)

под редакцией члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана

Выпуск 18

Издательство «Иван Федоров»

Томск

2016

УДК 616.89:616-036.2:616-02:616-092:616-071:616-037:616-084
ББК 56.14+56.145.1
А437

Р е ц е н з е н т ы:

Ю. В. Дроздовский – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии (ФГБОУ ВО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России)

А. М. Селедцов – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии (ФГБОУ ВО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России)

А437 Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник тезисов Юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.) и II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В. Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.) / под редакцией члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2016. – Вып. 18. – 296 с.

ISBN 978-5-91701-120-2

Выпуск 18 «Актуальных вопросов…» включает тезисы двух научных форумов – Юбилейной научно-практической конференции к 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ и II Всероссийской конференции по этнокультуральной психиатрии и наркологии. В рамках первого научного мероприятия под эгидой Томского научно-учебно-практического объединения психиатров (Научно-исследовательский институт психического здоровья, Сибирский государственный медицинский университет, Томская клиническая психиатрическая больница) планируется обмен научно-практическим опытом специалистов из Центрального, Сибирского и Дальневосточного ФО РФ, стран ближнего и дальнего зарубежья. Научная программа охватывает: научные, методологические, организационные основы современной психиатрии и наркологии; закономерности формирования НППР в Сибири; клинико-диагностические аспекты психических расстройств; клиническая психология и психотерапия; современные подходы к образованию в психиатрии, наркологии и психотерапии; междисциплинарнарные аспекты, персонализированный подход, бригадные методы в оказании помощи пациентам с психической и соматической патологией; превенция и профилактика психических расстройств; совершенствование оказания психиатрической и наркологической помощи населению; современные психотерапевтические и медикаментозные подходы в психиатрии и наркологии; эффективность и безопасность применения современных психотропных средств.

На второй конференции пройдет дискуссия и обмен опытом по этнокультуральным исследованиям в психиатрии и наркологии. В выступлениях докладчиков будут рассмотрены этнотерриториальные параметры психического здоровья; этнокультуральная оценка суицидального и агрессивного поведения, гендерных различий, коморбидности, патоморфоза, резистентности при психической патологии; этнокультуральные аспекты психической дезадаптации и стрессоустойчивости при психосоматических расстройствах; вклад миграции, аккультурационного стресса, антропогенных и экстремальных гелиогеобиосферных факторов; медико-социальные показатели и мониторинг наркологической ситуации; предикторы формирования, динамика и профилактика аддиктивных состояний среди коренных народов Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера; биологические, молекулярно-генетические, нейрофизиологические и экспериментально-психологические исследования психических заболеваний в этнически разнородных популяциях; этнокультуральные аспекты превенции, реабилитации и профилактики психических расстройств в разных социальных группах; этнологическая экспертиза последствий техногенных вмешательств на территории проживания малочисленных этносов. Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения.

УДК 616.89:616-036.2:616-02:616-092:616-071:616-037:616-084
ББК 56.14+56.145.1

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

член-корреспондент РАН **Н. А. Б о х а н** (главный редактор)
д.м.н., профессор **А. В. С е м к е** (зам. главного редактора)
д.м.н., профессор **С. А. И в а н о в а** (зам. главного редактора)
д.м.н., профессор **М. М. А к с е н о в**
д.б.н., профессор **Т. П. В е т л у г и н а**
д.м.н., профессор **А. И. М а н д е л ь**
д.м.н., профессор **Е. Д. С ч а с т н ы й**
к.м.н. **О. Э. П е р ч а т к и н а** (ответственный за выпуск)
И. А. З е л е н с к а я (выпускающий редактор)

© Актуальные вопросы психиатрии и наркологии, 2016
© НИИ психического здоровья, 2016

Federal State Budgetary Scientific Institution
«Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences»
«Mental Health Research Institute»

RELEVANT ISSUES OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

Book of Abstracts

The Jubilee scientific-practical conference with international participation dedicated to the 35th anniversary of the Mental Health Research Institute and the 125th anniversary of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of the SSMU
«Relevant Issues of Psychiatry and Addiction Psychiatry»
(Tomsk, 1 November, 2016)

II Russian scientific-practical conference with international participation
«Modern Problems of Ethnocultural Psychiatry and Addiction Psychiatry»,
dedicated to the memory of academician V.Ya. Semke
(Tomsk, 2 November, 2016)

edited by corresponding member of RAS N.A. Bokhan

Issue 18

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk

2016

UDC 616.89:616-036.2:616-02:616-092:616-071:616-037:616-084
LBC 56.14+56.145.1
A437

Reviewers:

Yu. V. Drozdovsky – MD, Professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Clinical Psychology Department (FSBEI HE «Omsk State Medical Academy» of Ministry of Healthcare of the Russian Federation)

A. M. Seledtsov – MD, Professor, Head of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Clinical Psychology Department (FSBEI HE «Kemerovo State Medical Academy» of Ministry of Healthcare of the Russian Federation)

A437 Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry: book of abstracts of the Jubilee scientific-practical conference with international participation dedicated to the 35th anniversary of the Mental Health Research Institute and the 125th anniversary of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of the SSMU «Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry» (Tomsk, 1 November, 2016) and II Russian scientific-practical conference with international participation «Modern problems of ethnocultural psychiatry and addiction psychiatry», dedicated to the memory of academician V.Ya. Semke (Tomsk, 2 November, 2016) / edited by corresponding member of RAS N.A. Bokhan. – Tomsk : Publishing House «Ivan Fedorov», 2016. – Issue 18. – 296 p.

ISBN 978-5-91701-120-2

The 18th issue of «Relevant issues…» includes abstracts of two scientific forums – the Jubilee scientific-practical conference to the 35th anniversary of the Mental Health Research Institute and the 125th anniversary of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychiatry Department of the SSMU and II Russian conference of ethnocultural psychiatry and addiction psychiatry. Within the first scientific event under the aegis of the Tomsk scientific-educational-practical union of psychiatrists (Mental Health Research Institute, Siberian State Medical University, Tomsk Clinical Psychiatric Hospital) the exchange of scientific-practical experience of specialists from Central, Siberian and Far East FO RF, neighboring and non-CIS countries is planned. The scientific programme covers: scientific, methodological, organizational bases of the modern psychiatry and addiction psychiatry; patterns of formation of non-psychotic mental disorders (NPMD) in Siberia; clinical-diagnostic aspects of mental disorders; clinical psychology and psychotherapy; modern approaches to education in psychiatry, addiction psychiatry and psychotherapy; interdisciplinary aspects, personalized approach, team methods in provision of assistance to pateints with mental and physical pathology; prevention and prophylaxis of mental disorders; improvement of provision of psychiatric and addictological assistance to population; modern psychotherapeutic and medication approaches to psychiatry and addiction psychiatry; efficiency and safety of application of modern psychotropic drugs.

During the second conference, the exchange of experience of ethnocultural studies in psychiatry and addiction psychiatry will take place. The ethnoterritorial parameters of mental health; ethnocultural evaluation of suicidal and aggressive behavior, gender differences, comorbidity, pathomorphosis, resistance in mental pathology; ethnocultural aspects of mental disadaptation and stress resistance in psychosomatic disorders; contribution of migration, acculturation stress, anthropogenic and extreme heliogeobiospheric factors; medico-social indicators and monitoring of addictological situation; predictors of formation, dynamics and prophylaxis of addictive states among indigenous peoples of Siberia, Far East and Far North; biological, molecular-genetic, neurophysiological and experimental-psychological investigations of mental diseases in ethnically diverse populations; ethnocultural aspects of prevention, rehabilitation and prophylaxis of mental disorders in different social groups; ethnological expertise of consequences of anthropogenic interventions in the territory of living of small ethnoses will be considered in presentations of speakers. For psychiatrists, addiction psychiatrists, psychotherapists, psychologists, social workers, organizers of healthcare.

UDC 616.89:616-036.2:616-02:616-092:616-071:616-037:616-084
LBC 56.14+56.145.1

EDITORIAL BOARD

Corresponding member of RAS **N. A. Bokhan** (editor-in-chief)
MD, Professor **A. V. Semke** (deputy editor-in-chief)
MD, Professor **S. A. Ivanova** (deputy editor-in-chief)
MD, Professor **M. M. Axenov**
ScD, Professor **T. P. Vetlugina**
MD, Professor **A. I. Mandel**
MD, Professor **E. D. Schastnyy**
PhD **O. E. Perchatkina** (in charge for issue)
I. A. Zelenskaya (executive editor)

© Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry, 2016
© Mental Health Research Institute, 2016

ВЫЯВЛЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКИХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МРТ-ТЕРАПИИ

Аболонин А. Ф., Белокрылов И. И.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В последние 5 лет одной из основных тенденций в мире является изменение структуры употребления наркотических веществ с широким распространением синтетических наркотиков (World Drug Report, 2015). На территории России также широкое распространение получили синтетические каннабиноиды (Сафонов О. А. и др., 2011, 2012; Головко А. И. и др., 2016).

В настоящее время существуют неоднозначные оценки влияния данной группы наркотических средств на здоровье и психическое состояние потребителей (Аштон С., 2009; Головко А. И. и др., 2010; Бохан Н. А. и др., 2014). Основной мишенью воздействия наркотиков является центральная нервная система. Вместе с тем опубликовано не много работ, в которых оценивается влияние наркотиков на нейрокогнитивные функции (Бушара Н. М., Крупицкий Е. М. и др., 2009; Лундквист Т., 2010; Чухловина М. Л., 2015; Nacca N., Vatti D., Sullivan R., Sud P., Su M., Marraffa J., 2013). Ещё более спорные взгляды наблюдаются на возможности коррекции данных нарушений с использованием микроволновой резонансной терапии (МРТ) (Молодцова И. Д. и др., 2013; Касьяненко Е. С., 2013; Зябко Е. В., 2013).

Целью нашей работы было оценить выраженность клинических проявлений патологического влечения и нарушения нейрокогнитивных функций у больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов и возможности их коррекции с использованием МРттерапии.

В условиях отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья проведено лечение с использованием МРттерапии 32 больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления синтетических каннабиноидов (F12.3xx). Эти пациенты составили основную терапевтическую группу. В контрольную группу было включено 38 человек, которым проведено лечение с использование только медикаментозной терапии. Степень выраженности патологического влечения к наркотикам оценивалась по Шкале влечения к наркотику; оценка эффективности терапии проводилась с помощью Шкалы глобального клинического впечатления (CGI). Для оценки состояния высшей нервной деятельности использовались методы: числовой квадрат, БУНП, память на слова, линейный глазомер, исключение слова.

После проведения курсового лечения по предлагаемому способу (15 процедур в течение 21 дня) в основной группе наблюдалось купирование симптомов патологического влечения у 29 больных из 32 (92,8 %), а улучшение по Шкале глобального клинического впечатления (CGI) отмечено у 27 пациентов из 32 (84,3 %). После проведения лечения в контрольной группе наблюдалось снижение патологического влечения к наркотикам у 24 больных из 38 (63,2 %), а улучшение общего состоянии по Шкале глобального клинического впечатления (CGI) – у 18 больных из 38 (47,2 %). Купирование патологического влечения в контрольной группе отмечалось у достоверно меньшего количества больных ($p<0,05$) по сравнению с основной терапевтической группой.

Для наиболее точной оценки восстановления функций головного мозга нами было проведено изучение наиболее чувствительных нейропсихологических показателей, характеризующих глубинные субклинические нарушения. В связи с чем была дана оценка таким интегративным показателям, как внимание, нейродинамика, память, восприятие, мышление.

Результаты. Зарегистрированы следующие значения интегративных показателей. Внимание: основная группа до терапии – 21,3±2,1 балла, после лечения – 32±2,8 балла; контрольная группа до терапии – 21,6±3,1 балла; после – 28,6±4,2 балла. Нейродинамика (уровень активации): основная группа до терапии – 28,16±5,57 балла, после лечения – 12,6±3,9 балла; контрольная группа до терапии – 27,2±3,5 балла, после терапии – 18,5±3,7 балла. Память: основная группа до терапии – 21,3±2,51 балла, после лечения – 24,3±2,08 балла; контрольная группа до терапии – 20,8±2,3 балла, после терапии – 22,6±1,5 балла. Восприятие: основная группа до терапии – 2,3±0,5 балла, после лечения – 3,8±1,15 балла; контрольная группа до терапии – 2,1±0,3 балла, после терапии – 3,1±1,2 балла. Мышление: основная группа до терапии – 12,0±2,6 балла, после лечения – 26,0±2,0 балла; контрольная группа до терапии – 12,4±2,1 балла, после терапии – 18,0±1,8 балла.

Давая оценку приведённым данным, следует отметить, что улучшаются и перцепция и переработка информации, связанные как с метаболическими синтетическими процессами (сохранение информации), так и с медиаторными, обработка информации в затруднённых условиях.

Заключение. На основании вышесказанного можно сделать вывод о том, что средняя эффективность лечения больных с зависимостью от синтетических каннабиноидов с использованием МРттерапии превышает эффективность медикаментозной терапии в 1,7 раза. При этом предлагаемый способ отличается тем, что оказывает одновременное системное воздействие как на клинические проявления, так и на нейрокогнитивные показатели. Вместе с тем выявление нейрокогнитивных нарушений у больных с зависимостью от синтетических наркотиков и использование МРттерапии для их коррекции нуждается в дальнейшем более глубоком и системном изучении.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ТОМСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Агаркова О. В., Агарков А. П.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Томские психиатры в 1999 г. разработали «Положение о стационаре на дому диспансерного отделения больницы», опираясь на многолетний клинический и организаторский опыт, изучив отечественные и зарубежные литературные данные (Берман Д. Я., 1961; Павловский М. П., 1991; Лекторов В. Н., Заяц В. И., Земко Ю. Г., 1992; Коротков Ю. А., 1996; Березина В. И., 1999; Индейкин Е. Н., 1999; Fenton W., Tessier L., Struening E., 1979; Bebbington A. C., Davies B. P., 1993; Burns T., Raftery J., Beadsmoore A. et al., 1993). Необходимо отметить, что к моменту создания в Томске стационара на дому для психически больных не было регламентирующих эту деятельность нормативных документов, так как «Методические рекомендации Минздрава РФ по организации стационарзамещающих форм медицинской помощи населению» были опубликованы позже – только в 2002 г.

В «Положении о стационаре на дому», разработанном в 1999 г., предусматривалось создание 10 коек на каждом врачебном участке, где участковый врач-психиатр и медсестра проводили бы все мероприятия медицинского характера, а также могли привлекать в качестве консультантов терапевта и невропатолога диспансера. Решение о приеме больного в стационар на дому участковый врач принимал самостоятельно. За эту деятельность участковый врач и медсестра имели надбавку к основному окладу в размере 25—50 %, в зависимости от числа пролеченных пациентов.

В течение 2000 г. в стационаре на дому прошли лечение всего 74 пациента, так как врачи поначалу очень осторожно использовали эту новую форму психиатрической помощи в повседневной работе. Постепенно недоверие врачей к стационару на дому прошло, и в 2002 г. число случаев (некоторые больные прошли лечение дважды в течение года) оказания помощи в стационаре на дому превысило первоначальные показатели в 2 раза (144 случая), в 2004 г. – почти в 3 раза (200 случаев), а в 2006 г. – почти десятикратно (698 случаев).

Однако в 2005 и 2006 гг., когда число случаев лечения в стационаре на дому достигло максимума, вновь значительно вырос уровень повторной госпитализации в стационарные отделения больницы. Анализ показал, что многие участковые врачи, стремясь получить максимальную прибавку к зарплате, стали оформлять обычные посещения пациентов как работу в стационаре на дому. Поэтому с врачами была проведена разъяснительная работа, а «Положение о стационаре на дому» пересмотрено. Это привело, с одной стороны, к резкому сокращению числа случаев оказания помощи больным в стационаре на дому (в 2007 г. – 362 случая, в 2009 г. – 303), а с другой – к уменьшению повторных госпитализаций пациентов, то есть к тому, ради чего и внедрялась эта стационарзамещающая технология.

За последние 2 года (2014 и 2015 гг.) число случаев, пролеченных в стационаре на дому, составило соответственно 580 и 404. Это сопровождалось радикальным изменением клинической структуры получивших помощь в стационаре на дому пациентов.

Если в 2000–2010 гг. больные шизофренией составляли не менее 60 % от всех больных, которые получили помощь в стационаре на дому, то в 2014 г. их доля составила только 47,0 %, а в 2015 г. – 44,7 %. Самой распространенной формой патологии, при которой врачи диспансерного отделения считали необходимым использовать стационарзамещающую технологию, в 2015 г. стали органические психические расстройства психотического и непсихотического уровней. Они составили 45,7 %, впервые превзойдя экстенсивные показатели больных шизофренией.

Нам трудно судить, насколько стабильной окажется выявленная тенденция. Не исключено, что в последующем все вернется «на круги своя», и больные шизофренией вновь окажутся самой многочисленной группой среди пациентов стационара на дому. Однако не вызывает сомнения рост органических психических расстройств психотического и непсихотического уровней среди населения Томска и Томской области. Особенно это касается представителей старшей возрастной группы (старше 60 лет) в связи с постоянно увеличивающейся средней продолжительностью жизни. Это отражает и наш материал, где экстенсивные показатели больных с разными типами деменции, пролеченных в стационаре на дому, выросли за последние 3 года более чем в 2 раза.

Изложенная выше информация должна быть учтена при планировании дальнейшей работы стационара на дому для психически больных и разработки методических рекомендация по организации помощи в рамках этой стационарзамещающей технологии пациентам с органическими психическими расстройствами.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ЖЕНЩИН ПРИ НОРМАТИВНОМ КРИЗИСЕ ЗРЕЛОСТИ

Аксенов М. М., Перчаткина О. Э., Скрипачева Е. Н.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск
Томский государственный педагогический университет, Томск

Выборку исследования составили 168 женщин от 27 до 44 лет. В ходе анкетирования и беседы были получены биографические и демографические данные женщин, а также данные об их социальном положении и особенностях семейной жизни. Далее мы рассмотрим, как эти характеристики влияют на исследуемые психологические показатели.

В первую очередь отметим, что влияние части характеристик на психологические показатели установить не удалось, в частности среди таких показателей, как наличие взаимного непонимания в семье и конфликты на работе. Эти жизненные условия не связаны с исследуемыми психологическими характеристиками нормативного кризиса.

Степень переживания кризиса сильнее у тех женщин, которые выросли без матери или без отца (H=14,07; p=0,003), при этом воспитание вне родительской семьи или в полной семье не приводит к усилению симптомов кризиса. Женщины с более высоким уровнем кризиса отмечают низкий и средний уровни семейного благополучия (H=14,9; p=0,001), испытывают одиночество (U=963; p=0,011), имеют конфликты в семье (U=1776,5; p<0,001), проблему употребления ПАВ (U=445; p=0,057), испытывают бытовые и материальные проблемы (U=997,5; p<0,001), в целом отмечают проблемы в семье (U=671,5;p<0,001). На работе эти женщины являются специалистами и работают в коллективе (H=8,24; p=0,041), для социальных работников, руководителей или частных предпринимателей сильные проявления кризиса менее свойственны. Женщины в кризисе испытывают недовольство своей профессией (U=878; p<0,001) и в целом испытывают проблемы на работе (U=408; p<0,001), обременены множеством внешних проблем (U=626,5; p<0,001), испытывают неблагоприятные психические состояния (U=657,5; p<0,001): раздражение (U=647,5; p<0,001), тревогу (U=1555; p<0,001), лабильность настроения (U=657;p<0,001), вовлечены в многочисленные конфликты (U=737,5; p<0,001), «торопятся жить» (U=428; p<0,001), испытывают чувство одиночества (U=797,5; p<0,001). Им также трудно почувствовать жизненный подъём (U=2742,5; p<0,001) или новые возможности в своей жизни (U=4822; p<0,001).

Далее рассмотрим факторы, которые оказывают наиболее масштабное влияние на психологические характеристики женщин. Жалобы на общее негативное состояние, плохое самочувствие, пессимизм и т. д. свойственны женам, у которых симптомы депрессии развились до опасного уровня (U=4399,5; p=0,004). Они недовольны в первую очередь своим образованием (U=2627; p=0,004) и возможностями выбора места работы (U=2663,5; p=0,006), они в целом больше, чем другие женщины, фрустрированы внешними обстоятельствами (U=1237; p<0,001). Несмотря на это, для женщин, отметивших общее плохое состояние, свойственна более высокая значимость профессиональной сферы (U=1703; p<0,001), сферы семьи (U=2483; p=0,001) и увлечений (U=2194,5; p<0,001). У них обнаружена более высокая значимость ценностей собственного престижа (U=2681,5; p=0,009), материального положения (U=2477; p=0,001), развития себя (U=2578; p=0,003). Вероятно, чрезмерное внимание к престижу и материальному положению в указанных сферах жизни и привело этих женщин к состоянию хронического стресса. Однако это не помешало им обратить внимание на необходимость саморазвития и выхода из сложившейся ситуации, поэтому они и обратились за психологической помощью в рамках данной работы.

Влияние чувства одиночества также очень существенно. У женщин, которые сообщали о нём на первичном анкетировании, более насыщенными являются сферы профессиональной жизни (U=856,5; p=0,002), обучения и образования (U=828,5; p=0,001), общественной жизни (U=872,5; p=0,003), увлечений (U=922,5; p=0,006). Кроме того, для них большую значимость имеют ценности развития себя (U=901; p=0,005), духовного удовлетворения (U=856;p=0,002), сохранения индивидуальности (U=875; p=0,003). Не меньшее влияние на психологические особенности женщин оказывает наличие у них работы. Наиболее сильны негативные психические состояния у женщин без работы и с временной работой (H=19,33; p=0,001). Вопреки нашим ожиданиям, сфера обучения и образования более важна для женщин, имеющих хотя какую-то занятость, даже временную, но менее важна для безработных и тех, кто находится на обучении (H=19,68; p=0,001). Собственный престиж более важен для женщин, занятых на постоянной либо временной работе, но менее важен для остальных (H=19,62; p=0,001). Достижения менее важны для незанятых работой женщин (H=16,05; p=0,003), так же как и менее важно духовное удовлетворение (H=16,29; p=0,003). Сохранение индивидуальности является более актуальной ценностью для женщин, занятых на временной работе или работающих условно (H=24,07; p<0,001).

Семейное положение в значительной мере влияет на ценностные ориентации женщин. Для замужних женщин сфера семьи имеет такое же значение, как и для разведённых или женщин без семьи, тем не менее для них менее важными являются сферы обучения (H=17,26; p<0,001), общественной жизни (H=26,42; p<0,001) и увлечений (H=10,21; p=0,006). Кроме того, для замужних женщин часть ценностей менее значима, чем для женщин без семьи. Это такие ценности, как социальные контакты (H=12,8; p=0,002), развитие себя (H=15,2; p=0,001), достижения (H=19,19; p<0,001), духовное удовлетворение (H=11,37; p=0,003) и сохранение индивидуальности (H=25,62; p<0,001). При этом высокое материальное положение является для них более важным, чем для женщин без семьи (H=5,78; p=0,056). Женщины, находящиеся в разводе, больше, чем остальные, ценят собственный престиж (H=6,7; p=0,035).

Женщины, которые одним из признаков кризиса видят наличие внешних проблем, так же имеют некоторые важные психологические особенности. Они больше, чем остальные, увлечены профессиональной сферой (U=2391,5; p=0,032), недовольны своим образованием (U=2156,5; p=0,003) и проведением досуга (U=2288,5; p=0,009).

Таким образом, мы выделили основные данные, на которые в дальнейшем опирается наша психокоррекционная программа. Остальные полученные в ходе анкетирования характеристики оказывают менее сильное влияние на психологические особенности у женщин.

НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Алексеева Н. С.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава России, Новокузнецк

Психологические факторы в значительной мере отягощают клиническое течение сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета (СД) II типа, ожирения и метаболического синдрома (МС), существенно снижают приверженность больных к лечению и выполнению лечебно-профилактических мероприятий, ухудшают качество жизни больных, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. Становление неправильного типа пищевого поведения ассоциировано со специфическими особенностями личности у больных МС, такими как пониженная стрессоустойчивость, склонность к тревожно-депрессивным реакциям и повышенная эмоциональность. Актуальным и относительно новым является изучение плейотропных эффектов витамина D на различные аспекты здоровья, в частности взаимного влияния сниженного уровня витамина D и гормонально-метаболических нарушений, приводящих к развитию МС. Территория Россия располагается в северном полушарии, что является существенным фактором риска развития у населения дефицита витамина D. В своем исследовании P. K. Murphy, C. L. Wagner (2008) отметили связь сниженного настроения и дефицита витамина D. В отечественной литературе данные аспекты еще не нашли своего отражения. Город Новокузнецк является южной столицей Кузбасса, расположен на юго-востоке Западной Сибири. Ранее на территории Кемеровской области не проводилось исследований по оценке уровня витамина D и его влиянии на психологические факторы у пациентов с МС.

Цель исследования – оценить взаимосвязь нарушений пищевого поведения с уровнем витамина D у пациентов МС.

Материал и методы. В Новокузнецке в 2013 г. в осенне-весенний период проведено рандомизированное исследование среди 98 пациентов (51 % женщин и 49 % мужчин) с МС. Критерии включения: пациенты с абдоминальным ожирением – мужчины с окружностью талии (ОТ) более 94 см и женщины с ОТ более 80 см, в возрасте от 20 до 45 лет и с наличием еще двух дополнительных компонентов МС, согласно рекомендациям экспертов ВНОК (2009).

Критерии исключения: СД II типа на инсулинотерапии с осложнениями; заболевания щитовидной железы, требующие гормональной коррекции ее функции; постменопаузальный МС; сопутствующие заболевания в стадии обострения.

Так, артериальную гипертензию (АД ≥ 130/85 мм рт. ст.) диагностировали у 72,4 % пациентов, повышение уровня триглицеридов (ТГ) ≥ 1,7 ммоль/л – у 59,1 %, снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) < 1,0 ммоль/л – у мужчин и < 1,2 ммоль/л – у 20,4 % женщин, повышение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) > 3,0 ммоль/л – у 70,4 %, гипергликемию натощак – у 27,6 %, нарушение толерантности к углеводам – у 10,2 %, СД II типа – у 8,1 %. Избыточную массу тела среди пациентов с МС зафиксировали в 37,8 % случаев, ожирение I степени – в 36,7 %, ожирение II и III степени – в 19,4 % и 6,1 % случаев соответственно. В контрольной группе для определения уровня витамина D среди жителей Новокузнецка было 82 человека (52,4 % женщин и 47,6 % мужчин, в возрасте от 20 до 45 лет) без абдоминального ожирения, МС и нарушений психоэмоциональной сферы. Уровень витамина D оценивали по содержанию 25 (OH) – витамина D, в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов (2011). Определение типологии нарушений пищевого поведения проводилось с использованием опросника DEBQ.

Результаты исследования. Выявили статистически значимое снижение уровня витамина D среди пациентов с МС (23,37±7,38) по сравнению с контрольной группой (34,45±8,65, $p<0,05$). При изучении типологии пищевого поведения выявили: рациональный тип у 27,6 % пациентов, эмоциогенный тип ПП – у 35,7 %, экстернальный тип ПП – у 24,5 %, ограничительный тип ПП – у 12,2 %. При распределении типов пищевого поведения в зависимости от уровня витамина D зафиксировали статистически значимые различия ($\chi^2=11,669$, $p=0,02$). Со снижением уровня витамина D наблюдалось увеличение частоты нарушений пищевого поведения. Так, при оптимальной концентрации 25 (OH) витамина D рациональный тип пищевого поведения наблюдался у 66,6 % пациентов. Экстернальный и эмоциогенный типы нарушения пищевого поведения диагностировали у 16,7 % пациентов. При недостаточности и дефиците витамина D рациональный тип пищевого поведения зафиксировали у 23,6 % и 19,4 % пациентов соответственно. Преобладал эмоциогенный тип нарушения пищевого поведения как при недостаточности (36,4 %), так и при дефиците витамина D (41,9 %). Ограничительный тип нарушения пищевого поведения больше зафиксировали при гиповитаминозе D (16,2 %) и при недостаточности витамина D (12,7 %).

Выводы. Выявили обратную связь уровня витамина D с нарушениями пищевого поведения при МС. При недостаточности и дефиците витамина D зафиксировали более высокую частоту встречаемости и выраженности нарушений пищевого поведения у пациентов с МС. Определение и поддержание витамина D на оптимальном уровне является дополнительной составляющей психологического здоровья, как у жителей Новокузнецка, так и населения страны в целом.

АНАЛИТИЧЕСКИ-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТОМ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ТЕОРИИ РЕФЛЕКСИВНЫХ ИГР

Арапиев Ю. У., Уманский А. В.

ФГБОУ ВО «КрасГМУ им. проф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск
Медицинский Центр «АРКУМ», Красноярск

Появление и развитие системной психотерапии вызвало массу дискуссий относительно её большей эффективности в сравнении с индивидуальной терапией. Но с учётом основных положений теории чилийских нейробиологов У. Матураны и Ф. Валера, а также положений работ социолога Н. Лумана данные споры о большей или меньшей эффективности того или иного направления терапии теряют смысл.

Так как основные положения перечисленных выше концепций сводятся к тому, что целенаправленные изменения в живых системах невозможно достичь, то системы напоминают живой организм, который функционирует в рамках своих аутопоэтических возможностей и обладает способностью к саморегуляции, которую может нарушить вмешательство извне. А значит, проблема патологии дезактуализируется и проблемные состояния можно воспринимать как элементы саморегуляции и сохранения гомеостаза.

Теория рефлексивных игр, используя математический аппарат, позволяет с высокой долей достоверности оценить эмоциональное состояние каждого члена системы и взаимовлияние их друг на друга. Именно такой подход даёт возможность оценить готовность системы к изменениям и прогнозировать дальнейшее направление движения семейной системы с учётом временной динамики, что позволяет определить степень и способы психотерапевтического участия. Основной аксиомой в теории рефлексивных игр является положение: «Если выбор одного из членов системы угрожает системе, то он не реализуем», «если выбор одного из членов системы индифферентен или полезен для системы – в этом случае появляется свобода выбора». Данное положение созвучно с концепцией У. Матураны, Ф. Валера и Н. Лумана о саморегулируемости и закрытости систем от внешних влияний. Система берёт извне столько информации, сколько ей нужно, без учёта желаний наблюдателя. Используемый нами подход позволяет оценить направления вектора на гомеостаз или изменения.

Мы пытаемся, используя точные науки, не только подтвердить основные положения теории познания (У. Матурана, Ф. Валера), но и определить: имеются ли на этапе эволюционного развития семьи «периоды сенситивности», когда система чувствительна к внешним влияниям, а значит, появляется возможность для использования эффективных способов психокоррекции. В связи с этим, используя «булеву алгебру», мы предполагаем получить результаты, по которым можно оценить состояние каждого члена системы и, следовательно, прогнозировать взаимовлияния и динамику развития ситуации.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ В ДЕБЮТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПСИХОТИЧЕСКУЮ МАНИЮ

Арсланова А. В., Арсланов Д. Р.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

Введение. По данным различных ученых (Depue R., Lacono W., 1989), аффективные расстройства возникают при индивидуальной повышенной чувствительности к стрессу. Также существует мнение, что отношения между членами семьи влияют на развитие аффективных расстройств, в том числе биполярных (Akiskal H. et al., 2009). В ходе нашего исследования была предпринята попытка изучения преморбидных черт личности для оценки взаимосвязи клинико-динамических особенностей психотической мании и характерологических черт личности.

Цель: выявление взаимосвязи между преморбидными особенностями личности и развитием определенных вариантов маниакального синдрома.

Материалы и методы. Всего нами было обследовано 125 человек (77 мужчин и 48 женщин). Исследование проведено на базе БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова». Данные были получены в ходе интервьюирования самих пациентов и изучения их историй болезни и амбулаторных карт.

Критериями включения в исследование являлись: 1) перенесенный впервые в жизни маниакальный эпизод с психотическими симптомами, 2) возраст пациентов в дебюте психотической мании от 18 до 55 лет, 3) диагноз: шизофрения и расстройства шизофренического спектра, маниакальный эпизод с психотическими симптомами, биполярное аффективное расстройство, текущий маниакальный эпизод с психотическими симптомами, верифицированные по МКБ-10 (F2, F30.2, F31.2).

Критерием исключения из исследовательской выборки являлась тяжелая сопутствующая органическая патология ЦНС, в том числе выраженные когнитивные расстройства, для исключения вторичного характера мании.

Обнаружено, что средний возраст на момент дебюта заболевания у мужчин составил 27,14±10,36 года, у женщин – 27,9±9,9 года. Далее весь массив пациентов был разделен на две группы. В основную группу были включены пациенты, в манифесте заболевания у которых отмечалась атипичная мания: с бредовыми идеями, неконгруэнтными аффекту, а также психическими автоматизмами и/или обманами восприятия. В неё вошли 54 человека: 34 мужчины (63 %) и 20 женщин (37 %). Средний возраст начала заболевания составил 28,04±10,3 года, а длительность катамнестического наблюдения в среднем составляла 4,15±4,59 года. Среднее количество регоспитализаций по катамнезу составило 1,4±2,15.

В группу сравнения были включены 71 человек, перенесшие в дебюте психического заболевания манию с конгруэнтными аффекту психотическими симптомами: 43 мужчины (60,6 %) и 28 женщин (39,4 %). Средний возраст дебюта заболевания составил 26,9±10,1 года. Длительность катамнестического наблюдения составила 5,5±8,53 года. Среднее количество регоспитализаций по катамнезу составило 1,69±2,63.

Результаты. В обеих группах среди личностных девиаций преобладала акцентуация характера (55,5 % в основной группе и 59,2 % в группе сравнения). Лиц без каких-либо личностных девиаций встречалось больше в основной группе – 26 % (в группе сравнения – 19,7 %). У 18,5 % обследованных в основной группе выявлены психопатические проявления, в группе сравнения таких пациентов встречалось больше – 21,1 %.

В обеих группах чаще встречалась гипертимная акцентуация: в группе сравнения – 33,8 %, в основной группе – 27,8 %. На втором месте по встречаемости в основной группе находилась возбудимая акцентуация – 24 %, а в группе сравнения – экстраверсия (29,6 % человек). На третьем месте в основной группе встречалась гармоничная личность (18,5 %), а в группе сравнения – возбудимость (22,5 %). Различия достигли статистической значимости (x^2=0,323, p>0,05). Также достаточно часто встречалась неустойчивая акцентуация, без статистически значимых различий в обеих группах: 14,8 % в основной группе и 15,5 % в группе сравнения.

Также рассматривалась частота возникновения периодов приподнятого настроения, не достигающего степени выраженности гипомании, в преморбидном периоде. Данные состояния расценивались как ощущение пациентом хорошего настроения, появление чувства успешной жизнедеятельности, но без нарушений сна, речевой и моторной активности. Чаще всего такие состояния отмечались в основной группе: более 5 периодов приподнятого настроения перенесли в основной группе 9,3 % человек, в группе сравнения – 5,6 %. 1 или 2 подобных эпизода встречались чаще в группе сравнения (35,2 %), чем в основной группе (31,5 %).

У подавляющего большинства обследуемых на момент дебюта заболевания отмечалась благоприятная обстановка в семье, хотя у пациентов из группы сравнения гармоничные отношения встречались несколько чаще (60,6 %), чем у пациентов в основной группе (53,7 %). Соответственно конфликтные взаимоотношения чаще наблюдались в семьях пациентов основной группы (18,5 %), чем в группе сравнения (14 %), различия по данному показателю достигали статистической значимости (x^2=1,067, df=1, p>0,05). Формальные отношения в семьях встречались в основной группе в 27,8 % случаев, в группе сравнения – в 25,4 %.

В ходе исследования нами было установлено, что на момент дебюта заболевания пациенты в группе сравнения проживали совместно с родителями и не состояли в браке, причем чаще (49,3 %), чем в основной группе (37 %), при этом значения достигают статистической значимости (x^2=3,841, df=1, p>0,05). В основной группе выявлено большее число пациентов, которые находились в браке (38,8 %), чем в группе сравнения (33,8 %). Разведенными были 13 % человек в основной группе и 8,5 % пациентов в группе сравнения.

Выводы. Таким образом, в ходе ретроспективной оценки нами была выявлена статистически значимая более частая встречаемость личностных девиаций у пациентов с атипичной протекающей психотической манией, а именно с гипертимной и возбудимой акцентуаций. Большая частота психотравмирующих моментов может объясняться как типом акцентуации (склонность к рискованному поведению у гипертимных личностей), так и, вероятно, ее большей выраженностью, чем у пациентов в группе сравнения. Исходя из этого, представляется обоснованным дополнять медикаментозное лечение комплексом психосоциальных вмешательств, разработанных с учетом характерных для пациентов с атипичной манией особенностей личности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ТЕСНОЙ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ

Артемьев И. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Прогнозирование, широко используемое в настоящее время во многих отраслях науки, находит свое применение и в статистике здоровья. Практическая значимость прогнозирования заключается в том, что этот метод позволяет выбрать не только оптимальные варианты, но и наиболее перспективные из них, наиболее сложной проблемой прогнозирования заболеваемости населения является то, что на ее уровень и структуру влияет целый комплекс разнозначных факторов.

Методология прогнозирования тесно связана с математическим моделированием процессов, сценарий развития которых предполагается в будущем.

В настоящее время существует несколько определений понятий «прогноз» и «прогнозирование». «Прогноз – это научно обоснованное суждение о возможных состояниях объекта в будущем или об альтернативных путях и сроках достижения этих состояний (либо как о том, так и о другом)» [Лопатников Л. И., 1979].

В настоящее время разработано более 150 методов прогнозирования, которые можно объединить в 4 группы: экспертные оценки, экстраполяция, моделирование, комбинированные прогнозы.

Нами проведено краткосрочное прогнозирование 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).

Использованы следующие формы уравнений трендов: линейная – показательная функция вида $y_1=bx+a$; (параболическая) полиномиальная функция – $y_1=cx^2+bx+a$; экспоненциальная – $y_1=ak$; логарифмическая – $y_1=b\ lnx+a$; тренд в форме степенной кривой – $y_1=axb$. Здесь при сопоставлении эмпирического и теоретического рядов эмпирические значения функций принимались за y, а теоретические – за y_1; 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); k – темп изменения в разах (константа экспоненциальной формы тренда). Так, если $k>1$, экспоненциальный тренд выражает тенденцию ускоренного возрастания уровней, при $0<k<1$ рассматриваемый тренд означает тенденцию к снижению уровней динамического ряда; аналогичные обозначения логарифмической формы тренда и тренда в форме степенной кривой.

Корреляционные взаимосвязи этих показателей на различных территориях различны. Рассмотрены территории с тесной (сильной) положительной корреляционной связью при коэффициенте корреляции $\rho=0,7—1,0$. В эту группу 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 ($\rho=0,9$).

При этом форма тренда болезненности и заболеваемости на одних и тех же территориях, как правило, не совпадает. В первую группу вошли территории, характеризующиеся сильной корреляционной зависимостью показателей болезненности и заболеваемости. Показательно, что в Новосибирской области (ρ=0,7) и Красноярском крае (ρ=0,8) форма тренда болезненности линейная, 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 коэффициент детерминации несколько ниже (R^2=0,81). Оба значения коэффициентов детерминации (R^2=0,98 и R^2=0,82) 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 1000 тысяч населения, то в 2014 г. – 958. Сходная ситуация сложилась 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, миминизации 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).

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 подтверждать снижение в них уровня алкоголизации населения и, как следствие, уменьшение 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 (ρ=0,813–0,934) тренды последней носят сходную форму, укладывающуюся в параболические (полиномиальные) характеристики соответствующего уравнения – $y_1=cx^2+bx+a$. 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, напрямую и 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 дают оснований для некоторого оптимистического прогноза, который может проявиться на сопредельной территории – в Республике Алтай.

ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И НОВЫХ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ (КРАТКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)

Ахметова Э. А.[1], Асадуллин А. Р.[1], Галеева Е. Х.[2], Николаев И. В.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа
[2] ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

За последние несколько лет в сфере незаконного оборота наркотических средств наблюдается тенденция производства так называемых дизайнерских наркотиков (далее – ДН) – новых потенциально опасных психоактивных веществ (НПОПАВ), получаемых путем химического синтеза и обладающих высоким наркогенным потенциалом действия, иногда превосходящим природные аналоги. Однако в настоящий момент классификация новейших синтетических препаратов сложна и имеет много допусков.

Целью данного исследования являлась попытка создания классификации современных синтетических наркотических средств, удобной для использования врачами-наркологами.

В ходе исследования были поставлены следующие задачи: 1) анализ статей исследователей, изучающих природные и синтетические наркотические средства; 2) систематизация полученных данных; 3) стратификация современных синтетических наркотиков по группам.

Проведенное исследование позволило распределить все «дизайнерские» наркотические средства и психотропные средства на 10 больших групп, согласно их химической структуре; нейрохимическим и клиническим эффектам:

1. *Производные фенилэтиламина*. К ним относятся метамфетамин, 3,4-метилендиоксиметамфетамин (МДМА), 25I-NBOMe, 6-API или 6-IT, 5-APB, 6-APB, MDAI и др. Ведущий механизм действия – агонистическое взаимодействие преимущественно с 5-HT2A-рецепторами. Клиника отравления меняется по мере увеличения токсической дозы и проявляется в основном психопродуктивной симптоматикой и соматическими нарушениями.

2. *Синтетические катиноны*. Сюда можно отнести метилендиоксипировалерон (MDPV), альфа-PVP, альфа-PVT, MHPH, метилон, этилон, мефедрон и др. Принцип действия катинонов основан на блокаде обратного захвата и стимуляции выделения норадреналина, серотонина и дофамина в нервных окончаниях. Клиника острого отравления характеризуется выраженным делирием, паранойяльным состоянием, тревогой.

3. *Синтетические каннабиноиды* (СК). СК представляют собой вещества различной химической структуры, объединенные способностью воздействовать на каннабиноидные рецепторы – CB1 и CB2. К ним относятся: CP 47497, AM-4030, JWH-018, JWH-073, UR-144, AB-001, PB-22, PB-22F, AB-PINACA, AB-FUBINACA, AB-CHMINACA и др.

4. *Синтетические опиоиды*. К «дизайнерским» опиоидам относятся: АН 7921, W15, W18, 4FBF, MPPP, MT-45, IC-26. Обладают аналгезирующим и седативным эффектами. Механизм действия связан с изменением опиоидных рецепторов, нарушением функционирования дофаминергической нейромедиаторной системы.

5. *Синтетические производные кокаина*. Выделяют RTI-111, RTI-112, RTI-126, PFBT и др. При ингаляционном употреблении данных веществ возникает эйфорическое состояние, развивается бессонница. Вещества данной группы действуют как ингибиторы обратного захвата серотонина, дофамина и норадреналина.

6. *Производные лизергиновой кислоты*. В эту группу входят синтетический ЛСД (N,N-диэтиламид лизергиновой кислоты), АЛД-52 (N-ацетил-LSD) и др. Психоактивные свойства этого соединения выражены в способности вызывать галлюцинации.

7. *Новые синтетические производные триптамина*. Выделяют DET, 5-MeO-DALT, 4-HO-DALT, 5-MeO-DMT, AMT, 5-MeO-AMT, 5-MeO-DIPT. Механизм действия – возбуждение 5-HT2A- и 5-HT1A-гистаминовых рецепторов. Клиническая картина при их употреблении заключается в появлении зрительных галлюцинаций, сопровождаемых явлениями дереализации и деперсонализации.

8. *Производные фенциклидина*. «Дизайнерские» фенциклидины, использующиеся для злоупотребления – PCM, PCH, PCE, TCP, TCM, 3 или 4-Meo-PCP и т. д. Эффекты связаны с центральным 5-HT2A агонизмом, антагонизмом NMDA-рецептора и с высоким сродством к мю-, дельта-, сигма-опиоидным рецепторам. Клинические проявления заключаются в деперсонализации, психотических переживаниях и диссоциации.

9. *Производные пиперазина*. Бензилпиперазин, 3-трифторметилфенилпиперазин (TFMPP), мета-хлорфенилпиперазин (mCPP), 4-фторфенилпиперазином (p-FPP) часто используются в сочетании с МДМА «экстази» как сопутствующие компоненты. Обладают очень близкими к амфетамину фармакологическими эффектами.

10. *Агонисты ГАМК-А- и В-рецепторов и их производные*. В настоящее время используются промышленно синтезированные гамма-бутиролактон (ГБЛ) и 1,4-бутандиол.

Габапентиноиды – алкиллированные производные гамма-аминомасляной кислоты – прегабалин, габапентин. Механизм их действия основан на способности связываться с альф$_2$-, дельта-субъединицами кальциевых каналов нейронов, за счет чего происходит снижение поступления кальция в нейроны. В результате уменьшается высвобождение нейромедиаторов. Прегабалин воздействует на дофаминергическую систему «вознаграждения», вследствие чего и развивается пристрастие к препарату. Высокие дозы препараты напоминают клиническую картину употребления психостимуляторов.

Использование данной классификации в практических целях позволит более оперативно реагировать на появление новых наркотических средств и новых потенциально опасных психоактивных веществ, а также определять возможные способы социальной, правовой и медицинской борьбы с ними.

ГРУППОВЫЕ ТРЕНИНГИ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН

Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М., Шаикрамов Ш. Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. В настоящее время когнитивно-поведенческая терапия, или когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ), cognitive-behavioral treatment (CBT) является одним из наиболее распространенных методов психотерапии во всем мире [5]. Наряду с индивидуальной работой разработан и применяется групповой формат. В соответствии с данными метаанализа индивидуальная терапия в ближайшем периоде более эффективна, однако спустя 6 месяцев катамнестического наблюдения эти различия нивелируются [3].

Основная часть когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) взаимосвязана с определением и изменением негативных автоматических мыслей и глубинных убеждений, в терапевтическом процессе значимую роль также занимает идентификация и применение сильных сторон пациента [1]. Выбор методов психотерапии психически больных на стационарном этапе определяется как особенностями патогенеза заболевания, так и ограниченными сроками госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности психотерапевтических усилий. Применение краткосрочных методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированных на обучение больных и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы [4]. Традиционно выделяют триаду помощи пациентам: обучение распознавания стресса (recognize); обучение стратегиям избегания (avoid); обучение стратегиям совладания (cope) с психотравмирующими факторами и другими проблемными ситуациями [2].

Цель исследования: определить эффективность применения групповых тренингов когнитивно-бихевиоральной модели психотерапии, адаптированной для проведения в стационарных условиях у женщин с эмоциональной патологией.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были выбраны 60 пациенток закрытого отделения психиатрического стационара в возрасте от 29 до 52 лет. Все пациентки были разделены на две репрезентативные группы. В основную группу были включены 30 женщин с эмоциональными расстройствами, находившихся на стационарном лечении в 9-м отделении Городской Клинической Психиатрической Больницы (ГКПБ) г. Ташкента, которым проводились краткосрочные групповые сеансы когнитивно-бихевиоральной терапии в сочетании с медикаментозным лечением. Контрольная группа состояла из 30 пациенток с депрессивной симптоматикой, которые получали только психофармакотерапию. В ходе исследования для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала Гамильтона, а для определения уровня тревожности использовали тест Спилбергера-Ханина. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 2 месяцев по 3 сеанса в неделю. Комплексный подход к лечению больных с депрессивными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара. В группы отбирались пациентки с упорядоченным поведением и положительными установками на лечение и психокоррекцию, находящиеся на этапе формирующейся ремиссии.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались как тяжёлый депрессивный эпизод (F32.3) – у 33,3 % пациенток, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) отмечалось у 26,7 % женщин. С более редкой частотой встречались умеренный депрессивный эпизод (F32.1) – у 20 % обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.21) – у 17 % женщин и дистимия (F34.1) – у 3 % обследованных.

Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые краткосрочные сессии, где пациентки могли получить возможность изменить своё поведение на более высоком адаптивном уровне с родственниками, другими пациентами и персоналом стационара. Начальный (инициальный) этап был направлен на эмоциональную стимуляцию, активацию общения, налаживание коммуникаций и установление межличностных взаимоотношений между участниками групповой психотерапии. Заключительный этап был сориентирован на восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, выработку социально одобряемых стереотипов адаптивного поведения и повышение уверенности в себе. После проведённой психокоррекционной работы в основной группе было отмечено достоверно значимое различие в улучшении социального функционирования и адаптации к социуму по сравнению с контрольной группой.

Основной мишенью психотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Выводы. Групповые тренинги когнитивно-бихевиоральной терапии эмоциональных расстройств в комбинации с психофармакотерапией показали эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократили сроки пребывания пациенток в отделении, вызвали наступление стойкой ремиссии и реабилитации. В процессе проведённой когнитивно-бихевиоральной терапии пациентки овладели рядом психотерапевтических установок: достижением позитивных поведенческих изменений, расширением ресурсов личности и социальных связей, устранением изнурительных реакций тревоги, страха, паники, саморегулированием эмоциональных всплесков, обучением адаптивным поведенческим реакциям в различных психотравмирующих ситуациях быстро изменяющегося социума. К концу групповой работы положительная динамика отмечается у 88 % пациенток, прошедших тренинги когнитивно-бихевиоральной терапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными патологией эмоциональной сферы.

Литература

1. *Александров А. А., Балашова Т. Н.* Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб.; Иваново, 2000. – С. 199—204.
2. *Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М.* Психотерапия депрессий у женщин с учётом личностных особенностей // Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания : материалы Всероссийского конгресса с международным участием. – СПб., 2016. – С. 219.
3. *Бабин С. М.* Психотерапия психозов: практическое руководство. – СПб., 2012. – 315 с.
4. *Шохайдарова Р. Ю., Бабарахимова С. Б.* Опыт применения когнитивно-поведенческой терапии депрессий у женщин // Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии : материалы Всероссийской конференции с международным участием. – М., 2016. – С. 39.
5. *Padesky & Mooney*. Strengths-Based Cognitive-Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience // Clinical Psychology and Psychotherapy. – 2012. – V. 19. – P. 283—290.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕРРИТОРИИ ОПЕРЕЖАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В Г. ЮРГЕ: ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Баранов И. В., Баранова М. А.

ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Юрга

13 июля 2016 г. премьер-министр РФ Д. А. Медведев объявил о подписании Постановления Правительства о создании территории опережающего социально-экономического развития (далее – ТОСЭР) в г. Юрге Кемеровской области. Данный документ предусматривает систему налоговых льгот и преференций для вновь создаваемых на территории города производственных предприятий. ТОСЭР «… позволит привлечь дополнительные инвестиции, увеличить налоговые поступления в муниципальный бюджет» (Д. А. Медведев). Планируется, что ТОСЭР позволит создать несколько тысяч рабочих мест, сделать более комфортными условия жизни в г. Юрге. «За счет создания ТОСЭР в городе получит развитие 29 видов экономической деятельности…: от растениеводства и рыбоводства до строительства и ремонта катеров, газовых котельных» (заместитель Губернатора Кемеровской области Д. В. Исламов).

Имеет перспективы и проект развития города как крупного логистического центра, поскольку Юрга имеет крайне выгодное расположение: через город проходит транссибирская магистраль, судоходная река Томь, Юрга равноудалена от городов Кемерова и Томска, недалеко расположен и город Новосибирск.

Создание ТОСЭР в Юрге, помимо ожидаемого развития территории, роста занятости, численности и благосостояния населения, безусловно, несет в себе определенные вызовы, предъявляет повышенные требования к оказанию медицинской помощи населению, в частности во многом и к оказанию специализированной психиатрической и наркологической помощи, которую обеспечивает ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер».

Помимо необходимости обеспечения высокого уровня качества и доступности специализированной помощи населению города, значительно возрастает роль промышленной психиатрии и наркологии, как в части профилактики и лечения патологии по указанным профилям, так и в части выявления противопоказаний для работы во вредных и опасных условиях труда, выполнения определенных видов профессиональной деятельности, определении профессиональной пригодности работников.

Обеспечение достойного выполнения описанных выше задач по оказанию специализированной помощи требует решения следующих практических вопросов: кадрового, материально-технического и организационного обеспечения.

Следует сказать, что нашим учреждением в течение последних 2 лет проводится активная политика по привлечению врачей и среднего медицинского персонала, которая дала значительные результаты – в 2015 г. в учреждение трудоустроился один врач, в 2016 г. уже двое молодых, но уже имеющих определенный профессиональный опыт и квалификацию врача, 5 работников среднего медицинского персонала, планируется трудоустройство еще одного молодого специалиста. Это позволило повысить показатель укомплектованности врачами в амбулаторном звене до 80 % по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология» (при среднем показателе укомплектованности врачами-психиатрами по Кемеровской области 42 % по итогам 2015 г.). Однако для выполнения описанных выше задач необходимо как проведение интенсивной работы по обучению и повышению квалификации персонала, так и приведение штатного расписания к нормативному, что позволит привлечь еще большее количество врачей и среднего медицинского персонала и обеспечить для них достойный уровень оплаты труда.

Уровень обеспеченности оборудованием нашего учреждения достаточно высок и приближается к нормативному, чему способствовала успешная реализация программы модернизации здравоохранения. Однако существует необходимость приобретения дорогостоящего оборудования, которое обеспечивало бы диагностику наркологических расстройств на современном высоком уровне. Кроме того, для выполнения вышеописанных задач может понадобиться приобретение дополнительного оборудования в случае изменения организационной структуры учреждения, функции отдельных подразделений в соответствии с изменившимися задачами и объемами работы, а также бесперебойное обеспечение дорогостоящими расходными материалами.

Организационное обеспечение выполнения задач по оказанию специализированной помощи в новых условиях, безусловно, потребует адаптации существующей структуры, изменения функций и расширения существующих подразделений, возможно, путем создания кабинетов профилактики, а также определения профессиональной пригодности работников. Это также потребует дополнительных затрат на обучение сотрудников, повышение уровня квалификации.

Таким образом, следует констатировать, что у ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер» в существующей организационно-правовой форме имеются все возможности для достойного ответа на вызовы, связанные с созданием территории опережающего социально-экономического развития. В то же время для успешной реализации поставленных задач необходимо продолжить активную работу по следующим ведущим направлениям деятельности: 1) рассмотрение существующей структуры и функций отдельных подразделений учреждения с учетом изменившихся целей и задач, повышения качества и доступности специализированной помощи; 2) продолжение активной работы по привлечению специалистов – врачей и среднего медицинского персонала, социальных работников; 3) приведение штатного расписания к нормативному, с учетом изменения структуры и функции отдельных подразделений; 4) продолжение работы по совершенст-

вованию материально-технического обеспечения учреждения, приобретению современного диагностического оборудования, расходных материалов; 5) продолжение работы по обучению и повышению квалификации персонала с учетом изменившихся целей и задач, повышения качества и доступности специализированной помощи.

Успешная реализация указанных практических задач позволит нашему учреждению на достойном, высоком уровне справиться с возросшими требованиями к оказанию специализированной помощи по профилям «психиатрия» и «психиатрия-наркология» в условиях территории опережающего социально-экономического развития в г. Юрге Кемеровской области.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ

Богушевская Ю. В.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

Клинические симптомы функциональных расстройств ЖКТ проявляются множественными полиморфными и часто не свойственными для соматических заболеваний жалобами, они тесно переплетаются, часто бывают стертыми, требуют тщательных диагностических обследований. Под соматизироваными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями мы понимаем разновидности соматоформных расстройств: соматизированное расстройство (F45.1), соматоформная вегетативная дисфункция, в частности синдром раздраженного кишечника (F45.32), ипохондрическое расстройство (F45.2).

Существует мнение о том, что функциональные нарушения со стороны ЖКТ, диагностируемые гастроэнтерологами по результатам объективных лабораторных и инструментальных обследований, не могут объяснить происхождение имеющихся субъективных симптомов. Практические наблюдения свидетельствуют о том, что пациенты общемедицинских лечебно-профилактических учреждений, обратившиеся с проблемами желудочно-кишечного тракта в первичную медицинскую сеть, часто предъявляют ещё и неспецифические жалобы – на плохое настроение, раздражительность, повышенную утомляемость, тревожность и др. При этом инструментальные исследования не подтверждают их обоснованность. Большие экономические затраты учреждений здравоохранения связаны с дорогостоящими диагностическими процедурами и повторными исследованиями для самих больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями, которые обращаются в первичную медицинскую сеть, с длительной, часто неэффективной терапией. Становится актуальным вопрос об изучении психологических механизмов формирования функциональных симптомов ЖКТ на ранних этапах обращения за медицинской помощью с целью оптимизации их дифференциальной диагностики, профилактики хронизации заболевания.

Целью исследования являлось изучение клинико-психологических особенностей при соматизированных расстройствах с желудочно-кишечными проявлениями и органических расстройствах желудочно-кишечного тракта и разработка дифференцированных психокоррекционных мероприятий.

В исследовании приняли участие 60 человек, из которых было сформировано две группы. Первую группу составили больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями, впервые госпитализированные в психосоматическое отделение ОБУЗ «Областная наркологическая больница». Диагностика проводилась с учетом требований МКБ-10 для соматоформных расстройств (общие диагностические указания для F45): неоднократно беспокоящие больного физические симптомы, по поводу которых он требует медицинского обследования, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни как основы данных расстройств; негативное отношение больного к попыткам объяснить данные расстройства психологическими причинами; элементы демонстративности в поведении, направленные на привлечение

внимания, напористый и драматический характер жалоб; имеющиеся расстройства не носили характер ипохондрического бреда и поддавались коррекции. Во вторую группу вошли 30 больных с органическими заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, язвенный колит), которые впервые поступили на стационарное лечение в гастроэнтерологическое отделение БМУ «Курская областная клиническая больница». Средний возраст обследованных составил 38 лет.

В исследовании использованы методы: 1) клинико-психопатологический; 2) психодиагностические, в том числе: методика «Индекс Жизненного Стиля» (Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте); сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМИЛ); Торонтская алекситимическая шкала; Шкала депрессии А. Бека; Личностная шкала проявлений тревоги Дж. Тейлора (в адаптации Т. А. Немчинова); методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Рея; 3) статистические.

Для больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями характерны механизмы психологической защиты регрессия и интеллектуализация. Это свидетельствует об их стремлении давать логическое и приемлемое объяснение симптомам, установкам, поступкам, ощущениям, подлинные мотивы которых остаются скрытыми. Использование регрессии говорит о том, что больные соматизированными расстройствами стремятся подсознательно снизить уровень личностной тревожности путем возврата на более ранние стадии развития. Подтверждается существование описанного нами ранее механизма трансформации тревоги в сферу соматопсихики. Использование этого механизма согласуется и с показателями среднего с тенденцией к высокому уровня личностной тревожности. Больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями обнаруживают пороговую сопротивляемость стрессу, при которой высок риск развития психосоматического заболевания. В отношении стрессоустойчивости можно утверждать, что больные соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями на ранних этапах развития заболевания находятся в одинаковых условиях с больными органическими заболеваниями ЖКТ.

У больных с органическими заболеваниями ЖКТ, наряду с аналогичными механизмами психологической защиты регрессии и интеллектуализации, преобладают реактивные образования. Это характеризует способность индивида преобразовывать неприятные для него мысли и переживания в противоположные. Для них характерны высокий уровень личностной тревожности, легкое депрессивное состояние, ипохондрические и алекситимические черты. Выявлена пороговая сопротивляемость стрессу, при которой высок риск развития психосоматического заболевания. Обнаруженные корреляционные связи между механизмом психологической защиты регрессия и уровнем личностной тревожности у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями свидетельствуют о подсознательном стремлении снизить уровень личностной тревожности путем возврата на более раннюю стадию развития (механизм трансформации тревоги в сферу соматопсихики). У больных с органическими заболеваниями ЖКТ выявленные корреляционные связи между ипохондрией, уровнем депрессии и личностной тревожности, а также между уровнем депрессии и личностной тревожностью подтверждают формирующиеся вторичные депрессивные и ипохондрические симптомы (опасения серьезных последствий соматического заболевания, потери профессионального статуса, пессимистичные прогнозы), которые следует квалифицировать как проявления нозогенных реакций.

Полученные данные имеют теоретическое значение, свидетельствующее о существовании клинико-психологических различий у больных соматизированными расстройствами с желудочно-кишечными проявлениями и органическими заболеваниями ЖКТ на начальных этапах течения. В практической работе специалистам, осуществляющим дифференциальную диагностику функциональных и органических расстройств ЖКТ, необходимо учитывать клинико-психологические особенности механизмов симптомообразования при разработке терапевтических мероприятий. Наряду с медикаментозной терапией они должны включать дифференцированные психотерапевтические подходы.

СОДЕРЖАНИЕ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бойко А. С., Лосенков И. С., Корнетова Е. Г.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность исследования. Нейротрофический фактор мозга (Brain-derived neurotrophic factor – BDNF) отвечает за развитие, регенерацию, сохранение и поддержание нейронов, участвует в их дифференцировке, а также в созревании, выживании и формировании синапсов. Авторы высказывают мнение, что мозговой нейротрофический фактор взаимосвязан с депрессивными расстройствами, шизофренией, а также со стрессом (Nieto R., 2013). Снижение уровня нейротрофического фактора мозга отмечается при нарушении метаболизма фосфолипидов, Р-субстанции и других нейрокининов (Wayne D. C., 2004). Опубликованные в последнее время исследования в области нейробиологии шизофрении подтвердили значимость дизрегуляции нейрогенеза, синаптической пластичности и нейропротекции, как одних из факторов патогенеза психических расстройств (Nieto R., 2013).

Учитывая нейротрофические и нейропротективные свойства BDNF, актуальным является исследование данного нейротрофина в качестве потенциального биомаркера шизофрении.

Целью работы является определение концентрации мозгового нейротрофического фактора (BDNF) в сыворотке крови больных шизофренией и здоровых лиц.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клинико-биологическое обследование 115 больных шизофренией. В группу исследования были включены пациенты с верифицированным диагнозом шизофрения согласно МКБ-10 (F20.0, F20.5, F20.6). На всех пациентов заполняли модифицированный вариант «Базисной карты стандартизированного описания больного шизофренией» и применяли шкалу позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS). Группу контроля составили 22 психически и соматически практически здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту, не имеющих хронических заболеваний. Включение пациентов и лиц контрольной группы в исследование проводилось с учетом этических норм согласно протоколу исследования.

В качестве исследуемого материала использовалась сыворотка крови, получаемая по стандартной методике. Был проведен иммуноферментный анализ с использованием набора реагентов, предназначенный для количественного определения. Результаты ИФА оценивали на автоматическом микропланшетном спектрофотометре Epoch (BioTek Instruments, США). Конечные результаты выражали в нг/мл. Выборки проверяли на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка. Для независимых выборок при распределении, отличающемся от нормального, достоверность различий определяли по U-критерию Манна-Уитни с вычислением медианы и квартилей.

Результаты и обсуждение. В исследуемой выборке пациентов преобладали мужчины (85 человек, 73,9%), женщины составили 26,1% (30 человек). В исследование включены лица от 18 до 65 лет, медиана возраста составила 38 [31; 47] лет. Была определена ведущая симптоматика больных шизофренией: позитивная симптоматика была зарегистрирована у 54,8% пациентов, негативная – у 37,3%, не удалось установить ведущую симптоматику у 7,9% больных.

В результате проведенного ИФА не было выявлено различий в содержании BDNF у больных шизофренией (2,3 [1,1; 3,7] нг/мл) по сравнению со значениями здоровых лиц (2,2 [0,9; 3,2] нг/мл). Далее был проведен анализ полученных данных относительно ведущей симптоматики пациентов, в результате которого достоверных различий выявлено не было (p=0,199). Содержание BDNF у больных с ведущей позитивной симптоматикой составило 2,5 [1,2; 3,8] нг/мл, у пациентов с ведущей негативной симптоматикой – 1,9 [0,7; 3,3] нг/мл.

Был проведен корреляционный анализ для установления факта наличия связи между концентрацией BDNF в сыворотке крови и выраженностью позитивных, негативных и общих психопатологических симптомов, оцененных по шкале PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Выявлено, что уровень BDNF положительно коррелирует с баллом по шкале PANSS для позитивных симптомов (r=0,284, p=0,004). При этом нами не было найдено статистически значимой корреляции между уровнем концентрации BDNF и значением балла по шкале PANSS для негативных (r=0,115, p=0,126) и общих психопатологических (r=-0,013, p=0,895) симптомов.

Таким образом, в ходе исследования не было найдено статистически значимых различий в концентрации BDNF в сыворотке крови больных шизофренией и здоровых лиц, как и при анализе результатов в зависимости от ведущей психопатологической симптоматики. Литературные данные о содержании BDNF противоречивы. В двух метаанализах последних лет (Cui H., 2012) была показана низкая концентрация BDNF у больных шизофренией. Однако в метаанализе Cui et al. (2012) связь данного белка и шизофрении была обозначена как «слабая». В то же время в ряде исследований продемонстрирован высокий уровень BDNF в сыворотке крови больных шизофренией (Reis H. J., 2008). Отсутствие различий при изучении содержания BDNF, полученное в нашем исследовании, может быть объяснено гетерогенностью исследовательской группы по полу, возрасту и длительности заболевания.

В результате исследования была выявлена корреляция между повышенной концентрацией сывороточного BDNF и выраженностью позитивных симптомов шизофрении. В настоящее время известно, что дофаминергическая система вовлечена в патогенез шизофрении, в частности в формирование позитивной симптоматики (Stone J. M., 2007). Между мозговым нейротрофическим фактором и дофаминергической системой существует тесная связь. Данный белок обладает протективным эффектом в отношении дофаминергических нейронов и способствует их выживаемости. Дофамин, в свою очередь, способен индуцировать транскрипцию гена BDNF (Favalli G. et al., 2012). Вероятно, что при формировании позитивных симптомов шизофрении наблюдается повышенный синтез данного нейротрофина за счет активации дофаминергической системы. Также, вероятно, сам BDNF может усиливать позитивные симптомы, обеспечивая выживаемость дофаминергических нейронов.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ 14-15-00480.

Литература

1. *Cui H. et al.* Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in schizophrenia: A systematic review // Shanghai. Arch. Psychiatry. – 2012.–Vol. 24, № 5. – P. 250—261.
2. *Favalli G., Li J., Belmonte de Abreu P. et al.* The role of BDNF in the pathophysiology and treatment of schizophrenia // Journal of Psychiatric Research. – 2012. – Vol. 46, № 2. – P. 1—11.
3. *Nieto R., Kukuljan M., Silva H.* BDNF and schizophrenia: from neurodevelopment to neuronal plasticity, learning, and memory // Front Psychiatry. – 2013. – http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2013.00045.
4. *Reis H. J., Nicolato R., Barbosa I. G., Teixeira do Prado P. H., Romano-Silva M. A., Teixeira A. L.* Increased serum levels of brain-derived neurotrophic factor in chronic institutionalized patients with schizophrenia // Neurosci Lett. – 2008. – Vol. 439, № 2. – P. 157—159.
5. *Stone J. M., Morrison P. D., Pilowsky L. S.* Glutamate and dopamine dysregulation in schizophrenia – a synthesis and selective review // J. Psychopharmacol. – 2007. – Vol. 21, N. 4. – P. 440–452.
6. *Wayne D. C.* Neuroplasticity in mood disorders: Dialogues in clinical neuroscience // Neuroplasticity. – 2004. – Vol. 6. – P. 199—216.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИЙ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА

Буркин М. М., Чабан Ч.

Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск

Биполярное аффективное расстройство (БАР) в последние годы находится в центре пристального внимания всех специалистов, работающих в области психиатрии: исследователей, клиницистов, психологов, работников реабилитационного звена. Этот интерес связан с рядом причин, среди которых наиболее важными представляются низкая выявляемость этого заболевания, частые ошибки диагностики и многолетняя неадекватная терапия, приводящая к инвалидизации пациентов.

Доля диагнозов всей группы аффективной патологии в России ничтожно мала и относится к доле диагнозов «шизофрения» как 1:100, что совершенно не соответствует данным зарубежных генетико-эпидемиологических исследований, в соответствии с которыми соотношение этих заболеваний составляет 2:1. Современные эпидемиологические данные о распространенности БАР в России отсутствуют, а по результатам единичных исследований, проведенных в 80-х годах прошлого века, она распространена приблизительно в 100 раз меньше, чем по зарубежным данным о распространенности заболевания. Согласно результатам российских исследований последних лет, среди больных, наблюдающихся с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» (РДР), доля пациентов с БАР составляет 40,8 %, а среди пациентов с диагнозом «шизофрения» или «шизоаффективное расстройство», расстройства личности, синдром алкогольной зависимости – 40,3 %. Несомненно, частота ошибок диагностики обусловлена степенью информированности практических врачей о подходах к выявлению данного заболевания. Однако когда речь идет о БАР, несомненно, играет роль и несовершенство современных критериев его диагностики.

Большое значение имеет также тот факт, что у больных с повторными эпизодами депрессии врачами часто не выявляются повышенная активность, свойственная БАР, гипоманиакальные состояния, имевшие место в анамнезе. Такие ошибки диагностики ведут к назначению больным неадекватной терапии на многие годы. По данным зарубежных авторов, до установления правильного диагноза БАР проходит 10 лет, в российских исследованиях этот срок больше и составляет 15 лет. Отсутствие нормотимической терапии на протяжении этих лет, длительное назначение антидепрессантов или классических нейролептиков не только утяжеляют течение самого заболевания, вызывая учащение фаз или их затягивание, но и инвалидизируют пациентов в результате развития побочных эффектов терапии, в частности экстрапирамидной симптоматики при лечении классическими нейролептиками. В то же время своевременная диагностика и правильно подобранная терапия позволяют существенно нивелировать проявления болезни, сократить частоту и тяжесть фаз, удлинить ремиссии, уменьшить частоту и сроки госпитализаций.

Целью данной работы является клинико-эпидемиологическое диагностическое исследование пациентов с текущим диагнозом рекуррентное депрессивное и генерализованное тревожное расстройство, тревожные синдромы иного рода, для выявления в этой группе наблюдения больных с диагнозом, соответствующим биполярному аффективному расстройству (БАР).

Материалом исследования служили клинические данные ГБУЗ «Республиканская психиатрическая больница» (Республика Карелия, п. Матросы) и ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» (г. Петрозаводск).

Основными методами изучения БАР являлись следующие: использование клинико-эпидемиологической исследовательской карты (специально разработанной для проведения аналитической работы), опросник гипомании (HCL-32; валидизация произведена С. Н. Мосоловым и сотрудниками), оценочная шкала тревоги Гамильтона, шкала депрессии Бека (BDI).

Исследовательская карта состояла из 37 вопросов, которые характеризовали различные аспекты состояния пациента (общее состояние здоровья, семейное положение, социальный статус, наличие вредных привычек, наследственность, характер течения заболевания, внешние факторы (триггеры), назначенная терапия, периоды ремиссии). Для обработки клинического материала были использованы современные статистические пакеты анализа данных (Excel, SPSS). Математическая обработка позволила выявить ошибки в диагностике, установить долю пациентов с БАР, определить факторы, которые являлись триггерами при возникновении заболевания, оптимизировать терапию лечения пациентов, как в стационаре, так и после выписки (для поддержания позитивного эффекта).

Проведенное исследование подтвердило, что диагностика биполярного аффективного расстройства сопряжена со значительными сложностями, прежде всего диагностического плана. Последствия таких ошибок включают в себя ухудшение течения заболевания, повышенный риск суицида, алкоголизм, злоупотребление психоактивными веществами, заражение инфекциями, передающимися половым путем, совершение противоправных действий. Разработанные в рамках исследования критерии выявления скрытой биполярности и проверка их значимости клиническими и математическими методами позволяют существенно снизить риск негативных последствий заболевания. Они могут стать основой для создания алгоритма выявления скрытой биполярности у больных с рекуррентными депрессивными расстройствами, генерализованным тревожным расстройством, тревожными состояниями иного рода.

КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Бухаров В. Г., Семин И. Р.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Объектом нашего исследования были призывники 1998 г. (1-я группа) и 2003 г. (2-я группа), которым в результате военно-психиатрической экспертизы в Томской клинической психиатрической больнице был установлен диагноз расстройства личности (психопатии).

В 1998 г. в психиатрической практике еще использовалась адаптированная для отечественных специалистов классификация психических расстройств 9-го пересмотра (МКБ-9), а к 2003 г. врачи-психиатры уже накопили достаточный опыт работы по стандартам МКБ-10.

Диагноз психопатии в 1-й группе был выставлен в результате стационарной военно-психиатрической экспертизы в 128 случаях, что составляет 28,3 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. В 2003 г. диагноз расстройств личности зафиксирован в 766 случаях, что составляет 62,1 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. Различия экстенсивных показателей 1998 и 2003 гг. высоко достоверны ($p<0,01$).

Оказалось, что возбудимая психопатия была выявлена у наибольшего числа лиц 1-й группы – 42 случая (32,8 %). Существенный вклад в общую картину вносят шизоидная психопатия – 25 человек (19,5 %), неустойчивая – 18 человек (14,1 %), мозаичная – 17 человек (13,3 %) и истерическая – 14 человек (10,9 %). Остальные типы психопатий встречались в единичных случаях.

Во 2-й группе почти 80 % всех выявленных расстройств личности приходится на три диагностические категории: эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (348 случаев – 45,3 %), транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (117 случаев – 15,3 %) и инфантильное расстройство личности (137 случаев – 17,9 %). Инфантильное расстройство личности у призывников 2-й группы диагностировалось достоверно чаще (17,9 %), чем парциальный дисгармоничный психический инфантилизм у призывников 1-й группы (0,8 %).

Сбор катамнестических сведений был начат в 2011 г. и завершен в июне 2013 г. Таким образом, в тех случаях, когда нам удавалось проследить судьбы призывников 1998 г. с диагнозом психопатии, длительность катамнеза достигала 15 лет.

Из 128 призывников, которым в 1998 г. во время военно-психиатрической экспертизы был выставлен диагноз психопатии, 81 человек (63,3 %) до июня 2013 г. в диспансерное отделение Томской клинической психиатрической больницы никогда не обращались и никогда больше не стационировались. В их амбулаторных карточках имеются только акты стационарной военно-психиатрической экспертизы с указанием диагноза и признанием испытуемых негодными к воинской службе. Можно предположить, что некоторые из них выехали за пределы Томской области, но большинство, как свидетельствует медицинская документация, в психиатрической помощи не нуждались и за ней не обращались.

Из оставшихся 47 человек только 6 состояли в июне 2013 г. на диспансерном учете, причем 1 – на активном диспансерном наблюдении. Еще 4 человека состояли на консультативном учете. Остальные 37 человек (28,9 %) в разные сроки были сняты с психиатрического учета в связи с отсутствием психических расстройств.

Нам удалось получить информацию из базы данных областного наркологического диспансера о состоящих на наркологическом учете в 2013 г. призывниках 1998 г. с диагнозом психопатии. Таковых оказалось 16 человек, из них 2 с диагнозом опийной наркомании, 13 с зависимостью от алкоголя и 1 состоял на профилактическом учете (употребление алкоголя с вредными последствиями для здоровья и социального статуса).

Из призывников 2-й группы 455 пациентов (59,45 %) никогда после военно-психиатрической экспертизы не обращались к психиатрам. В их амбулаторных картах имеются только эпикризы из историй болезни или акты экспертизы.

Амбулаторные карты 236 призывников (30,8 %) 2003 г. с расстройствами личности сданы в архив в срок от 2006 до 2013 г. в связи со снятием с психиатрического учета.

Только 75 человек (9,75 %) из 766 прошедших в 2003 г. военно-психиатрическую экспертизу с диагнозом расстройства личности состояли в июне 2013 г. на учете в диспансерном отделении ТКПБК, причем 70 – на консультативном и всего 5 – на диспансерном учете.

Из 5 пациентов, которые состоят на диспансерном учете через 10 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы, у 3 имеется тот же диагноз, что был установлен в 2003 г.: шизоидное расстройство личности. Еще 2 больных состоят на учете с иным диагнозом, чем был установлен во время военно-психиатрической экспертизы. В одном случае первоначальный диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) сменился на параноидную шизофрению, эпизодическое течение. В другом случае диагноз транзиторного зависимого расстройства личности сменился на недифференцированную шизофрению с нарастающим дефектом.

Таким образом, катамнестическое исследование призывников 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности (психопатиями) позволяет предположить, что имеет место гипердиагностика этой формы патологии на военно-психиатрической экспертизе.

СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА КАК СОСТОЯНИЕ, АКТУАЛИЗИРУЮЩЕЕ ПИЩЕВУЮ ЗАВИСИМОСТЬ

Буцко М. Р.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Многие исследователи (Корчагина С. Г., 2008; Лукьянов О. В., 2008) на сегодняшний день отмечают взаимосвязь субъективного переживания одиночества и аддитивного поведения. Следует отметить, что лишний вес является симптомом нарушения пищевого поведения (пищевой зависимости). По мнению С. Г. Корчагина (2008), возникновение самоотчуждающего одиночества обусловлено преимущественным действием механизмов иден-

тификации в психологической структуре личности, потерей собственного «Я», то есть отчуждением от самого себя. В процессе отчуждения от самого себя личность может жить какое-то время чувствами другого, человек как бы заполняет свой экзистенциальный вакуум чувством нужности другим. Иногда заполнение внутренней пустоты может быть не субъектным (посредством общения), но и объектным (посредством вещей и веществ).

О потреблении пищи, как о средстве избегания чувства одиночества, пишет экзистенциальный психолог О. В. Лукьянов (2008). Он отмечает, что в современном обществе люди избавляются от одиночества, потребляя все больше и дольше новых и еще не надоевших им готовых вещей, блюд, форм, символов. Они платят за то, чтобы уйти на время от одиночества в питании и потреблении. Пища – это базовая связь человека с миром. Для более точного описания поисков личностью способов избавления от одиночества он приводит конкретный пример «ресторан»: «Персонал ресторана получает деньги за то, что готовит вещи в такой форме, чтобы они были не скучные и не тревожные». Посетители за счет потребления этих блюд могут избегать на какое-то время чувства одиночества. Но он подчеркивает, что избегание не исцеляет личность.

Рассмотрим темпоральность переживания одиночества и то, как долго личность может самоотождествляться с объектом, в нашем случае, с пищей. С. Г. Корчагина (2008) отмечает, что время самоотождествления с объектом зависит как от внешних ситуационных факторов, так и от внутренних, в число которых входит и субъективное временное пространство. Идентификация с объектом продолжается до тех пор, пока значимо не изменится его субъективная значимость, пока он не попадет в разряд тех, которые мало интересуют субъекта. Отметим схожесть этого процесса с процессом потребления пищи и наступлением чувства насыщения. Тогда переживаются состояния эмоционального спокойствия и уравновешенности, с которыми субъект одиночества не может идентифицироваться. Такой цикл идентифицирования может повторяться многократно, но личность так и не получает удовлетворения, так как избегание одиночества происходит лишь в процессе потребления пищи. Остановившись в употреблении пищи, человек вновь может ощущать одиночество. И это подталкивает его повторить цикл потребления (Караваева Е. В. и др., 2010).

При длительном избегании одиночества с какого-то момента субъект начинает осознавать отсутствие собственных переживаний или их полную зависимость от других людей. Он начинает остро чувствовать беспокойство, тревогу безотносительно к конкретной ситуации, что характерно для зависимой личности (Микилев Ф. Ф. и др., 2016). Следует подчеркнуть, что одной из травм, формирующих зависимую личность, является непреходящее чувство одиночества на протяжении жизни. Когда зависимая личность сталкивается с повторяющейся травмирующейся ситуацией, ее защитные механизмы активизируются. В случае пищевой аддикции – это переедание. Недовольство образом своего тела может косвенно заставить человека «отказаться» не только от своего тела, но и полностью отключиться от себя. При длительном переживании одиночества психическая жизнь личности останавливается, становится ригидной, цикличной.

При рассмотрении проблематики одиночества в контексте пищевой аддикции мы можем сделать следующие выводы.

1. Чувство отчуждающего и самоотчуждающего одиночества может являться основой для формирования зависимого поведения.
2. Существует взаимосвязь между одиночеством и пищевой зависимостью. Эти феномены могут являться взаимными катализаторами.
3. Пища (ее приготовление, приобретение, потребление, оформление) может являться средством избегания одиночества.
4. В психотерапии разделяются понятия «избегания» и «спасения» от одиночества. Избегание не приносит облегчения и усиливает психологическую и, как следствие, социальную изоляцию.
5. Переживание субъективного одиночества в сочетании с лишним весом нуждается в психокоррекции.
6. Лишний вес может выступать как фактор, усиливающий психологическую и социальную изоляцию личности.

Литература

1. *Караваева Е. В., Орлова Ю. Н., Цыров Г. И.* Исследование эмоционально-поведенческой межличностной сферы лиц, страдающих ожирением // Актуальные вопросы эндокринологии. – М., 2010.
2. *Корчагина С. Г.* Психология одиночества. – М. : МПСУ, 2008. – 228 с.
3. *Лукьянов О. В.* Экзистенциальная социотерапия и проблема спасения от одиночества [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://hpsy.ru/public/x1983.htm
4. *Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Корнетов А. Н., Семке А. В.* Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58—64.

ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

Васильева Н. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Анализ динамики состояния психического здоровья населения страны за последние полтора-два десятилетия выявляет неуклонный рост непсихотических психических расстройств. А. А. Чуркин, Н. А. Творогова (2009), проводя анализ психиатрической помощи населению России, отмечают неуклонный рост с 1999 г. контингента зарегистрированных больных, а в структуре первичной заболеваемости преобладание больных непсихотическими психическими расстройствами.

Разный уровень экономического развития территорий Сибирского региона, социально-демографических характеристик его населения, высокий удельный вес территорий с этнодисперсным населением, высокие показатели распространенности пограничных психических расстройств, неравномерность темпов прироста и широкий диапазон величин как первичной, так и общей заболеваемости на отдельных субъединицах региона – всё это определяет необходимость углубленного анализа распространенности непсихотических расстройств. Непсихотические психические расстройства в общей структуре первичной заболеваемости психической патологией в СФО имеют максимальный удельный вес и составляют в последние годы от 82 % (2004 г.) до 75 % (2010 г.). В динамике с 2002 по 2011 г. в СФО наблюдается рост показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами непсихотического характера – с 270,5 до 322,1 на 100 тысяч населения.

Нами были проанализированы показатели первичной заболеваемости населения отдельных административных территорий СФО непсихотическими психическими расстройствами за 10 лет – с 2002 по 2011 г., сравнивались значения крайних точек показателей. За этот период среди большинства административных территорий СФО наблюдается преимущественно рост показателей первичной заболеваемости, хотя есть территории с относительно невысокими и стабильными показателями и даже с тенденцией к снижению. Стабильно высокие показатели и с тенденцией дальнейшего роста зарегистрированы в Алтайском крае (659,8 и 987,0 на 100 тысяч населения) и в Томской области (3 47,4 и 467,2 на 100 тысяч населения). Территории с низкими показателями заболеваемости, не достигающими уровня средних величин по региону, но с тенденцией роста – Забайкальский и Красноярский края, Кемеровская и Новосибирская области, Республика Бурятия. Самые низкие показатели зарегистрированы в Республике Тыва (65, 8 и 97,5 на 100 тысяч населения).

Рассматривая первичную заболеваемость отдельно для лиц, состоящих на диспансерном учете и получающих лечебно-консультативную помощь, можно констатировать, что рост первичной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами в СФО происходит за счет консультативной группы. В анализируемый период в населении СФО в динамике суммарных показателей первичной заболеваемости отмечаются одинаковые тенденции: снижение числа больных, взятых на диспансерный учет, и рост числа лиц, обратившихся за лечебно-консультативной помощью. Соотношение показателей для СФО составляет 1:5 (2000 г.) и 1:13 (2010 г.).

Оценивая средние возрастные показатели первичной заболеваемости населения СФО непсихотическими психическими расстройствами, можно наблюдать, что максимальные значения имеют показатели заболеваемости детей, наименьшие показатели характерны для взрослого населения, подростковое население занимает промежуточное положение.

Среди 12 административных территорий СФО наибольшие значения показателей зарегистрированы для детского населения Алтайского края (1068 и 1559,2 на 100 тысяч детского населения), Томской области (850,3 и 959,3 на 100 тысяч) и Красноярского края (774,2 и 861,3 на 100 тысяч). Минимальные показатели среди детского населения отмечены, так же как и для всего населения, в Республике Тыва (86,5 и 147,2 на 100 тысяч), что на два порядка меньше показателей Алтайского края.

Среди подросткового населения всех территорий СФО наибольшие показатели первичной заболеваемости имеют также Алтайский край (648,8 и 1031,3 на 100 тысяч) и Забайкальский край (703,6 и 686,4 на 100 тысяч), в то же время Томская и Иркутская области в 2011 г. – соответственно 894,9 и 708,5 на 100 тысяч подросткового населения. Показатели значительно ниже средних по региону для подросткового населения зарегистрированы в республиках Алтай, Тыва, Хакасия.

Таким образом, максимальное выявление непсихотических психических расстройств происходит в детских возрастных группах, осуществляется преимущественно в процессе оказания консультативно-лечебной помощи. Первичная заболеваемость взрослого населения существенно ниже на всех территориях Сибирского региона.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ АФФЕКТИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Васильева С. Н., Симуткин Г. Г.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

На сегодняшний день коморбидность депрессивных и тревожных расстройств остается актуальной проблемой, требующей дальнейшего изучения (Мосолов С. Н., 2012). При биполярной депрессии тревожные расстройства встречаются чаще, чем при униполярной (Freeman M. P. et al., 2002; Das A., 2013). Нарастание тревожной симптоматики у больных с текущим депрессивным эпизодом в рамках биполярного и униполярного аффективных расстройств определяет утяжеление заболевания, задержку ремиссии и снижение эффективности терапии антидепрессантами (Clayton et al., 1991; Coryell W. et al., 2010; Katon W. et al., 2010; Rachel H. B. et al., 2014). Важным аспектом в исследовании коморбидности аффективных и тревожных расстройств является рассмотрение хронологической последовательности формирования вышеуказанной коморбидности. В клинической практике известны случаи одновременного появления данных расстройств, но более типичным является их последовательное развитие. Результаты эпидемиологических и клинических исследований свидетельствуют, что в большинстве случаев тревожное расстройство предшествует появлению депрессивного расстройства (Lampe L. et al., 2003; Lenze E. J. et al., 2005). В редких случаях депрессия предшествует развитию тревожного расстройства, при этом отмечается отчетливая связь ее возникновения с тяжелыми психотравмирующими ситуациями и ее редуцирование задолго до появления тревожного расстройства (Regier D. A. et al., 1998).

Цель исследования: изучение этапности формирования коморбидных взаимоотношений аффективных и тревожных расстройств.

Материал и методы исследования. На базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья нами было обследовано 96 пациентов с верифицированным диагнозом аффективного расстройства, коморбидного с тревожным расстройством (по критериям МКБ-10). Исследуемая группа включала 67 женщин и 29 мужчин, средний возраст обследуемых пациентов составил 46,2±13,4 года.

Нозологические категории аффективных расстройств в изучаемой выборке пациентов были представлены следующим образом: депрессивный эпизод – 34,4 % случаев (n=33), рекуррентное депрессивное расстройство – 28,1 % (n=27), дистимия – 10,4 % (n=10), БАР – 27,1 % (n=26). В спектре тревожных расстройств чаще встречалось паническое расстройство – 54,2 % (n=52), в остальных случаях были диагностированы генерализованное тревожное расстройство – 26 % (n=25), другие смешанные тревожные расстройства – 14,6 % (n=14), агорафобия с паническим расстройством – 3,1 % (n=3), социальная фобия – 2,1 % (n=2). Комбинации нозологических единиц тревожных и аффективных расстройств были самыми различными.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 6.0).

Результаты. Анализ этапности появления психических расстройств в обследованной выборке пациентов позволил выявить 3 варианта формирования коморбидных взаимосвязей между данными расстройствами. В большинстве случаев (66,7 % – 64 чел.) аффективное расстройство появлялось после тревожного расстройства ($p<0,01$, X^2-статистика). В 22,9 % случаев (n=22) аффективное расстройство предшествовало появлению тревожного расстройства. Временной промежуток между возникновением тревожного и аффективного расстройств варьировал в большом диапазоне. И лишь у 10,4 % пациентов (n=10) симптоматика аффективного и тревожного расстройств возникала одновременно.

Выводы. Результаты нашего исследования выявляют характерную динамику становления коморбидных взаимоотношений между аффективными и тревожными расстройствами. Наиболее часто тревожное расстройство предшествует развитию аффективного расстройства. Этот факт подтверждает необходимость и целесообразность широкого использования антидепрессантов уже на этапе терапии тревожных расстройств, поскольку при использовании этого класса психотропных средств мы оказываем терапевтическое влияние не только собственно на тревожное расстройство, но и одновременно снижаем риск развития депрессивного расстройства. Однако при долговременном использовании антидепрессантов для лечения расстройств тревожно-фобического спектра необходимо учитывать возможное развитие вслед за тревожным расстройством биполярного аффективного расстройства и своевременно менять стратегию поддерживающей терапии.

Работа выполнена в рамках медицинской технологии № 13 «Оценка эффективности психофармакотерапии при коморбидности рекуррентной депрессии и тревожных расстройств».

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Васина Е. Ю., Селедцов А. М., Устьянцев Л. Г.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Умственная отсталость (малоумие, олигофрения; древне-греч. λίγος – малый, φρήν – ум) есть врожденная или приобретенная в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся нарушением интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации. Проявляется в первую очередь в отношении разума (откуда название), также в отношении эмоций, воли, речи и моторики.

Среди причин, вызывающих нарушение созревания плода, известно более 400 внешних факторов (Д. Н. Исаев). Так как во внутриутробном периоде центральная нервная система (ЦНС) плода особенно чувствительна, то ее повреждения встречаются часто и приводят в итоге к психическому недоразвитию (70—90 %). Нарушение психического развития ребенка может оказаться следствием взаимодействия многих вредностей, действующих внутриутробно (пренатальный период), в течение родов (натальный период) и в раннем постнатальном периоде.

Цель: выявить основные причины экзогенной природы, действие которых на ребенка в перинатальный период приводит к олигофрении.

Материалы и методы. Были изучены 130 (100 %) историй болезней пациентов в возрасте от 5 до 15 лет, находящихся на диспансерном учете в ГКУЗ КО КОКПБ.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что среди пациентов преобладают лица мужского пола. Большинство детей имеют диагноз под шифром F70.09 – «Умственная отсталость легкой степени, без указаний на нарушение поведения». У матерей 50 детей (39 %) во время беременности был выставлен диагноз ХГП, у 25 матерей (19 %) была диагностирована ХФПН, 18 женщин (14 %) страдали анемией во время беременности. Также 7 матерей (5 %) не наблюдались во время беременности. Большинство родов произошли в срок и были самостоятельными. Наследственность у 75 % детей отягощена.

Коррекционная поддержка самых распространенных форм патологии перинатального периода является существенным шагом в уменьшении количества детей с олигофренией разной степени.

При множественности причин, могущих обусловить олигофрению, пути профилактики этого заболевания очень разнообразны. Все те мероприятия, которые проводятся для оздоровления населения (ликвидация инфекций и детского травматизма, борьба с алкоголизмом, соблюдение особой осторожности в работе с расщепляющимися веществами), являются в то же время мерами предупреждения олигофрении. Целям профилактики олигофрении служит и развернутая система охраны материнства и младенчества: диспансеризация и лечение беременных, организация специальных медицинских учреждений по патология беременности, обеспечение населения сетью родильных домов и детских консультаций. Большое профилактическое значение имеют борьба с родовым травматизмом, недоношенностью, ранняя гемотрансфузия для предупреждения гемолитической желтухи.

Все профилактические мероприятия, направленные на борьбу с олигофренией, условно подразделяются на первичные и вторичные. К первичным профилактическим мерам относятся: медико-генетические консультации, перинатальная диагностика аномалий развития ЦНС эмбриона и плода, позволяющая предупредить рождение умственно отсталого ребенка, а также различные меры, направленные на охрану здоровья будущих матерей, предупреждение у них инфекционных заболеваний и травматизма детей во время родов.

Профилактика олигофрении, состоящая из вторичных мероприятий, представляет собой своевременное выявление слабоумия, полноценное лечение и реабилитацию больных олигофренией. Выявление и лечение больных олигофренией – медицинская проблема, а их реабилитация – это целый комплекс профилактических мероприятий, исполнение большинства которых требует социального обеспечения и государственной материальной поддержки.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ

Велиева С. В.

ФГБОУ ВО «ЧГПУ им. И. Я. Яковлева», Чебоксары

Актуальность обсуждаемой проблемы обусловлена ростом рискогенных форм поведения и преступлений в среде несовершеннолетних. По данным за 2015 г., по России в целом число преступлений (кража, грабеж и нарушение правил обращения с наркотическими средствами) увеличилось в 2 раза. Состояние здоровья детей и подростков ухудшается и за счет роста функциональных и хронических заболеваний с приоритетом социально значимых болезней, в том числе вызванных вирусом иммунодефицита у взрослых и детей. В связи с этим актуальным оказывается создание системы межведомственного взаимодействия как эффективного инструмента профилактики рискованного поведения среди несовершеннолетних.

Обратимся к понятию «рискованное поведение», которое определяют как поведение, угрожающее здоровью и жизни человека (Ю. Г. Фролова), как средство, субъективно

повышающее уровень адаптивности субъекта к собственной среде, одновременно с сохранением индивидуализации (Д. В. Колесов, В. А. Пономаренко), как активность по экспериментированию со своими возможностями и преобразованию отношения к ценности жизни (Н. Л. Пузыревич), но прежде всего как аморальное поведение (Б. С. Братусь), следствие бездуховности и морального несовершенства, мотивированное гедонистическими устремлениями личности. Риск определяется как решимость, действие наудачу в неясной ситуации; как ситуация, позволяющая выявить возможные последствия каждого варианта принятия решения и вероятность их появления. В настоящее время различными авторами в различных сферах жизни описывается «оптимистическая предвзятость» и пр. Однако сама по себе ни одна из психологических особенностей или форм рискованного поведения не является угрозой безопасности и развитию общества.

Центральной опасностью оказывается перспектива моральной деградации, а существенным риском – неготовность личности осознавать собственное состояние, духовные болезни, а следовательно, и неготовность предпринимать серьезные меры по самооздоровлению. Для противодействия распространению рискогенного уязвимого поведения необходимо сплочение общества, совместные действия государственных, образовательных, общественных и церковных организаций. Полноправными участниками такого межведомственного взаимодействия должны стать учреждения социальной защиты населения; органы опеки и попечительства, внутренних дел, ФСБ, следственные органы Следственного комитета, Комиссии по делам несовершеннолетних, подразделения полиции; учреждения здравоохранения, образования, культуры, Центр занятости населения, общественные и церковные организации, благотворительные фонды и пр. Особая роль в этой работе принадлежит заместителям руководителей образовательных учреждений по воспитательной работе, педагогам, психологам, классным руководителям, преподавателям вузов.

Комплексная межведомственная работа по профилактике рискованного поведения включает следующие аспекты: а) подготовка сотрудников и обучающихся старших курсов вуза по организации превентивной работы; б) организация волонтерской деятельности; в) целенаправленная точечная профилактическая работа по проблеме рискованного поведения в студенческой среде; г) информирование о существующей системе оказания медико-социальной психолого-педагогической помощи обучающимся; д) подготовка и тиражирование информационных материалов по профилактике социально значимых заболеваний, безопасного, в том числе сексуального поведения, популяризации барьерных средств защиты. Направления обучения превентивной деятельности: обучение навыкам противостояния рискованному поведению, социальным навыкам предохранения от развития рискогенного поведения, формирование аутокомпетенций и правового сознания, толерантного отношения к ВИЧ-позитивным людям; ценностного и заботливого отношения к своему здоровью и здоровью окружающих, стабильной осознанной позитивной мотивации к здоровому образу жизни; профилактика социально-обусловленных заболеваний; овладение методами, технологиями осуществления превентивной деятельности.

В учебном процессе осваиваются более 200 направлений и видов терапии, коррекции, профилактики, среди которых: мотивационная терапия – трансстеоретическая модель изменения поведения (Д. Прочаска, К. ДиКлементе), мотивационное интервью – модель изменения амбивалентности отношения к собственному проблемному поведению (Миллер, Роллинк), модели поведенческой альтернативы – поиск позитивной активности, осознанный выбор своей жизненной позиции (Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский); стратегии противодействия негативным социальным влияниям – обучение умению противостоять давлению сверстников и средств массовой информации (Эванс, Хьюстон); метод повышения общих и социальных компетенций личности (C. S. Bell, R. J. Battjes); техника форматирования и структурирования когниций, преодоления иррациональных убеждений, развития способности к осознанию сущности и последствий собственного поведения, формирования ответственности и экологичных личностных установок (И. А. Фурманов), программы позитивного развития молодёжи (R. F. Catalano, A. M. Ryan), кон-

фронтационная техника – выявление и анализ психических противоречий (R. Bastine, D. Kommer) и пр.

Формы работы при подготовке студентов для профилактической и волонтерской деятельности используются самые разнообразные: конкурсы мотиваторов и демотиваторов, научных и методических работ, социальной рекламы, плакатов, видеоклипов, дидактических игр среди студентов; олимпиады научных студенческих работ; публичные акции («За здоровье и безопасность», Всемирный день борьбы против СПИДа); флешмобы («Молодежь за здоровый образ жизни»); информационно-просветительские семинары, например, «Актуальные проблемы наркоситуации в молодежной среде: состояние, тенденции, профилактика»; цикл мастер-классов «Ответственное поведение – ресурс здоровья»; волонтерские занятия «Ступени» (по материалам ОО «Врачи детям»); научно-практические конференции, видеосеминары по духовно-нравственному воспитанию, воспитанию здорового поколения и профилактике рискогенных форм поведения; аутричтренинги. Эффективность системы профилактики обеспечивается реализацией межведомственного взаимодействия и мультидисциплинарного подхода всех заинтересованных структур; разнообразием форм и интерактивных методов на основе субъект-субъектного подхода, реализуемого больше на групповом и индивидуальном уровнях, научно-методической и консультативной поддержкой специалистов различных ведомств; осуществлением профилактической работы в рамках действующего законодательства.

В дальнейшем могут быть обозначены следующие перспективы межведомственного взаимодействия: расширение видов партнерства в соответствии с приоритетами национальной и региональной политики и потребностями целевых групп; усиление партнерского взаимодействия между государственными, образовательными, общественными и церковными организациями по профилактике рискованного поведения; определение наиболее эффективных и успешных методов и форм партнерства.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

Вертугина Е. А.

ТОО «Возрождение», Медико-психологическая служба помощи в трудных жизненных ситуациях, Алматы, Казахстан

За последние годы значение психолого-педагогической науки применительно к различным научным направлениям значительно возросло. Появилась и успешно развивается такая отрасль как гендерная наука. Особенности соматического и полового развития подростков имеют не только непосредственное отношение к здоровью и работоспособности в последующие годы, но и в значительной мере определяют полноценность социального развития [1, с. 107]. Различают 5 стадий полового созревания в соответствии со степенью выраженности признаков полового созревания. Однако наиболее точным физиологически и удобным практически является деление на 2 этапа: первый этап – с 8—9 до 12—13 лет; второй этап – с 12—13 до 17—18 лет. Начинается половое созревание с повышенной активностью центральной нервной системы, вслед за которым повышается активность эндокринных желез. Возрастающее количество гормонов, вырабатываемых и выделяемых в кровь этими железами, и ведет к развитию всех признаков и проявлений полового созревания. Физиологически *первый* этап полового созревания может быть охарактеризован как этап активации нервной системой эндокринной системы, *второй этап* – как этап реализации на уровне клеток, тканей, органов, поступающих из центральной нервной системы импульсов, опосредованных гормонами.

На сегодняшний день изучение психологических особенностей осужденных женского пола, находящихся в пенитенциарных учреждениях Казахстана, проблема актуальная, что объясняется отсутствием в этом плане психологических научных исследований. Если до недавнего времени женская преступность «не беспокоила» общественность, то сегодня данная тема оказалась злободневной и актуальной. Свидетельством данного факта

является удручающий рост преступных деяний, совершаемых женщинами и несовершеннолетними девочками-подростками.

О росте женской преступности свидетельствует тот факт, что только «за 11 месяцев 2015 г. к уголовной ответственности были привлечены 902 представительницы слабого пола, т. е. на 152 больше, чем за аналогичный период 2014 года» [3, с. 73]. Особое их активное участие проявилось в совершении квартирных краж, причем если раньше они чаще выступали в роли «разведчиц», наводчиц, то теперь сами исполняют эти функции не хуже мужчин. Рост безработицы, обесценивание денег, падение жизненного уровня, коррупция повлекли за собой стремительный рост насильственно-корыстных преступлений, совершаемых «слабым полом», способствуют появлению «живого товара» для публичных домов, «хладнокровного киллера», «сексуальной игрушки», «уличной проститутки» [6, с. 202].

Все эти преступления – плод коренного изменения психики человека, особенно женщин, где борьба «за место в жизни» изменила прежние восприятия, «качество» мышления, установку, былые ценности. В связи с этим, опираясь на данные ученых постсоветского пространства [2, 4, 5], а также на примерах женской колонии ЛА-155/4 постараемся раскрыть влияние социальной изоляции на психическое состояние осужденных несовершеннолетних девочек.

Для определения характерных особенностей несовершеннолетних осужденных девочек в колонии ЛА-155/4, расположенной в посёлке Жаугашты, использовали цветовую методику Люшера.

Выявлено, что осужденным присущи в основном состояния опасения, страха, тревожности, мнительности, обидчивости, агрессивности, подавленности, собственной неполноценности и т. д. Эти состояния вызваны в основном тремя факторами – изоляцией от общества и нахождением их в замкнутой социальной среде; ограничением в удовлетворении потребностей посредством тотальной регламентации поведения; принудительным включением в однополые социальные группы.

Анализ психологических исследований российских ученых показал, что начиная с 12-летнего возраста у несовершеннолетних девочек проявляется интерес к развлекательным, увеселительным времяпрепровождениям, а потребность в самоутверждении в этот возрастной период становится навязчивой. Их преступному поведению предшествовали бродяжничество, половая распущенность, уклонение от учебы, отсутствие самодисциплины и твердой жизненной цели, приобщение семьи к алкогольным напиткам и пр. Выборочные данные по женской колонии ЛА-155/4 (пос. Жаугашты) показывают, что большинство из обследованных вступили в половую связь до 16-летнего возраста и вовлекали их, как правило, взрослые. Многих на делинквентное поведение подтолкнула деструктивная семья, создавшая «условия» для безнравственных антиобщественных поступков. По результатам исследования показано, что многие несовершеннолетние девочки не имеют понятия о значении системы ценностей, являющихся главным содержанием структуры личности.

Многие несовершеннолетние проститутки воспитывались в условиях безнравственности, царивших в собственной семье: открытость интимных отношений, ругань, пьянство, разборки, половая распущенность матери и т. д. Так, психологическое тестирование показало, что у осужденной М. Р. жизненная программа типична для проституток – полное отсутствие духовных ценностей, озабоченность и мечта только о материальных благах, ее нравственно-психологическая позиция – жесткая зависимость от мира денег и вещей.

Работа в закрытых учреждениях показала необходимость психологической подготовки несовершеннолетних к жизни в новых условиях. Суть такой подготовительной работы заключается в изменении их жизненного настроя, привычек, психического состояния, в выработке установки вести себя согласно принятым социальным нормам. Попадая в новые условия жизни и социальную среду, несовершеннолетний осужденный встречается с различными трудностями, к преодолению которых он не всегда бывает готов. Зачастую неверно оценивая свои действия и поступки других, он вновь попадает в места лишения свободы. Психологическая подготовка ускоряет процесс адаптации к новым условиям, помогает в преодолении инертности человеческой психики.

Литература

1. *Акажанова А. Т., Ельшибаева К. Г.* Влияние социальной изоляции на психическое состояние осужденных женщин // Мировая цивилизация и Казахстан : тезисы докл. межд. конф. – Алматы, 2007. – Ч. 2. – С. 107—110.
2. *Антонян Ю. М.* Преступность среди женщин. – М. : Российское право, 2002. – 256 с.
3. *Барлыбекова М.* Криминологическая характеристика несовершеннолетних девочек, совершивших умышленные убийства // Правовая реформа в Казахстане. – Алматы, 2015. – № 12. – С. 73—77.
4. *Ковалев О. Г., Малышева Р. А.* Криминологические и психологические проблемы дезадаптации женщин молодежного возраста, отбывших наказание в местах лишения свободы. – М. : Высшая школа, 2001. – 102 с.
5. *Минская В. С.* Опыт виктимологического изучения изнасилования // Вопросы борьбы с преступностью. – М., 2000. – Вып. 17. – С. 21—31.
6. *Тарабрин А.* Женщины и преступность. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2008. – 464 с.

СТРЕССРЕАЛИЗУЮЩИЕ ГОРМОНЫ В ДИНАМИКЕ СИНДРОМА ОТМЕНЫ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Мандель А. И., Менявцева Т. А., Ляшенко Г. П., Рощина О. В.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Накопленные к настоящему времени данные биологических исследований позволили установить вовлеченность в патогенез алкогольной зависимости практически всех гомеостатических систем организма. Значение эндокринной системы в механизмах алкогольной зависимости обсуждается в литературе давно. Показано, что алкоголь стимулирует выработку глюкокортикоидов и индуцирует устойчивые изменения в адаптивной нейроэндокринной стресс-системе. Эти изменения оказывают влияние на нейротрансмиттерные системы мозга, систему подкрепления и могут способствовать повышенной склонности к формированию зависимости и рецидивам заболевания [Lenz B. et al., 2012; Lu Y. L., Richardso H. N., 2014).

Цель исследования – изучение роли стрессреализующих гормонов в динамике терапии абстинентного синдрома у больных алкоголизмом. В группу обследования включены 35 больных алкоголизмом мужчин, 28—60 лет, находящихся на лечении в отделении аддиктивных состояний клиники НИИ психического здоровья. Диагноз больных по МКБ-10 квалифицировался как «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя», синдром зависимости (F10.21) и синдром отмены (F10.30). Обследование проводили в двух точках: 1-я точка − на 3—4-й день поступления пациентов в стационар после курса дезинтоксикационной терапии; 2-я точка − на 12—14-й день лечения постабстинентного состояния. Лабораторные методы исследования включали определение в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) уровня кортизола, тиреотропного гормона (ТТГ), тестостерона.

Установлено, что пациенты в динамике терапии постабстинентного состояния характеризовались высоким уровнем кортизола, значимо превышающим соответствующий показатель в группе контроля (здоровые мужчины). В 1-й точке исследования концентрация кортизола составила 885,70 (426,30—965,40); во 2-й точке – 1123,30 (948,00—1150,80) нмоль/л ($p<0,0001$ в обеих точках по отношению к контролю – 465,80 (365,09—503,96) нмоль/л). Показатели тиреотропного гормона и тестостерона в общей группе пациентов были сопоставимы с контролем.

При анализе взаимосвязи клинических и биологических характеристик пациенты были разделены на группы по давности алкоголизации (до 10 лет; 11 и более лет) и по уровню толерантности в расчете на 40^0 этанол (до 500 мл и выше 500 мл). Определен высокий уровень кортизола в обеих группах, причем повышение концентрации кортизола в процессе терапии было более выражено в группе с давностью до 10 лет и толерантностью до 500 мл. Уровень тестостерона у пациентов с давностью заболевания 11 и более лет во 2-й точке обследования был достоверно ниже как по отношению к контролю, так и по отношению к группе с меньшей длительностью заболевания.

Реакция организма на отмену алкоголя и других ПАВ является реакцией на стресс, модулирующей поведенческую, нервную и эндокринную активность. Обнаруженный высокий уровень кортизола у больных алкоголизмом свидетельствует о сохранении напряженности адаптивных систем организма на 12—14-й день терапии синдрома отмены и возможном срыве терапевтической ремиссии. Известно, что гипоталамо-гипофизарно-гонадная система находится в тесных взаимоотношениях с гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой осью эндокринной регуляции, и снижение тестостерона у мужчин, длительно употребляющих алкоголь, может быть связано с нарушением их репродуктивной функции.

Литература

1. *Lenz B., Muller C. P., Stoessel C., Sperling W., Biermann T. et al.* Sex hormone activity in alcohol addiction: integrating organizational and activational effects // Prog. Neurobiol. – 2012. – Vol. 96. – P. 136—163.
2. *Lu Y. L., Richardson H. N.* Alcohol, stress hormones, and the prefrontal cortex: a proposed pathway to the dark side of addiction // Neuroscience. – 2014. – Vol. 26. – P. 139—151.

ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ, КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Воробьев Е. С., Дроздовский Ю. В.

ФФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск

Многие авторы в настоящее время отмечают рост психических расстройств среди детей и подростков за счет повышения пограничной психической патологии (Великанова Л. П., 2004, 2008; Сухотина Н. К., 2006, 2008; Лебедев М. А., Палатов С. Ю., 2010; Шевченко Ю. С., 2011; Васильева Н. А., 2015; Rutter M., 2008 и др.). Проводимые эпидемиологические исследования в разных регионах РФ выявили наличие психических расстройств, не имеющих четких клинических форм и нозологической специфики, их отличительной особенностью является неопределенность границ, которые однозначно не могут быть отнесены ни к норме, ни к патологии, это так называемые донозологические или субклинические расстройства. Это, в свою очередь, определяет потребность в разработке новых мер профилактики, диагностических подходов, реабилитационных программ (Сухотина Н. К., 2008; Макушкин Е. В., Вострокнутов Н. В., 2009; Шалимов В. Ф., 2009; Сухотина Н. К., 2010; Шишков В. В., Кощавцев А. Г., Поздняк В. В., Ильичов А. Б., 2015).

Следует отметить, что проблемы современной семьи вносят значимый вклад в возникновение пограничных психических расстройств (ППР) у детей и подростков, так как она является одним из главных факторов в формировании данной психической патологии и основной средой для развития личности ребенка/подростка. Неблагополучная семейная среда может привить невротические установки, ценности которые формируют поведение ребенка, его коммуникации в социальной среде (Воробьева К. А., 2012; Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., 2012; Гуткевич Е. В., Маркова А. О., Селедцов А. М., 2016). Так, исследователи высказывают мнение, что в обществе существует тенденция, когда молодые люди детородного возраста не хотят быть по-настоящему родителями, а их желание иметь ребенка сравнимо с желанием иметь машину, очередной новый «айфон», т. е. обладать вещью, а не быть родителями для «живого и родного маленького человечка» и нести ответственность за его воспитание и жизнь. За этими «вещевыми потребностями» стоит невротическое желание соответствовать навязываемому обществом образу социально успешного человека. Известно, что семья ведет себя как единое целое, все ее члены стремятся к сохранению установившегося равновесия не только явными, но и скрытыми методами. Такое равновесие проявляется в повторяющихся, циклических, предсказуемых паттернах коммуникации в семье. Когда этот гомеостаз оказывается под угрозой, его участники прилагают много усилий, чтобы его сохранить (Джексон Д., 1954; Семке В. Я., 2002; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2009; Зверева Н. В., Горячева Т. Г.,

2013; Иванова И. А., Архипова Н. Н., 2015), что оказывается определенной проблемой при проведении семейной психотерапии. Ребенок же, помимо своей воли, оказывается вовлечен в данную устойчивую систему семейных отношений, взаимосвязей, что как приводит, так и в дальнейшем поддерживает его невротическое состояние.

Помимо особенностей семейных взаимоотношений в целом, большое значение в патогенезе возникновения ППР у детей имеет контакт ребенка с матерью, особенно в первые годы жизни. В развитии детей, не получавших достаточно эмоциональной теплоты от матери либо ее лишенных, наблюдаются нарушения психического и соматического здоровья, тесно связанные со стойкой и длительной материнской депривацией. В более старшем возрасте отцовское внимание так же начинает играть важную роль, а его недостаток приводит к рентным установкам, искажению нравственной и духовной сферы жизни ребенка. В связи со склонностью к затяжным формам течения ППР у детей и подростков ведут к формированию аномальных личностных качеств и в целом к росту психической заболеваемости в данной возрастной популяции (Девятова О. В., 2005; Зритнева Е. И., 2006; Яновский К. П., 2008; Семке В. Я., 2009; Гуткевич Е. В., 2014).

Целью исследования ставилась разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий у детей и подростков с невротическими расстройствами на основе оценки особенностей карты мышечных зажимов (в модели телесно-ориентированного психотерапевтического подхода).

Методы исследования: клинико-психопатологический, телесно-ориентированный подход, клинико-динамический, клинико-катамнестический, соматоневрологический, статистический.

Нами было обследовано 110 пациентов (мальчики и девочки) в возрасте от 7 до 13 лет, обнаруживших разнообразную невротическую симптоматику: фобические нарушения (F93.1, F93.2, F43.0, F43.1, F43.2), нарушение поведения (F91.0, F91.1, F91.2, F91.3), невротические формы заикания (F98.5), тики (F95.1). Данная невротическая симптоматика находила свое выражение как в психосоматических, так и в поведенческих расстройствах разной степени выраженности.

Результаты. Была выявлена взаимосвязь между клинической симптоматикой невротического расстройства и телесным профилем пациента (в модели телесно-ориентированного психотерапевтического подхода). Так, группа детей/подростков с фобической симптоматикой (36 чел.) разделилась на две подгруппы в зависимости от причины возникновения невротических проявлений. В первой группе детей/подростков, выделенной в зависимости от причины возникновения фобической симптоматики (угроза жизни и здоровью), отмечались следующие закономерности телесного профиля: тело находилось в поле флексии; таз был ротирован с права налево, верхний плечевой пояс оставался по центру; центр тяжести находился в верхней части тела; колени были «заблокированы»; вес тела оказывался на пятках; таз был поджат; наблюдался повышенный тонус мышц рук, области глаз (в зонах, отвечающих за познание мира). Нарушения равновесия обнаруживало себя в околопупочной зоне, зоне лонного сочленения (при легком надавливании ребенок начинал падать) – то есть в проекциях «идентичности» и «миссии жизни». Здесь же наблюдалось максимальное мышечное напряжение.

Во второй группе детей/подростков, выделенной в зависимости от причины возникновения фобической симптоматики (угроза социальному статусу ребенка/подростка), обнаружено, что тело находилось в поле флексии; таз был ротирован слева направо, верхний плечевой пояс оставался по центру; центр тяжести находился в верхней части тела; колени были заблокированы; вес тела оказывался на пятках; таз был поджат; обнаруживался повышенный тонус мышц рук, области глаз. Нарушение равновесия проявляло себя в зоне головы, яремной вырезки (при легком надавливании ребенок начинал падать) – то есть в проекции «окружения», «поведения». Здесь же наблюдалось максимальное мышечное напряжение.

В группе детей/подростков с нарушением поведения (27 чел.) нейромышечный портрет проявил себя в комбинации полей экстензии, аттракции, ротации; в повышенном мышечном тонусе всего тела; блокировании зоны «принятия себя»; выведением таза вперед; сгибанием коленей, вес тела находился в средней части стопы.

Клиническая группа детей и подростков с невротическими формами заикания (24 чел.) выявила сочетание полей ротации и флексии; диафрагмальный зажим; приведение плеч кпереди и книзу; повышение тонуса мышц шеи; выключение таза из акта дыхания, прерывание дыхательной волны в верхней части грудной клетки; вес тела оказывался на пятках.

Группа детей/подростков с тиками (23 чел.) выявила закономерности, определяемые сочетанием моторных полей ротации и активации; равномерным усилением тонуса мышц всего тела; учащенным поверхностным дыханием; обнаруживали себя зажимы челюстной и гортанной областей; вес тела – на носках.

Также нами определены закономерности изменения нейромышечного портрета ребенка/подростка в присутствии родителей. На диагностическом этапе наблюдалось изменение мышечного тонуса, менее заметными становились проблемные зоны (ребенку хотелось выглядеть лучше в глазах родителей), изменение распределения центров равновесия (родитель использовался как внешняя сила, способствующая удержанию равновесия), дыхательная волна и геометрия тела при этом оставались без изменения.

На терапевтическом этапе обнаружены проблемы комплаентности в части случаев: невыполнение заданий дома, самостоятельная трансформация заданий до потери терапевтического эффекта, на сеансе – определенное сопротивление со стороны родителей (вербальное и невербальное отрицание позитивных изменений психического здоровья своего ребенка/подростка и даже непринятие ребенка дома более здоровым и гармоничным). Проблемы сотрудничества с семьей (динамичной семейной психотерапии) вызывали частичный либо полный возврат клиники невротического расстройства.

Реабилитационные мероприятия, проводимые детям и подросткам с ППР, включали в себя комплексы: психофармакологический (ПФК), психотерапевтический (ПТК) и социально-терапевтический (СТК). Психотерапевтический комплекс включал в себя семейную групповую и индивидуальную организацию лечебного процесса, а также методы телесно-ориентированной, гуманистической, когнитивно-поведенческой терапии и нейролингвистическое программирование.

На основании составленной карты мышечных зажимов нами были созданы диагностические программы и лечебно-реабилитационные комплексы для детей и подростков с невротическими расстройствами, включившие в себя специально разработанные индивидуальные и групповые тренинги с позиций телесно-ориентированной психотерапии, которые способствовали положительной трансформации телесно-мышечного портрета и редукции невротической симптоматики и которые показали высокую эффективность.

Заключение. Изучение специфики карты мышечных зажимов в модели телесно-ориентированной психотерапии позволяет улучшить диагностику невротических расстройств у детей и подростков на различных этапах заболевания, как доклинических, так и клинических, что способствуют эффективному подбору лечения и реабилитации. Комплексные реабилитационные программы с включением методов работы с телом с позиций телесно-ориентированного психотерапевтического подхода позволяют эффективно проводить лечение невротической симптоматики у ребенка/подростка, позитивно перестраивать семейные взаимоотношения, создавая условия для реализации психопрофилактических мероприятий, с целью дальнейшего гармоничного развития ребенка в психическом и телесном отношении.

ХРОНОФАКТОР: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДЕПРЕССИИ

Герасимчук М. Ю.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова, Москва

Широкая распространённость депрессии среди населения подтверждена многочисленными эпидемиологическими исследованиями. ВОЗ и Национальный институт психического здоровья США (Depression Guideline Panel) сообщают о том, что до 25 % женщин и 7—12 % мужчин хотя бы раз в жизни перенесли отчетливый депрессивный эпизод.

По существующим прогнозам, к 2020 г. депрессия выйдет на второе место среди причин нетрудоспособности, уступая место лишь сердечно-сосудистым заболеваниям.

Хронобиология известна как наука, изучающая циклические биологические процессы, временной фактор характерен для всех процессов жизнедеятельности от диапазона микро- (период до 1 часа), мезо- (период до 1 месяца) и макроритмов (более 1 месяца) до годовых и многолетних. В патогенезе депрессий немаловажную роль играют хронобиологические механизмы, происходящие на уровне взаимодействия циркадианных ритмов и цикла сна-бодрствования [Мосолов С. Н., 2012; Wirz-Justice A., 2009].

Большинство исследователей относят расстройства сна к числу облигатных признаков депрессии [Вейн А. М., 2002], который может сохраняться и после исчезновения признаков депрессивного состояния [Левин Я. И., 1998]. С диагностической точки зрения, данный клинический феномен будет наиболее очевидным, позволяет оценить тяжесть состояния.

Наряду с экзогенными влияниями, на данный момент обнаружен ряд генов, кодирующих ключевые элементы циркадианных часов у млекопитающих: period (perl, per2, per3), neuronal PAS domain protein-2 (NPAS2), circadian locomotor output cycles kaput (CLOCK), cryptochrome (Cryl, Cry2), Brain and muscle aryl-hydrocarbon receptor nuclear translocator-like 1 (BMAL1) гены [Albrecht U., 2010]. Доказано, что определенные аллельные комбинации нуклеотидов повышают риск сезонного аффективного расстройства (САР) в 4,43 раза в сравнении с другими генотипами и 10,67 раза в сравнении с наиболее протективным генотипом [Partonen T., 2005]. Десинхроноз тесно ассоцирован с сердечно-сосудистой, гепатобилиарной патологией, злокачественными новообразованиями, что акцентриует внимание к коморбидности, отягощенности депрессии соматическими симптомами [Salavaty A., 2015]

Таким образом, хрононарушения при депрессии можно считать в определенном мере эндогенно обусловленными, следовательно, предсказуемыми, поддающимися оценке, могут быть важны, с одной стороны, с превентивной целью, а с другой – для врачей-психиатров, работающих в рамках стационарной и амбулаторной психиатрической помощи, консультирующих в стационарах и поликлиниках общесоматической сети для повышения эффективности и безопасности проводимой психофармакотерапии.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ РИСПЕРИДОНА И ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ

Гизатулина Л. В., Зерникова А. А., Кирина Ю. Ю., Красноперова А. О., Селедцов А. М.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово
ГКУЗ «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» ДОЗН КО, Кемерово

Современная фармакотерапия шизофрении включает применение как типичных, так и атипичных нейролептиков. Антипсихотики второй генерации являются антагонистами дофаминовых и серотониновых рецепторов в центральной нервной системе (ЦНС) в отличие от типичных антипсихотиков, которые воздействуют преимущественно на дофаминовые рецепторы. Некоторые исследователи считают, что атипичные нейролептики не имеют каких-либо преимуществ перед типичными, кроме лучшей переносимости (Mattes J. A., 1997; Capehart B. P., 1998; Chakos M., Lieberman J., 2001).

Рисперидон относится к числу атипичных нейролептиков, которые в настоящее время рассматриваются в качестве препаратов первой линии при лечении различных психотических расстройств, включая шизофрению. Препарат обладает высоким сродством к серотониновым (5-НТ2), дофаминовым (D_2) и альфа$_1$-адренергическим рецепторам. Антипсихотическое действие связывают с блокадой D_2-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной систем. Антагонистическое действие по отношению к 5-НТ2-рецепторам обусловливает уменьшение выраженности негативных симптомов шизофрении.

В исследовании участвовали 60 больных, от 18 до 55 лет, пролеченных на базе отделения 1–3 КОКПБ с сентября 2015 г. по сентябрь 2016 г., с диагнозом шизофрения.

Пациентов распределяли в группу терапии рисперидоном (стартовая доза составляла 4 мг/сут) или галоперидолом (5 мг/сут). Одновременное назначение других психотропных препаратов не допускалось. При наличии экстрапирамидальных расстройств, которые не корректировались снижением дозы, назначали циклодол в дозе 2 мг/сут.

Психическое состояние пациентов оценивали в начале лечения, через 6 и 12 недель после начала терапии при помощи Шкалы позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), Шкалы глобальной оценки функционирования (Global Assessment of Functioning scale – GAF), Шкалы Симпсон Ангус (Simpson Angus Scale – SAS) для оценки экстрапирамидных нарушений на фоне приема нейролептиков.

Рисперидон получали 35 больных; галоперидол – 25 пациентов. Сравниваемые группы больных не отличались демографическими показателями, клинической картиной и длительностью заболевания. Выраженность симптомов шизофрении в начале заболевания была сопоставимой и не имела существенных отличий при применении разных шкал. В ходе лечения улучшение по всем разделам шкалы PANSS отмечено в обеих группах. На 12-й неделе исследования пациенты, которым проводилась терапия рисперидоном, обнаруживали более значительное снижение выраженности позитивных (15,5±7,84 в группе галоперидола; 10,5±2,18 в группе рисперидона, $p=0,015$) и негативных (15,5±7,39 в группе галоперидола; 11,6±4,76 в группе рисперидона соответственно, $p=0,012$) симптомов, а также аффективных нарушений – депрессии и тревоги (8,5±1,87 vs 3,45±1,50, $p<0,0001$). Вместе с тем следует отметить, что при приеме галоперидола зафиксировано незначительно более выраженное снижение по субшкале общих психопатологических симптомов (17,4±6,24 vs 24,5±6,33, $p=0,015$). Общие оценки по шкале PANSS на 12-й неделе были приблизительно одинаковыми в обеих группах (18,5±16,59 в группе галоперидола против 20,4±5,93 в группе рисперидона, $p=0,24$). У принимавших галоперидол пациентов при оценке по шкале Симпсон Ангус обнаружены более выраженные экстрапирамидные нарушения (5,94±1,83 в группе галоперидола vs 0,18±0,38 в группе рисперидона через 6 недель, $p<0,0001$; 8,62±2,08 vs 0,26±0,45 через 12 недель, $p<0,0001$). Следовательно, принимающим галоперидол больным значительно чаще требовалось назначение циклодола. Наиболее частыми побочными явлениями были акатизия (80 % в группе галоперидола и 0 % в группе рисперидона, $p<0,0001$), паркинсонизм (75,3 % и 0 %, $p<0,0001$), слабость (91 % vs 60,1 %, $p=0,009$), т. е. они наблюдались преимущественно у пациентов, принимавших галоперидол. Головная боль чаще отмечалась у пациентов из группы принимавших рисперидон (40,1 % vs 11,5 %, $p<0,0001$).

Выводы. Таким образом, результаты применения галоперидола и рисперидона у больных шизофренией при сравнении общих оценок по шкалам PANSS и GAF были сопоставимыми. Однако у получавших лечение рисперидоном отмечались достоверные преимущества в отношении воздействия на позитивные и негативные симптомы, а также депрессию и тревогу. Исследование подтвердило, что профиль переносимости рисперидона имеет значительные преимущества в сравнении с галоперидолом, о чем свидетельствует частота побочных эффектов в каждой из групп (группа рисперидона – 8,2 %; группа галоперидола – 20 %). Также при лечении рисперидоном значительно реже наблюдались экстрапирамидные расстройства в сравнении с терапией галоперидолом.

ТЕОРИЯ ВЫРОЖДЕНИЯ БЕНЕДИКТИНА ОГЮСТЕНА МОРЕЛЯ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Гильбурд О. А.

БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут

2 ноября 1809 г. вскоре после окончания краткосрочной войны между армией Наполеона и коалиционными войсками Австрийской империи и Великобритании (известной как «Война Пятой коалиции») в Вене в семье французского армейского провизионера родился Бенедиктин Огюстен Морель. К 30-летнему возрасту после долгих юношеских скитаний он выбрал в качестве профессионального поприща медицину и на завершаю-

щем этапе обучения прошёл первичную специализацию у знаменитого Жан-Пьера Фальре, впервые описавшего циркулярный психоз, позднее переименованный в маниакально-депрессивный, а затем в биполярное аффективное расстройство. Получив столь мощное образование, Морель впоследствии стал одним из выдающихся персонажей классической французской психиатрии. Кульминацией его научного творчества явилась публикация в 1857 г. «Трактата о физическом, умственном и нравственном вырождении человеческого вида и причинах, вызывающих такого рода нарушения». В этой работе, демонстрируя прогрессивные эволюционные взгляды задолго до оформления медицинской генетики в самостоятельную научную отрасль, Морель на основе анализа полиморфных внутрисемейных соматических и психических девиацией продемонстрировал мощное влияние наследственности, которое может проявляться в накоплении дегенеративных признаков у близких родственников.

О старинной морелевской теории дегенерации спустя полтора столетия заставило вспомнить трагическое событие весны 2009 г., имевшее в России широкий общественный резонанс. В конце апреля 32-летний майор милиции (далее – Майор), недавно с повышением назначенный на должность начальника одного из ОВД Москвы, вечером в момент празднования своего дня рождения повздорил с женой. По возвращении домой поздно ночью Майор, находясь в состоянии алкогольного опьянения, решил навестить отца, бывшего полковника милиции, для чего воспользовался частным такси. Добравшись до места, перед высадкой прямо в салоне автомобиля Майор вместо оплаты проезда выстрелом из пистолета убил водителя; снял с себя форменный плащ и милицейскую рубашку, но оставил майорский китель, после чего направился в здание ближайшего супермаркета. Войдя в магазин и увидев очередь к единственной работавшей кассе, Майор снова открыл огонь из пистолета, застрелив 30-летнюю женщину-кассира. Далее Майор, оставаясь внешне совершенно спокойным, ходил по магазину и стрелял по разбегающимся и прячущимся людям, перезаряжая оружие, когда заканчивались патроны. В результате ещё семеро человек получили ранения различной степени тяжести в ногу, в пах и ягодицу, в голову, в область левой лопатки, в поясницу, в голову и в живот. Стрельба продолжалась почти два часа. К прибытию милиционеров-оперативников Майор в течение нескольких минут удерживал под дулом пистолета группу заложников и требовал, чтобы «самая красивая девушка вышла из толпы к стенке». У очевидцев сложилось впечатление, что Майор намеревался в эту девушку выстрелить. Затем начал отстреливаться от своих коллег. Стрельбу Майор вёл не из табельного оружия, а из пистолета, который на протяжении 9 лет находился в криминальном розыске. Будучи арестованным и доставленным в отделение милиции, на вопрос, что было бы, если бы у него был с собой автомат, Майор ответил: «Если бы был автомат, то было бы веселей»; на вопрос, почему он совершил это преступление, ответил: «Жизнь надо прожить так, чтобы второй раз жить не захотелось»; на вопрос, почему он не застрелился, когда его уже окружили оперативники, спокойно ответил: «Что я, дурак что ли, стреляться? Больше 25 лет всё равно не дадут». Медицинское освидетельствование, проведённое спустя полчаса после задержания, выявило развёрнутую клиническую картину среднетяжёлого алкогольного опьянения с концентрацией алкоголя в выдыхаемом воздухе 2,0 промилле. В ходе следствия и судебного разбирательства Майор не обнаружил ни малейших признаков раскаяния в содеянном, заявив в суде: «Мне жалко убитых, но своей вины я не чувствую».

Стационарная судебная психолого-психиатрическая экспертиза выявила типичную морелевскую картину комплексного внутрисемейного вырождения, заключительным звеном которого стал Майор. В частности он, генетически отягощённый эпилепсией прабабки по матери и эпилептоидным характером у отца, вслед за внутриутробной гипотрофией спустя неделю после рождения был госпитализирован в детскую больницу с диагнозом: «Омфалит, двухсторонний мастит. Внутриутробная гипотрофия I ст. Постгипоксическая энцефалопатия. Флебит пупочной вены. Молочница. Острое респираторное заболевание». На первом году жизни наблюдался у невропатолога с диагнозом: «Последствия постгипоксической энцефалопатии, синдром внутричерепной гипертензии». В дальнейшем, наряду с неврологической патологией, у Майора определялся букет соматиче-

ских дефектов, в связи с которыми он в 10-летнем возрасте с диагнозом «Хронический гастродуоденит с повышенной кислотообразующей функцией. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу. Хронический тонзиллит, простая форма. Энтеробиоз» вначале 2 недели лечился стационарно, а затем 2 месяца провёл в санаторно-лесной школе. В 12 лет он уже производил на психиатров впечатление формирующегося органического психопата. В юношеские годы он принадлежал к группировке скинхедов. Уже работая в милиции, продолжал коллекционировать предметы фашистской символики (свастику, нацистские нашивки, погоны, мундиры и т. п.); ежегодно отмечал день рождения Гитлера. В новой должности Майор состоял в коррупционной связке с вышестоящими милицейскими начальниками, демонстрировал авторитарный стиль управления, был нетерпим к любым возражениям подчинённых, из-за чего уволились трое сотрудников аппарата ОВД. Однажды, находясь в алкогольном опьянении, оделся в военную форму офицера вермахта и на улице стал стрелять в воздух из пистолета, публично исторгая при этом нецензурную брань. В другой раз, ужиная в ресторане, в состоянии крайнего озлобления он пытался опрыскивать сидевших по соседству посетителей из газового баллончика. За год до назначения на начальственную должность Майор был задержан в состоянии алкогольного опьянения за рулём автомобиля, когда на высокой скорости мчался по встречной полосе движения. Кроме того, по свидетельству директора супермаркета, где произошла бойня, в прежние времена, работая участковым милиционером, Майор неоднократно забирал товары без оплаты, угрожая сотрудникам магазина.

В ходе экспертизы визуально определялись явные признаки морфологического дизонтогенеза: гидроцефальная форма головы, асимметрия лицевого черепа, высокое твердое нёбо, высокий свод и «сандалевидная» щель стопы; при магнитно-резонансной томографии был выявлен хронический гиперпластический пансинусит. Ярким завершающим штрихом в дегенеративном портрете Майора является тот факт, что, не сумев за 9 лет брака с молодой красавицей женой зачать ребёнка, он неоднократно сдавал на анализ семенную жидкость, и было установлено, что его сперматозоиды слишком пассивны; попытки экстракорпорального оплодотворения также оказались неудачными. В итоге органическое расстройство личности Майора как проявление генетически обусловленной физической, психической и нравственной дегенерации способствовало совершению им криминального акта переадресованной гомицидной агрессии.

Фамилия Майора давно стала нарицательной и символизирует сегодня, к сожалению, типичное для российских силовых структур явление, когда именно сотрудники правоохранительных органов демонстрируют беспредельную асоциальность и антисоциальность. Хочется надеяться, что недавно сформированная 400-тысячная Росгвардия будет свободна от присутствия в её рядах дегенеративных психопатов, подобных вышеописанному Майору…

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гранкина И. В.[1], Иванова Т. И.[2]

[1] БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова», Омск
[2] ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

До настоящего времени остаются мало изученными вопросы формирования психопатоподобного поведения у детей с психическими расстройствами, так же как и о вкладе биологических и социальных составляющих в зависимости от нозологической принадлежности существующего расстройства.

Объект исследования – 130 детей от 7 до 12 лет, из них 105 мальчиков (80,7 %) и 25 девочек (19,3 %), находящихся на лечении в детском психиатрическом стационарном отделении БУЗ ОО «КПБ им. Н. Н. Солодникова» с симптомами отклоняющегося поведения.

В общей выборке детей 43,1 % с умственной отсталостью (F70) (n=56), 30,0 % с органическими расстройствами (F06.6; n=39) и 26,9 % с психическими расстройствами шизофренического спектра (F20.8, F21.8; n=35). Контрольную группу составил 121 ребенок-пациент психиатрического стационара, из них 89 мальчиков (73,6 %) и 32 девочки (26,4 %), сходные по основным демографическим показателям (пол, возраст, место жительства) и нозологической принадлежности. В контрольной группе детей 39,6 % с умственной отсталостью (F70; n=48), 32,3 % с органическими расстройствами (F06.6; n=39), 28,1 % с эндогенными расстройствами (F20.8, F21.8; n=34).

Среди биологических факторов изучались наследственность, характерологические особенности родителей, особенности течения беременности и родов, период раннего развития. Социальные факторы определялись семейным окружением, стилем воспитания принятым в семьях, и социализацией ребенка.

Биологические факторы. При изучении особенностей наследственности основной и контрольной групп у детей с отклоняющимися формами поведения чаще отмечался алкоголизм в роду (16,9 % группа исследования и 13,2 % контрольная группа). Анализ характерологических особенностей родителей детей основной и контрольной групп показал, что у матерей детей с психопатоподобными нарушениями поведения, вне зависимости от этиологии психического расстройства, достоверно чаще отмечались дисфоричные черты характера – раздражительность и вспыльчивость (23,8 % матерей детей с отклоняющимися формами поведения и 8,4 % матерей детей без нарушений поведения; $p<0,05$). Исследование патологии перинатального периода матерей основной и контрольной групп показало, что матери детей с психопатоподрбным поведением чаще переносили угрозу выкидыша (26,1 % исследуемая группа и 13,2 % контрольная группа), соматические осложнения во время беременности (13,1 % и 9,1 %; $p<0,05$). Матери указанной группы детей чаще испытывали психические травмы во время беременности (6,2 % матери детей с нарушенным поведением и 4,1 % матери детей без симптомов отклоняющегося поведения). Патология антенатального периода встречалась в обеих группах, но в группе детей с психопатоподобным синдромом реже (73,1 % детей контрольной группы и 52,8 % детей исследуемой группы). Патология неонатального периода отмечалась при наличии у пациента соматических и/или неврологических заболеваний, диагностированных на первом году жизни, а также полученных ребенком травм, причем чаще у детей без диагностированных нарушенных форм поведения (78,5 % контрольная группа и 68,8 % исследуемая группа).

Социальные факторы. При изучении аспектов ***социализации*** ребенка рассматривались особенности посещения ребенком дошкольных образовательных учреждений (ДДУ) и школы (возраст начала посещения ДДУ и школы, социальная активность ребенка, формирование дружеских отношений в детской среде, особенности игровой деятельности, способности к усвоению программного материла). Проведенное исследование особенностей адаптации детей в детских дошкольных учреждения и школе показало, что адаптационные трудности испытывали дети как исследуемой, так и контрольных групп. Однако дети с психопатоподобными проявлениями психических расстройств имели трудности адаптации в детском коллективе в большей степени, чем дети без психопатоподобного синдрома (76,2 % и 31,4 % соответственно). Анализ депривационных факторов и семейного окружения показал, что дети, имеющие девиантные формы поведения, чаще воспитывались в условиях социального сиротства (32,3 % детей из исследуемой группы и 12,6 % детей из контрольной группы). Кроме того, выявлено, что в семьях детей с отклоняющимися формами поведения родители чаще находились в местах лишения свободы (16,1 % матерей и 19,1 % отцов детей исследуемой группы и 7,9 % матерей и 7,4 % отцов детей контрольной группы). Еще обращает на себя внимание тот факт, что у 53,8 % детей с отклоняющимися формами поведения отец был неизвестен ($p<0,05$). Анализ особенностей воспитания выявил, что дети с отклоняющимися формами поведения чаще воспитывались в условиях физического насилия (36,2 % детей с отклоняющимися формами поведения и 3,3 % детей без нарушенного поведения) ($p<0,05$), в то время как дети без психопатоподобных симптомов воспитывались в условиях безнадзорности (15,7 %), гипоопеки (14,1 %), противоречивых форм воспитания (11,6 %).

Проведенный анализ показал, что в формировании психопатоподобных нарушений большое значение имеют как биологические, так и социальные составляющие, среди которых имеют значение микросоциальное окружение ребенка (характерологические особенности родителей, структура семьи, стиль воспитании в семье), нарушение социальной адаптации в детских дошкольных учреждениях и школах и особенности раннего развития.

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ У СТУДЕНТОВ

Гусев С. И.

ФФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры», Кемерово

В настоящее время в молодежной среде активно распространяются и употребляются так называемые энергетические напитки (ЭН). Их ассортимент постоянно расширяется, а большинство информации, посвященной ЭН, не имеет достоверных научных обоснований. Так, средства массовой информации и реклама часто утверждают, что они повышают работоспособность, стимулируя внутренние резервы организма, без ссылки на научные исследования. Большинство ЭН, в том числе слабоалкогольных, создаются со вкусовыми характеристиками, присущими традиционным безалкогольным прохладительным напиткам, выпускаются в яркой привлекательной упаковке, содержащей молодежную символику, чем обеспечивают себе популярность [1, 2]. Энергетические напитки (ЭН) – это безалкогольные или слабоалкогольные напитки, способные стимулировать ЦНС человека, имеющие различный химический состав [1, 3]. Так называемые энергетики, по данным производителей, содержат разные тонизирующие активные вещества, такие как кофеин, таурин, L-карнитин, экстракты гуараны, жень-шеня, а также витамины, углеводы и другие добавки. Состав, требования к энергетическим напиткам закреплены в ГОСТ Р52845-2007 «Напитки слабоалкогольные тонизирующие. Общие технические условия» и ГОСТ Р52844-2007 «Напитки безалкогольные тонизирующие. Общие технические условия». Компоненты вряд ли являются полезными, а частое их применение может вызвать проблемы с сердечно-сосудистой системой, беспокойство, бессонницу, утомление, быстрое истощение организма человека, зависимость [1, 2, 3].

Существует несколько гипотез, которые пытаются объяснить рост употребления ЭН. Во-первых, это предполагаемое стимулирующее действие «энергетиков», которое, по мнению части молодежи, поможет им сконцентрироваться, повысить умственную и физическую работоспособность (что может быть следствием активной рекламы со стороны производителя и средств массовой информации). Во-вторых, активная рекламная компания, которая позиционирует ЭН, как натуральный продукт, содержащий исключительно растительные компоненты, якобы не оказывающие вредного влияния на организм человека. Исходя из анализа имеющихся данных литературы, с нашей точки зрения, данная гипотеза и является ведущей.

В 2013 г. создан проект Федерального закона № 192666-6 «О запрете производства и оборота на территории Российской Федерации слабоалкогольных и безалкогольных энергетических напитков», который мог бы решить проблему употребления ЭН молодежью, однако он до сих пор не вступил в силу на всей территории нашей страны. В статье 1 говорится, что настоящий Закон устанавливает запрет в сфере оборота слабоалкогольных и безалкогольных энергетических напитков в целях защиты здоровья населения Российской Федерации. Настоящий закон не распространяется на чай, кофе и безалкогольные напитки на основе чайных и кофейных экстрактов [2, 3].

Актуальность работы обусловлена тем, что в настоящее время не приняты федеральные законы, запрещающие продажу ЭН, они являются популярными, а их бренды – известными, а в основной сегмент потребителей входит молодежь, в том числе и студенты. Несмотря на столь пристальное внимание общественности, остается не совсем ясным, чем руководствуются молодые люди при покупке ЭН.

Таким образом, **целью исследования** является изучение причин употребления энергетических напитков у студентов. Для проведения исследования по выявлению употребления энергетических напитков в молодежной среде была адаптирована анкета к.т.н., доцента Т. В. Котовой, использованная ранее при обследовании студентов ФФГБОУ ВО «Кемеровского технологического института пищевой промышленности».

В ходе анкетирования было опрошено 72 студента первого курса КемГУКИ. Общее число опрошенных составило 72 человека, из них 26 мужчин (36,1 %) и 46 женщин (63,9 %). Разработанная анкета включала 30 вопросов. Исследование проводилось анонимно, для получения объективной оценки. Перед началом проведения исследования студентов ознакомили с инструкцией, после чего каждому была выдана анкета. Учащимся предлагалось выбрать утверждение, наиболее для них приемлемое, в случае затруднения в понимании вопроса студент мог обратиться к руководителю эксперимента.

Результаты анкетирования были обработаны в программе Microsoft Office Excel 2010.

В результате исследования установлено, что большинство студентов первого курса не употребляют энергетические напитки (77,8 %). У употребляющих ЭН студентов (22,2 %) частота употребления составляла от 1 раза в неделю (37,5 %) до 1 раза в месяц (62,5 %). Из употребляющих ЭН отметили бодрость после приема только 18,7 % студентов. Из употребляющих ЭН больше года принимали ЭН 68,7 % студентов. Ведущим мотивом употребления выступает желание увеличить работоспособность при наступлении усталости (62,5 % обследованных студентов). В период сессии для улучшения умственной деятельности 18,7 % студентов употребляли ЭН. По данным исследования, знают о негативных последствиях употребления энергетических напитков 56,2 % студентов.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что основными причинами употребления ЭН у студентов выступают следующие: стремление побороть усталость, активизация умственной деятельности в период экзаменов, улучшение работоспособности. Можно сделать вывод, что настоящее время молодых людей мало интересует состав напитков, которые они употребляют, а следовательно, у них отсутствует достаточная информация относительно состава, эффекта воздействия ЭН на организм человека и последствий частого употребления ЭН. В большинстве случаев студент опирается на свой вкус и личный опыт, а в конечном итоге покупает то, что советуют ему средства массовой информации, агрессивная реклама или друзья.

Выводы. Установлено, что информация о составе энергетических напитков относительно сроков годности, влиянии на организм человека не интересна и часто не читается студентами. В связи с этим считаем, что для предупреждения начала употребления более эффективны другие мероприятия, такие как запрещение продаж ЭН в учебных заведениях и на их территории, установление более высокой возрастной планки (21 год) для покупки ЭН, ограничение продаж по времени, так же как и алкоголя. Необходима целевая информационно-просветительская работа среди студентов в период учебной деятельности и в свободное время, с участием студентов, общественных студенческих организаций и преподавателей учебного заведения. Особый акцент должен быть сделан и на таких разделах, как подготовка целевых информационных материалов по негативному влиянию ЭН на здоровье; разработка и внедрение комплекса мероприятий, направленных на ограничение продажи и употребления ЭН на территории учебных заведений и общежитий. Предлагаемый комплекс мер позволит ограничить доступ к ЭН, т. е. сократить число студентов, употребляющих энергетические напитки, и предупредить негативное воздействие на здоровье студентов.

Литература

1. *Воронцова Н. В., Тюнин А. А., Аллахманов Н. В.* Влияние энергетических напитков на здоровье и эмоционально психическое состояние молодежи // Современные научные исследования и инновации [Электронный ресурс]. – 2012. – № 5. – URL : http://web.snauka.ru/issues/2012/05/12926 (дата обращения: 11.12.2014).
2. Консультант Проект ФЗ о запрете оборота… – http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=PRJ;n=100970 (дата обращения: 21.03.15).
3. *Котова Т. В., Разумов А. С., Позняковский В. М.* Изучение качества, безопасности и эффективности безалкогольных энергетических напитков // Пиво и напитки: безалкогольные и алкогольные, соки, вино, спирт. – 2015. – № 1. – С. 52—56.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЛОЗИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ОСУЖДЕННЫХ, ОТБЫВАЮЩИХ УГОЛОВНЫЕ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ПОЖИЗНЕННОГО ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Диденко А. В.

ФКУ ДПО Томский ИПКР ФСИН России, Томск

Эксплозивная симптоматика, выявляемая у лиц, отбывающих уголовные наказания в виде пожизненного лишения свободы, определяет реагирование личности на ситуационные и длительно существующие пенитенциарные стрессовые факторы, влияет на долгосрочный прогноз поведения. Результаты психологических исследований подтверждают, что среди осужденных, отбывающих данный вид наказания, выделяются лица с повышенным уровнем агрессивности и враждебности – 23,7 %, с неустойчивой психикой и так называемыми неврозоподобными состояниями – 40,5 %, склонные к членовредительству и суицидальным появлениям – 27,2 %, со сниженным уровнем интеллекта – 8,7 %, с затруднениями в сфере общения, установления контакта – 22 %. Эти факты требуют проведения тщательной оценки и квалификации психического состояния с целью определения направлений коррекции и превенции данных проявлений, отражающихся на окружающих осужденного лицах и влияющих на соблюдение режима исправительного учреждения.

С целью определения особенностей и структуры данных проявлений проведено интервьюирование сотрудников медицинской службы (врачей-психиатров исправительного учреждения) по составленному в ФКУ ДПО Томский ИПКР ФСИН России опроснику. Структура опросника направлена на оценку врачами-психиатрами исправительных учреждений актуального психического состояния осужденных с психическими расстройствами, выраженности клинических проявлений различных синдромальных групп.

На основе интервью получены сведения об оценке психического состояния 197 осужденных мужского пола, отбывающих уголовные наказания в виде пожизненного лишения свободы и состоящих под диспансерным наблюдением психиатра исправительного учреждения в связи с установленным диагнозом психического расстройства в учреждениях Ямало-Ненецкого автономного округа, Пермского края и Оренбургской области.

Средний возраст указанных в анкете лиц составил 43,7 года, минимальный возраст – 23 года, максимальный – 67 лет. Анализ распределения обследованных лиц по возрасту показал преобладание в группе осужденных лиц среднего (от 30 до 40 лет – n=51, 25,8 %), зрелого (от 40 до 50 лет – n=87, 44,2 %) и старшего (от 50 до 60 лет, n=36, 18,3 %) возрастов.

Всего выделено 6 диагностических групп психических расстройств, установленных у осужденных по критериям МКБ-10: 1) F0 – органические, включая симптоматические психические расстройства (n=90, 45,7 %); 2) F1 – психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) с употреблением психоактивных веществ (n=8, 4,1 %); 3) F2 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (n=7, 3,5 %); 4) F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (n=2, 1,0 %); 5) F6 – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (n=73, 37,0 %); 6) F7 – умственная отсталость (n=17, 8,6 %).

В результате исследования было установлено, что эксплозивные, импульсивные проявления, наряду с истерической и паранойяльной симптоматикой, способны существенно влиять на поведение осужденных и, соответственно, на соблюдение ими режима отбывания наказания. Данная симптоматика отмечалась у 123 осужденных (62,4 % группы). Наиболее выраженной эксплозивной симптоматикой, отмечаемой у осужденных, были «неконтролируемая импульсивность» – взрывчатость непосредственно после психогении, а также дисфорические проявления в виде раздражительной вспыльчивости, озлобленности. При анализе частоты и интенсивности проявления данных симптомов отмечалась высокая частота эксплозивной симптоматики среди осужденных по сравнению с другой симптоматикой.

Так, например, только у 91 осужденного (46,2 % от всей группы) не отмечались проявлений неконтролируемой импульсивности на момент проведения осмотра, а у 109 осужденных отсутствовали дисфорические проявления (55,3 % от всей группы). Выраженность эксплозивных, импульсивных проявлений у осужденных носила достаточно яркий, интенсивный характер, т. е. наличие данной симптоматики может отражаться на поведении осужденных и влиять на выполнение ими режимных требований. При сравнительном анализе интенсивности эксплозивных проявлений у осужденных с различными психическими расстройствами выявлены следующие статистически достоверные различия.

При анализе различий выраженности эксплозивных проявлений между осужденными с эмоционально неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип и органическим расстройством личности выявлено статистически достоверное преобладание интенсивности и частоты реакций эпилептоидного типа, связанных с кумуляцией (накоплением) аффекта, а также сочетание речевого и двигательного аффекта у осужденных с органическим расстройством ($p<0,001$). Данные различия связаны с непосредственным отражением в клинической картине психического расстройства – органического поражения головного мозга. Аналогичные различия по выраженности симптоматики представлены далее при сравнительном анализе эксплозивных, импульсивных проявлений. Наиболее существенные различия по всем видам оцениваемой симптоматики отмечаются между органическим расстройством личности и органическим астеническим расстройством. Указанная информация может использоваться как дополнительная к дифференциальной диагностике и прогнозу поведения осужденных с органическими расстройствами, отбывающими уголовные наказания в местах лишения свободы. Обращали на себя внимание сравнение эксплозивных проявлений у осужденных с органическим расстройством личности и диссоциальным расстройством. Согласно представленным данным опросника, частота и выраженность неконтролируемой импульсивности (3,105 балла) и дисфорических проявлений (2,842 балла) выше у осужденных с диссоциальным расстройством личности ($p<0,013$). Таким образом, при одинаково высоких уровнях проявления данной симптоматики следует ожидать её более высокой частоты и интенсивности у осужденных с диссоциальным расстройством личности. Так, два признака эмоциональной неустойчивости более ярко и интенсивно представлены у осужденных с диссоциальным расстройством личности, однако у осужденных с органическими нарушениями больше выражена способность к накоплению аффекта и длительной его разрядке – эпилептоидный вариант (0,864 балла, при $p<0006$).

Указанные особенности эксплозивных проявлений у осужденных с психическими расстройствами следует учитывать при коррекции эмоционального состояния путем медикаментозной терапии и психотерапии, а также прогнозе поведения. Например, предложенная в процессе работы тактика превентивного воздействия на осужденных, склонных к накоплению аффективного напряжения и длительной его разрядке, отличается от принципов терапевтического воздействия на лиц, склонных к непосредственной аффективной разрядке (неконтролируемой импульсивности) после психогенной психотравмирующей ситуации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ КОМПЛАЕНС-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕГАТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ

Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность. Несоблюдение терапии у больных шизофренией достигает 58 %, на несоблюдение терапии приходится около 40 % всех рецидивов при шизофрении, что существенно снижает эффективность лечения. В клинической картине шизофрении выделяется позитивная и негативная симптоматика.

В зависимости от клинической формы шизофрении и длительности шизофренического процесса преобладает, как правило, одна из них, проблемы несоблюдения при преобладании позитивной и негативной симптоматики различны. Если преобладает позитивная симптоматика (параноидная, бредовая, галлюцинаторная, аффективная, дисфорическая), то проблемы в соблюдении, как правило, возникают в связи с недостаточностью или отсутствием критики, адекватного отношения к заболеванию, доверия к врачу и медперсоналу. При преобладании негативной симптоматики несоблюдение чаще связано с апатоабулическими расстройствами и сложностями формирования мотиваций у таких пациентов. Таким образом, коррекция несоблюдения пациентами предписанной терапии должна быть дифференцированной в зависимости от преобладания позитивной либо негативной симптоматики [1]. В этой связи актуальной проблемой психиатрии остается раннее выявление пациентов, относящихся к группе риска несоблюдающих терапию, с целью дальнейшей коррекции и назначения терапии с учетом преобладания той или иной симптоматики.

Целью данной работы являлось изучение эффективности персонализированной комплаенс-ориентированной терапии по сравнению с классическим терапевтическим комплексом при лечении шизофрении.

Материал и методы. Было обследовано 40 больных с диагнозом шизофрения, получавших лечение в условиях психиатрического стационара НИИ психического здоровья. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, исследование одобрено Локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья. В день поступления сплошной выборкой у всех пациентов с состоянием, отвечающим диагностическим критериям МКБ-10 для рубрики F20, проводилась оценка психопатологической симптоматики с помощью шкалы PANSS (Шкала регистрации продуктивной, негативной симптоматики и общепсихопатологических симптомов) [4].

С помощью «Способа прогнозирования нарушений в соблюдении терапии для последующей коррекции у пациентов, страдающих шизофренией» [3] выявлялись больные, относящиеся к группе риска несоблюдающих терапию. Больные, относящиеся к группе риска несоблюдающих терапию, и одновременно с преобладанием позитивной психопатологической симптоматики в клинической картине получали лечение в соответствии с данной медицинской технологией. У этих больных также проводилась оценка уровня медикаментозного комплаенса при поступлении и на момент выписки с помощью «Метода прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии» [2]. В день выписки уровень психопатологической симптоматики оценивали повторно с помощью шкалы PANSS (Шкала регистрации продуктивной, негативной симптоматики и общепсихопатологических симптомов).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 6.0). Применяли критерий χ^2 Пирсона и U-критерий Манна–Уитни для сравнения независимых выборок.

Всего по вышеописанным критериям было набрано 70 больных, из них получали лечение в соответствии с данной медицинской технологией 40 больных (21 женщина и 19 мужчин); 30 больных (16 женщин и 14 мужчин) получали классический терапевтический комплекс и составляли группу сравнения.

Результаты и обсуждение. На момент поступления уровень медикаментозного комплаенса в группе пациентов, получавших комплаенс-ориентированную терапию, составил 28±2,3 балла, в группе сравнения – 29±0,6 балла; по данному показателю группы статистически значимо не различались. На момент выписки уровень медикаментозного комплаенса в группе получавших комплаенс-ориентированную терапию составил 35±2,1 балла, в группе сравнения – 31±1,1 балла; статистически значимо ($p<0,05$) уровень комплаенса оказался выше в группе получавших комплаенс-ориентированную терапию. Профиль психопатологической симптоматики по шкале PANSS на момент поступления не имел статистически значимых различий в обеих группах. Так, в группе получавших комплаенс-ориентированную терапию уровень позитивной симптоматики составил 31,9±5,3 балла, уровень негативной симптоматики – 19,2±4,2 балла, уровень общепсихопатологи-

ческой симптоматики – 56,7±8,4 балла. В группе сравнения уровень позитивной симптоматики составил 30,2±2,4 балла, уровень негативной симптоматики – 18,9±2,7 балла, уровень общепсихопатологической симптоматики – 57,3±7,9 балла. При выписке из стационара в группе пациентов, получавших комплаенс-ориентированную терапию, уровень позитивной симптоматики составил 17,4±4,9 балла, уровень негативной симптоматики – 15,9±3,8 балла, уровень общепсихопатологической симптоматики – 43,4±7,8 балла. В группе сравнения уровень позитивной симптоматики составил 22,3±5,9 балла, уровень негативной симптоматики – 16,2±3,4 балла, уровень общепсихопатологической симптоматики – 49,9±8,3 балла. После окончания стационарного лечения уровень медикаментозного комплаенса повысился в обеих группах, но в группе получавших комплаенс-ориентированную терапию он был статистически значимо выше по сравнению с группой больных, получавших классическую терапию. Так же при сравнении профилей психопатологической симптоматики по шкале PANSS в обеих группах после лечения произошло уменьшение выраженности симптоматики, однако в группе получавших лечение согласно предложенной технологии выраженность позитивной симптоматики и общей психопатологической симптоматики снизилась статистически значимо больше ($p<0,05$), чем в группе сравнения.

Заключение. Полученные результаты позволяют говорить о том, что персонализированная с учетом особенностей психопатологической симптоматики комплаенс-ориентированная терапия является более терапевтически эффективной по сравнению с классическим терапевтическим комплексом при лечении шизофрении.

Литература

1. *Warner R., Girolamo G.* Epidemiology of mental disorders and psychological problems. Schizophrenia // World Health Organization. – Geneva,1995. – P. 13—15.
2. *Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вукс А. Я., Вид В. Д.* Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии. – СПб.: Санкт-Петербургский НИ Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2007.
3. *Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н., Семке А. В., Корнетова Е. Г.* Способ прогнозирования нарушений в соблюдении терапии для последующей коррекции у пациентов, страдающих шизофренией. Заявка на патент № 2016100396 от 11.01.2016 г.
4. *Kay S. R., Opler L. A., Fiszbein A.* The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13, № 2. – P. 261—276.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ (актуальность и разработанность проблемы)

Дралюк Н. М.

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

Синтетические катиноны представляют собой психоактивные вещества, химические производные натурального катинона, содержащегося в кустарнике кат (Cathaedulis). Являются стимуляторами психической деятельности и оказывают амфетаминоподобное действие на психику. Данные вещества изначально создавались для медицинских целей, однако не нашли, за небольшим исключением, своего места в клинической практике. Многие синтетические катиноны популярны в качестве наркотиков, наибольшую распространенность они приобрели в начале 2000-х гг. Самые часто встречающиеся катиноны, согласно данным ООН – это метилон, мефедрон, меткатинон, наферон и метилендиоксипировалерон (МДПВ). В чистом виде представляют собой белый или желтоватый порошок. Самыми распространенными способами введения синтетических катинонов являются пероральный и интраназальный пути.

Употребление катинонов обычно характеризуется «запойным» характером, когда периоды употребления наркотика сменяются периодами отказа от него. Длительность «светлых промежутков» со временем потребления сокращается.

Мефедрон, как правило, применяется наркопотребителями в дозах от 50 до 250 мг. Психоактивное действие мефедрона составляет от 2 до 4 часов. МДПВ оказывает свое психоактивное действие в дозе от 2 до 20 мг. Его наркотический эффект продолжается от 6 до 8 часов.

Наркотический эффект, вызываемый синтетическими катинонами, имеет сходство с эффектом, вызываемым другими популярными психостимуляторами, а именно: бодрость, повышенная работоспособность, ясность сознания, улучшение настроения, легкий эмпатогенный эффект, болтливость, обострение всех чувств, повышение либидо, уменьшение аппетита.

Злоупотребление синтетическими катинонами способно приводить к нарушению работы всех органов и систем человеческого организма.

Наиболее характерными осложнениями являются: тахикардия, тремор, судороги, головокружение, тошнота, рвота, анорексия, потливость, сухость во рту, боль в горле, гипонатриемия, гиперкалиемия, гиперурикемия, повышение уровня сывороточных креатинина и креатининкиназы, метаболический ацидоз, потеря веса после длительного применения.

В литературе сообщается о 5 случаях некроза тканей в месте введения синтетических катинонов. Описаны тромбофлебиты и обширные абсцессы у 4 мужчин, внутривенно вводивших синтетические катиноны. В различных источниках упоминаются смертельные случаи, вызванные приемом синтетических катинонов.

Со стороны психической сферы может отмечаться психопатологическая симптоматика: раздражительность, агрессия, тревога, панические атаки, депрессия, суицидальные мысли или действия, беспокойство, возможны также нарушения памяти. У потребителей, особенно при длительном применении, часто возникают психотические переживания, протекающие в виде галлюцинаторно-параноидной симптоматики, с бредом преследования и соответствующими обманами восприятия. Наиболее характерны: выраженная тревога, страх, что неизвестные ворвутся в дом, для того чтобы причинить вред или убить. Критика к перенесенному психозу обычно возникает на 3—7-й день после госпитализации. В 4—5 % случаев резидуальная бредовая симптоматика может сохраняться спустя недели или даже месяцы после выписки. Было показано, что психотические осложнения возникают, как правило, в случае приема высоких доз препарата. Так же риск возникновения психотических осложнений повышается в случае наличия у пациента органической психопатологии либо патологии характера. В случае злоупотребления синтетическими катинонами характерно развитие толерантности, зависимости и абстинентного синдрома.

Заключение. Таким образом, злоупотребление синтетическими катинонами создаёт тяжёлые медико-социальные последствия и признаётся серьёзной проблемой здравоохранения.

Литература

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Synthetic cathinones. – http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cathinones (retrieved 2.10.12).
2. *Гаврюшенко Р. В.* Особенности распространения наркотиков синтетического происхождения. – 2014. – № 12. – С. 28—31.
3. The world drug report 2013 // United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). – 2013. – 151 p.
4. *Simmler L. D., Buser T. A., Donzelli M., Schramm Y., Dieu L. H., Huwyler J., Chaboz S., Hoener M. C., Liechti M. E.* Pharmacological characterization of designer cathinones in vitro // Br. J. Pharmacol. – 2013. – V. 168. – P. 458—470.
5. *Winstock L., Mitcheson J., Ramsey S., Davies M., Puchnarewicz J.* Marsden. Mephedrone: use, subjective effects and health risks // Addiction. – 2011. – Vol. 106. – P. 1991—1996.
6. *Ross E. A., Watson M., Goldberger B.* «Bath salts» intoxication // N. Engl. J. Med. – 2012. – Vol. 365 (10). – P. 967—968.
7. *Coppola M., Mondola R.* Synthetic cathinones: Chemistry, pharmacology and toxicology of a new class of designer drugs of abuse marketed as «bath salts» or «plant food» // Toxicology Letters. – 2012. – Vol. 211. – P. 144—149.
8. *Zawilska J. B., Wojcieszak J.* Designer cathinones – An emerging class of novel recreational drugs // Forensic Science International. – 2013. – Vol. 231. – P. 2—53.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНДЕКС ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Евсеев В. Д.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Сексуальная функция и её нарушения имеют особую психологическую значимость для человека. Опийная наркомания в значительной степени изменяет не только физиологические параметры сексуального взаимодействия, но и психологические аспекты сексуальности (Толмачёва С. В., Семке В. Я., Аболонин А. Ф., 2010). Частота половых расстройств у лиц, употребляющих ПАВ, по различным данным, может достигать 55—83 %. Среди нарушений половой сферы у мужчин преобладают расстройства эрекции, ускоренная эякуляция, реже встречается снижение либидо и остроты оргастических ощущений (Доморацкий В. А., 2009). Неспособность к полноценной половой жизни может оказаться одним из самых сильных психотравмирующих состояний для мужчин, что связано с высокой значимостью сексуальных отношений для большинства из них. Сексуальные дисфункции, препятствуя достижению сексуальной адаптации и гармонии в паре, приводят к возникновению как психологических реакций, так и невротических и аффективных расстройств (Ягубов М. И., 2010).

Данные о механизмах влияния ПАВ на развитие нарушений эректильной функции, включая алгоритмы диагностики этих расстройств, остаются неуточненными и противоречивыми. При этом авторы отмечают необходимость разработки принципов профилактики наркологической патологии у больных психосексуальными расстройствами, а также реабилитационно-профилактической помощи этим пациентам (Шпаков А. В., Кривулин Е. Н., Голодный С. В., 2011; Крупнов А. Н., Крупнова А. Ю., 2012; Bacon C. G., 2006).

Цель исследования – обосновать оптимальный алгоритм диагностики сексуальных расстройств у больных опиоидной наркоманией, применимый в рамках программы реабилитации и коррекции расстройств сексуальной сферы у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов, из них основную группу составили больные мужского пола с копулятивными расстройствами, находящиеся на стационарном лечении по поводу опийной наркомании, соответствующие диагностической рубрике МКБ-10 F11.21 (80 человек). Для диагностики расстройств половой сферы у больных опиоидной наркоманией применялись клинико-психопатологический, антропометрический, клинико-сексологический (сексуальная формула мужская), психологический методы.

Результаты исследования. Расстройства половой сферы выявлены в 92 % случаев (средний балл по шкале СФМ – 18,3±4,12). Клинически встречались три варианта: замедленная эякуляция и анэякуляторный синдром – 34 %, снижение или отсутствие либидо – 48 %, отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция) – 15 %. «Золотым стандартом» для выявления эректильных расстройств, утверждённым ВОЗ, признана методика МИЭФ (Международный индекс эректильной функции – The International Index of Erectile Function (IIEF) [Rosen R. C et al., 1997]. Шкала состоит из 5 основных составляющих: эректильная функция (вопросы 1, 2, 3, 4, 5, 15), функция оргазма (вопросы 9, 10), сексуальное желание (вопросы 11, 12), удовлетворение половым актом (вопросы 6, 7, 8), общая сексуальная удовлетворенность (вопросы 13, 14).

С помощью клинической международной шкалы МИЭФ в обследованной группе пациентов определена степень нарушения эрекции. Нормальная эректильная функция зафиксирована у 85 %, при этом у данной группы больных были актуальны сексуальные расстройства других составляющих копулятивного цикла (эякуляторные дисфункции и расстройство либидо). У 7 % (18±2,15 балла по шкале МИЭФ) больных выявлена легкая степень нарушения эректильной функции, клинически выражающаяся в снижении качества полового акта, низкой удовлетворённости половой жизни. В 7,5 % случаев зарегистрирована умеренная степень нарушения эректильной функции (15±1,5 балла по шкале МИЭФ). Тяжелая степень нарушения эректильной функции соответствовала 1,5 % случаям (7±2 балла по шкале МИЭФ).

Выводы. Таким образом, шкала МИЭФ является универсальным инструментом в алгоритме диагностики сексуальных расстройств у наркологических пациентов, обеспечивает количественную оценку уровня эректильных нарушений, определяет их степень, позволяет осуществлять мониторинг динамической картины эректильной дисфункции в рамках реабилитационной программы больных.

Литература

1. *Толмачёва С. В., Семке В. Я., Аболонин А. Ф.* Динамика сексуальности у больных опийной наркоманией // XV Съезд психиатров России. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 360—361.
2. *Доморацкий В. А.* Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. – М. : Академический Проект; Культура, 2009. – 470 с.
3. *Ягубов М. И.* Сравнительный анализ особенностей развития невротических расстройств у пациентов с сексуальными дисфункциями // XV Съезд психиатров России. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 362—363.
4. *Bacon C. G. et al.* A prospective study of risk factors for erectile dysfunction // J. Urol. – 2006. – Vol. 176. – P. 217—221.

ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Егорова Л. С.[1], Гребенкина И. Г.[1], Пронин С. В.[2], Чухрова М. Г.[2]

[1] ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ, Новосибирск
[2] ФФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Новосибирск

Как показывают клинические наблюдения, пациенты с однажды установленным диагнозом хронического холецистита выявляют признаки вегетативных дисфункций, психоэмоционального напряжения, тревожных и ипохондрических расстройств, предъявляют большое количество разнообразных жалоб на всевозможные расстройства и боли в области правого подреберья [1]. По данным Американской гастроэнтерологической ассоциации, жалобы на дискомфорт пищеварительной системы предъявляют 44 % мужчин и 56 % женщин, однако наличие болезни подтверждается соответственно только у 22 % и 17 %. Связь этих нарушений с эмоциональным состоянием (подавленностью, склонностью к депрессии, раздражительностью или скрываемой агрессивностью) известна со времен Гиппократа и получила название меланхолии.

Цель исследования: определение степени обратимости психосоматических проявлений на основании изучения взаимосвязи соматогенных жалоб в зависимости от типа механизма регуляции желчевыделительной функции и вегетативного дисбаланса.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: ретроспективное, сплошное, закрытое, нерандомизированное исследование. Всего под наблюдением находились 308 пациентов с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ), среди них преобладали лица в возрасте от 33 до 55 лет (58,7 % всех наблюдений). Первоначально данные всех пациентов были перекодированы в дихотомные по критерию «нет воспаления – есть воспаление» с использованием переменной СОЭ, где показатель «нет воспаления» соответствовал значению менее 4 мм/час, а показатель «есть воспаление» превышал данное значение. Из 308 пациентов в первую группу было отнесено 40 пациентов (2,57±0,50), во вторую группу вошло 268 пациентов (10,6±5,31) – 87 %. Следующим шагом было суммирование интенсивности всех жалоб, предъявляемых пациентами на момент обращения. Применялись 10 оценочных дихотомных шкал: характер болей и их интенсивность, горечь во рту, изжога, тошнота, рвота, метеоризм, стул, отрыжка, слабость. При этом у 259 они отсутствовали (68,7 %), у остальных средняя оценка (m±SD) составила 1,17±2,03 балла (минимальная 0, максимальная 10 баллов). В связи с тем, что была выявлена прямая корреляционная связь активности предъявления жалоб и дебита желчи, т. е. количества желчи получаемой при дуоденальном зондировании (ДЗ) за определенное время (r=0,155, p=0,024), были отобраны пациенты, отнесенные к «норме» по этому параметру; их количество составило 36,6 % (138 человек). Среднее значение дебита желчи у них составило 2,23±0,45 мл/мин (минимальное 1,38, максимальное 3,31).

Следующий шаг – исключение наблюдений, где выявлен описторхоз при ДЗ; таких пациентов было 17,2 % (65 наблюдений). В итоге общее количество лиц, у которых можно было предположить соматоформные расстройства (СФР), составило 5 % (19 человек), они составили вторую, основную группу пациентов. Индекс жалоб у них в среднем составил 2,4±1,5 балла (для сравнения: в группе контроля 1,1±0,9, где соматоформные расстройства исключены apriori).

Результаты и их обсуждение. Выявлены половые различия в субъективной оценке своих жалоб между пациентами первой группы с наличием объективных критериев обострения ХНХ и второй, основной группой. Независимо от группы у женщин оценки (Score) ипохондрической окраски жалоб при ХНХ выше на 24 % по сравнению с мужчинами (Score=0,14/0,17). Влияние на эту оценку формы ХНХ и наличие предкалькулезного ХНХ может быть заметным (0,13/0,23; p=0,03; F=4,7 при исключении влияния возраста пациентов). Независимо от пола пациентов ипохондрическая выраженность жалоб при предкалькулезном ХНХ возрастает на 56 %. У мужчин, имеющих клинику ХНХ, ипохондрические проявления существенней. Наблюдается определенная динамика болевого синдрома. Так, по завершении лечения отсутствие болей наблюдалось в 62,3 % случаев, неинтенсивные боли – в 37,7 %, жалобы на среднеинтенсивные боли уже не отмечались (минимальный 0, максимальный 1 балл; средний балл 0,38±0,48).

Ипохондрические проявления были оценены в зависимости от варианта протекания ХНХ, гипо-, нормо- и гиперфункции дебита желчи. Наблюдалась прямая связь возрастания количества жалоб при гиперкинетических вариантах ХНХ. Выявлено влияние числа дуоденальных зондирований на ипохондрические проявления, при этом замечено, что лица, склонные к СФР, будут настаивать на третьем зондировании, и такая вероятность составит 26 %. Активность жалоб с ипохондрической окраской будет заметной при поступлении на лечение. Также отмечено, что при гиперкинетических вариантах ХНХ ведущее место занимают жалобы, связанные с чувством горечи во рту, при нормокинетическом варианте – болевой синдром, при гиповарианте – слабость. При соматоформных расстройствах, на основе созданной модели, выявлена примерная равнозначность важности симптомов, но их значимость (по возрастающей) будет иметь следующую последовательность: «боли – диспептическая горечь – изжога – метеоризм – рвота – слабость – тошнота». При нормокинетическом варианте ХНХ отмечена равность клинических симптомов, что подтверждает нашу гипотезу о том, что патологический субстрат соматоформных расстройств имеет больше психосоматическую окраску. При гипо- и гиперкинетических вариантах ХНХ, наоборот, вегетативная дизрегуляция будет сказываться на формировании СФР. Последнее позволяет высказываться в этих случаях за диагноз рубрики F45.3 «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы».

У лиц, отмечавших высокий уровень стресса, связанного с работой, напряженными отношениями с другими людьми, выявлена следующая зависимость: прямая связь с возрастанием в 5,2 раза ипохондрической окраски восприятия болезненных проявлений ХНХ (p=0,0001; F=6132,4; исключалось влияние возраста пациентов). Выявлена взаимосвязь восприятия боли и возраста. Так, восприятие боли с возрастом будет обостряться, причем не зависит от группы пациентов (значимость модели p=0,007; F=4,9), т. е. болевые проявления ассоциированы в обоих случаях с аллостатическим типом регулирования вегетативного баланса. Другая картина по диспептическим проявлениям (значимость модели p=0,007; F=5,56), т. е. у пациентов с СФР число и интенсивность таких жалоб возрастает, и будет преобладать аллостатический тип регулирования. Наоборот, в группе контроля отмечен гомеостатический тип регулирования.

Заключение. Рост заболеваний желчевыводящих путей, связанных как с образом жизни, экологией, так и с уровнем психоэмоционального стресса, неизбежно приводит к патоморфозу клинических проявлений и наслоению психосоматической составляющей. Предлагаемый нами подход скориальных оценок с пошаговой десегментацией данных и выделением пациентов, у которых их жалобы на расстройства, связанные с системой желчевыводящих путей, не имеют объективной подоплеки, позволяет обозначить группу лиц, обратившихся к врачам-интернистам, именно с соматоформными расстройствами.

В структуре жалоб больных с соматоформными расстройствами будет доминировать акцент на диспептические, астенические и болевые проявления, ассоциированные с локализацией в правом подреберье и клиникой ХНХ. Основные механизмы аутостабилизации вегетативного баланса у лиц с СФР будут в основном взаимосвязаны с аллостатическим регулированием, особенно в части болевых и астенических проявлений, ассоциированных с клиникой ХНХ. Все это свидетельствует о необходимости оценки СФР у пациентов, обратившихся по поводу заболеваний ЖВП, уже на уровне первичного, интернального звена оказания амбулаторной медицинской помощи.

Литература

1. *Егорова Л. С. и др.* Программы оздоровления лиц, работающих в условиях высокого профессионального риска // Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – № 8. – С. 6—10.

ДИНАМИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, УЧАСТВОВАВШИХ В АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ (КОМБАТАНТОВ)

Епанчинцева Е. М., Рудницкий В. А., Мальцев В. С., Иванова А. А., Лебедева В. Ф., Павлова О. А., Сорокин А. П.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В настоящее время увеличилось число научных работ, посвященных влиянию на психику человека экстремальных событий – войн, катастроф, террористических актов, стихийных бедствий и т. д. Участившиеся террористические угрозы и деятельность незаконных вооруженных формирований в различных странах, в том числе в прежде политически и экономически стабильных, приводят к большим человеческим, медицинским и экономическим потерям, росту социального напряжения в обществе. Проблема психической дезадаптации, роста соматических нарушений, дезинтеграции социальной сферы отмечается в различных слоях общества, но наиболее актуальны данные проблемы для личного состава служб, предназначенных для борьбы с террористической угрозой, чрезвычайными ситуациями и пострадавшего гражданского населения [1, 2, 5].

Заболевания, выявляющиеся у пациентов, подвергшихся воздействию экстремальных факторов, обладают значительным клиническим полиморфизмом, что обусловлено воздействием различных и часто комбинированных факторов – психогенных, социальных, экзогенно-органических, конституционально-биологических [1, 2, 3]. Определенные трудности возникают при определении ведущих факторов, определяющих течение и прогноз формирующихся при этом заболеваний.

В данной работе мы подробнее остановимся на анализе психотравмирующих факторов и психологических аспектах психических расстройств, формирующихся у пациентов, подвергшихся воздействию последствий боевого стресса и террористической угрозы.

Цель исследования: изучить клиническую динамику ПТСР и особенности клиники психических расстройств у комбатантов в отдаленном периоде боевого стресса.

Нами проанализированы научные результаты опубликованных работ и собственных наблюдений о влиянии данных категорий угроз и сочетанных с ней факторов.

Материал и методы. В выборку исследования вошло 38 сотрудников спецподразделений, участвовавших в антитеррористических операциях и поддерживающих правопорядок в РФ (комбатанты), мужчин, в возрасте на момент обследования от 26 до 60 лет (42±0,5 года), проживающих в Томской области, у которых в прошлом было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Методы исследования: клинико-психопатологический, эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический и экспериментально-психологический.

Пациенты с эндогенными психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями в выборку не включались (критерий исключения).

Группой сравнения были 50 пациентов отделения пограничных состояний, жителей Томска, со схожими социальными и половозрастными характеристиками.

Обсуждение результатов. У всех комбатантов в прошлом (по данным анамнеза и анализа медицинской документации) было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1). Однако на момент нашего обследования нозологическая структура существенно изменилась. В отдаленном периоде (через 10—12 лет после участия в контртеррористических операциях) только в части наблюдений (3 случая – 3,41 %) выполнялись диагностические критерии ПТСР, у остальных пациентов наблюдались лишь отдельные незначительно выраженные неустойчивые признаки, соответствующие данным критериям, не имеющие нозологического значения (вероятно, ситуационные); у части пациентов выявлялись соматические заболевания, традиционно считающиеся психосоматическими. Данные клинико-динамического наблюдения (рассматривались случаи с катамнезом от 5 до 12 лет) отмечают постепенное нарастание болезненности ПНПР органического регистра у данных пациентов.

Наши собственные наблюдения [2, 3, 6] показывают, что степень выраженности нервно-психических нарушений у непсихотических пациентов в принципе часто не соответствует тяжести патогенного воздействия (психогенного или экзогенно-органического). Причина, на наш взгляд, кроется в полиэтиологичности данных заболеваний. Кроме того, в ходе проведенных исследований установлено, что у офицерского состава и проходящих службу по контракту степень выраженности нервно-психических расстройств в большинстве случаев была изначально меньше, чем у недостаточно профессионально и психологически подготовленных лиц срочной службы.

В настоящее время у пациентов с признаками ПТСР интрузии сохраняются, но меняется их сюжет – травматические боевые переживания заменяются ситуационной тревогой либо чувством надвигающегося неминуемого бедствия (работа вытеснения). Аналогичным образом меняется и тематика сновидений, на смену боевым приходят кошмары различного содержания, общим для которых являются сюжеты насилия, смерти, гибели близких, опасности для жизни, обмана и предательства.

У 2 пациентов группы (5,26 %) параллельно признакам ПТСР в настоящее время выявлялись критерии «Стойкого изменения личности после переживания катастрофы» (F62.0). Чаще отмечалось враждебное или недоверчивое отношение к миру, имела место социальная отгороженность. Возможно, мы имеем дело с постепенной трансформацией данных нозологических форм, переходящих одна в другую, но при анализе анамнестических сведений данные проявления отмечались и у других пациентов, но они редуцировались самопроизвольно, поэтому окончательные выводы делать преждевременно.

В целом группу комбатантов можно рассматривать как пациентов, имеющих достаточные саногенные ресурсы, при этом в зависимости от наличия дополнительных повреждающих факторов находящихся на разных этапах формирования ПТСР и в разной степени имеющих доступ к собственным ресурсам саногенеза. Адекватная и своевременная специализированная психиатрическая и психологическая помощь, наряду с адекватной профессиональной подготовкой [3, 4, 5, 6], позволяет личности адаптироваться и ассимилировать травматическое событие в изменившуюся картину мира. В случае неблагоприятного баланса саногенетических и патогенных факторов существует вероятность формирования другой нозогогической категории – «Стойкого изменения личности после переживания катастрофы» (F62.0) либо органического психического расстройства, что является проявлением неблагоприятной клинической динамики психического заболевания. Наблюдение за данными группами пациентов и оказание им лечебно-профилактической помощи позволит более детально изучить особенности травматического стресса и повысить качество реабилитационных и превентивных мероприятий.

Литература

1. *Рудницкий В. А., Никитина В. Б., Аксенов М. М., Гарганеева Н. П.* Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологические подходы // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 1. – С. 55—59.
2. *Рудницкий В. А., Счастный Е. Д., Костин А. К., Бохан Н. А., Аксенов М. М., Гребенюк О. В., Кибардина А. С., Голощапов С. И.* Экологическая психиатрия: проблемы становления и роста, клинические варианты, связи со смежными психиатрическими дисциплинами (клинической, биологической, социальной психиатрией и наркологией) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 1 (86). – С. 43—51.

3. *Семке В. Я., Рудницкий В. А., Епанчинцева Е. М., Ошаев С. А., Ветлугина Т. П., Никитина В. Б.* Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 6 (55). – С. 89—93.
4. *Соколов Е. Ю.* Психотерапевтическая помощь жертвам террористического акта в г. Беслане 1—3 сентября 2004 г. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, вып. 3. – С. 61—62.
5. *Дзеружинская Н. А., Сыропятов О. Г., Шевченко В. Е., Полевик Д. В.* Психическое здоровье и организация психологической подготовки комбатантов. – Киев, 2011. – 240 с.
6. *Счастный Е. Д., Суровцева А. К., Рудницкий В. А.* Соотношение личностных особенностей и качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. – № 1 (90). – С. 63—66.

ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Зайцева А. О.[1], Стоянова И. Я.[2]

[1] Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск
[2] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Психологическая помощь детям и подросткам с хроническими соматическими заболеваниями сегодня рассматривается как одна из ведущих составляющих их системной реабилитации. Без ясных представлений о характере взаимосвязи психологических аспектов жизненной ситуации подростка с субъективными аспектами качества жизни целевые ориентиры действий психолога не всегда согласованы с общими ориентирами реабилитационного процесса. Развитие современных медицинских технологий увеличивает продолжительность жизни детей с тяжелыми заболеваниями (например, с сахарным диабетом, со злокачественными образованиями и т. д.), а также упрощает процесс поддержания гомеостаза детей с хроническими заболеваниями. Учитывая это положение, оценки только лишь соматического состояния таких детей становится недостаточно. В связи с этим отмечается тенденция к исследованию и изучению качества их жизни [6]. Именно этот факт меняет направление медицинской реабилитации с биомедицинского, в котором врач концентрируется именно на биологические показатели здоровья человека, но при этом может не замечать самого человека, его субъективных ощущений, на биопсихосоциальный полюс, который восполняет имеющиеся пробелы [1].

Число детей, имеющих хронические заболевания, все больше возрастает [7], а состояние детей с хроническими заболеваниями приобретает высокий уровень. Таким образом, лечение, а также физическая реабилитация, несомненно, должна проходить в союзе с психологической реабилитацией [7]. Необходимость изучения качества жизни детей при различных заболеваниях обусловлена важнейшей задачей, которая направлена на улучшение результатов лечения, снижения негативных последствий лечения, а также общей гармонизации жизни ребёнка с соматическим заболеванием [5, 9]. Оценка качества жизни является одним из наиболее показательных факторов для оказания психологической помощи детям, перенесшим фатальное заболевание или же имеющим хроническое заболевание. При этом существуют исследования, констатирующие прямую взаимосвязь между качеством жизни детей с фатальными заболеваниями и их выживаемостью [3]. Однако на сегодняшний день не все медицинские учреждения считают необходимым исследовать качество жизни пациентов, а также учитывать его особенности при планировании реабилитации.

В объяснении причин появившейся патологи и ее обострений в тот или иной период времени привычно внимание отдаётся в большей степени биологическим изменениям и в малой степени социальным и психологическим факторам, которые, безусловно, оказывают влияние на организм человека. Можно предположить, что направление мыслей медицинских специалистов лишь на биологические параметры гомеостаза человека уводит ее от самого человека.

Допущение, лежащее в основе такого подхода, основано на том, что если этиология, патогенез при едином заболевания одинаковые, то учет индивидуальных обстоятельств для его лечения не так важен. Однако такой подход сводит такую сложную систему, как человек, до конкретных его параметров и проявлений. Другие же врачи, уделяя немало времени учету социальных и психологических факторов, помимо биологических, убеждаются, что необходимо лечить больного, а не только его болезнь [8]. Таким образом, медицинские работки в повседневной практике постоянно сталкиваются с выбором учета биологических или социальных и психологических факторов или же из комбинации.

Внедрению в клиническую практику принципа учёта качества жизни в значительной степени препятствуют дефицит его методологически ясных определений, раскрывающих структуру этого сложного феномена. В настоящее время в психологии и медицине нет общепринятого определения феномена «качество жизни». Всемирная организация здравоохранения определила феномен качества жизни как «…субъективное соотношение положения индивидуума в жизни общества, с учетом культуры и систем ценностей этого общества, с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства» [11].

Определения качества жизни в современной науке варьируют в широком диапазоне значений. При этом определение ВОЗ, как наиболее универсальное, указывая на взаимосвязь качества жизни с динамическими характеристиками жизнедеятельности человека и общества: система социальных и индивидуальных ценностей; характер целей, планов и возможностей человека, особенностями его субъективной оценки степени своей устроенности или неустроенности, прямо указывает на динамизм данного феномена. Так, параметры качества жизни, актуальные для человека прошлого столетия, не могут быть использованы для современного человека. Тем более, применяя данное определение к детям, необходимо учитывать особенности детского возраста, динамизм социального взаимодействия и окружения ребенка, заданный естественными и социальными закономерностями взросления, связанные с этим перестройки дизайна общения с ключевыми участниками социализации подростка: родителями и сверстниками.

Обобщая исследования последних лет, можно выделить два наиболее значимых показателя, доминирующих в определении феномена: во-первых, это широта диапазона явлений, охватываемого данным феноменом, а во-вторых, приоритет субъективных показателей и оценок, даваемых пациентом различным аспектам своей жизни. Современная наука насчитывает более 40 тысяч публикаций, описывающих такой феномен как «качество жизни» (quality of life). Отмечается неуклонный рост работ по данной теме за последние десять лет [10]. При этом большинство работ принадлежит зарубежным авторам, лишь 1,5 тысячи работ опубликовано в России [1]. Отечественные исследования направлены на изучение качества жизни детей при конкретных заболеваниях (например, сахарный диабет, бронхиальная астма и др.) [4]. Основной проблемой в данном контексте является отсутствие общей методологии исследования [2]. Особенности детского возраста сами по себе создают определенные трудности для изучения качества жизни, в частности это связано с трудностями самостоятельного определения ребёнком состояния здоровья и болезни, так как восприятие здоровья у детей младшего возраста еще недостаточно сформировалось [5].

Литература

1. *Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В.* Изучение качества жизни в медицине и педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 7—12.
2. *Винярская И. В.* Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья детей и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование) : автореф. дис. … д-ра мед. наук. – М., 2008. – 44 с.
3. *Гатиятуллина Л. Р., Малиевский В. А., Винярская И. В., Кановалова Г. М.* Качество жизни детей в зависимости от социально-гигиенических условий жизни // Современные проблемы науки и образования. – Пенза : Изд. Дом «Академия Естествознания», 2014. – № 2. – С. 324.
4. *Загорский С. Э.* Качество жизни детей старшего возраста и подростков с рефлюкс-эзофагитом // Современные технологии в диагностике и лечении. – 2012. – С. 50—58.
5. *Минаев С. В.* Изучение качества жизни детей со злокачественными новообразованиями // Педиатрия. – 2004. – № 4. – С. 76—79.

6. М*инаев С. В., Ходжаян А. Б., Цуциева В. В., Минаева Н. В., Обедин А. Н., Болотов Ю. Н.* Современные подходы в изучении качества жизни у детей // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 1. – С. 77—83.
7. *Мирошкин Р. Б., Фисун Е. В.* Психологические проблемы семей с детьми, перенесшими онкозаболевание, на этапе ремиссии и методы работы с ними // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2011. – № 1.
8. *Равич-Щербо И. В., Румянцев А. Г., Киян И. Г.,Махаддинова Г. Н., Гавриш С. В.* Психологические особенности детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом // Вопросы психологии. – 2004. – № 6. – С. 50—56.
9. *Соболева К. А., Винярская И. В., Басаргина Е. Н., Терлецкая Р. Н., Черников В. В.* Качество жизни детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы // Российский педиатрический журнал. – М. : Изд-во «Медицина», 2015. – № 5. – С. 38—43.
10. *Ravens-Sieberer U., Erhart M., Wille N., Bullinger M.* BELLA study group Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. – 2008. – http://www.ncbi.nlm.nih.gov/
11. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? // Wid. Hth. Forum. – 1996. – Vol. 1. – P. 29.

ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ

Жукова Д. И., Балин В. Д., Джанаева Л. В.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург

Изучение феноменологии перфекционизма может производиться различными путями, но перфекционистские установки всегда сопряжены с личностью человека, с его «Образом Я». На сегодняшний день нет однозначности при выделении составляющих и факторов перфекционизма, большую полемику вызывают также инструменты, тестирующие различные параметры и формы перфекционизма.

В нашей работе мы рассматриваем автобиографическую память (АП) как особую психическую составляющую, позволяющую обратиться к опыту личности, тесно связанную с «Образом Я» и позволяющую в связи с этим стать опорой для исследования генеза и стабилизации перфекционистских установок. Доказано, что структурно-функциональной единицей организации материала в АП является «автобиографическое событие», выступающее в зависимости от целей и условий воспроизведения в различных формах: «яркий момент жизни – эпизод», «важное событие жизни» (и его особый вариант «переломное событие»), «характерное для личности событие», «жизненный период», «личностная эпоха». Таким образом, можно не только проследить связь перфекционизма с депрессией, но и рассмотреть феномен перфекционизма с позиций теории мотивации достижения, соотнести это понятие с более традиционными (мотив «стремление к успеху», мотив «избегания неудачи», уровень притязаний, защитные тактики целеполагания).

Нами было использовано 4 методики: Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI), Опросник перфекционизма [Гаранян Н. Г., Холмогорова А. Б., 2001], Автобиографическое интервью (В. В. Нурковой), Метод экспертных оценок рассказов.

Наше исследование проводилось на базе неврологического отделения СПб ГБУЗ «Городской больницы Святого Праведного Иоанна Кронштадтского». Первоначально в исследовании принимало участие 140 человек в возрасте 17—18 лет. Из них в основную группу было отобрано 30 человек с высоким уровнем перфекционизма, 10 человек включено в контрольную группу с низким уровнем перфекционизма.

Обработка полученных результатов производилась с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 19.0, Copyright SPSS Inc., 2010.

Обсуждение результатов. У большинства перфекционистов отсутствует четкое представление желаемого, нет четкого спектра эмоциональных составляющих, сопровождающих цели и смыслы личности, ее потребности и поведение в целом. Нереалистичные идеалы, которые они ставят перед собой, в случае достижения этих идеалов дают возможность испытывать чувство огромного уважения к себе, в случае же провала возникает ощущение собственной дефектности и непоправимости произошедшего.

Фактически речь идет о нарциссической составляющей личности, и поэтому лица с высоким уровнем перфекционизма решают свои проблемы, связанные с самоуважением и самооценкой, за счет других – совершенных, по их мнению, людей. Они чувствуют себя великими, идентифицируясь с теми, «кто не может ошибаться». Некоторые перфекционисты всю жизнь идеализируют кого-либо, а потом, обнаружив несовершенство, свергают обожаемый объект с пьедестала. Недостижимые идеалы создаются исключительно для того, чтобы компенсировать дефект в собственном «Я», подобное перфекционистское решение весьма разрушительно, так как никто и ничто не может быть абсолютно совершенным. Изначально провальная стратегия заканчивается тем, что «Я» опять обесценивается.

Отношения с «Другим» строятся перфекционистами на уровне поверхностного взаимодействия, они непоследовательны, часто демонстративны, также по типу экспансивного навязывания себя в партнеры по общению. «Другой» необходим для «Я», поскольку даёт им любовь, поддержку, возможность самопроявления, ощущения своей значимости, при этом «Образ Другого» обезличен, непроработан, сливается иногда с «Образом Я», сам «Другой» есть не что иное, как объект удовлетворения внутреннего запроса «Я» на эмоциональное донорство, отношение к нему сугубо потребительское, аэтическое, без истинной эмпатии. Слабость и зависимость «Я», внутренняя опустошённость и дефицитарность – тому причины, а следствие – неполноценность контакта, манипуляторство (ибо вне «Другого» – одиночество, смерть).

Основной запрос здесь также на аффиляцию, симбиотический контакт, но этот запрос вытесняется, подменяется другими, более социализированными формами взаимодействия. Последние не вполне эффективны (в плане удовлетворения базовой потребности), поэтому число контактов максимально расширяется, в качестве их основы годятся любые формы активности – от профессиональной деятельности до собственной болезни, – и все они могут использоваться как способ манипулирования, для получения потребного позитивного отношения, донорства и опеки.

Испытуемые склонны отчетливо проявлять отрицательное отношение к людям, стремление нанести им вред, причинить серьезные неприятности. Наряду с этим присутствует постоянное стремление находиться рядом с «Другим», сверхценное к нему отношение и предъявление завышенных требований к «Другому». Сравнение себя со сверхуспешными индивидами приводит к недовольству собой, а наряду с этим к чувству мучительной зависти. Субъективное ощущение того, что окружающие люди ждут от них очень много, присуще многим испытуемым в нашей группе, имеющим выраженную степень перфекционизма. Зачастую оно сигнализирует о себе страхом несоответствия положительным представлениям других людей о себе, постоянным предвкушением публичного разоблачения.

У большей части перфекционистов необходимостью для нормального существования и развития является постоянный поиск одобрений или разубеждений со стороны других людей в постоянном доказательстве своей «нормальности». Потребность в заботе и опеке со стороны других, защите и безопасности, потребность в аффилиации, потребность нравиться, быть совершенным и потребность в признании необходимы для оценивания качества собственного «Я», указывают на значительно заниженную самооценку. Завершение неприятной деятельности, нацеленность на сверхуспешность в деятельности проявляется в чрезмерно длительном размышлении перед принятием решения. Альтернативой перечисленному может стать стратегия стойкого избегания ситуаций, где индивид ожидает от себя соответствия завышенным стандартам, – «паралич деятельности». Одной из наиболее распространенных форм избегающего поведения служит так называемая прокрастинация (procrastination) – откладывание начала деятельности в силу желания выполнить его совершенно, что делает это начало тяжелым и неприятным. Другой формой избегающей стратегии может стать прерывание деятельности, незавершение задания из-за опасений, что оно не будет удовлетворять перфекционистским требованиям.

Полученные эмпирические результаты могут быть использованы психотерапевтами и практикующими психологами в консультативной и психологической помощи.

Литература

1. *Кернберг О.* Тяжелые личностные расстройства. – М. : Класс, 2000. – 464 с.
2. *Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г.* Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели. – М. : ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. – 480 с.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ РИСКА ВСТУПЛЕНИЯ В СОЗАВИСИМЫЕ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ЯГПУ

Зеркалина Е. И., Артемьева А. В.

ФФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический университет им. К. Д. Ушинского», Ярославль

Проблема употребления психоактивных веществ продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых в современном обществе. Люди, страдающие химической зависимостью, не живут отдельно, они существуют рядом с нами, у них есть семьи, родственники, дети, составляющие их социальное окружение. Химическая зависимость одного члена семьи оказывает влияние на всю семейную систему, поэтому зачастую от заболевания одного человека страдают все люди, живущие рядом с алкоголиком или наркоманом.

Созависимость – это особое состояние, которое характеризуется повышенной зависимостью (эмоциональной, социальной и иногда физической) от человека (или предмета). По существу, эта зависимость от другого человека, страдающего наркоманией или алкоголизмом, становится болезненной и влияет на все другие сферы жизни созависимого, его здоровье, взаимоотношения со сверстниками, семейные отношения, карьеру. Созависимость – это хроническое, прогрессирующее заболевание, фактор риска рецидива и предпосылка формирования химической зависимости, почва для развития психосоматических заболеваний, депрессии, суицида.

Зачастую созависимые люди выбирают так называемые помогающие профессии – педагога, психолога, социального работника. Таким образом, можно предположить, что среди студентов высших педагогических учебных заведений есть созависимые личности, имеющие определенные психологические проблемы, которые могут повлиять на их профессиональную деятельность.

В современной литературе созависимость рассматривается как следствие нарушения взаимоотношений в родительской семье [Москаленко В. Д., 2004; Зайцев С. Н., 2004], так и как следствие профессиональной деятельности, в том числе педагогической [Артемцева Н. Г., 2012; Болдырева Е. В., 2011]. Особенно остро стоит проблема подготовки педагогических кадров, способных организовать работу по профилактике злоупотребления психоактивными веществами в молодежной среде, оказывать помощь детям из семей химически зависимых, предотвратить риск включения детей и подростков в созависимые отношения.

Однако для выпускников педагогических высших учебных заведений важны не только полученные теоретические знания по вопросам наркологии и токсикологии, но и формирование психологической готовности проводить профилактическую работу в образовательных учреждениях и молодежных коллективах. С другой стороны, тестирование студентов позволяет им осознать свои личностные психологические проблемы, а также семейные проблемы и предложить возможности их коррекции при помощи специалистов Ярославской областной клинической наркологической больницы.

Цель исследования: изучить психологическую готовность студентов педагогического вуза к организации профилактической работы в молодежной среде; выявить динамику риска включения в созависимые отношения.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались тесты, разработанные «Центром квалификации и профессиональной переподготовки специалистов в области профилактики аддиктивного поведения у детей и молодежи» (г. Москва) для оценки риска включения личности в созависимые отношения.

Опрос проводился в 2014–2015 гг. на историческом, дефектологическом, физико-математическом факультетах ЯГПУ, факультете социального управления, факультете физической культуры. В эксперименте принимали участие студенты очной и заочной форм обучения. В 2014 г.: очная форма обучения – 18 девушек и 4 юноши в возрасте 18—19 лет (всего 22 человека); заочная форма обучения – 20 женщин в возрасте 20—42 лет, 16 мужчин в возрасте 19—46 лет (всего 36 человек в возрасте от 19 до 46 лет). В 2015 г.: очная форма обучения – 22 девушки в возрасте 18—19 лет; заочная форма обучения – 32 женщины в возрасте 19—37 лет, 14 мужчин в возрасте 19—54 лет (всего 46 человек 19—54 лет). В группе заочного обучения находились как лица, имеющие опыт работы в образовательных учреждениях и молодежных коллективах, так и лица без опыта педагогической работы.

При оценке степени риска включения в созависимые отношения получены следующие результаты. Количество баллов, набранное студентами очной формы обучения в 2014 г., оказалось ниже, чем в 2015 г. (42,41 – 46,75; t=2,7). Количество баллов, набранное мужчинами, было достоверно ниже, чем количество баллов, набранное женщинами (44,88 – 38,64; t=3,6). При сравнении всех остальных групп по данному показателю достоверной разницы не выявлено.

Крайне неблагоприятные показатели выявлены при оценке степени риска вступления в созависимые отношения во всех группах респондентов. Высокая степень риска (40 и более баллов) обнаружена у 63,3 % студентов очной формы обучения, обследованных в 2014 г. и у 91,6 % обследованных в 2015 г.; у 67,6 % студентов-заочников, обследованных в 2014 г. (75 % у женщин, 53,3 % у мужчин); у 73,3 % студентов заочной формы обучения, обследованных в 2015 г. (88,23 % у женщин и 53,8 % у мужчин); у 100 % студентов, имеющих педагогический опыт работы, у 63,6 % респондентов, работающих в других сферах. Данные результаты говорят о наличии определенных психологических проблем у студентов, способных оказать влияние на профессиональную деятельность.

Выводы. Полученные результаты исследований выявили крайне высокий уровень риска вступления в созависимые отношения во всех группах обследованных студентов ЯГПУ. Обнаруженные нарушения являются следствием особенностей воспитания студентов в родительских семьях, а также преимущественным выбором «помогающих» профессий педагога, дефектолога, психолога подростками с созависимой моделью поведения. Высокие показатели риска включения в созависимые отношения студентов педагогического высшего учебного заведения могут негативно сказаться на их профессиональной деятельности. Выявлены гендерные особенности риска включения в созависимые отношения: для мужчин этот риск ниже, чем для женщин. При подготовке педагогических кадров следует уделять большое внимание коррекции психологических проблем студентов всех форм обучения, связанных с особенностями воспитания в родительской семье.

АЛКОГОЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ

Зяблицев Д. В., Шибанов А. Р.

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк

Актуальность. Сочетание алкоголизма с алкогольным поражением печени представляет собой важную проблему с учетом социальной значимости данных заболеваний, а также с фактом утяжеления течения алкогольной зависимости под влиянием факторов, усугубляющих токсическое воздействие. Систематическое, частое употребление спиртных напитков может привести к значительным функциональным и структурным изменениям в печени, которые формируют понятие алкогольного поражения печени, или алкогольной болезни печени. Согласно статистике, примерно 30—40 % всех заболеваний приходится именно на алкогольное поражение печени.

Цель: оценить встречаемость алкогольного поражения у пациентов с зависимостью от алкоголя с различными количественными характеристиками злоупотребления алкоголем.

Методы исследования. Обследованы 50 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 35 до 65 лет с установленным диагнозом «Зависимость от алкоголя» (F10.2).

Критерием для постановки диагноза (F10.2) являлось наличие не менее трех из нижеперечисленных критериев (МКБ-10): сильная потребность или необходимость принять алкоголь, нарушение способности контролировать прием алкоголя, физиологическое состояние отмены алкоголя, признаки роста толерантности, прогрессирующее снижение альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя.

Пациенты, включенные в исследование, проходили стационарное лечение в 2010—2012 гг. Всем им проводилось комплексное обследование, лабораторные исследования специфических маркеров алкогольного поражения печени (АЛТ, АСТ, общий билирубин, ЩФ, ГГТП, альбумин). Выполнена количественная оценка употребления алкоголя в пересчете на алкогольные порции (по данным ВОЗ, одна алкогольная порция эквивалентна 150 граммам сухого вина, или 250 граммам пива, или 30 граммам 40 % алкогольного напитка).

Полученные результаты. При анализе 50 случаев заболевания было выявлено, что у 7 пациентов (14 %) имела место сочетанная форма заболевания: диагноз «зависимость от алкоголя» (F10.2) с алкогольным поражением печени (шифр по МКБ-10 К70). Во всех 7 случаях доза потребляемого алкоголя превышала безопасные значения – более 21 порции для мужчин и 14 порций для женщин. Средний показатель составил 42 порции в неделю. У оставшихся 43 пациентов (86 %) был установлен диагноз «Зависимость от алкоголя» (F10.2) при отсутствии признаков алкогольного поражения печени, средний показатель составил 28 алкогольных порций в неделю.

Таким образом, средняя частота встречаемости сопутствующего алкогольного поражения печени, составившая 14 %, диагностирована у лиц со средним показателем потребления алкоголя 42 алкогольные порции в неделю.

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ

Кадачегов А. С.

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

Сопутствующие соматические заболевания значительно сокращают продолжительность жизни больных шизофренией, которая в среднем на 9—12 лет меньше, чем в популяции. Поэтому шизофрения описывается как «болезнь, сокращающая жизнь». 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 и определить ее связь с наличием инвалидности.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе стационара Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1. В исследование включено 196 больных (82 мужчины – 41,8 %; 114 женщин – 58,2 %) в возрасте 20—50 лет (средний возраст 36,7±8,4 года), страдающих параноидной шизофренией. Длительность заболевания 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 имели вторую группу инвалидности по психическому заболеванию, 3 человека – третью группу инвалидности. 82 пациента группы инвалидности не имели, большинство из них продолжали работать. У 118 пациентов были выявлены коморбидные соматические заболевания. Сравнение частоты встречаемости соматической патологии у больных, имеющих группу инвалидности, и без таковой показало большую распространенность коморбидных соматических заболеваний у нетрудоспособных больных. В первой группе сопутствующие соматические заболевания имели 76 человек, во второй группе – 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 двумя 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. Наличие подобной патологии мешало проведению адекватной психофармакотерапии и нередко приводило к развитию терапевтической резистентности. Известно, что длительное применение нейролептиков – блокаторов центральных дофаминовых рецепторов – снижает защитные иммунные механизмы, что ведет к обострению соматических заболеваний. Образуется замкнутый круг.

Таким образом, у нетрудоспособных больных параноидной шизофренией 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 пациентов. Своевременная диагностика и лечение коморбидных соматических заболеваний у больных шизофренией, возможно, уменьшит число обострений и улучшит прогноз заболевания.

ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, УЧАСТВУЮЩИХ В ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЯХ

Кадочникова С. В.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Несмотря на действующую законодательную базу (Гражданский, Трудовой, Семейный Кодексы), на все возрастающее внимание современной судебной психиатрии к проблеме гражданско-правовых отношений психически больных, ее большую социальную значимость, по-прежнему остается много вопросов, требующих своего разрешения как в правовом, так и в судебно-психиатрическом аспекте.

Всемирная организация здравоохранения констатирует, что в настоящее время психические расстройства поражают 20—25 % населения. В России за последнее десятилетие уровень вновь зарегистрированных психических заболеваний возрос на 35 % (1). С увеличением количества психически больных возрастает вероятность нарушения их прав и законных интересов, о чем высказываются не только психиатры, но и юристы.

Так, по мнению судьи Н. Ф. Никулинской, «Институт недобровольной госпитализации в психиатрический стационар» нуждается в реформировании, причем изменению должны подвергнуться «не только отдельные детали, а сама общая концепция института» (2). Т. В. Шепель в своем диссертационном исследовании также отмечает, что при решении вопроса о госпитализации в порядке ст. 29 «Закона о психиатрической помощи…» судами нередко нарушаются «требования гражданского процессуального законодательства» (3).

Принятый в 1992 г. «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», по мнению Т. Б. Дмитриевой и др., оказался в большей степени посвящен вопросам общепсихиатрической практики. Многие проблемы судебно-психиатрических экспертиз, в том числе и в гражданском процессе, остались не решенными (4). Ю. Н. Аргунова сообщает о привнесенных новациях в новом Гражданском процессуальном кодексе РФ, но в то же время указывает, что на практике многие предписания не исполняются (5). Л. А. Яхимович, В. В. Горинов считают, что несмотря на возрастающее внимание современной судебной психиатрии к проблеме гражданско-правовых отношений и ее большую социальную значимость, всё ещё остается много вопросов, требующих своего разрешения как в правовом, так и в судебно-психиатрическом аспекте (6). А. Ф. Алексеев, Д. Н. Корзун делают акцент на сложности, неразработанности проблемы для защиты интересов душевнобольных, не лишенных дееспособности, отсутствии социальных гарантий для душевнобольных (7). Подобного мнения придерживаются в своей совместной работе и Е. В. Куликова, Д. А. Малкин, Ф. С. Сафуанов, Н. К. Харитонова, считая, что в связи с увеличением количества имущественных сделок возникает необходимость в судебной защите граждан, их заключающих (8). Другие авторы (Дмитриева Т. Б., Харитонова Н. К,, Иммерман К. Л., Королева Е. В., 2003) указывают, что в новых социально-экономических условиях к наиболее уязвимым категориям граждан относятся лица, страдающие психическими расстройствами, в силу имеющихся у них болезненных нарушений, в связи с чем они далеко не всегда могут реализовать свои права без ущерба для себя и своих близких (9).

Таким образом, остаются неразрешенными вопросы о правовом статусе не только самих пациентов, но и их родственников и специалистов в области психического здоровья.

Литература

1. Доклад Всемирной организации здравоохранения о состоянии психического здоровья и психиатрической помощи // Независимый психиатрический журнал. – 2000. – № 2. – С. 68.
2. *Гурович И. Я.* Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 13.
3. *Никулинская Н. Ф.* Проблемы совершенствования законодательства о недобровольной госпитализации гражданина в психиатрический стационар // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 6. – С. 51.
4. *Шепель Т. В.* Особенности обязательств из причинения вреда с участием психически больных. – Томск, 2005. – С. 87.
5. *Дмитриева Т. Б., Положий Б. С.* Социальная психиатрия: Современные представления // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – № 2. – С. 39—49.
6. *Аргунова Ю. Н.* Судебно-психиатрическая экспертиза по новому гражданско-процессуальному законодательству // Независимый психиатрический журнал. – 2002. – № 4. – С. 42—46.
7. *Яхимович Л. А., Горинов В. В.* «Завещательная дееспособность» лиц с психическими расстройствами (критерии экспертных оценок в России и некоторых зарубежных странах // РПЖ. – 2005. – № 1. – С. 37—41.
8. *Алексеев А. Ф., Корзун Д. Н.* Некоторые особенности проведения СПЭ по гражданским делам // Практика судебно-психиатрической экспертизы : сборник № 39. – М., 2001. – С. 181—190.
9. *Куликова Е. В., Малкин Д. А., Сафуанов Ф. С., Харитонова Н. К.* Судебная психолого-психиатрическая экспертиза по делам о недействительности сделки, совершенной под влиянием заблуждения // Практика судебно-психиатрической экспертизы : сборник № 41. – М., 2003. – С. 355—367.
10. *Дмитриева Т. Б., Харитонова Н. К., Иммерман К. Л., Королева Е. В.* Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе. – СПб., 2003. – С. 29—30; 23—25; 9—12.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УМЕРЕННОГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Каймонова Е. Н., Корнетов Н. А.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

В настоящее время актуальные научные исследования в медицине и их результаты должны быть доступны для врачей любых специальностей и применимы на практике. Органно-системный медицинский подход с патернализмом должен постепенно заменяться новыми биопсихосоциальными парадигмами образования, целостным подходом в диагностике и лечении [1]. Депрессивные расстройства (ДР) в практике клиницистов различных медицинских дисциплин и специалистов в области психического здоровья занимают одно из центральных мест. Депрессия относится к наиболее частым психическим расстройствам в первичной медицинской сети.

Цель: выявить распространенность большого депрессивного расстройства (БДР) при его исследовании у пациентов ОГАУЗ «Поликлиника № 10».

Участники, материалы и методы исследования. В клиническом исследовании при информированном согласии участвовали 200 человек, которые самостоятельно обратились за помощью в амбулаторно-поликлиническую службу (ОГАУЗ поликлиника № 10) с различными жалобами. При обследовании по разным причинам 21 человек (10,5 %) отказались от проведения скрининга или консультации психиатра. В итоге, в клиническом исследовании при информированном согласии осталось участвовать 179 пациентов. Из них 117 (65,5 %) женщин и 62 (34,5 %) мужчины. Средний возраст составил 38,0±6,1 года.

Стандартизированный вопросник исследования включал в себя социально-демографические данные, регистрацию соматических жалоб (таких как: боли в желудке, суставах, позвоночнике, груди, головная боль, диспепсия, головокружение, обмороки, нарушения стула, нехватка воздуха и т. д.), количество хронических заболеваний (цереброваскулярные заболевания, ИБС, обструктивная болезнь легких, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, остеоартрит, описторхоз и др.), регистрировались принимаемые препараты. Скрининг для выявления депрессивных симптомов проводился вопросником «Оценки здоровья пациента» (PHQ-9).

Результаты исследования. Умеренное депрессивное расстройство (баллы по PHQ-9 от 10 до 19) было выявлено у 22 (12,3 %) пациентов. Депрессивное настроение чаще проявлялось подавленностью, тяжестью на душе, душевной болью, чувством хронически подавленного настроения. Более ярко выступала утрата интереса и удовольствия, которые при УДЭ практически всегда неразрывны и являются часто полной ангедонией. Из соматических жалоб чаще всего наблюдались «тяжесть», «муть», «сковывающие ощущения в голове», которые нередко сочетались с чувством боли и оцепенения в шее и плечевом поясе. На втором месте находились жалобы на «ломоту в спине», ноющую боль в пояснице, по поводу которых больные обращались к невропатологу и урологу.

Под эгидой ВОЗ проведены исследования (Psychological Problemsin General Health Care – PPGHC), посвященные психологическим проблемам при общем медицинском обслуживании с охватом стран Европы, Азии, Северной и Южной Америки. В этом исследовании было выявлено, что если при депрессии психологические жалобы не выходили на первый план, то депрессия распознавалась в 29 % случаев. При наличии психологических жалоб этот показатель возрастал до 79 %. В связи с этим в разных культурах в первичной медицинской сети преобладают жалобы на соматическое недомогание, слабость и различно локализованные болевые ощущения [2].

Таким образом, соматизация депрессии становится все более распространенным ее проявлением.

Литература

1. *Корнетов Н. А.* Депрессивное расстройство в первичной медицинской сети // Доктор.ru. – 2014. – № 6 (94). – С. 56—61.
2. *Leuchter A. F., Husain M. M., Cook I. A. et al.* Painful physical symptoms and treatment outcome in major depressive disorder: a STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relive Depression) report // Psychol. Med. – 2010. – Vol. 40, № 51. – Suppl. 2. – P. 239—251.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НЕСУЩИМИ ВИТАЛЬНУЮ УГРОЗУ

Караваева Е. В., Тюкпеева И. П.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Неврологические заболевания относятся к числу факторов, которые способствуют снижению трудоспособности, часто приводят к инвалидности, потере социального статуса (Лобастова И. В. и др., 2010). Сосудистые заболевания головного мозга в наше время являются распространенной патологией и причиной инвалидности у десятков тысяч людей молодого и среднего возрастов.

Наше исследование посвящено тяжелым неврологическим заболеваниям, несущим витальную угрозу жизни, таким как рассеянный склероз и инсульт.

По данным Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, в России ежегодно регистрируется 450 тысяч инсультов. В нашей стране инвалидизация вследствие инсульта (3,2 на 100 тысяч населения в год) занимает 1-е место среди патологии, являющейся причиной инвалидности. На данный момент в России насчитывается около 1 миллиона инвалидов, перенесших инсульт (Ершов В. И., 2010). Инсульты развиваются в мире у 5,6–6,0 миллиона человек в год. Показатели заболеваемости и смертности при инсульте остаются одними из самых высоких.

Рассеянный склероз является самым распространенным заболеванием после черепно-мозговой травмы, органического поражения центральной нервной системы среди лиц молодого возраста и является ведущей причиной их стойкой инвалидизации. При этом в последние годы не только отмечается рост заболеваемости рассеянным склерозом, но расширяются и возрастные рамки рассеянного склероза. В настоящее время типичным возрастом, в котором дебютирует рассеянный склероз, считается возраст от 10 до 59 лет. Описаны случаи возникновения рассеянного склероза в 2 года и после 70 лет (Недзьведь Г. К., Недзьведь М. К., 2003). Отдельной проблемой являются неврологические осложнения антипсихотической терапии (Корнетова Е. Г. и др., 2015).

Цель: выявление механизмов психологической адаптации лиц с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу.

Для исследования механизмов психологической адаптации лиц с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу, были подобраны следующие методики: шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности Ч. Спилбергера (в адаптации Ханина Ю. Л.); психологическая диагностика отношения к болезни (ТОБОЛ); шкала депрессии Э. Бека; копинг-тест Р. Лазаруса (в адаптации Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк); пакет прикладных программ Statistica 7.0.

Исследование проводилось на базе неврологического отделения факультетских клиник СибГМУ. В соответствии с целью и задачами исследования было обследовано 46 человек, из которых 26 человек (14 женщин и 12 мужчин) имели верифицированный диагноз рассеянный склероз либо инсульт и находились на стационарном лечении в неврологическом отделении. В контрольной группе, где средний возраст больных составил ±46,58 года, 20 человек (11 женщин и 9 мужчин) страдали гастроэнтерологическими заболеваниями (гастрит, холецистит, панкреатит, дивертикулярная болезнь кишечника), средний возраст больных ±46,95 года.

Сравнительный анализ двух выборок показал, что для больных неврологическими заболеваниями (экспериментальная группа), несущими витальную угрозу, свойственно значительное повышение показателей ситуативной тревожности, чем у пациентов с заболеваниями, не несущими витальной угрозы (контрольная группа). Выявленные различия являются статистически значимыми ($U=108$, $p<0,05$). Сравнение групп также показало, что для испытуемых экспериментальной группы свойственно повышение и по показателям личностной тревожности. Выявленные различия являются статистически значимыми ($U=112,5$, $p<0,05$).

Высокий уровень тревожности, вероятно, может быть вызван опасениями за свою жизнь и физическое здоровье, а также переживаниями, связанными с ограничением функционирования в обществе. Исследование копинг-стратегий у лиц с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу, выявило статистически значимые различия по шкалам дистанцирования ($U=156$, $p<0,05$) и поиска социальной поддержки ($U=150$, $p<0,05$) между экспериментальной группой и контрольной. Для больных неврологическими заболеваниями (экспериментальная группа), несущими витальную угрозу, свойственно значительное повышение показателей уровня депрессивных признаков, чем у пациентов с заболеваниями, не несущими витальной угрозы (контрольная группа). Выявленные различия являются статистически значимыми ($U=152,5$, $p<0,05$). Высокий уровень депрессивных признаков, вероятно, может быть связан с опасениями за жизнь. При реабилитации больных с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу, необходимо учитывать полученные данные, так как они могут, предположительно, влиять на течение заболевания. Исследование внутренней картины болезни выявило статистически значимые различия по анозогнозическому ($\varphi=2,19$, $p\leq0,05$) и неврастеническому ($\varphi=3,05$, $p\leq0,01$) типам отношения к болезни между экспериментальной группой и контрольной. Другими словами, для пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу, больше характерен неврастенический тип реагирования на болезнь, а для пациентов с заболеваниями, не несущими витальной угрозы, – анозогнозический тип реагирования на болезнь.

Результаты проведенного исследования лиц, страдающих неврологическими заболеваниями, с последующей статистической обработкой полученных данных позволили сделать ряд выводов. Для пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу, свойственно значительное повышение показателей ситуативной и личностной тревожности, а также показателей уровня депрессивных признаков; для пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями характерным является использование копинг-стратегий дистанцирование и поиск социальной поддержки; отличительной особенностью больных с тяжелыми неврологическими заболеваниями является неврастенический тип реагирования на болезнь.

Полученные нами результаты в целом соответствуют имеющимся в современной литературе сведениям по данному вопросу (Языков К. Г., 2014); вместе с тем обращает на себя внимание специфика реагирования на имеющееся заболевание, выявленная в исследованной выборке – группе лиц с тяжелыми неврологическими заболеваниями, несущими витальную угрозу. Это может служить основой дальнейших исследований, включая изучение коморбидности тяжелых неврологических и психических расстройств.

Литература

1. *Ершов В. И.* Алгоритм ведения больных в острейшем периоде ишемического инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110 (инсульт), № 2. – С. 18—20.
2. *Корнетова Е. Г., Семке А. В., Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н., Бойко А. С.* Клинические и социальные факторы риска тардивной дискинезии у пациентов с шизофренией в процессе лечения антипсихотиками // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 32—39.
3. *Лобастова И. В., Языков К. Г., Корнетов А. Н.* Динамика изменений, происходящих в психоэмоциональной сфере у детей с ДЦП в процессе физической реабилитации // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 338. – С. 183—184.
4. *Недзьведь Г. К., Недзьведь М. К.* О нозологической самостоятельности рассеянного склероза // Нейроиммунология. – 2003. – № 11. – С. 103—104.
5. *Языков К. Г.* Нейрогенетический контекст эволюционно-исторической модели тревоги // Международный научно-исследовательский журнал. – 2014. – № 9. – С. 133—135

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Караваева Е. В., Шинкаренко А. А.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Эпилепсия является одним из самых распространенных заболеваний нервной системы, которое в силу своих характерных особенностей представляет серьезную медицинскую и социальную проблему (Гехт А. Б. и др., 2006). Клинические наблюдения эпилепсии, опубликованные за последние десятилетия, во многом уточнили симптоматику, патофизиологию и патогенез этого заболевания (Белова Ю. А. и др., 2008). Однако отдельные вопросы клиники эпилепсии нуждаются в дальнейшей разработке, прежде всего это относится к такому проявлению болезни, как эпилептические изменения личности (Белая И. И., 1981).

Цель: изучение эмоционально-личностной и поведенческой сфер у лиц, страдающих эпилепсией, и определение особенностей их влияния на оценку больными качества жизни.

В качестве методологической основы использовалась биопсихосоциальная модель к рассмотрению проблем со здоровьем, в рамках которого происходит учет биологических, психических и социальных аспектов болезни, что позволит обеспечить качественную, всестороннюю помощь больным эпилепсией. Важными методологическими принципами, которые использовались в работе, явились мультимодальный подход к оценке расстройств и планированию (Языков К. Г., 2014) и психометрическая оценка (Микилев Ф. Ф. и др., 2016).

Методики исследования: клинико-психологический метод включал в себя следующие методики: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Simptom Check-90-Revised, SCL-90-R), Методика «Копинг-тест» Лазаруса, методика оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey».

Материал исследования. Обследовано 60 человек, из которых 30 человек, страдающих эпилепсией и находящихся на амбулаторном лечении в клинике нервных болезней СибГМУ. Возраст больных составлял от 20 до 60 лет. Контрольную группу составили 30 человек, без какой-либо патологии центральной нервной системы, в анамнезе которых не наблюдалось нарушений неврологического профиля.

При сравнительно анализе экспериментальной и контрольной групп по шкалам симптоматического опросника SCL-90-R были получены статистически значимые различия (при $p<0,05$) по шкалам фобической тревожности, паранойяльной симптоматики, индексу проявления симптоматики и индексу общей симптоматики. Было выявлено статистически достоверное повышение показателей по шкалам соматизации, признаки обсессивно-компульсивных расстройтв, депрессивности, тревожности, фобической тревожности, паранойяльной симптоматики, психотизма. Наличие выявленных различий, вероятно, объясняется как присутствием самой патологии, так и сопутствующими нарушениями в различных сферах деятельности. Можно предположить, что регистрируемые отклонения были вызваны эпилепсией и усугубляют качество жизни пациентов.

Сравнительный анализ результатов по методике копинг-стратегий А. Лазаруса показал статистически значимые различия (при $p<0,05$) по шкалам поиск социальной поддержки и положительная переоценка между экспериментальной группой и здоровыми исследуемыми. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод, что одинаково часто как здоровые, так и больные височной эпилепсией прибегают к коппингу ухода от проблемы, копингам принятия ответственности и планирования решения. Однако чаще всего больные височной эпилепсией используют конфронтативный коппинг, копинги дистанцирования, положительной переоценки и социальной поддержки. Копинги конфронтативный и дистанцирование относятся к неконструктивным механизмам совладания со стрессом, а копинг положительной переоценки – к относительно конструктивным копингам.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что больные височной эпилепсией чаще отдают предпочтение неконструктивным способам решения стрессовых ситуаций и реже – конструктивным, адаптивным или эффективным способам совладания со стрессом, в отличие от здоровых людей. Сравнительный анализ данных по результатам методики оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey» позволил выявить статистически значимые различия (при $p<0,05$) по шкалам: физическое функционирование, влияние физического состояния на ролевое функционирование, интенсивность боли и жизнеспособность. Пациенты с эпилепсией по сравнению со здоровыми людьми хуже оценивают свое качество жизни, а именно отмечается значительное ухудшение физического функционирования, жизнедеятельность и ролевое функционирование ограничены физическими и эмоциональными проблемами, интенсивность боли ограничивает способность заниматься повседневной деятельностью, в связи с чем пациенты чувствуют себя обессиленными. Показатели оценки больными эпилепсией своего душевного благополучия значительно ниже по сравнению со здоровыми людьми.

Таким образом, для больных височной эпилепсией свойственны нарушения в эмоционально-личностной сфере. На первый план выступают повышение уровня общей тревожности и наличие признаков повышения фобической тревожности. Выявлена вероятность наличия признаков паранойяльной симптоматики и признаков обсессивно-компульсивного расстройства. В иерархии копинг-стратегий, которыми пользуются больные височной эпилепсией, наибольшее предпочтение отдается стратегиям самоконтроля, положительной переоценки и использованию конфронтативного копинга. Пациенты с эпилепсией по сравнению со здоровыми людьми хуже оценивают свое качество жизни, а именно у них отмечается значительное ухудшение физического функционирования, жизнедеятельность и ролевое функционирование ограничены физическими и эмоциональными проблемами, интенсивность боли ограничивает способность заниматься повседневной деятельностью, и пациенты чувствуют себя обессиленными.

Литература

1. *Гехт А. Б., Мильчакова Л. Е., Чурилин Ю. Ю. и др.* Эпидемиология эпилепсии в России // Эпилепсия : приложение к Журналу неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2006. – № 1. – С. 3—7.
2. *Белая И. И.* Межпароксизмальные клинико-психопатологические особенности больных эпилепсией с преимущественным поражением левого и правого полушария головного мозга : дис. … к.м.н. – М., 1981.
3. *Белова Ю. А., Рудакова И. Г., Котов С. В.* Клинико-экономический анализ ведения больных парциальной эпилепсией // Проблемы стандартизации в здравоохранении. Управление качеством. – 2008. – № 3. – С. 18—25.
4. *Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Корнетов А. Н., Семке А. В.* Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58—64.
5. *Языков К. Г.* Нейрогенетический контекст эволюционно-исторической модели тревоги // Международный научно-исследовательский журнал. – 2014. – № 9. – С. 133—135.

ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Карауш И. С., Куприянова И. Е.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальной на сегодняшний день проблемой детско-подростковой психиатрии является её диагностическая область; в частности дефицит современных патопсихологических методов обследования и диагностики (Северный А. А., Шевченко Ю. С., 2013). Для улучшения дифференциальной диагностики психических расстройств у лиц с интеллектуальной недостаточностью существует потребность в наличии психометрических инструментов, оптимальных и доступных для определения психопатологических проявлений и эмоциональных проблем (Matson J. L. et al., 2012).

Явный дефицит клинико-психологических методов существует, например, для обследования детей с расстройствами слуха, речи, интеллекта. Большинство из обычно используемых методов, как правило, рассчитаны на детей с нормальным интеллектом, отсутствием речевых расстройств. В ситуации обследования изучаемой категории детей важно учитывать особенности психического развития этих детей – у них недостаточно развитое абстрактное мышление и произвольные компоненты высших психических функций, отмечаются речевые нарушения, низкий уровень социальной компетентности. При этом важно обеспечить доступность для понимания текста методики, не провоцировать как общее утомление, так и длительное напряжения органа зрения.

Расширение спектра используемых методов возможно за счет адаптации известных «взрослых» или использующихся для детей с нормой развития или за счет разработки специальных качественных и количественных методик. Еще одним решением проблемы является использование уже имеющихся в практике ресурсов, но «критикуемых» с позиции доказательной медицины методов, в частности проективных.

При исследовании психического здоровья учащихся специализированных (коррекционных) школ-интернатов I—II и III—IV видов с нарушениями слуха и зрения (368 учащихся 7—18 лет, из них 182 ребенка слабовидящие и 186 детей с нейросенсорной тугоухостью III—IV степени и глухотой) обсуждаемые проблемы решались следующим образом. Во-первых, были разработаны две адаптированные методики для учащихся с сенсорными нарушениями, сопровождающимися расстройствами психологического развития. Это опросник для выявления суицидального риска [Куприянова И. Е., Дашиева Б. А., Карауш И. С., патент РФ № 2013152564/14(082016), 2014] и шкала алекситимии [Куприянова И. Е., Карауш И. С., Дашиева Б. А., патент РФ № 015114744, 2015]. Разработанный опросник суицидального риска отличался доступной формулировкой вопросов для восприятия лицами с указанной патологией, минимальным количеством вопросов, достаточным для выявления психологических феноменов и признаков суицидального поведения и степени суицидального риска. По результатам скрининга (129 подростков 13—18 лет, из них 64 слабовидящих и 65 с нарушениями слуха) выявлен средний уровень суицидального риска у 19,4 % и высокий уровень суицидального риска у 6,9 %. Эти данные послужили основой для углубленного клинического обследования и проведения терапевтических и превентивных мероприятий.

Алекситимия является малоизученным у учащихся с нарушениями развития психологическим феноменом, но вместе с тем значимой характеристикой развития эмоциональной сферы и фактором риска формирования психосоматических заболеваний и аддиктивных расстройств. Традиционное изложение русскоязычной версии шкалы алекситимии TAS-20 было модифицировано с сохранением смыслового значения формулировок и пропорций включения вопросов, отражающих три составляющие алекситимии: трудности идентификации чувств, трудности описания чувств и внешне-ориентированный тип мышления. Шкала использовалась у детей старше 10 лет. У 35 % детей с сенсорными нарушениями выявлены алекситимические черты, значимо чаще ($p=0,023$) – у учащихся с нарушениями слуха (42,3 %); 34 % детей имеют риск развития алекситимии; среди детей с нарушениями зрения чаще ($p=0,012$) преобладала группа «нормы» – 37,3 %. Выявленная у детей ограниченная способность распознавать, называть и выражать эмоции, а также контролировать их определила включение в психокоррекционные программы отработку данных навыков и повышение уровня эмоциональной зрелости. Разработанные методики были использованы у учащихся с сенсорными нарушениями при сопутствующих расстройствах психологического развития.

Другим направлением исследования актуального психического состояния было использование проективных методов, которые оказались доступными детям с расстройствами психологического развития и умственной отсталостью легкой степени. В работе использовались рисуночные тесты («Дом-Дерево-Человек» и «Рисунок семьи»), тест Люшера с подсчетом вегетативного коэффициента и суммы отклонений от аутогенной нормы.

Значимость использования проективных методов возрастает при исследовании детей, которые в силу интеллектуальных и речевых расстройств не могут ответить на вопросы традиционных шкал и опросников (тревоги, депрессии, агрессии). Оценка полученных результатов проводится только в совокупности с имеющимися клиническими данными. Рисуночные тесты и тест Люшера были единственными методами, доступными абсолютно всем детям с сенсорными и интеллектуальными нарушениями, в сравнении, например, с используемыми в исследованиями шкалами тревожности CMAS, депрессии М. Ковак, агрессии Баса-Дарки, которые смогли заполнить 87,0 %, 84,8 % и 69,0 % детей соответственно. Проективные тесты позволяли получить информацию об актуальном состоянии эмоциональной сферы, адаптивности ребенка и дать их характеристику в динамике.

Используемые методы дополнили полученные при клиническом обследовании сведения и предоставили дополнительную значимую информацию для понимания причин, характера психологических проблем у детей с сенсорными нарушениями и для определения мишеней для психотерапевтического и психокоррекционного воздействия. Разработанные опросник и шкала оказались доступными для подростков с интеллектуальными нарушениями, не требовали значительного количества времени и длительного напряжения органа зрения; могут быть рекомендованы для проведения психологических и клинических исследований в условиях коррекционной школы. Для характеристики актуального психоэмоционального состояния детей, которым в силу речевых и интеллектуальных нарушений недоступно понимание вербальных психологических методов, эффективным является использование проективных методов, позволяющих определить основные направления коррекционной работы с ребёнком и его семьёй.

ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКАМИ РАЗВИТИЯ

Карепина Е. К., Ащук О. А.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Широкая распространенность состояний психического недоразвития, в частности его легких форм, является источником серьезных проблем, главным образом связанных с процессами адаптации лиц с нарушениями психического развития (Лобастова И. В. и др., 2010), а также риском тяжелых психических расстройств во взрослом возрасте (Микилев Ф. Ф. и др., 2016).

Семья как важнейший фактор социализации личности ответственна за обучение ребенка конструктивным стратегиям преодоления трудных жизненных ситуаций, развитие его жизнестойкости. В семье ребенок овладевает стратегиями поведения, позволяющими ему преодолевать трудности, встречающиеся на жизненном пути (Ишембитова З. Г., Гиниятуллина А. Ш., 2015). Способам психологического преодоления (копинг-стратегиям) ребенок «обучается», взаимодействуя с взрослыми и детьми в первую очередь в семье, а затем и в социуме (Калягина Е. А., 2013). Существует прямая зависимость между типом детско-родительских отношений и формированием личностных качеств у ребенка.

Копинг-стиль, подобно индивидуальному жизненному стилю человека, определяет устойчивый способ психической адаптации, влияющий как на социальное окружение, так и на характер межличностных отношений и на дальнейшее взаимодействие ребенка с социумом, включая семейное окружение (Морева С. А. и др., 2015).

Цель исследования – выявление особенностей родительского отношения матерей и копинг-стратегий поведения детей младшего школьного возраста с задержками развития.

Предполагается наличие одинаковых копинг-стратегий и особенностей используемых копинг-стратегий у детей с речевыми нарушениями и ЗПР и детей, не имеющих нарушений. Также предполагается наличие различий родительских отношений у матерей детей с речевыми нарушениями и ЗПР и у матерей детей, не имеющих нарушений развития.

Полученные нами данные об особенностях родительских отношений, влияющих на выбор адаптивных копинг-стратегий у детей с речевыми нарушениями и ЗПР, могут быть использованы в дальнейшей практической деятельности психолога при проблемах воспитания детей с задержками развития.

В исследовании участвовали 50 детей 7—10 лет и их родители (50 человек). Выборка была поделена на две группы. В экспериментальную группу вошли 25 учащихся 1—3-го класса с речевыми нарушениями и задержкой психического развития и их матери (25 человек). В контрольную группу вошли 25 учащихся 1—3-го класса, не имеющих в диагнозе речевых нарушений и задержку психического развития, и их матери (25 человек).

Для исследования совладающего поведения у детей использовали «Опросник копинг-стратегий школьного возраста» N. Ryan-Wenger [1990] в адаптации Н. А. Сирота [1994], модификации И. М. Никольской [2001]. Для исследования родительского отношения использовали тест-опросник родительского отношения (ОРО) (А. Я. Варга, В. В. Столин).

При исследовании родительских отношений к детям без нарушений развития получены высокие показатели по шкале «Симбиоз», низкие показатели по шкале «Отношения к неудачам детей». В отношениях родителей к детям с речевыми нарушениями и задержкой психического развития получены высокие показатели по шкале «Контроль», низкие показатели по шкалам «Симбиоз». В результате сделан вывод, что у детей с речевыми нарушениями и ЗПР копинг-стратегии в целом значимо не отличаются от копинг-стратегий детей без нарушения развития. Матери детей с задержками развития используют авторитарный стиль воспитания, постоянный контроль, что объясняет выбор такими детьми адаптивных и социально приемлемых копинг-стратегий. Дети с задержками развития имеют значительные отличия от детей без нарушений в развитии психических функций (память, внимание, мышление, эмоционально-волевая сфера), родители часто ругают их за неуспехи в школе и сильнее контролируют их деятельность. Тем не менее привыкшие к такому стилю родительского отношения, эти дети используют адаптивные копинг-стратегии, которые приводят к снижению и избеганию дальнейших конфликтов.

Статистически значимые различия по встречаемости копинг-стратегии «Грущу» и низкие – «Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого или глажу животного» у детей с речевыми нарушениями и ЗПР можно объяснить низким уровнем отношения матерей по типу «Симбиоз» к таким детям. Низкий уровень эмоционального контакта, дистанция матери, возможный недостаток ласки и близости не позволяют ребенку использовать стратегию «Обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого». Такие дети больше остаются «сами по себе» и грустят. Можно предположить, что в ситуациях конфликта некоторым детям с нарушениями развития в силу имеющихся дефектов ближе стратегии уединения и грусти, нежели близость с родителями, родственниками, животными.

Таким образом, выявлено наличие одинаковых копинг-стратегий у детей с речевыми нарушениями и ЗПР и детей, не имеющих нарушений, а также особенности используемых копинг-стратегий детей с ЗПР. Обнаружено наличие таких различий родительских отношений у матерей детей с речевыми нарушениями и ЗПР и у матерей детей, не имеющих нарушений развития, которые могут оказывать влияние на выбор ребенком копинг-стратегий поведения в трудной ситуации.

Литература

1. *Ишембитова З. Г., Гиниятуллина А. Ш.* Некоторые теоретические подходы к формированию детско-родительских отношений в семье // Вестник ВЭГУ. – 2015. – № 2. – С. 44—52.
2. *Калягина Е. А.* Копинг-стратегии поведения как адаптационный ресурс личности детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья // Инклюзивное образование: практика, исследования, методология : сб. материалов II Междунар.научно-практ. конф. – М., 2013. – С. 15—17.
3. *Лобастова И. В., Языков К. Г., Корнетов А. Н.* Динамика изменений, происходящих в психоэмоциональной сфере у детей с ДЦП в процессе физической реабилитации // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 338. – С. 183—184.
4. *Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Корнетов А. Н., Семке А. В.* Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58—64.
5. *Морева С. А., Силаева А. В., Корнетов А. Н., Бородина Е. Н., Янковская А. Е., Прядухина Н. И., Головаха Н. Э., Обуховская В. Б.* Психологические механизмы формирования девиаций в период подготовки к материнству // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 126—133.

ДИАГНОСТИКА ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Картавых К. В.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул

Введение. Гемофилия – это наследственное заболевание, проявляющееся недостаточностью факторов свертываемости крови VIII (гемофилия типа А) или IX (гемофилия типа В). Наследование данного признака происходит по Х-хромосоме. Женщины являются носительницами патологического гена, тогда как болеют в основном мужчины. Гемофилия проявляется рецидивными геморрагиями, локализующимися обычно в местах микротравматизации от движений – суставах, подкожной клетчатке, мышцах. Однако универсальный механизм заболевания обусловливает нарушения свертывания крови в любых сосудистых бассейнах, что приводит в некоторых случаях к внутричерепным кровоизлияниям. При подозрении на внутричерепные осложнения гемофилии необходимо срочное направление больного в областное гематологическое отделение или в Центр оказания помощи больным гемофилией для выполнения КТ- и МРТ-исследования головного мозга с целью верификации диагноза мозгового инсульта и исключения необходимости ургентного нейрохирургического вмешательства.

Гемофилия, сопровождающая больного на протяжении всей его жизни, постоянно угрожает не только его соматическому здоровью, но и возникновению психосоциальных стрессов. Актуальность темы также связана с недостаточной освещенностью данного вопроса в медицинской литературе и отсутствием современных дополнительных методов диагностики.

Материалы и методы. На базе поликлинического отделения КГБУЗ Алтайской краевой клинической больницы и с участием сотрудников кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО АлтГМУ проводится обследование больных гемофилией с целью установления клинико-динамических особенностей течения заболевания в зависимости от наличия психических расстройств. Исследование пациентов было дополнено психологическими тестовыми методиками: оценка состояния тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), а также оценкой результатов магнитно-резонансной томографии головного мозга с сосудистой программой пациентов с достоверно установленным диагнозом гемофилия.

Все обследуемые являлись жителями различных регионов РФ, но в основе своей были жителями Алтайского края. Все пациенты находятся на «домашнем» лечении: трансфузионно-заместительной терапией концентратами факторов свертывания. В клинической картине превалируют как соматические жалобы, так и психологического характера. Основные жалобы исследуемых заключаются в выраженных ограничениях двигательной активности, болях в суставах, слабости, усталости, быстрой утомляемости при нагрузке, легко возникающей раздражительности, нарушениях сна, головных болях, головокружении, неудовлетворенности собой, чувстве тревоги и страха за свой социальный статус, приступах потери сознания, сниженном фоне настроения. Обследуемые дети активно жалоб не предъявляли. Со слов родителей, в клинической картине заболевания превалируют психопатические черты характера. Из объективных данных отчетливо выделялся стиль воспитания – гиперопека ребенка со стороны матери. В подростковом возрасте ребенок становился неконтролируемым, попадал в асоциальные компании, наносил себе татуировки, встречались случаи занятия экстремальными видами спорта (прыжки с парашютом, мотоспорт). В соответствии с семейным анамнезом ребенок, как правило, воспитывается одним из родителей (в основном это мать или бабушка больного гемофилией).

Изучена структура расстройств у больных гемофилией: распространенность больных гемофилией в Алтайском крае в соответствии с регистром составляет 140 человек. Общее количество обследованных больных гемофилией в настоящий момент – 47. Из них страдают гемофилией А 37 человек, гемофилией В 10 человек.

Из общего числа больных гемофилией имеют диагноз: органические расстройства – 16 человек, олигофрения – 1 человек, эпилепсия – 4 случая, расстройства личности – 4 случая, расстройства адаптации – 32 случая. Количество больных гемофилией, страдающих при этом экзогенно-органическими расстройствами головного мозга, в Алтайском крае из общего числа обследованных с гемофилией А и гемофилией В (47 пациентов) составляет 16 человек. Из числа больных гемофилией с экзогенно-органической патологией головного мозга 75 % (12 человек) имеют диагноз психоорганический синдром II стадии, 25 % (4 человека) имеют диагноз эпилептический синдром. При оценке результатов МРТ значительная часть пациентов с достоверно установленным диагнозом гемофилия имеют органическую патологию головного мозга в виде наружно-внутренней симметричной и асимметричной гидроцефалии, хронического нарушения мозгового кровообращения в виде множественных очагов дисциркуляторно-ишемического генеза, как правило, выявляющихся в коре больших полушарий головного мозга. У 100 % исследуемые больных имеет место инвалидность II группы или инвалид детства.

Выводы. Проблема гемофилии выходит за рамки компетенции гематологов и ортопедов. Необходимы рациональная профессиональная ориентация школьников с учетом их способностей, психотерапия и медикаментозная коррекция для профилактики невротических расстройств. Ранняя активизация, после устранений тяжелых осложнений на ранних стадиях развития, улучшает психоэмоциональную адаптацию больных гемофилией к жизни. При тяжелом течении наследственного заболевания крови и рецидивов данной патологии снижается порог стрессоустойчивости пациента, усиливается его реакция на болезнь, повышаются уровни тревоги и раздражительности, вследствие чего возможно возникновение психической патологии. При проведении комплексной терапии, наряду с гемостазиологической, необходимо кратковременное назначение психофармакологического лечения с учетом ведущего психопатологического синдрома (транквилизаторы, корректоры поведения, антидепрессанты) и их влияния на систему гемостаза. В связи с взрослением пациента с гемофилией складывается особенная, своеобразная реакция на болезнь, на жизненную позицию, что непосредственно указывает на патохарактерологическое формирование личности и возможность патологии характера. Исследование результатов магнитно-резонансной томографии головного мозга у данной категории пациентов позволяет предположить, что в возникновении характерных для больных гемофилией психических нарушений большую роль играет органический компонент, обусловленный дисциркуляторно-ишемическими расстройствами в коре больших полушарий, а также изменениями ликвородинамики, возникающими на фоне патологии коагуляционного гемостаза. Так как кора головного мозга имеет решающее значение в формировании интеллектуально-мнестического потенциала пациентов, подобные изменения гипотетически могут оказывать влияние на возникновение когнитивных и поведенческих нарушений у исследуемой группы больных. Все это еще раз указывает на необходимость проведения дополнительных исследований и наблюдений.

РОЛЬ АРТТЕРАПИИ В УКРЕПЛЕНИИ КОМПЛАЕНСА ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Козлова С. М., Каткова М. Н.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Вопрос комплаентности пациентов особенно актуален в лечении тяжелых, хронических заболеваний, в том числе и такого, как шизофрения. Адаптационные возможности больных шизофренией чаще находятся на низком уровне; учитывая семейный и трудовой статус, прогноз заболевания также неблагоприятен [1]. Оказание помощи на самых ранних этапах заболевания способно снизить риск развития экстрапирамидных расстройств, улучшить когнитивные функции, уменьшить риск формирования постшизофренической депрессии, служит профилактике вторичной выгоды [2].

Поэтому от качества контакта с врачом и выполнения рекомендаций, приема лекарственных препаратов зачастую зависит самочувствие пациента и качество жизни [3, 4]. На комплаенс, как известно, способны влиять многие факторы, такие как личность пациента, его семейное и социальное окружение, особенности взаимодействия с врачом, клиника и динамика заболевания, а также выбор медикаментов [5].

Арттерапия не является ведущим методом для формирования и укрепления комплаенса, однако воздействие на пациента должно оказываться комплексно разными специалистами медицинских учреждений – врачами, сестрами, социальными работниками, психологами и психотерапевтами. Наиболее эффективна в решении данной задачи когнитивно-поведенческая терапия. А. М. Шлафер разработан метод комплаенс-терапии в лечении шизофрении [6]. Но укрепить или подержать комплаенс возможно и в процессе групповой арттерапии в рамках стационара, поскольку любая групповая психотерапия подразумевает возникновение групповой динамики как совокупности взаимоотношений и взаимодействий участников группы и ее применение в лечебных целях [7]. В рамках технологии по повышению комплаентности пациентов с шизофренией в НИИ психического здоровья они включаются в разные виды групп, в том числе в арттерапевтические.

При работе с пациентом нужно ориентироваться на его готовность откликаться на сотрудничество и учитывать его ошибочные убеждения и установки, препятствующие успешному лечению. Диагностика способности пациента к сотрудничеству проводится на этапе формирования группы и первичного интервью. Но следует учитывать и диагностический потенциал самой арттерапии, которая позволяет оценить поведение и состояние пациентов, выявить подавленные и скрытые переживания, систему социальных интеракций, выраженных в изобразительной форме. Арттерапевт непосредственно в процессе работы воспринимает и комплекс признаков рисунка, изобразительной деятельности в целом [7, 8]. Вопрос медикаментозного лечения, побочных действий лекарственных препаратов, регулярности посещения врача, несомненно, не является основной мишенью арттерапии, но ему может уделяться время, поскольку пациенты, проходящие лечение в стационаре, стремятся обсуждать данные проблемы в группе.

Участники группы, которые имеют более устойчивый и сформированный комплаенс могут являться примером для других участников. Высказывания этих пациентов воспринимаются пациентами менее болезненно и авторитарно, чем воздействие психотерапевта или психолога. Психотерапевт или психолог имеет возможность поддержать такие позитивные и конструктивные отношения пациентов с врачом и другие варианты заботы о собственном здоровье. Работа с ощущениями «здесь и сейчас» с использованием художественных приемов (например, рисование или конструирование на тему самочувствия, настроения, формирование образа Я) позволяет сравнивать настоящее состояние с предыдущим, подчеркивая позитивное влияние медикаментозных препаратов и общения с врачом, посещения психотерапии. Отслеживание позитивной динамики психического состояния, изменений во взаимоотношениях с ближайшим окружением и социумом в целом от начала терапии до её окончания в процессе формирования ремиссии также может способствовать укреплению комплаенса.

Арттерапия позволяет проработать и взаимоотношения с семьей и значимым окружением и ослабить негативное влияние этой среды на пациента, страдающего шизофренией, например, отрицание необходимости лечения или амбивалентность отношения к медикаментозному лечению и поддержать стремление пациента чувствовать себя лучше. В случае позитивной коалиции с семьей и окружением работа будет направлена на укрепление таких взаимоотношений. Освоение и укрепление навыков анализа проблемы, планирования своей деятельности, которые страдают в силу когнитивного дефицита у пациентов с шизофренией, в ходе групповой арттерапии также позволяют позитивно влиять на комплаенс. Формирование устойчивых и прочных рабочих связей в ходе групповой арттерапии позволяет транспонировать полученный опыт на отношения с врачом. Включение арттерапии в систему комплексного воздействия на пациентов с целью укрепления комплаенса позитивно влияет на качество лечения и его субъективную оценку, снижает риск возникновения обострений, количество регоспитализаций.

Литература

1. *Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Корнетов А. Н., Семке А. В.* Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58—64.
2. *Корнетова Е. Г., Семке А. В.* К проблеме терапии первого психотического эпизода // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 17—19.
3. *Семке А. В., Рахмазова Л. Д., Лобачева О. А., Иванова С. А., Гуткевич Е. В.* Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 17—21.
4. *Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А.* Биологические и клинико-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР НИИПЗ СО РАМН, 2009—2012 // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 18—26.
5. *Дмитриева Е. Г., Даниленко О. А., Корнетова Е. Г., Семке А. В., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Каткова М. Н.* Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3 (84). – С. 18—22.
6. *Шлафер А. М.* Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией : автореф. дис. … канд. мед. наук. – СП., 2012. – 26 с.
7. *Назарова Н. Р.* Диагностический потенциал арт-терапевтической практики // Арт-терапия в психиатрической практике : материалы научно-практ. конф. – М., 2012. – С. 27—34.
8. *Гантт Л., Табон К.* Диагностическое применение арт-терапевтических шкал формальных элементов // Исцеляющее искусство: международный журнал арт-терапии. – 2012. – Т. 15, № 3. – С. 29—60.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В РАМКАХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА

Коломыцев Д. Ю., Дроздовский Ю. В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Омск

Целью настоящего исследования является разработка принципов реабилитации и профилактических мероприятий подростков с пограничными психическими расстройствами, обнаруживающих суицидальное поведение, на основании особенностей их когнитивных стратегий.

Материал исследования. Нами обследованы 154 подростка с пограничными психическими расстройствами и разными формами суицидального поведения в период с 2010 по 2015 г. При этом группа подростков с совершенной суицидальной попыткой включала 41 человека, у них были выявлены следующие пограничные психические расстройства, соответствующие диагностическим критериям депрессивных реакций и состояний по критериям рубрик МКБ-10: F32.0, F32.1, F32.2, F43.2 соответствовали 17,07 % (n=7) подростков; острой реакции на стресс (F43.0) – 43,9 % (n=18) суицидентов; острую реакцию на стресс на фоне формирующихся расстройств личности (F43.0, F61.0–F60.4) обнаруживали 19,5 % (n=8) подростков, острую реакцию на стресс на фоне патохарактерологического развития личности (F43.0, F90.1, F91.2) – 9,8 % (n=4), острую реакцию на стресс на фоне органического расстройства личности (F43.0, F07.0) – 9,8 % (n=4).

Обследованные нами подростки обнаруживали различные неблагоприятные социально-психологические воздействия, среди которых преобладали факторы микросоциального окружения: сложная семейная атмосфера, неправильный тип воспитания, острые и хронические психогении.

Среди внутриличностных факторов суицидального поведения нами были рассмотрены когнитивные искажения, которые наблюдались у всех без исключения подростков в сфере суицидогенного конфликта, в том числе в пресуицидальном периоде, а также нами был предпринят анализ имеющихся у них метапрограмм, исходя из методологии нейролингвистического программирования

На основе полученных результатов нами были разработаны дифференцированные программы реабилитации подростков-суицидентов в рамках психотерапевтического комплекса с учетом актуальных для той или иной группы подростков когнитивных искажений и метапрограмм.

Программы реабилитации, предлагаемые для подростков-суицидентов, включали в себя индивидуальные и групповые методы психотерапии. В рамках индивидуальной работы с каждым подростком обсуждались личные цели, определялись основные стратегии решения проблем, обнаруживались психотерапевтические мишени для будущей работы. Особое внимание уделялось объяснению возможностей коррекции когнитивных стратегий, обсуждались обнаруженные когнитивные искажения.

Подростки с совершенной суицидальной попыткой после индивидуальной работы включались в психотерапевтическую группу. Занятия в группе носили различную направленность: во-первых, значительная часть времени посвящалась обсуждению кризисных ситуаций членов группы и путей преодоления их; во-вторых, групповая работа имела коммуникативную направленность; в-третьих, осуществлялась психокоррекционная работа, связанная с изменением когнитивных стратегий. В групповой работе использовались методы и принципы гуманистической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии и нейролингвистического программирования. По результатам групповая работа показывала более высокую эффективность в рамках преодоления кризисных ситуаций и преодоления неадекватных поведенческих стереотипов, нежели индивидуальные методы работы.

Психокоррекционный аспект проводимой психотерапевтической работы заключался в том, что различные техники и упражнения, предлагаемые участникам группы, включали в себя использование более широкого динамического диапазона тех или иных метапрограмм. Например, техника «хорошо сформулированного результата» включала в себя метапрограммы направления мотивации, сценарного мышления, размера чанка, волевого выбора при адаптации; техники присоединения основаны на метапрограммах стиля коммуникации; техника визуально-кинестетической диссоциации проводилась с учетом метапрограммы перцептивных категорий, эмоционального состояния, эмоционального совладания; гуманистические принципы групповой работы включали метапрограммы самооценки и уверенности в себе, стиля коммуникации, перцептивных категорий, волевого выбора при адаптации и т. д.

Выполняя данные техники и упражнения и обсуждая полученные результаты, подростки учились использовать более широкие и разнообразные стили мышления, волевого выбора, эмоционального реагирования, коммуникации, концептуализации. Следует отметить, что используемые техники имели различное значение для подростков с различными стратегиями кризисного реагирования. Подростки, обнаруживавшие те или иные ведущие метапрограммы, сталкивались с трудностями при выполнении упражнений и техник, которые включали не характерные для них метапрограммы. В ходе групповой работы, обратной связи после выполнения данных техник удавалось обратить внимание на непривычные для них стили мышления, реагирования, обсудить в группе, каким образом данные стили могут быть полезны в жизненных ситуациях, что способствовало принятию новых когнитивных стратегий. Таким образом, удавалось достичь дифференцированного подхода к различным кризисным стратегиям в рамках групповой психотерапевтической работы.

В ходе групповой работы оказывалось положительное терапевтическое влияние на различные внутриличностные факторы суицидального поведения: особенности когнитивной сферы, дефицит коммуникативных навыков, сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам, неадекватную самооценку. Таким образом, программы психотерапии носили широкую антисуицидальную направленность.

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Корнетов Н. А.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Предмет психиатрии – психические и поведенческие расстройства почти всегда являются причиной дискуссий, особенно когда возникает вопрос об их нозологической квалификации. Нозология является наукой о названиях и классификации болезней. Унитарная медицинская модель в оценке болезней в большей степени основана на линейном детерминизме в понимании нозологии: от единой этиологии, патогенеза до однородной клиники и исхода. Эта медицинская модель вряд ли может заключить в свои рамки хоть одно многофакторное хроническое неинфекционное заболевание, включая цереброваскулярные, новообразования, ИБС, диабет, ожирение, остеопороз, алкогольную зависимость, депрессивное расстройство и т. п. Унитарная медицинская модель скорее более созвучна антибактериальной «эпохе», которая в своей крайней позиции микробу отводила главное место в драме бактериальных заболеваний, а организм был ничтожен и занимал минимальное место. Крылатое выражение: «микроб – все, а организм – ничего» надолго предопределило монокаузальную модель медицины. Ретроспективный анализ систематик психических болезней показывает многогранность симптоматологических или «смешанных» классификаций. Эти систематики также считались нозологическими на определенных этапах обобщения психиатрической мысли. Как указывал К. Ясперс [1997], в ходе развития психопатологии почти за всеми ее проявлениями хотя бы раз признавался статус нозологических единиц.

Известны разные мнения на термин «классификация»: «классификация – это метод обобщения» [Фарр У., 1856]; «классификация – это способ видения вещей» [Сарториус Н., 1992]; «классификация заболеваний – система категорий, которая описывает болезненные явления согласно установленным критериям» [ВОЗ, 1992]. Итак, обобщение, способ видения и описания по установленным критериям отвечает и научным, и клиническим принципам [2].

По мере развития психиатрии объективные научные данные показывают, что термин «болезнь» сложно применить ко всей психиатрической систематике и ее диагностическим категориям. При многих психических нарушениях болезнь не имеет достаточной ясности, хотя понятие «психическое расстройство» тоже достаточно спорно, но как эвфемизм для многих психиатрических заболеваний несет в себе значительное снижение их стигмы.

Для подготовки к изучению и переходу на новую классификацию психических и поведенческих расстройств МКБ-11 представляется необходимым прийти к полностью согласованным понятиям в отечественной психиатрии в рамках МКБ-10 с учетом предыдущего затяжного ее принятия, адаптации, которая не соответствует международным критериям классификации, например, «детская» шизофрения. Замедление в принятии на 6-8 лет раздела классификации психических и поведенческих расстройств (ППР) привела к попытке двойной «бухгалтерии» в диагностике. Сложность принятия международных классификаций без адаптации определялась также устаревшими программами обучения, отсутствием занятий по рекомендуемым ВОЗ образовательным программам, самой структурой психиатрической помощи, где в центре находится не пациент, как партнер по терапии своего расстройства, а объект воздействия для преимущественной медикализации с полифармацевтическим уклоном. Частично также продолжают срабатывать прежние навыки властной, авторитарной модели отношений с пациентами, предубеждения к новым знаниям в диагностике и стандартах терапии, ссылки на авторитетные мнения, не имеющие научных доказательств, интуитивные предположения и терминологические смешения. Каждый из данных способов отстаивания своих взглядов всегда используется в области человеческого познания. Однако они не должны наносить ущерб ни пациенту, ни научному методу, который переносится в клиническую практику.

В противном случае новые научные достижения в классификации оттесняются на задний план и практически лишаются своего ведущего значения в психиатрии. Такие характеристики классификации, как «атеоретическая», «синдромальная», «статистическая» и др., употребляемые вне своего истинного контекста, становятся негативным ярлыком научных дискуссий или новых знаний и вносят искажения в понимание классификации [1] .

Психиатрия, как эмпирическая описательная наука, не может существовать без конкретного логического анализа имеющихся фактов и материала. Любые отвлеченные аргументы недостаточны для достижения научного значения, также как и методы, отвлеченные от действительного опыта. Существует так же тип методологического подхода, который характеризуется исключительной категоричностью и направлен на фактическое отрицание любого движения к новому знанию. В качестве примера можно привести типичное возражение против любых попыток точной классификации понятий. Споры о «переходных» психопатологических состояниях или «подобии» симптомов и синдромов являются ничем иным как отказом от наблюдений. Они порождают путаницу и маскируют дефекты анализа. В этом отношении уместно привести слова К. Ясперса о том, что знать – значит дифференцировать; знание всегда конкретно и структурировано.

Таким образом, основной целью создания медицинских классификаций, в частности и для психических и поведенческих расстройств, является, главным образом, эффективное удовлетворение практических врачебных потребностей, связанных с диагностикой и лечением заболеваний, чтобы максимально четко идентифицировать их у людей, страдающих от болезней/расстройств. Вторичная цель состоит в том, чтобы помочь в передаче нового знания, относящегося к тем медицинским потребностям, которые определяют различные усовершенствования классификации, которые пока еще продуктивно не связаны с трансляционной и персонифицированной медициной. Опытные клиницисты знают, что диагностические категории являются определенными исторически сложившимися и уточняющимися время от времени понятиями, в которые феноменология сделала неоценимый вклад. Они имеют значение в том, что служат полезной основой для организации и объяснения сложности клинического опыта, чтобы выступать как предикторы результатов течения и исхода, а также эффективности результатов лечения.

Согласно положениям A. R. Feinstein [3], медицинские классификации выполняют три основных функции: 1) наименование – определение общих названий группы феноменов; 2) квалификация (обогащение диагностической категории информационным содержанием с дополнением соответствующих описательных особенностей, таких как типичные симптомы, возраст начала заболевания, тяжесть состояния); 3) предсказание (прогноз об ожидаемом течении с вероятно хорошей реакцией на терапию и хорошим результатом исхода).

Поскольку эти положения классификации являются целями и функциями медицинских наук, включая психиатрическую классификацию, редко обсуждается вопрос о природе классифицируемых объектов. Естественные классификации отражают фундаментальные свойства биологических систем. В психиатрических классификациях признаки, составляющие диагностические категории, являются пояснительными конструкциями. В классификациях МКБ-11 и DSM-V новизна в большей степени определяется иерархическим подходом к психиатрическим расстройствам и большей дифференциацией диагностических категорий.

Следует указать, что в философии создания МКБ-10 и всех пяти американских психиатрических классификаций названия психических расстройств постоянно пересматриваются с тем, чтобы они лишались стигмы и жаргонного употребления. Например, вместо термина «истерическая» личность в новой редакции используется термин «демонстративная» личность. Понятие «истерический» невроз заменен на новое название – «диссоциативное» расстройство. Вместо старого шокирующего названия «маниакально-депрессивый психоз» в настоящее время клиницисты используется понятие «биполярное» расстройство и др.

К основным новациям МКБ-10 относятся: 1) расширение обозначений категорий, имеющих значение для общего здравоохранения (например, расстройства детского возраста и возраста развития); 2) объединение родственных категорий (например, расстройства, вызванные употреблением алкоголя и наркотиков); 3) концептуальные, с точки зрения здравоохранения, изменения (культурально обусловленные синдромы, классифицируемые в соответствии с преобладающей психопатологией).

По всему миру распространение новых классификационных систем МКБ-10 и DSM-IV привело к глубоким изменениям, затрагивающим, по крайней мере, четыре аспекта психиатрической практики. Во-первых, для клиницистов стал доступным диагностический стандарт, который позволил им достичь лучшего диагностического понимания и улучшить связь, в том числе статистической отчетности по психиатрической заболеваемости, услуг, методов лечения и результатов. Во-вторых, более строгие диагностические стандарты и инструменты во многих случаях стали нормой в психиатрических исследованиях. Хотя большинство из диагностических критериев исследовательских носят предварительный характер, в настоящее время они могут быть уточнены или отклонены, с использованием эмпирических доказательств. В-третьих, обучение психиатрии медицинских студентов, психиатров и других работников в области психического здоровья в данный момент основано на международной системе рекомендаций. Данные рекомендации снижают разнообразие в различных терминологических психиатрических понятиях в связи с местными традициями, обеспечивают столь необходимый «общий язык» в дисциплине. В-четвертых, открытый доступ к критериям, используемым специалистами в области психического здоровья и постановке диагноза, помогает улучшить коммуникацию пользователей услуг, работников по уходу и общественности в целом, способствует демистификации психиатрического диагноза, делает его логику прозрачной для непрофессионалов.

При переходе к классификационным системам МКБ-11 и DSM-V необходимо избавиться от неточного использования используемой и устаревшей терминологии, иначе еще более усложнится научное познание новых диагностических систем.

Термин «психогенный» не используется для обозначения категорий в связи с различиями его значений в разных языках и психиатрических школах. Однако иногда он встречается и может быть приемлемым для указания на диагностическое соответствие между очевидными случаями в жизни или трудностями, сыгравшими роль в генезе расстройства. Понятие «психосоматический» не используется в обозначениях категорий в связи различием его значений в различных языках и психиатрических школах. Использование этого термина также недопустимо потому, что это понятие может указывать на то, что психологический фактор не играет никакой роли в возникновении, вариантов течения и исходах других заболеваний, в которых этот термин не применен. На самом деле вряд ли найдется заболевание, при котором психологические аспекты жизнедеятельности не играли той или иной роли.

Расстройства, описанные в других классификациях как психосоматические, могут быть обнаружены в МКБ-10 в рубриках F45 (соматоформные расстройства), F50 (расстройства пищевого поведения), F52 (сексуальные дисфункции) и F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями любой рубрики классификации).

Заключение. Для облегчения в познании новых классификаций и более свободной ориентации в современных диагностических и терапевтических стандартах важно четко использовать МКБ-10 в ближайшие три года непрерывного образования в сфере охраны психического здоровья.

Литература

1. *Корнетов Н. А.* МКБ-10 без адаптации – краеугольный камень реформы отечественной психиатрии // Вісник Ассоціації Психіатрів Украіни. – 1998. – № 3. – С. 39—54.
2. *Сарториус Н.* Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. – Киев: Сфера, 1997. – 87 с.
3. Clinical Judgment / By Alvan R. Feinstein. – Baltimore: Williams and Wilkins Co., 1967. – 414 p.

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Корнетов Н. А.[1], Семин И. Р.[1], Старинская Е. О.[2], Кальченко И. А.[2]

[1] ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск
[2] ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», Томск

Был проведен клинический анализ двух групп психически больных: одни из них совершили общественно опасные действия (ООД) и прошли принудительное лечение (1-я группа). Поведение других представляет потенциальную общественную опасность (2-я группа).

Проблема общественно опасного поведения психически больных продолжает оставаться одной из наиболее актуальных в психиатрии. Это обусловлено высокой распространенностью общественно опасных действий, совершаемых больными психическими расстройствами.

В России организационно-правовая сторона профилактики повторных ООД психически больных регламентируется рядом законодательных актов и нормативных документов: это Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (разделы I, IV); Уголовный кодекс РФ (глава 15, статьи 97—104); Уголовно процессуальный кодекс РФ (глава 51, статьи 433—446); «Инструкция об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел РФ по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами», утвержденная приказом МЗ РФ и МВД РФ от 30.04.1997 г. № 133/269; «Временная инструкция о порядке применения принудительных и иных мер в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния» (приложение 18 к приказу МЗ СССР от 21.03.1998 г. № 225).

Предупреждение общественно опасных действий лиц, находящихся под активным диспансерным наблюдением (АДН), является одним из важнейших направлений деятельности взрослого диспансерного отделения ОГБУЗ «ТКПБ». Во всяком случае, выявление потенциально опасных больных осуществляется на уровне диспансерного звена психиатрической помощи (Мальцева М. М., Пак М. В., 2006). Профилактическое направление деятельности участковых-врачей психиатров осуществляется с помощью комплекса организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности медицинской помощи психически больных с социально опасным поведением. Так, пациенты, состоящие на АДН, обследуются участковым врачом-психиатром не реже 1 раза в месяц, а при необходимости и чаще – 1 раз в 3 месяца пациента на дому посещает участковая медсестра, которая контролирует назначенное врачом лечение, изучает жилищно-бытовые условия, проблемы трудоустройства и пенсионного обеспечения, семейное положение, микросоциальную среду, употребление им алкоголя и/или наркотиков. Систематическое наблюдение за больными позволяет своевременно выявить обострение заболевания, осуществлять в соответствии с клиническими показаниями коррекционную терапию или госпитализацию пациента. Формирование групп АДН осуществляется специальной врачебной комиссией, на которую направляются пациенты с определенными характеристиками: имеющие судимость еще до возникновения психического заболевания, находившиеся в прошлом на принудительном лечении, лица с психическими расстройствами, признанные ранее невменяемыми. Наряду с этим участковый врач психиатр должен представить на комиссию и тех больных, которые не совершили ООД, но, по его мнению, основанному на анализе анамнестических сведений и текущей психопатологической симптоматики, представляют потенциальную социальную опасность. Именно эти пациенты и являются объектом первичной профилактики ООД.

Нами обследованы психически больные, состоящие на АДН во взрослом диспансерном отделении ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» на 1 января 2015 г. Всего в диспансерном отделении зарегистрировано 11 624 больных с психическими расстройствами, из них 241 пациент состоит на АДН, что составляет 2,07 %.

Все пациенты, состоящие на АДН, составляют две группы. 1-я группа представлена 105 пациентами (43,6 % от общего числа), взятыми на АДН после принудительного лечения. Во 2-ю группу вошло 136 пациентов (56,4 %), взятых на АДН по инициативе врачей диспансерного отделения. Таким образом, общее число психически больных на активном диспансерном наблюдении во 2-й группе больше, чем в 1-й группе. В 1-й группе возраст обследованных больных колебался от 22 лет до 72 лет, возраст пациентов во 2-й группе был в пределах от 21 года до 78 лет. Средний возраст пациентов составил в 1-й группе 42,3±12,7 года, во 2-й группе 42,9±12,9 года, т. е. был практически одинаковым.

Статистический анализ полученных сведений позволяет утверждать, что достоверных различий между экстенсивными показателями по возрасту 1-й и 2-й групп не обнаружено. Однако во 2-й группе есть пациенты старше 70 лет, которых нет в 1-й группе, все они лица старческого возраста, не совершили противоправных действий, но состоят на АДН в связи с тем, что представляют реальную опасность для окружающих и себя.

В 1-й и 2-й группах больных мужского пола гораздо больше, чем лиц женского пола, что выражается соотношением 5,8:1 и 2,7:1 соответственно. Экстенсивные показатели женщин 1-й и 2-й групп достоверно различаются ($p<0,05$). Это значит, что в группе общественно опасных больных, взятых на активное диспансерное наблюдение по инициативе врачей, выявлено достоверно больше женщин, чем в группе пациентов, прошедших принудительное лечение.

Нозологическая характеристика больных 1-й и 2-й групп представлена в таблице 1.

Таблица 1

Нозологическая характеристика психически больных 1-й и 2-й групп, состоящих на активном диспансерном наблюдении

Диагноз	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Шизофрения и шизоаффективные расстройства	79	75,3	95	69,9
Умственная отсталость с нарушением поведения	11	10,4	14	10,3
Психические расстройства при эпилепсии	9	8,7	12	8,9
Расстройства личности	3	2,8	8	5,8
Органическое бредовое расстройство	2	1,9	4	2,9
Биполярное аффективное расстройство	1	0,9	3	2,2
Всего	105	100	136	100

При изучении нозологической структуры психических расстройств, диагностированных у находящихся на АДН пациентов 1-й и 2-й групп, было установлено, что подавляющее большинство из них (более 75 %) страдают расстройствами шизофренического спектра. На втором месте по численности среди пациентов обеих групп оказались больные умственной отсталостью с нарушением поведения – на их долю пришлось более 10 %. На третье место по численности вышли больные с психическими расстройствами в связи с эпилепсией – их число превышает 8 %. Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи со смешанным поражением ЦНС отмечено у 2 больных 1-й группы и у 4 больных 2-й группы. Неожиданно низким в обеих группах оказался процент больных с расстройствами личности, которые, как известно, отличаются выраженным антисоциальным поведением.

Статистический анализ не выявил достоверных различий между экстенсивными показателями при сопоставлении данных о больных 1-й и 2-й групп. Это свидетельствует о том, что клинические характеристики душевнобольных, уже совершивших ООД, и тех, кто, по мнению врачей-психиатров, может их совершить, в целом не различаются.

Как оказалось, ведущее место в структуре всех психических расстройств у больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении, занимают расстройства шизофренического спектра. Это говорит об особой роли данной нозологии в формировании общественно опасного поведения душевнобольных. В основе такого поведения, как указывают многие авторы (Султанов М. Г., 2005; Болдуева М. Е., 2006; Винникова И. Н., 2008), находятся характер психопатологической симптоматики, хроническое течение, неполнота и нестойкость ремиссий, свойственных шизофрении, а также нарушения социального функционирования пациентов.

Литература

1. *Султанов М. Г.* Качество жизни и социальное функционирование больных шизофренией с длительными сроками госпитализации // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 4. – С. 24—27.
2. *Болдуева М. Е.* Отдаленный катамнез больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 2. – С. 19—22.
3. *Винникова И. Н.* Вопросы предикции общественно опасных действий больных шизофренией на современном этапе // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 3. – С. 4—22.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ СТРАТЕГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С НЕГАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Корнетова Е. Г., Микилев Ф. Ф., Семке А. В.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Шизофрения с преобладанием негативных нарушений, являясь непрерывным процессом, приводит к выраженным изменениям в личностной сфере, затрагивающим эмоциональные, волевые и ассоциативные процессы, а также социальное функционирование и межличностное общение, поэтому требует качественно иных реабилитационных мероприятий по сравнению с другими дименсиями (Гаврилова Е. К. и др., 2006; Каткова М. Н. и др., 2015).

Основываясь на результатах комплексного изучения шизофрении с преобладанием негативных нарушений в клинической картине, была сформирована стратегия проведения реабилитационных мероприятий для данной категории больных, ориентированная на персонализированный подход. Для больных шизофренией с преобладанием негативных нарушений в рамках данной стратегии выделены три основных этапа реабилитации, базирующиеся на принципах биопсихосоциальной модели с применением метода принятия решений, использующегося в интеллектуальных системах (Янковская А. Е. и др., 2010).

Первый этап включает в себя исследование основных клинических и клинико-динамических особенностей заболевания с учетом патопластических и преморбидных факторов, конституционально-морфологических характеристик больных, диагностику выраженности негативных нарушений с помощью психометрических методов, а также оценку адаптационных возможностей, связанных с вышеперечисленными факторами. Обязательно учитываются индивидуальные для больных факторы социальной среды. Второй этап необходим в плане прогнозирования дальнейшего течения заболевания в каждом отдельном случае и особенностей формирования типов адаптации и компенсаторно-приспособительных защит. Третий этап включает в себя реабилитационные мероприятия, сформированные на основе персонализированной тактики лечения, его объема, перечня используемых методов и последовательности проводимых мероприятий. Основными принципами реабилитационной тактики являются учет клинических, клинико-динамических, клинико-конституциональных и социально-приспособительных особенностей пациентов, необходимость обоснованной психофармакотерапии с высокой эффективностью и отсутствием нежелательных последствий для больных и персонализированной социальной поддержки с целью формирования благоприятных типов адаптации (Каткова М. Н., 2011).

Целью психофармакотерапии у больных шизофренией с негативными нарушениями являлось уменьшение тяжести и выраженности негативного симптомокомплекса и повышение саногенетического ресурса. В тех случаях, когда зафиксировано сочетание астенического конституционально-морфологического типа с гинекоморфией и множественными регионарными морфодисплазиями, необходимо назначение атипичного антипсихотика с целью получения более полного ответа на терапию. Выбор атипичного антипсихотика необходимо проводить, учитывая соматическую половую дифференциацию больного, с помощью которой можно составить представление о наличии эндокринной предиспозиции пациента, его соматическом профиле и развитии нежелательных явлений во время прошлых курсов терапии (Корнетов Н. А., 1997).

При мезостеническом и гиперстеническом морфофенотипах арсенал выбора антипсихотической терапии более широкий и определяется его фармакологическими свойствами в плане меньшего риска развития нежелательных явлений. В отдельных случаях имеется необходимость применения дополнительной терапии с целью аугментации, например, при отдельных вариантах поведенческих нарушений, проявлении выраженных нейрокогнитивных, тимопатических, псевдоневротических симптомов, с применением корректоров поведения, ноотропов с нейромодулирующей активностью, антидепрессантов, бензодиазепинов и антиоксидантов.

В зависимости от объема реабилитационных мероприятий выделены четыре группы больных с учетом ведущего профиля негативных нарушений, конституционально-морфологических характеристик, особенностей ответа на проводимую терапию, а также адаптационных возможностей больных.

В первую группу вошли пациенты с наличием в структуре негативных нарушений преобладающей псевдоневротической симптоматики, ведущим профилем по SANS в виде нарушения внимания, мезостенического и гиперстенического морфофенотипов, хорошим ответом на проводимую терапию, с компенсаторно-приспособительной защитой типа «гуттаперчевой капсулы». Данной группе пациентов рекомендуется поддерживающая терапия с плановыми осмотрами психиатра. Во вторую группу включены больные с преобладающей в структуре негативных нарушений псевдопозитивной и выраженной псевдоневротической симптоматики, ведущим профилем по SANS ангедонии – асоциальности, мезостенического морфофенотипом, неполным ответом на терапию, с компенсаторно-приспособительной защитой «экологическая ниша». Рекомендуется поддерживающая терапия с регулярными осмотрами психиатра с применением психотерапевтических технологий. Третья группа представлена пациентами с преобладающими поведенческими нарушениями, ведущим профилем по SANS в виде аффективного уплощения или тупости, мезостеническим и астеническим морфофенотипами, неполным ответом на антипсихотическую терапию, с компенсаторно-приспособительной защитой «социальная оппозиция». Таким пациентам рекомендована активная поддерживающая терапия с регулярными осмотрами психиатра, применением психотерапевтических и социотерапевтических мероприятий по восстановлению социальных навыков. В четвертую группу включены больные с нейрокогнитивным дефицитом, апатико-абулическими нарушениями, ведущим профилем по SANS в виде алогии и абулии – апатии, астеническим морфофенотипом с гинекоморфией и множественными регионарными морфологическими дисплазиями, с компенсаторно-приспособительной защитой «укрытие под опекой». Данной группе пациентов рекомендуется активная поддерживающая терапия с систематическим наблюдением, психологическая интервенция, активные социотерапевтические мероприятия, направленные на преодоление социальных последствий болезни.

Благодаря результатам данного исследования разработана и внедрена технология оказания медицинской помощи пациентам с негативными нарушениями (Корнетова Е. Г. и др., 2016), что позволило улучшить результаты лечения, снизить риск прогрессирования негативной симптоматики, повысить адаптационные возможности пациентов.

Литература

1. *Гаврилова Е. К., Шевченко В. А., Загиев В. В., Шмуклер А. Б.* Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 4. – С. 10—14.
2. *Каткова М. Н.* Особенности защитно-адаптивной системы у пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством // Вестник Томского государственного университета. – 2011. – № 345. – С. 183—185.
3. *Каткова М. Н., Стоянова И. Я., Бохан Т. Г., Колмакова И. А.* Возможности психологической помощи пациентам с эндогенными расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2. – С. 97—102.
4. *Корнетов Н. А.* Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции медицины // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1997. – № 3—4. – С. 5.
5. *Корнетова Е. Г., Семке А. В., Микилев Ф. Ф., Гуткевич Е. В.* Технология персонализированной терапии больных шизофренией с риском развития негативного симптомокомплекса : медицинская технология. – Томск : «Иван Федоров», 2016. – 24 с.
6. *Янковская А. Е., Корнетов Н. А., Корнетов А. Н., Казанцева Н. В.* Систематизация когнитивно-бихевиоральных вмешательств при организационном стрессе в целях использования в интеллектуальной системе ИМСЛОГ // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 341. – С. 191—194.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Костин А. К., Иванова А. А., Епанчинцева Е. М.

ФГБНУ ТНИМЦ РАН НИИ психического здоровья, Томск

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению распространенности невротических, связанных со стрессом, соматоформных расстройств. Доля лиц с соматоформными расстройствами в населении оценивается от 0,2 до 2,0 % (Kaplan V. A., Sadock B. J., 2000). Учитывая преобладание в анамнезе у пациентов хронически протекающих психогений, особую значимость приобретают семейные факторы, особенности личности пациента и целый ряд психологических факторов, приводящих к формированию соматоформной симптоматики, как способа патологической адаптации (Мясищев В. В., 1960; Ушаков Г. К., 1987; Семке В. Я., 1988; Захаров А. И., 1995; Авдеенок Л. Н., 1996; Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., 2001).

Цель исследования: изучить особенности влияния семейных и связанных с ними психологических факторов на формирование и течение соматоформных расстройств.

Материал и методы. На базе отделения пограничных состояний прошли обследование 78 пациентов с соматоформными расстройствами, в возрасте от 19 до 69 лет, из них 19 мужчин и 69 женщин. В работе использовались клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы исследования. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Результаты. Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее стрессогенное значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. Аномальные формы воспитания имели место у 92,7 % пациентов с психосоматической патологией пищеварительного тракта: преобладающим типом для истерических личностей оказались условия воспитания в виде «кумира семьи» и «золушки» (39,0 % и 15,9 %; $p<0,05$). При иной структуре личности более частыми были ситуации гипоопеки (37,8 %) и комбинации неправильного типа воспитания (18,9 %) ($p<0,01$). При исследовании структуры «ядерной» семьи выявлено, что у 62,0 % пациентов имелась полная семья. Развод отмечен у 25,3 % пациентов; в 10,0 % семей воспитанием занимался один из родителей; в 2,7 % семей дети воспитывались другими членами семьи. Семья с измененной структурой зафиксирована в 6,0 % случаев и характеризовалась тем, что активным лидером в семье являлась мать, которая зарабатывала деньги, формировала устои и традиции семьи, отец лишь пассивно исполнял все поручения, часто являлся безработным или временно работающим. Анализ показал, что большинство обследованных (58,0 %) характеризовали отношения между своими родителями как «спокойные и добрые»; 28,0 % воспитывались в условиях «частых конфликтов», 3,3 % отмечали в родительской семье «систематические скандалы», 10,7 % оценили отношения между родителями как «ровные, холодные».

При анализе типов патохарактерологических реакций не было отмечено четкой взаимосвязи между типами реакций и клиническими типами психосоматических расстройств. Выделялись ипохондрический (36 %), астенический (16 %), смешанный (48 %) варианты патохарактерологического психосоматического развития. Смешанный вариант, в свою очередь, подразделялся на астеноипохондрический (28 %) и истероипохондрический (16 %). Были получены положительные корреляции меду типом патохактерологического развития и типом реагирования на свое заболевание по методике ТОБОЛ.

Среди пациентов с соматоформными расстройствами нами были выделены 3 клинико-патогенетических варианта: 1) конституциональный, при котором пациенты изначально предъявляли соматоформную симптоматику в ответ на воздействие психогений; 2) патохарактерологический, характеризовавшийся изменениями личности в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах; 3) критический, возникавший остро с появлением соматоформной симптоматики как признака дезадаптации, декомпенсации.

Анализ характерологических особенностей позволил выявить у большинства пациентов акцентуированные черты (на гармонический вариант преморбида приходилось 8,0 %). Среди обследованных с помощью методики Леонгарда-Шмишека чаще всего встречались лица с выраженным сочетанием тревожно-мнительных и застревающих черт (43 %), на второе место вышли лица с сочетанием демонстративных и тревожно-мнительных черт (34 %), у 12 % пациентов ведущими были застревающие черты характера в сочетании с педантичными и эмотивными, у 8 % ведущим было сочетание демонстративных, эмотивных, экзальтичных черт характера, что указывает на выраженный истерический радикал, у 3 % ведущими были возбудимые черты. Пациенты с ведущими застревающими чертами характера склонны фиксироваться на негативных проблемах и переживаниях, с тягой к построению трунокорригируемых концепций, что приводит к ухудшению эмоционального состояния и накоплению внутреннего напряжения. Пациенты с ведущими тревожно-мнительными чертами в структуре личности отличаются тревожностью, мнительностью, декомпенсации обычно выступают в новой обстановке либо в моменты высоких требований к чувству ответственности. У пациентов с ведущими демонстративными (истероидными) чертами в структуре характера уязвимыми местами для развития пароксизмальной тревожности, вероятно, являются: уязвленное самолюбие, утрата внимания со стороны супруга и близких, появление соперника или соперницы, «отвержение» со стороны коллег. По методике СМИЛ получены положительные корреляции между выраженными демонстративными чертами характера и повышением по шкале 3 (эмоциональной неустойчивости – истерии), застревающими чертами и повышением по шкалам 1 (невротического сверхконтроля – ипохондрии) и 6 (застреваемости – ригидности), тревожно-мнительными чертами и повышением по шкале 7 (тревожности).

Одним из распространенных психологических качеств пациентов с психосоматическими расстройствами системы пищеварения являлась алекситимичность, исследованная с помощью Торонтской шкалы алекситимии. Выявлено, что в группе обследованных алекситимией не страдали 13,4 % пациентов, 41,3 % относились к пограничной группе, у 45,3 % пациентов обнаружена собственно алекситимия. Значение данных факторов сложно переоценить, так как они отражают как особенности формирования личности пациента в нуклеарной семье, так и являются предикторами качества его функционирования в различных сферах, при создании собственной семьи и формировании болезненного состояния как способа патологической адаптации.

Выводы. В генезе психосоматических расстройств гастроинтестинальной системы преобладают хронические эмоционально значимые внутрисемейные психогении, важным патогенетическим моментом является неправильное воспитание в «ядерной» семье, структура семьи и искаженные внутрисемейные отношения. Особенности структуры и воспитания в ядерной семье оказывают существенное влияние на формирование личности пациентов, психосоматической предиспозиции, паттернов психосоматического реагирования на психогении, клинической картины и определяют показания для комплексного применения соматотропных, психотропных препаратов, лечебной физкультуры и психотерапии.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

Краснятова Ю. А.[1,2,3], Выскочков В. С.[1,2], Прудовиков И. О.[2]

[1] ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск
[2] МО и науки РФ НИ ТГУ, Томск
[3] ОГБУЗ «Томский областной наркологический диспансер», Томск

Введение. Внимание специфике личности наркозависимых уделяли П. Б. Ганнушкин, А. Е. Личко, И. Н. Пятницкая, Е. Б. Фанталова и другие авторы, однако результаты исследований не однородны и прослеживается значительная фрагментированность имеющихся знаний и представлений об исследованиях личностных структур наркозависимых.

В отечественной психологии в качестве внутриличностного, субъективного аспекта, определяющего отношения человека к миру и к самому себе, рассматривается ценностно-смысловая сфера [Братусь Б. С., 1988; Леонтьев А. Н., 2004].

На наш взгляд, оценка структуры ценностных ориентаций как ресурсов развития личности является важным звеном в оценке личности наркозависимых. В ряде исследований [Рубинштейн С. Л., 1989; Абульханова-Славская К. А., 1991; Лапин Н. И., 1999; Ильин Е. П., 2000] показано, что сила мотива и эффективность деятельности человека зависят от того, насколько ясно осознается человеком цель и смысл деятельности. Ценности являются «специфической формой смысловых образований в личностных структурах», а потому имеют непосредственное отношение к осмысленной мотивации деятельности.

Резюмируя вышесказанное, отсутствие общей научно-психологической концепции наркозависимой личности определяет **цель** нашего исследования как эмпирическое изучение специфики и взаимосвязей ценностных ориентаций наркозависимых, как неотъемлемой части личности наркозависимого. Одной из задач нашего исследования являлось выявление особенности структуры ценностных ориентаций наркозависимых.

Материалы и методы. Нами проведено комплексное исследование психологических характеристик наркозависимых пациентов на базе Томского областного наркологического диспансера. В исследовании приняли участие 66 человек, из них 33 наркозависимых (экспериментальная группа, средний возраст 27,7±2,4 года) и 33 человека, не употребляющих наркотические вещества (контрольная группа, средний возраст 27,6±2,4 года).

Критерий включения в группу – установленные расстройства под кодом F1x.2 (Синдром зависимости). Контрольная группа состоит из жителей Томска и Томской области. Критерий включения – отсутствие диагноза под кодом F1x.2.

Для оценки специфики ценностных ориентаций был использован опросник «Морфологический тест жизненных ценностей» (МТЖЦ) В. Ф. Сопова и Л. В. Карпушиной. Опросник направлен на изучение индивидуальной системы ценностей человека с целью лучшего понимания смысла его действия или поступка. Полученные данные подвергались статистической обработке пакетом программ Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. С помощью U-критерия Манна-Уитни проводился анализ различий экспериментальной группы наркозависимых и контрольной группы по показателям опросника МТЖЦ. По результатам проведенного анализа в сфере терминальных ценностей не было выявлено статистически значимых различий. Наиболее актуальными для себя наркозависимые выделяют такие ценности, как «духовное удовлетворение», «активные социальные контакты» и «высокое материальное положение».

По результатам анализа показателей инструментальных ценностей было выявлено статистически значимое отличие по шкале «Увлечения» ($p \sim 0{,}02$). Следует отметить, что показатели по этой шкале в контрольной группе значительно выше показателей в экспериментальной группе, что не противоречит данным, найденным нами в научной литературе последних лет [Ильин Е. П., 2000]. Наиболее актуальными для себя наркозависимые выделяют такие инструментальные ценности, как «профессиональная жизнь», «обучение и образование» и «семейная жизнь».

Выводы. Структура связей в контрольной группе людей, не страдающих наркотической зависимостью, гораздо сложней, чем у наркозависимых. Это свидетельствует о том, что реализация одной и той же терминальной ценности у исследуемых людей контрольной группы достигается большим участием инструментальных ценностей и наоборот. Респонденты контрольной группы способны реализовывать свои ценности в различных сферах своей жизни. Так, к примеру, в своей профессиональной жизни они могут реализовать такие ценности, как саморазвитие, собственный престиж, духовное удовлетворение, сохранение собственной индивидуальности и т. д. Если по каким-то причинам один путь реализации ценностей невозможен, то остается возможность реализовать их альтернативным путем. У наркозависимых же пациентов такая возможность резко сужена. Более простая организация структуры взаимосвязей терминальных и инструментальных ценностей затрудняет реализацию данных ценностей.

НОЗОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СУЩЕСТВУЮЩЕГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА (НА ПРИМЕРЕ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ)

Крахмалева О. Е.[1], Иванова Т. И.[2], Гранкина И. В.[1]

[1] БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова», Омск
[2] ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

Организация специализированной психиатрической помощи детскому населению РФ является актуальной задачей в силу высокой социальной значимости психических и поведенческих расстройств детского возраста. Анализ зарубежного опыта реабилитации детей с психическими расстройствами показал, что наиболее эффективным являются программы, реализуемые при активном участии не только врачей психиатров, психотерапевтов, но и родителей детей, педагогов, психологов, социальных работников комплексно и последовательно. В сочетании ресурсов как стационарного психиатрического звена, так и возможностей внебольничной помощи, с использованием психофармакотерапии, психотерапии, психологической и социальной поддержки. Базируясь на этих принципах, на территории Омской области создано несколько программ реабилитации детей с психическими расстройствами, реализуемых на базе детско-подросткового комплекса Омской клинической психиатрической больницы им. Н. Н. Солодникова (главный врач – к.м.н. А. И. Чеперин).

Основываясь на возможностях существующих структурных подразделений, были созданы программы индивидуальных маршрутов детей, нуждающихся в специализированной помощи. Оценивалась степень тяжести клинического проявления психопатоподобного синдрома, наличия психических расстройств, отягощающих существующую симптоматику, особенностей социального и культурного окружения ребенка, а также реабилитационного потенциала. Оценка вышеуказанных составляющих проводилась при первичном обращении к участковому психиатру, который и определял индивидуальный маршрут ребенка, реализуемый тремя программами реабилитации.

Программа реабилитации I. Для детей с легкими либо умеренно выраженными проявлениями психопатоподобного поведения, реализуемая посредством амбулаторной психиатрической помощи. Включала первичную консультацию участкового врача-психиатра, амбулаторное еженедельное посещение психотерапевтических групп и групп психологического сопровождения с контролем психического состояния ребенка участковым врачом-психиатром. Участковым врачом-психиатром при необходимости назначаются психофармакологические средства из группы корректоров поведения, однако больший акцент отводился психотерапевтической помощи и социопсихологическому сопровождению ребенка и его семьи. Группы формировались на основании онтогенетических принципов: дети 12—14 лет и дети 15—17 лет. В терапевтические сессии активно привлекались родители ребенка для создания терапевтического комплаенса и повышения эффективности реабилитационного потенциала группы. По мере реализации программы, по истечении 12 недель, проводилось контрольное посещение врача-психиатра для коррекции дальнейшей программы реабилитации, реализуемой в трех направлениях. Дети, не получившие ожидаемого положительного результата, переводились на программу II; дети со стабильным улучшением, но сохраняющимися нарушениями поведения возвращались на программу I; детям, получившим стойкий положительный результат, рекомендовалось прекращение терапевтической сессии с последующим контролем психического состояния каждые 3 месяца.

Программа реабилитации II. Данная программа реализовывалась для детей с умеренными и выраженными нарушениями поведения либо детей, не получивших стойкого положительного результата по окончании первой реабилитационной программы. Данная программа реализовывалась средствами внебольничной помощи на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков. Включала госпитализацию в указанное отделение, назначение активной психофармакологической коррекции, ежедневные посещения врача-психиатра, психотерапевта, психолога, социально-

го работника в течение первых 2 недель госпитализации с постепенным переносом акцента с психофармакологического лечения в сторону медико-психологической коррекции нарушенных форм поведения. Программа занимала 4 недели, по её окончании ребенок возвращался к реабилитационной программе I. В данной программе подразумевалось обязательное использование корректоров поведения детям с психопатоподобными расстройствами. Контроль психического состояния ребенка врач отделения проводил ежедневно в течение первых 2 недель. Одновременно с фармакологической коррекцией ребенку проводилась активная терапевтическая сессия с участием врача-психотерапевта, медицинского психолога и социального работника. Группа психологического сопровождения организовывалась так же и для родителей ребенка или ближайшего социального окружения. По окончании второй реабилитационной программы осуществлялся контроль психического состояния ребенка для определения дальнейшего объема необходимой специализированной помощи, ребенок мог быть повторно отправлен на амбулаторную программу I либо выписывался под амбулаторное наблюдение врача-психиатра.

Программа реабилитации III. Данная программа организована для детей с выраженными формами нарушения поведения либо для детей с нарушенными формами поведения и спектром других психических расстройств. После обращения ребенок направлялся на стационарное лечение для уточнения спектра психического расстройства и активной фармакологической помощи. Сроки госпитализации ребенка зависели от результативности проводимой терапии в среднем от одного до двух месяцев. При госпитализации помощь осуществлялась полипрофессиональной бригадой в составе врачей психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, дефектологов, логопедов, педагогов, социальных работников. На первых этапах проводилась диагностика существующего психического расстройства и выделялись мишени следующей активной фармакотерапии нарушенных форм поведения. По мере улучшения психического состояния подключались индивидуальные психотерапевтические занятия с ребенком и образовательные беседы с родителями. Повышению терапевтической эффективности способствовало вовлечение детей в образовательную деятельность, на всех сроках госпитализации ребенок продолжал обучаться по необходимым программам обучения, а педагоги являлись партнерами врачей в процессе реабилитации. К третьей неделе госпитализации ребенка индивидуальные психотерапевтические занятия переходили в групповые психотерапевтические занятия, психологические и социальные тренинги. В зависимости от психического состояния ребенка после выписки он мог быть переведен на вторую или первую программу реабилитации, для закрепления и сохранения терапевтического результата.

Таким образом, сформированная программа реабилитации детей с нарушенными формами поведения оказывала длительную личностно-ориентированную помощь не только детям, но и их ближайшему окружению. Постоянный контроль психического состояния ребенка на всех этапах реабилитации, выбор индивидуального маршрута следования, объема реабилитационной помощи стандартизированного специально разработанными модулями терапевтического вмешательства доказал свою высокую эффективность и может быть рекомендован для практического здравоохранения.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ КАК МИШЕНЬ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кудрявцева О. В.

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск

Характерной чертой современной медицины является замена патоцентрической парадигмы на саноцентрическую, в связи с чем исследовательский интерес сместился с изучения патологических процессов и борьбы с болезнью на сохранение, укрепление и восстановление здоровья на всех уровнях – физическом, психическом (функциональном), психологическом (душевном и духовном), а также на обнаружение факторов профилактики нарушений здоровья, формирование привычек здорового образа жизни и становле-

ние адекватной внутренней картины здоровья (ВКЗ), т. е. создание системы продвижения здоровья (health promotion) [3]. Необходимость поиска моделей профилактики нарушений здоровья обусловливает значимость исследований психологических механизмов формирования системы отношения человека к своему здоровью – ВКЗ.

В современной отечественной клинической психологии под ВКЗ понимается «динамическая модель, отражающая процесс диалога человека в самосознании со своим «Я» и своим организмом», имеющая 4-уровневую структуру, состоящую из сенсорного, эмоционально-чувствующего, рационально-когнитивного и мотивационного уровней [2]. В данной структуре раскрывается функциональное назначение ВКЗ как совокупности представлений о состоянии здоровья, которые существенно зависят от возраста и уровня развития интеллекта, особенностей эмоционального реагирования на здоровье, механизмов актуализации деятельности человека относительно сохранения здоровья.

Являясь результатом познавательной и личностной активности человека, семантическое пространство ВКЗ охватывает широкий класс явлений в континууме «здоровье-болезнь», в рамках которого разворачивается процесс построения и реализации человеком образа жизни, а также организации мер по восстановлению и укреплению здоровья. В этом заключен психологический потенциал ВКЗ: человек является творцом собственного благополучия, его здоровье зависит от его личной ответственности и продуктивной активности в этом направлении. Исследования ВКЗ в работах отечественных авторов позволяют говорить, что адекватно сформированная ВКЗ обеспечивает устойчивость к заболеваниям [5], обусловливает реализацию защитно-адаптационных механизмов личности [4].

Зависимость от ПАВ относится к группе социально значимых заболеваний и представляет серьезную медико-социальную проблему. Задачу профилактики социально значимых болезней нужно решать, уделяя внимание, прежде всего, психологическим факторам риска возникновения и распространения данного заболевания. ВКЗ становится фактором риска в случае отсутствия у человека адекватной оценки состояния здоровья, при нарушениях на сенсорном, когнитивном, эмоциональном или мотивационном уровнях ВКЗ. Так, в исследовании ВКЗ пациентов с разными видами зависимости от ПАВ была обнаружена неспособность данного образования выступать в качестве регулятора деятельности, направленной на лечение и выздоровление [1].

Современные подходы к профилактике употребления психоактивных веществ основываются на концепциях теория социального научения и самоэффективности, теории продвижения здоровья А. Бандуры, теории проблемного поведения Р. Джессора, концпция здорового жизненного стиля ВОЗ, теория жизненных навыков Д. Ботвина, мотивационной теории постадийного изменения поведения (Прохазка, Ди-Клементи). Важно отметить, что во многих из этих теорий наиболее значимым психологическим фактором здоровья выделяют систему адекватных рациональных представлений, эмоциональных реакций и стратегий поведения, связанных с отношением к здоровью. Таким образом, ВКЗ следует рассматривать как мишень профилактики, направленной на содействие формированию психологического механизма, обеспечивающего поддержание, развитие, сохранение и заботу о своем здоровье.

Пополнение знаний об особенностях внутренней картины здоровья дает возможность проводить мониторинг отношения к здоровью у населения и позволяет значительно улучшить медико-психологическое обеспечение разных категорий граждан.

Литература

1. *Бузина Т. С.* Психологическая модель профилактики зависимости от психоактивных веществ и сочетанных с ней парентеральных инфекций : дис. ... д-ра психол. наук. – М., 2015. – 352 с.
2. *Васильева О. С.* Экспериментальное исследование внутренней картины здоровья в юношеском возрасте // Известия ЮФУ. Технические науки. – 2006. – № 14. – С. 316—324.
3. *Залевский Г. В.* Введение в клиническую психологию : учеб. пособие для студентов вузов. – Томск : ТМЛ-Пресс, 2010. – 224 с.
4. *Кожохина С. К., Копытин А. И.* Внутренняя картина болезни и здоровья в рисунках детей с сахарным диабетом [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – URL:http://medpsy.ru (дата обращения: 10.09 2016).
5. *Николаева Е. И., Панчишко Г. В.* Внутренняя картина здоровья детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации // Вестник психофизиологии. – 2014. – № 1. – С. 57— 65.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ ПОЛИМОРФНОЕ РАССТРОЙСТВО

Кулешова Е. О., Строганов А. Е.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Барнаул

Реабилитационные рекомендации, предполагаемые для больших контингентов больных, чаще всего носят схематичный и приблизительный характер, при этом имеется необходимость конкретизации с учетом индивидуальных особенностей каждого случая, то есть персонализированный подход (Логвинович Г. В. и др., 1992). Как правило, программы реабилитации, действующие в клиниках первого психотического эпизода, разработаны для больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Большая доля таких пациентов страдает шизофренией, причем с преобладанием параноидной формы с эпизодическим нарастающим или стабильным дефектом или непрерывным типом течения (Зайцева Ю. С., 2010). Для конкретных больных, перенесших острое полиморфное расстройство с персональной и совокупной оценкой предпосылок адаптации, такие программы отсутствуют.

Цель исследования – оценка адаптационных возможностей пациентов, перенесших ОПР, с позиции описанных выше критериев, а также разработка некоторых аспектов стратегии персонализированной реабилитационной тактики в отношении данной категории.

Материалы и методы. Нами были обследованы 146 больных мужского и женского пола в возрасте от 18 до 58 лет, перенесших ОПР. В ходе катамнестического наблюдения обнаружилось, что у ряда больных (36 – 24,66 %) не наблюдалось рецидива психотической симптоматики, а диагноз не претерпел изменений, они составили первую группу исследования; вторую группу составили 92 (63,01 %) человека, диагноз которых был изменен на параноидную шизофрению. Статистический анализ производился с применением коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. При анализе социобиологических и клинических особенностей двух групп пациентов были установлены предикативные диагностические и прогностические критерии последующего развития шизофрении у пациентов, перенесших ОПР. Мы выяснили, что в 1-й группе имеются данные о наследственной отягощенности заболеваниями шизофренического спектра у 6 пациентов (16,7 %), а во 2-й группе – у 31 (33,7 %). Таким образом, мы видим, что пациенты из 1-й группы почти в 2 раза реже, чем во 2-й группе, имеют наследственную отягощенность.

10 (27,78 %) исследованных нами пациентов 1-й группы указывают на эпизоды употребления ПАВ и лишь 4 пациентов (4,35 %) 2-й группы. Между употреблением ПАВ перед манифестацией ОПР и его течением с приобретением хронического характера имеется обратная средняя степень взаимосвязи (r_s=-0,337, $p<0,001$). 11 (30,55 %) испытуемым 1-й группы и 5 (5,43 %) 2-й группы свойственно злоупотребление алкоголем. Злоупотребление алкоголем на доманифестном периоде так же состоит в обратной взаимосвязи средней степени с приобретением ОПР хронического течения и изменением диагноза на шизофрению (r_s=-0,341, $p<0,001$).

Клиническая структура заболевания у пациентов 1-й группы характеризовалась более чем в половине случаев паранойяльной (69,4 %), а в остальных – параноидной симптоматикой (30,6 %). Во 2-й группе половина ОПР протекала с параноидной симптоматикой (54,35 %), в остальном отмечался паранойяльный (30,43 %), парафренный (8,7 %), кататано-параноидный (5,43 %) и полиморфный (1,09 %) варианты. Клинический вариант течения заболевания имеет прямую среднюю степень взаимосвязи с его дальнейшим течением (r_s=0,375, $p<0,001$).

Известно, что качество и уровень трудовой, семейной и социальной адаптации зависят от особенностей компенсаторно-приспособительной защиты, формирующихся на фоне новой личностной структуры, которая обусловлена характером и степенью выраженности негативных расстройств в постпсихотическом периоде, формируются 4 типа компенсаторно-приспособительной защиты (Логвинович В. Г., Семке А. В., 1995).

Наиболее благоприятный тип компенсаторно-приспособительной защиты типа «гуттаперчевой защитной капсулы» чаще формируется у пациентов 1-й группы – 30 (83,33 %) и значительно реже во 2-й группе – 28 (30,43 %). Социально-компенсаторными особенностями данного типа является создание так называемой оболочки, которую пациент создает вокруг себя, за ее пределы его функции и отношения не распространяются.

Наименее благоприятные типы чаще встречались, напротив, во 2-й группе. Пациенты с компенсаторно-приспособительной защитой типа «экологической ниши» наблюдались в 1-й группе в количестве 5 (13,89 %), во 2-й группе – 22 (23,91 %) больных. Анализируя закономерности формирования данного типа компенсаторно-приспособительной защиты, можно сказать, что особенности структуры и степень выраженности негативных расстройств и закономерности их динамики препятствуют сохранению имеющихся до заболевания профессиональных и социальных отношений таких пациентов. Тип «социальной оппозиции» мы не встретили ни у одного из пациентов 1-й группы, а во 2-й группе таких оказалось 18 (19,56 %) больных. Этот тип компенсаторно-приспособительной защиты определяется наличием длительного конфликта в отношениях больного и окружающих, в основе которого лежит искаженность эмоциональной, ассоциативной и волевой сфер деятельности при отсутствии снижения активности психической деятельности. Компенсаторно-приспособительная защита типа «укрытия под опекой» отмечена лишь у 1 (2,78 %) пациента из 1-й группы и у 24 (26,09 %) пациентов 2-й группы. Особенностью данного типа является необходимость внешней стимуляции и коррекции социально полезной деятельности пациентов. Возможность компенсации существует лишь при наличии постоянной опеки и поддержки родственников и психиатров и иных учреждений со специально созданными условиями социально-трудовой реабилитации.

На следующем этапе исследования проведена оценка типов адаптации у пациентов с ОПР на основе классификации Г. В. Логвинович [1986]. При оценке типов адаптации, характерных для пациентов обеих групп, выявлено, что наиболее благоприятный интегративный тип адаптации преобладает у испытуемых 1-й группы: 31 (86,1 %) пациент в 1-й группе и 13 (14,13 %) во 2-й группе. Менее благоприятные типы, характеризующиеся низкими клиническими и социальными показателями, напротив, чаще встречаются во 2-й группе. Деструктивный тип отмечен во 2-й группе в трети случаев (35 – 38,04 %), экстравертный тип адаптации – чаще во 2-й группе (30 – 32,61 %), чем в 1-й (4 – 11,11 %). Интравертный тип, как и два предыдущих, также более характерен для пациентов 2-й группы, чем для 1-й (14 – 15,22 % и 1 – 2,78 % пациентов соответственно).

Выводы. В ходе данного исследования нами были обозначены некоторые внутренние (адаптационные реакции) и внешние (совокупность социальных условий) предпосылки адаптации у пациентов, перенесших острое полиморфное расстройство. Результаты проведенной работы могут послужить основой для формирования схем реабилитации таких больных с определением стратегии, тактики, объема и последовательности реабилитационных мероприятий для каждого конкретного случая.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНО-СТИЛЕВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Куликова О. С.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Оренбург

Введение. В настоящее время положение о снижении социальной адаптации при шизофрении является общепризнанным и нашло отражение в современных диагностических классификациях психических расстройств, в частности в DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5th ed., 2013). С другой стороны, в соответствующей научной литературе указывается, что важнейшими формами адаптационного поведения индивида, наряду с механизмами копинг-поведения, являются механизмы психологической защиты (Абабков В. А., 2004; Исаева Е. Р., 2008).

В процессе социальной адаптации определяющая роль МПЗ и копинг-стратегий опосредована их связью с когнитивными, прежде всего мыслительными процессами (Исаева Е. Р., 1999). Немаловажно, что в связи с прогредиентным характером течения шизофрении актуально изучение психологической защиты на инициальном этапе заболевания, когда относительная сохранность личностных ресурсов определяет более высокие возможности последующей социальной адаптации пациентов. Представляется важным изучение регулирующих аспектов когнитивной сферы, операционализированных в понятии когнитивного стиля (Холодная М. А., 2004) и не представленных в известных нам исследованиях когнитивной сферы больных шизофренией на инициальном этапе шизофрении.

В связи с вышесказанным **целью** нашего исследования было изучение взаимосвязей между когнитивно-стилевыми характеристиками и особенностями защитного поведения пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении.

Материал и методы. Обследовано 80 пациентов (41 женщина, 39 мужчин в возрасте от 18 до 39 лет) с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания со времени начала первого психотического эпизода до момента проведения обследования не более 1 года. Обследование проведено с применением следующих психодиагностических методик: «Включенные фигуры» (Gottschaldt K. B., 1926) – для диагностики полезависимого/поленезависимого когнитивного стиля, «Словесно-цветовая интерференция» (Stroop J. R., 1992) – для диагностики когнитивного стиля «ригидный/гибкий когнитивный контроль», «Сравнение похожих рисунков» (Kagan J., 1966) – для диагностики импульсивного/рефлективного когнитивного стиля, «Свободная сортировка» (Gardner R. W. et al., 1959) в модификации В. А. Колги (Колга В. А., 1986) – для диагностики когнитивного стиля «узкий/широкий диапазон эквивалентности»; был использован также стандартизированный опросник «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., Kellerman H., 1979; Вассерман Л. И. и др., 2005). На этапе статистической обработки результатов исследования была реализована процедура корреляционного анализа (использовался коэффициент r-Пирсона) в сочетании с кластерным анализом корреляций.

Результаты исследования. Получены статистически значимые корреляционные связи между измеренными переменными. Так, индекс полезависимости обнаруживает положительные статистически значимые корреляционные связи со степенью выраженности психологических защит «отрицание» ($r=0,434$; $p<0,01$), «вытеснение» ($r=0,432$; $p<0,01$), «регрессия» ($r=0,267$; $p<0,05$), «компенсация» ($r=0,276$; $p<0,05$), «замещение» ($r=0,292$; $p<0,01$), «интеллектуализация» ($r=0,298$; $p<0,01$). То есть более поленезависимые пациенты характеризуются более высокой напряженностью психологической защиты.

Показатель «общее количество ошибок» (методика «Сравнение похожих рисунков») обнаруживает положительные статистически значимые корреляционные связи со степенью выраженности психологических защит «замещение» ($r=0,288$; $p<0,01$) и «интеллектуализация» ($r=0,238$; $p<0,05$). Пациенты, допускающие большее число ошибок при зрительном сканировании, демонстрируют более выраженную напряжённость названных выше форм защитного поведения. Показатель «среднее латентное время ответа» (методика «Сравнение похожих рисунков») обнаруживает отрицательные статистически значимые корреляционные связи со степенью выраженности психологических защит «отрицание» ($r=-0,243$; $p<0,05$), «регрессия» ($r=-0,446$; $p<0,01$), «компенсация» ($r=-0,429$; $p<0,01$), «замещение» ($r=-0,397$; $p<0,01$), «интеллектуализация» ($r=-0,546$; $p<0,01$). Следовательно, чем больше период обдумывания ответа при зрительном сканировании, тем меньше напряженность психологической защиты за счет снижения активности целого ряда как примитивных, так и более зрелых психологических защитных механизмов. Малые латентные периоды поиска верного ответа в процессе зрительного сканирования сопровождаются высокой напряженностью ряда психологических защитных механизмов. Если рассматривать сочетание показателей «общее количество ошибок» и «среднее латентное время ответа» в качестве индикатора когнитивного стиля импульсивности/рефлективности, то можно заключить, что импульсивный когнитивный стиль сопряжен с высокой напряженностью защит «замещение» и «интеллектуализация».

Показатель «коэффициент категоризации» (методика «Свободная сортировка объектов») обнаружил отрицательные статистически значимые корреляционные связи со степенью выраженности психологических защит «регрессия» ($r=-0,274$; $p<0,05$), «компенсация» ($r=-0,390$; $p<0,01$), «интеллектуализация» ($r=-0,423$; $p<0,01$). То есть низкий коэффициент категоризации (склонность использовать в процессе классификации формально-неопределенные и субъективные признаки) сопряжен с высокой напряженностью психологической защиты за счет МПЗ «регрессия», «компенсация», «интеллектуализация».

Обсуждение результатов и выводы. Таким образом, на инициальном этапе параноидной шизофрении с высокой напряженностью психологической защиты сочетаются тенденция к поленезависимости, низкая точность зрительного сканирования, склонность в процессе когнитивного поиска отдавать предпочтение формально-неопределенным, субъективным признакам. Соответственно, ослабление напряженности ряда различных МПЗ у пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении взаимосвязано с тенденцией к длительным периодам анализа информации с опорой на обобщенные, категориальные признаки. Из литературы известно, что функционирование механизмов психологической защиты приводит к искажению воспринимаемой информации, и последующий выбор стратегий совладающего поведения осуществляется на основе заданного психологической защитой перцептивного коридора (Исаева Е. Р., 1999).

Проведенное эмпирическое исследование позволяет предположить, что искажение воспринимаемой информации при функционировании психологической защиты связано у пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении с рядом особенностей когнитивной регуляции. В соответствии с результатами проведенного исследования к таким особенностям интеллектуальной регуляции относятся сниженная способность объединять отдельные фрагменты информации в целостную структуру, низкая точность зрительного сканирования, трудности дифференцировки существенных и второстепенных признаков и импульсивный характер ответов в сочетании с недостаточным анализом информации.

ДИНАМИКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Куприянова И. Е.[1], Кривоногова Т. С.[2], Бабикова Ю. А.[2]

[1] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск
[2] ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Цель исследования – оценить динамику уровня тревоги детей, страдающих бронхиальной астмой (БА), и их родителей, в зависимости от метода лечения заболевания детей.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 150 детей 7–12 лет с верифицированным диагнозом БА легкой и средней степени тяжести и их матери. В основную группу включены дети, получающие базисную терапию в сочетании с физическими методами, психологической коррекцией и курсовым приемом препарата тенотен детский ($n=50$). Дети 1-й контрольной группы получали базисную терапию в сочетании с физическими методами и психологической коррекцией ($n=50$). Во 2-й контрольной группе применялась только базисная терапия бронхиальной астмы ($n=50$). Для оценки личностной и ситуативной тревожности у детей применялся тест Спилбергера-Ханина. Для оценки уровня тревоги у родителей использовалась шкала тревоги Гамильтона (HARS).

Результаты и обсуждение. В основной группе через 3 месяца после терапии показатель личностной тревожности (ЛТ) снизился на 17 %, через 6 месяцев – на 29 %, а через 9 месяцев – на 41 %. В 1-й контрольной группе через 3 месяца показатель ЛТ уменьшился на 10 %, через 6 месяцев – на 16 %, через 9 месяцев – на 25 %. Во 2-й контрольной группе процент уменьшения ЛТ составил 6 %, 8 % и 15 % спустя 3, 6 и 9 месяцев лечения бронхиальной астмы. Изменение ситуационной тревожности в основной группе было аналогичным личностной тревоги, то есть статистически значимым.

Динамика изменения тревоги родителей была прослежена одновременно с изучением результатов терапии больных детей. В основной группе через 3 месяца от начала лечения уровень тревоги у детей уменьшился на 32 %, через 6 месяцев показатель тревоги родителей снизился на 50 %, по завершении обследования – на 87 %. В 1-й группе уровень тревоги родителей достиг статистически значимого уровня к 4-му визиту, в то же время показатель тревоги уменьшился на 28 %, что оказалось в 3 раза меньше по сравнению с основной группой. У родителей из 2-й контрольной группы уменьшения тревоги отмечено не было.

Заключение. Для успешной психопрофилактикии высокой тревожности у детей, страдающих БА, и их родителей необходим комплексный подход, предполагающий применение в лечении не только базисной терапии, но и психодиагностических методов исследования и коррекции.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ

Лахонина А. А.[1], Соловьева И. Г.[2], Буслаев А. С.[1]

[1] МКУ «Городской центр психолого-педагогической поддержки молодежи «Родник» основной отдел Первомайского района «Ассоль», Новосибирск
[2] ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск

Актуальность темы. В настоящее время Россия занимает лидирующую позицию по числу подростковых самоубийств (Синягин Ю. В., 2012). Для подростков, проявляющих суицидальное поведение, характерны воспитание в условиях дисгармоничной или патологической семьи, детский травматический опыт, наличие семейного суицидального анамнеза, отсутствие (ограниченность) личного жизненного опыта, преимущественно эмоционально обусловленный характер мышления и поведения (Воробьева Е. В. и др., 2012; Зотов П. Б., 2013). Нами ранее показано, что у подростков-суицидентов на фоне серьезных семейных психотравмирующих ситуаций наблюдаются различные признаки дисфункции семейной системы, что сопровождается нарушением формирования идентичности и социальной дезадаптацией (Соловьева И. Г., Лахонина А. А. и др., 2015).

Важным направлением является определение диагностических критериев риска развития суицидального поведения в подростковом возрасте и разработка путей профилактики подростковых суицидов.

Цель настоящей работы – исследование психологических особенностей и психосоциального статуса подростков группы риска по формированию суицидального поведения.

Материал и методы исследования. Обследован 91 подросток в возрасте 16±1 лет. Из них 26 (28,6 %) юношей и 65 (71,4 %) девушек. Все обследуемые были учащимися средних и среднеспециальных образовательных учреждений Новосибирска. Исследование проводилось в групповой и индивидуальной формах на добровольной основе. Для диагностики использовали авторскую анкету, опросник суицидального риска (Разуваева Т. Н., 2012), патохарактерологический диагностический опросник (Личко А. Е., 1976), тест жизнестойкости (Мадди С., 1984) в модификации (Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И., 2006), методику «Семейная социограмма» (Эйдемиллер Э. Г., 1996).

Математическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 10.0. Использовали U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R). Сравнение частоты встречаемости какого-либо признака проводили с помощью частотного анализа (критерий χ-квадрат).

Результаты. По данным опросника для диагностики суицидального риска высокий риск формирования суицидальных намерений выявлен у 5,5 % обследованных подростков. Согласно результатам анкетирования, подростки группы риска и их родители достоверно чаще употребляют алкоголь в сравнении с подростками с низким риском ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно). Кроме того, в группе риска оказались все подростки, имеющие опыт употребления наркотических веществ. Влияния состава семьи на риск развития суицидального поведения в настоящем исследовании не получено.

У подростков с высоким риском формирования суицидальных тенденций чаще, чем в оппозитной группе, встречаются психастенический и астеноневротический типы акцентуации характера ($p<0,01$ и $p<0,05$ соответственно) и ниже параметры жизнестойкости ($p<0,01$). При проведении корреляционного анализа получены данные о том, что чем более выражена алкоголизация родителей (частота приема алкоголя), тем ниже показатели жизнестойкости у подростков ($p<0,05$), выражающиеся, в частности, в низкой способности к переработке жизненного опыта (позитивного и негативного), в неуверенности в возможности влиять на происходящее в жизни.

На семейной социограмме подростки группы риска в сравнении с обследуемыми с низким риском суицидального риска достоверно чаще не обозначают себя ($p<0,001$), а при изображении своей будущей семьи дорисовывают дополнительные границы – помещают членов своей будущей семьи в круг, треугольник, контуры сердца. Причем выраженность суицидальных тенденций коррелирует с потребностью в дополнительной защите, укреплении собственных границ и границ будущей семьи.

Полученные данные свидетельствуют об отсутствии базового чувства безопасности (чаще на фоне неблагоприятной семейной ситуации), низкой сформированности идентичности, чувстве исключенности из семейной системы и, как следствие, малоадаптивных копинг-стратегиях у подростков группы риска по развитию суицидального поведения. Выявленные особенности могут выступать в качестве диагностических критериев при определении группы риска по развитию суицидального поведения в рамках первичной профилактики подростковых суицидов.

НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР МОЗГА И ОТВЕТ НА АНТИДЕПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Левчук Л. А., Бойко А. С., Лосенков И. С., Лебедева Е. В., Симуткин Г. Г., Иванова С. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Нейротрофическая теория развития депрессии, активно изучаемая в последние годы, наиболее полно объясняет возникающие при депрессивных расстройствах морфологические изменения в головном мозге (Autry A. E., Monteggia L. M., 2012; Ivanova S. A. et. al., 2015). У пациентов с большим депрессивным расстройством наблюдаются изменения биологических биомаркеров, таких как нейротрофические факторы, демонстрирующие, что эти молекулы вовлечены в психопатологию, терапию и мониторинг большого депрессивного расстройства (Dwivedi Y., 2009). В последние годы широко исследуется возможность использования показателя концентрации мозгового нейротрофического фактора BDNF в сыворотке крови и/или полиморфизмов гена BDNF для прогноза или оценки эффективности ответа на терапию (Berger W. et al., 2010). В то же время существуют работы, свидетельствующие об отсутствии корреляции с отвечаемостью на фармакотерапию антидепрессантами (Yoshimura R., 2011). Показано, что сывороточный уровень BDNF положительно коррелирует с его уровнем в центральной нервной системе, в связи с чем его рассматривают в качестве возможного биомаркера аффективных расстройств и ответа на терапию антидепрессантами (Lopresti A. L. et al., 2014).

Целью настоящей работы явилось изучение содержания мозгового нейротрофического фактора BDNF в сыворотке крови пациентов с аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Исследование было проведено в группе пациентов с текущим депрессивным эпизодом в рамках рубрики МКБ-10 F32—F33 (77 человек) и психически и соматически здоровых людей (75 человек), соответствующих по полу и возрасту обследуемой группе больных. Диагностическая оценка и клиническая верификация проводились врачами-психиатрами. Для объективизации клинической симптоматики использовали шкалу депрессии Гамильтона (HDRS-17), эффективность терапии оценивали по Шкале общего клинического впечатления CGI с подшкалой тяжести заболевания CGI-S и подшкалой улучшения состояния CGI-I.

Кровь у обследуемых лиц забирали из локтевой вены, утром, натощак. Определение BDNF в сыворотке крови проводили методом мультиплексного анализа по технологии Luminex xMAP с использованием наборов реактивов фирмы Merc Millipore и мультиплексного анализатора MAGPIX. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS, версия 20,0. В связи с тем, что данные не соответствовали нормальному распределению, результаты представлены в виде медианы, 25 % и 75 % квартилей.

Результаты и их обсуждение. До начала терапии у больных с депрессивными расстройствами средний балл по шкале депрессии Гамильтона составил 19,3±2,1 балла, что соответствует умеренному депрессивному эпизоду. На 28-й день проводимой терапии наблюдалось снижение баллов по шкале депрессии Гамильтона до 12,1±1,3 балла ($p<0,05$, критерий Вилкоксона). При анализе средних суммарных баллов по субшкале CGI-I Шкалы общего клинического впечатления, оценивающей степень улучшения психического состояния пациентов, были получены следующие результаты: на 14-й день терапии средний суммарный балл по CGI-I составил 2,6±0,5 балла, а на 28-й день терапии – 1,7±0,5 балла ($p<0,05$, критерий Вилкоксона). Исходный и через 28 дней терапии средний суммарный балл по субшкале CGI-S Шкалы общего клинического впечатления составлял соответственно 3,7±0,5 балла и 1,9±0,6 балла ($p<0,05$, критерий Вилкоксона).

Изучение содержания BDNF в сыворотке крови показало, что концентрация гормона у пациентов с аффективными расстройствами до начала фармакотерапии незначительно ниже значений психически здоровых лиц – 3,41 (2,85–5,13) и 3,74 (2,5–6,24) нг/мл. Изучение уровня нейротрофина в зависимости от наличия ремиссии (по критерию шкалы CGI-S) показало, что для пациентов с ремиссией характерно незначительно повышенное содержание BDNF по сравнению с пациентами без ремиссии – 4,37 (3,2–7,67) и 3,41 (2,84–5,17) нг/мл соответственно.

С целью выявления взаимосвязей между содержанием BDNF в сыворотке крови и средних суммарных баллов по субшкалам CGI-S и CGI-I Шкалы общего клинического впечатления, оценивающих степень тяжести и улучшения психического состояния пациентов, провели корреляционный анализ. В результате исследования выявлена достоверная положительная корреляционная связь между баллом по субшкале улучшения психического состояния CGI-I и концентрацией BDNF ($r=0,246$; $p=0,045$). Снижение балла по шкале CGI-I в процессе терапии соответствует улучшению клинического состояния пациента. Выявленная корреляция обусловливает менее выраженный ответ на антидепрессивную терапию при высоких концентрациях BDNF у пациентов с аффективными расстройствами до начала фармакотерапии.

Таким образом, нами показано незначительное снижение содержания BDNF у пациентов с аффективными расстройствами до начала фармакотерапии по сравнению с психически здоровыми лицами, что согласуется с литературными данными. Результаты корреляционного анализа неоднозначны. Согласно исследованиям A. E. Autry et al. (2012), E. Castren (2014), уровень BDNF прямо коррелирует со степенью улучшения состояния пациента, оцененного с помощью шкалы Гамильтона (Hamilton Depression Rating Scale). Выявленная корреляция указывает на обратную зависимость ответа на антидепрессивную терапию от уровня BDNF, что, вероятно, подтверждает необходимость продолжения исследования на большей выборке пациентов с аффективными расстройствами для ответа на вопрос, является ли BDNF критерием эффективности терапии антидепрессантами.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 14-04-01157а.

Литература

1. *Autry A. E., Monteggia L. M.* Brain-derived neurotrophic factor and neuropsychiatric disorders // Pharmacol. Rev. – 2012. – Vol. 64 (2). – P. 238—258.
2. *Berger W., Mehra A., Lenoci M. et al.* Serum brain-derived neurotrophic factor predicts responses to escitalopram in chronic posttraumatic stress disorder // Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. – 2010. – Vol. 34 (7). – P. 1279—1284.
3. *Castren E.* Neurotrophins and psychiatric disorders // Handb. Exp. Pharmacol. – 2014. – Vol. 220. – P. 461—479.
4. *Dwivedi Y.* Brain-derived neurotrophic factor: role in depression and suicide // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2009. – Vol. 5. – P. 433—449.

5. *Ivanova S., Levchuk L., Vyalova N. et al.* Neurotrophic factors as biomarkers of major depressive disorder // CINP Thematic Meeting on Stress, inflammation and depression: focus on novel antidepressant targets : Conference Programme and Abstract Book (4th – 6th June 2015). – Dublin, Ireland, 2015. – P. 84.
6. *Lopresti A. L., Maker G. L., Hood S. D. et al.* A review of periph-eral biomarkers in major depression: the potential of inflammatory and oxidative stress biomarkers // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2014. – Vol. 48. – P. 102—111.
7. *Yoshimura R., Kishi T., Suzuki A. et al.* The brain-derived neurotrophic factor (BDNF) polymorphism Val66Met is associated with neither serum BDNF level nor response to selective serotonin reuptake inhibitors in depressed Japanese patients // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. – 2011. – Vol. 35 (4). – P. 1022—1025.

СООТНОШЕНИЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ДЕМЕНЦИЯХ

Лейдерман М. В., Сиденкова А. П.

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург

Накопление сведений о когнитивных расстройствах позднего возраста обусловило понимание их как прогностически неблагоприятных. Разнообразие этих расстройств по этиологии, структуре когнитивного дефекта, набору дополнительных психопатологических симптомов объясняет неоднородность их динамики. Психотическая симптоматика часто является одним из ранних проявлений тяжелого когнитивного расстройства, что требует ее изучения. Неоднозначно и соотношение многообразных когнитивных симптомов с психотическими феноменами.

Цель: изучить соотношение когнитивных функций и психотических симптомов при первичных и вторичных деменциях с бредом.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты обсервационного бесповторного выборочного обследования 27 больных, госпитализированных в ГБУЗ СО СОКПБ с мая 2015 г. по июль 2016 г. Средний возраст обследуемых 69,96±43 лет, все обследованные женщины. В 48 % случаев диагностирована деменция альцгеймеровского типа, в 51,8 % – васкулярная деменция. Деменция легкой степени выраженности определена в 37,0 % случаев, в 63,0 % – умеренно выраженная деменция. Применены клинический, клинико-психопатологический, психометрический, нейропсихологический методы исследования. Инструментом исследования явилась «Стандартизированная карта больного с бредовым расстройством», в структуру которой включены, помимо демографических данных и сведений о болезни, валидизированные нейропсихологические шкалы: «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), ADAS-Cog, тест зрительной памяти Бентона, методика кодирования WAIS, «Нейропсихиатрический опросник» (NPI).

Результаты исследования. Манифестация психотической симптоматики у всех обследованных произошла в старшем возрасте – 55—91 год, в виде бредовых идей. Идеи отношения высказывали больные с легкой деменцией – 7 пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) (легкая деменция), 6 пациентов с сосудистыми деменциями (СД), 3 пациенток с умеренно выраженной СД; идеи преследования – 4 пациента с БА и 4 пациента с СД (все с умеренно выраженной деменцией); бред ревности – 1 пациентка с легко выраженным сосудистым слабоумием; идеи малого ущерба определялись у 2 пациентов с БА умеренной степени выраженности. Результаты исследования когнитивных функций при сопоставимой выраженности деменции выявили большее страдание мнестической функции и ВМФ при БА, нарастание тяжести альцгеймеровского слабоумия сопровождалось завершением формирования классической когнитивной триады (афато-апракто-агностический симптомокомплекс) с присоединением «стигм» подкоркового поражения ЦНС. Нарушения произвольного контроля и внимания чаще отмечены при васкулярном поражении ЦНС. Различные нейропсихологические инструменты обладают разной чувствительностью при разных нозологических формах дементирующих заболеваний. Так, «Кодирование по WAIS», аффективные домены опросника NPI в большей степени реагировали на когнитивную дефицитарность васкулярной природы; методики «Называние предметов и пальцев», «Выполнение пяти команд», «Определение идеаторного праксиса» – на атрофическую деменцию.

Выводы. На примере изучения БА и СД выявлено фабульное разнообразие бредовых идей, высказываемых пациентами с легкой и умеренно выраженной деменциями при БА и СД. Бредовые симптомы при когнитивных расстройствах не препятствуют формированию закономерных когнитивных симптомокомплексов первичных и вторичных деменций. Применение нейропсихологических методов оценки когнитивных функций показало их неоднородную чувствительность при деменциях различной этиологии.

АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (КЛИНИКА, ПАТОМОРФОЗ, ТЕРАПИЯ)

Лесников О. И.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск
ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер № 1», Тула

Рост в последние годы распространенности алкогольных психозов не только среди мужчин, но и женщин, лиц молодого и пожилого возрастов, удельного веса тяжелых и атипичных форм заболевания, сопутствующая соматическая и неврологическая патология, являющаяся причиной летальных исходов, повышают значимость изучения алкогольных психозов (Альтшулер В. Б., Лукин А. А., 2006; Новиков Е. М., Левочкина О. В., 2011; Бохан Н. А. и др., 2012; Изюмина Т. А., 2012; Мингазов А. Х. и др., 2014).

В 2011—2014 гг. обследовано 170 больных алкогольным делирием (подобраны методом случайной выборки), находящихся на лечении в ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер № 1» Щекинском филиале. Для решения исследовательских задач использовали следующие методы: клинико-психопатологический (оценка симптомов и синдромов заболевания); клинико-динамический (оценка динамики клинических характеристик заболевания); клинико-катамнестический (ретардированная оценка динамики клинических характеристик заболевания); экспериментально-психологический (качественная и количественная оценка интеллектуально-мнестических функций), статистический.

Были сформированы 4 группы для сравнительной оценки клинических проявлений алкогольной болезни. 1-я группа (основная) представлена больными, употребляющими суррогаты алкоголя. 2-я группа (контрольная) включала больных, употребляющих стандартизованный алкоголь. Больные, проживающие в неблагополучной экологической обстановке, были включены в 3-ю группу (основная). 4-я группа была представлена больными, проживающими в относительно удовлетворительной экологической обстановке (контрольная).

Цель исследования – изучить особенности клиники алкогольного делирия у жителей Тульской области, с учетом которых обосновать роль суррогатного алкоголя и антропогенного загрязнения окружающей среды в его патоморфозе; оптимизировать диагностические, прогностические и терапевтические мероприятия для больных алкогольным делирием.

Результаты. Установлено существенное утяжеление клиники алкоголизма, алкогольного делирия, ассоциированной соматической и неврологической патологии у больных, употребляющих суррогатную алкогольную продукцию. Для них характерны более низкие показатели возраста первого употребления алкоголя, начала его систематического употребления, формирования алкогольного абстинентного синдрома и манифеста алкогольных психозов; высокая толерантность к алкоголю, непреодолимое первичное патологическое влечение, вторичное патологическое влечение с утратой количественного и ситуационного контроля, псевдозапойная и перемежающаяся формы пьянства, эксплозивное и эпилептоидное опьянение, тотальные амнезии, психопатологический и церебральный варианты алкогольного абстинентного синдрома, алкогольная деградация с психопатоподобными проявлениями. При употреблении стандартизованного алкоголя клинико-динамические параметры отражали менее выраженную тяжесть заболевания.

Показатели, отражающие тяжесть течения алкогольного делирия, свидетельствовали о его более выраженных проявлениях у больных, употребляющих суррогаты алкоголя. Для них свойственны повторные алкогольные психозы, варианты алкогольного делирия с тяжелой клинической картиной, менее выраженное психомоторное возбуждение (ограничивается пределами постели либо двигательным беспокойством), литическая разновидность выхода из психоза, большая средняя продолжительность, отсутствие воспоминаний болезненных переживаний и реальной обстановки, переходный органический психосиндром.

Состояние окружающей среды оказывает влияние на клинику алкоголизма и алкогольного делирия. Проживание в экологически неблагоприятном районе (с высоким уровнем антропогенного загрязнения) усугубляет клинику ведущих синдромов алкоголизма, способствует большей тяжести алкогольного делирия. Наблюдаются быстрое прогрессирование алкоголизма, более высокая толерантность к алкоголю, непреодолимое первичное и вторичное патологическое влечение к алкоголю с утратой количественного и ситуационного контроля, эксплозивный вариант простого алкогольного опьянения, тотальные амнезии, псевдозапойное и перемежающееся пьянство, психопатологическая и церебральная разновидности алкогольного абстинентного синдрома, алкогольная деградация с психопатоподобными проявлениями. Клиника алкогольного делирия у лиц, проживающих в неблагополучной экологической обстановке, характеризуется большей тяжестью заболевания по сравнению со случаями проживания в относительно удовлетворительной экологической обстановке. У них наблюдаются варианты алкогольного делирия с тяжелой клинической картиной, менее выраженное психомоторное возбуждение (ограничивается пределами постели либо двигательным и речевым беспокойством), литическая разновидность выхода из психоза, большая средняя его продолжительность, отсутствие воспоминаний о болезненных переживаниях и реальной обстановке, переходный органический психосиндром. Для больных из относительно удовлетворительной экологической обстановки свойственны классический вариант алкогольного делирия, с психомоторным возбуждением, критическим выходом из психоза, средней его продолжительностью до суток, сохранением воспоминаний болезненных переживаний и реальной обстановки, переходным астеническим синдромом.

У больных алкогольным делирием в случаях употребления суррогатов алкоголя и проживания в экологически неблагополучном районе ассоциированная соматическая и неврологическая патология встречается чаще. Соматическая патология представлена алкогольным гепатитом, алкогольной кардиомиопатией, алкогольным панкреатитом, неврологическая – алкогольной полинейропатией, эпилептиформными припадками, токсической энцефалопатией. Наличие в клинике алкогольного делирия феноменов органического регистра (ротоглоточные галлюцинации инородного тела, благодушие, дисфория), высокая частота диагностики органического психосиндрома после выхода из алкогольного делирия у больных, употребляющих суррогаты алкоголя и проживающих в районе экологического неблагополучия, свидетельствуют о проявлениях когнитивного дефицита, подтверждаемого результатами клинико-психологического метода – тестом Векслера.

Разновидность употребляемого алкоголя, состояние окружающей среды могут использоваться для оценки прогноза алкоголизма и алкогольного делирия. При употреблении суррогатов алкоголя, проживании больных в районе с неблагополучной экологической обстановкой повышается вероятность более продолжительного течения алкогольного делирия с развитием после выхода из него переходного органического психосиндрома. Последний, снижая уровень осознания болезни, не позволяет сформировать адекватную установку на проведение противоалкогольного лечения, что снижает эффективность реабилитационных мероприятий для больных. Суррогатная алкогольная продукция, неблагополучная экологическая обстановка окружающей среды выступают в качестве причин патоморфоза алкогольного делирия. Он проявляется утяжелением его клинической картины, видоизменением содержательной стороны болезненных переживаний, появлением новых, не рассматриваемых ранее в классических описаниях феноменов психоза (антропоморфные зрительные галлюцинации, ротоглоточные галлюцинации инородного тела, бред ущерба и воздействия, благодушие и дисфория).

Для больных алкогольным делирием, употребляющих суррогатную алкогольную продукцию и проживающих в районе с неблагополучной экологической обстановкой на постпсихотическом этапе в комплекс терапевтических мероприятий для воздействия на проявления когнитивного дефицита целесообразно включать наряду с ноотропами и ангиопротекторами препараты, обладающие нейрометаболическим действием (витамины, гепатотропные средства и антиоксиданты).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Лисовская М. Я.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность исследования. У беременных женщин с преэклампсией по мере развития беременности происходит снижение показателя психосоциальной адаптации, усиления тревожности, невротичности, снижение стрессоустойчивости. Психические нарушения встречаются с частотой 29—80 % от общего количества родов, пациентки с неврозами из них составляют 16,4 %. Частота встречаемости тревожных расстройств у женщин с неосложненной беременностью составляет 9,0 %, у беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом тревожные нарушения диагностируются в 61,1 % случаев в рамках невротических реакций и неврозов. Становится очевидной взаимосвязь психического благополучия и репродуктивного здоровья женщины. Однако в родильных домах и гинекологических стационарах психотерапевтическая помощь не включена в МЭС медицинской помощи, что значительно снижает эффективность лечения акушерской патологии.

Цель исследования – разработка, внедрение и оценка эффективности программы психотерапии и реабилитации беременных пациенток с преэклампсией.

Материалы и методы. Для исследования сформированы следующие группы пациенток. В основную группу (n=101) вошли беременные с диагнозом: преэклампсия (O15) с психическими расстройствами (F41 – n=21; F43.2 – n=16; F48.0 – n=14) и донозологическими состояниями (n=14; F42 – n=9; F40 – n=8; F34 – n=7; F44 – n=7; F45 – n=5). В контрольную группу (n=40) были включены психически здоровые (n=19) и лица с психическими расстройствами без преэклампсии (n=21). Анализируя данные клинических шкал (уровень тревоги) и социально-психологические характеристики (качество жизни), нами было выдвинуто предположение, что сочетание высокого уровня тревоги и низкого качества жизни формируют группу пациенток, более проблемную в отношении психического здоровья. Таким образом, сформировалась неблагоприятная группа (n=39), которая представляла интерес для оценки эффективности реабилитации.

Гипотеза нашего исследования является обоснованием психотерапевтического подхода к лечению преэклампсии. Преэклампсия развивается только во время беременности, полное выздоровление наступает только после её завершения. «Беременность – материнство» есть напряженная стрессовая ситуация, фрустрация для личности беременной. Преэклампсия является психосоматическим заболеванием, нарушением адаптации, неврозом. В чём причина психосоматического напряжения для личности беременной с преэклампсией?

Понимание индивидуального психологического смысла фрустрации в беременности и материнстве раскрывает причину психофизиологической дезадаптации – собственно преэклампсию. Решаются также и такие аспекты: как личность беременной реагирует на адаптацию к беременности и материнству; каков неадаптивный тип реагирования? Психотерапевтическая работа с такими пациентками, направленная на изменение отношения пациентки к собственной личности и материнству, способствует более эффективной для личности психологической и физиологической адаптации.

По результатам нашего исследования выявлены основные фрустрации беременности и материнства беременных с преэклампсией: социальная напряженность, связанная с убеждением следовать правилам, соответствовать нормам, идеалам; деструктивная и неопределённая личностная мотивация рождения ребёнка; неопределённость иерархии личностных потребностей в самореализации; угроза беременности и материнства для самореализации; дестабилизация жизненного уклада; конфликт с другими потребностями; нестабильное самоотношение, тревожность, конфликтность с окружающими.

При разработке программы психотерапевтической коррекции и реабилитации нами были использованы патогенетическая концепция неврозов, или теория отношений В. Н. Мясищева (1960) и психологическая теория материнства Г. Г. Филипповой (2002). Автором материнство рассматривается как потребностно-мотивационная личностная сфера, состоящая из трех основных блоков: потребностно-эмоционального, операционального и ценностно-смыслового. Сходство с теорией отношений В. Н. Мясищева, которая рассматривает заболевание пациента с точки зрения его отношений с реальной жизненной ситуацией, с другими людьми, с самим собой. Сам В. Н. Мясищев в своей работе «Личность и неврозы» (1960) писал: «В самом обобщенном виде отношения человека могут быть представлены как ответы на вопросы: какие чувства, эмоции связаны с отношением к объекту; какие мотивы связаны с отношением к объекту; какие знания связаны с отношением к объекту». Таким «объектом-мишенью» в психотерапии беременных пациенток, несомненно, является внутренний мир беременной женщины и её жизнь во время беременности и предстоящего материнства.

Нами была разработана комплексная программа психотерапевтической коррекции и реабилитации.

Диагностический этап. Клиническое психиатрическое обследование было направлено на выявление актуальных психогений; анамнестических сведений о роли соматической, экстрагенитальной, фоновой патологии в развития преэклампсии; изучение анамнеза жизни с акцентом на структурных особенностях личности, типах реагирования на жизненные трудности. Были проанализированы результаты осмотров терапевта, невролога, окулиста, гинеколога и данные дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов. Динамическая (до и после психотерапии и реабилитации) оценка уровня и структуры тревоги проведена по шкале Гамильтона (HDRS), качества жизни – по шкале качества жизни (Гундаров И. А., 1995). Дополнительно для разработки индивидуальной психотерапевтической программы коррекции и реабилитации пациентки заполняли Психологическую перинатальную карту для диагностики материнской личностной сферы беременной и характеристики психических, физических, личностных, социальных изменений у беременной женщины по триместрам, отражающих процесс адаптации к беременности и предстоящему материнству, субъективное отношение женщины к беременности, ребёнку и своей роли как матери, к предстоящим изменениям в будущем, готовность к материнству, мотивация рождения ребёнка.

Коррекционный этап включал 3 уровня. Первый уровень (психотерапевтический) – лечебный гипноз, аутогенная тренировка, обучение техникам расслабления и саморегуляции (Буль П. И., 1974; Рожнов В. Е., 1985; Захаров Р. И., 2001; Турченко Н. М., 2005; Chertok L., 1992). Работа проводилась в группах в составе 6—8 пациенток и индивидуально. На данном уровне проводилась психотерапия с пациентками с преэклампсией и психическими расстройствами и пациентками с психическими расстройствами без преэклампсии. Здоровые беременные не нуждались в психотерапии этого уровня. Второй уровень (образовательный) включал 5 групповых занятия по темам: «Психология беременности. Телесно-ориентированные методы саморегуляции. Метод гаптономии», «Психологическая подготовка к родам. Метод самопомощи в родах», «Психологические основы ухода за новорожденным и грудного вскармливания». Занятия образовательного уровня посещали все беременные пациентки. Третий уровень (психокоррекционный) – рациональная психотерапия, гештальттерапия, символодрама, арттерапия, экзистенциальная психотерапия в режиме групповой и индивидуальной работы.

Психотерапевтическая работа по психосоматическому исцелению беременных пациенток с преэклампсией была направлена на решение трех задач: 1) работа с мотивацией и личностной реакцией на болезнь; 2) проработка внутриличностных конфликтов, порождающих болезнь и восстановление целостности; 3) активизация внутренних исцеляющих механизмов организма и психики. Целью нашей работы на этом уровне являлась личностная коррекция для создания дополнительных ресурсов адаптации, преодоления фрустрирующих социально-психологических ограничений и, в конечном итоге, уменьшение психосоматического напряжения. Пациентками психокоррекционного уровня являлись беременные с преэклампсией, беременные с психическими расстройствами без преэклампсии и здоровые беременные неблагоприятной группы.

Профилактический (поддерживающий) этап представлен групповыми сеансами релаксации 3 раза в неделю; еженедельными групповыми встречами с обсуждением жизненных трудностей, групповой поддержкой, образовательными темами по вопросам беременности, родов, ухода за новорожденным и грудного вскармливания; индивидуальными сеансами психотерапии.

Результаты. Эффективность психотерапии и социореабилитации оценивалась по изменению уровня тревоги и по оценке качества жизни пациентками неблагоприятной группы с зарегистрированными наивысшим уровнем тревоги и низшим уровнем качества жизни до начала и после проведения психотерапии.

Получены следующие результаты: применение разработанных нами программ психотерапии и реабилитации статистически достоверно эффективно для здоровых беременных ($T=3,9$, $p<0,01$), беременных с преэклампсией и психическими расстройствами ($T=4,05$, $p<0,001$). В свою очередь для беременных с психическими расстройствами без преэклампсии характерна тенденция повышения оценок качества жизни (с 44,42±0,68 до 46,0±2,4). Результаты данной работы показывают необходимость проведения комплексной психотерапевтической работы для пациенток с преэклампсией.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лобачева О. А., Корнетова Е. Г., Никитина В. Б., Менявцева Т. А., Каткова М. Н., Козлова С. М., Мальцева Ю. Л.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В настоящее время большое внимание исследователями уделяется когнитивным расстройствам при шизофрении, которые становятся значимым фактором неблагоприятного течения заболевания и развития социальной дисфункции. По данным литературы, ухудшение социального функционирования больных шизофренией связано преимущественно с нейрокогнитивным и социально-когнитивным дефицитом в значительно большей степени, чем с продуктивной и негативной симптоматикой (Гурович И. Я. и др., 2012; Корнетова Е. Г., Семке А. В., 2014). У большинства больных шизофренией имеется нейрокогнитивный дефицит, который выявляется как при обострениях, так и в ремиссиях заболевания, что значительно снижает адаптационные возможности пациентов и во многом определяет функциональные исходы при шизофрении. Вместе с тем ограничение клинических методов не позволяет всесторонне оценить патогенез когнитивных симптомов при шизофрении. Нарушение нейроиммунного взаимодействия, которое является важным звеном патогенеза психических расстройств и сопровождается метаболическими нарушениями, утяжеляет клиническую картину заболевания, способствует формированию терапевтической резистентности, развитию нежелательных побочных явлений психотропной терапии, снижает эффективность лечения пациентов с шизофренией (Ветлугина Т. П. и др., 2013).

Важной проблемой современной клинической и биологической психиатрии является выявление биологических маркеров нейрокогнитивных нарушений у больных шизофренией (Лобачева О. А. и др., 2013; Семке А. В. и др., 2015). Современные методы исследования когнитивного функционирования в совокупности с иммунологическими методами внесут свой вклад в этиопатогенез эндогенных психозов и помогут найти новые подходы к коррекции когнитивного дефицита. До настоящего времени не проводилось исследования, направленного на выяснение степени выраженности и структурных особенностей когнитивных нарушений у больных шизофренией во взаимосвязи с функционированием системы иммунитета.

Целью исследования явилось изучение особенностей функционирования системы иммунитета у пациентов с разными уровнями нейрокогнитивных нарушений.

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов с шизофренией, проходивших стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья. В исследование вошли лица от 18 до 65 лет с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья. Для выявления когнитивных нарушений применялся комплекс нейропсихологических тестов: тест Струпа, тест «Лабиринты», тест беглости речевых ответов, тест на запоминание 10 слов (Лурия А. Р., 1969), тест зрительно-моторной координации, тест Бентона, тест «Шифровка». Выявлялись нарушения внимания, памяти (рабочей, зрительной, вербальной), пространственная ориентация, пространственная координация, лексики, вербальной продуктивности, исполнительской функции. Выявленные нарушения разделялись на 4 качественные градации: норма, незначительные нарушения, умеренные нарушения, выраженные нарушения. В связи с небольшим количеством пациентов норма и незначительные нарушения объединены нами в одну градацию. При обследовании применялся комплекс иммунологических методик, включавший определение фенотипов иммунокомпетентных клеток (кластеров дифференцировки CD), концентрации сывороточных иммуноглобулинов M, G, A, уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фагоцитарной активности лейкоцитов.

На этапе лабораторного исследования из всего объема исследуемых показателей установлены значимые различия между отдельными параметрами иммунитета в обследованных группах. До начала терапии в группе пациентов с выраженными и умеренными нарушениями вербальной продуктивности установлено снижение В-лимфоцитов $CD20^+$-фенотипа, уровней IgG и IgA по сравнению со значениями в группе пациентов без таких нарушений ($p=0,002$, $p=0,047$, $p=0,05$ соответственно). Для больных шизофренией с выраженными нарушениями вербальной памяти были характерны наиболее высокие значения количества лимфоцитов, обладающих естественной киллерной активностью $CD16^+$-фенотипа, по сравнению с группой пациентов без таких нарушений ($p=0,025$) и контролем (значения региональной иммунологической нормы, $p=0,03$). Выраженные нарушения зрительной памяти у обследованных ассоциировались с высокими значениями В-лимфоцитов $CD20^+$-фенотипа и лимфоцитов с FAS-рецепторами готовности к апоптозу CD95 ($p=0,002$ и $p=0,008$ по сравнению с группой пациентов с незначительным нарушением зрительной памяти).

Таким образом, выявлены значимые иммунологические особенности больных шизофренией как с отдельными составляющими когнитивного дефицита, так и со степенью выраженности когнитивных расстройств, которые позволят в последующем предложить иммунобиологические маркеры когнитивных нарушений и выявить критерии персонифицированного подхода к лечению пациентов с когнитивными нарушениями с возможным присоединением дополнительной фармакотерапии с первых дней поступления пациентов в стационар с учетом выявленных иммунологических нарушений. Полученные данные положены в основу разработки медицинской технологии «Персонализированная терапия больных шизофренией с нейрокогнитивными нарушениями на основе клинико-иммунологических параметров».

Литература

1. *Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Зайцева Ю. С.* Динамика нейрокогнитивного функционирования больных на начальных этапах развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 8. – С. 7—14.
2. *Корнетова Е. Г., Семке А. В.* Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – Т. 13, № 1. – С. 5—13.
3. *Лобачева О. А., Ветлугина Т. П., Семке А. В.* Иммунологические критерии прогноза эффективности антипсихотической терапии больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 1 (76). – С. 66—70.
4. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонифицированного подхода к антипсихотической терапии / А. В. Семке, О. Ю. Федоренко, О. А. Лобачева, Л. Д. Рахмазова, Е. Г. Корнетова, Л. П. Смирнова, Ф. Ф. Микилев, Ю. Г. Щигорева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3 (88). – С. 19—25.
5. Патогенетическое обоснование технологии иммунокоррекции при психических расстройствах и болезнях зависимости / Т. П. Ветлугина, Т. И. Невидимова, В. Б. Никитина, О. А. Лобачева, Н. А. Бохан, В. Я. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – №1. – С. 7—12.

АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *DRD2* С НАЛИЧИЕМ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

Лосенков И. С., Пожидаев И. В., Османова Д. З., Симуткин Г. Г.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Депрессивные расстройства являются серьезным социально-экономическим и медицинским вопросом для современного общества. Накапливающиеся эпидемиологические данные в отношении данной группы психических расстройств отчетливо демонстрируют высокие показатели их распространенности в населении.

В настоящее время доказано, что дисфункция дофаминергической системы может быть одним факторов патогенеза депрессии. Известно, что дефицит дофаминергической сигнализации ответствен за такие симптомы депрессии, как снижение когнитивных процессов и мотивации, ангедония, снижение моторной активности, повышение аппетита. В связи с этим является актуальной проблема поиска ассоциаций генов дофаминергической системы с депрессивными расстройствами.

Целью исследования явилось выявление ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) гена *DRD2*, кодирующего дофаминовый рецептор D2, с наличием депрессивного расстройства.

Материалы и методы. Всего в рамках исследования обследовано 356 человек. Среди них 222 пациента с текущей депрессией, 134 здоровых донора. Пациенты с текущей депрессией имели следующие диагнозы по МКБ-10: депрессивный эпизод (F32) – 96 человек (43,2 %), рекуррентное депрессивное расстройство (F33) – 75 человек (33,8 %), биполярное аффективное расстройство (БАР) (F31) – 35 человек (15,8 %), дистимия (F34.1) – 6 человек (2,7 %), органические расстройства настроения (F06.3) – 2 человека (0,9 %), расстройство адаптации (F43.2) – 8 человек (3,6 %). Были прогенотипированы 11 SNP гена *DRD2*: rs6275, rs6277, rs6279, rs134655, rs179997, rs1076560, rs1076562, rs1801028, rs2283265, rs2734842, rs4245147.

Статистический анализ был проведен с использованием программы SPSS 20.0, различия считали значимыми при $p<0,05$. Критерий Хи-квадрат был использован для оценки равновесия Харди-Вайнберга, а также для сравнения частот генотипов и аллелей.

Результаты. В ходе исследования не было обнаружено отклонения частот генотипов от равновесия Харди–Вайнберга ($p>0,05$). Выявлены различия в частотах встречаемости генотипов и аллелей SNP rs6275 в сравниваемых группах. Генотип T/T чаще встречался в группе больных (40,8 %) по сравнению с группой контроля (15,1 %) (OR=3,88, 95 % Cl=1,93–7,82) ($p=0,001$). Аллель T чаще встречался у больных депрессией (54,0 %) по сравнению с группой контроля (31,5 %) (OR=2,55, 95 % Cl=1,71–3,81) ($p=0,001$). Статистически значимых различий по остальным SNP гена *DRD2* выявлено не было ($p>0,05$).

Заключение. Таким образом, в нашем исследовании была показана ассоциация SNP rs6275 гена *DRD2* с депрессией, в частности генотипа T/T и аллеля T.

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ № 14-35-00023 «Лаборатория фармакогенетических исследований персонализированной терапии психических и нейродегенеративных расстройств».

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Лукашева В. В., Иванова А. А., Боргоякова И. С.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Актуальность. В перинатальной психологии и психиатрии эмоциональному состоянию женщины во время беременности в последнее время авторами уделяется все больше внимания, особенно в контексте ухудшающегося психического и физического здоровья подрастающего поколения (Лобастова И. В. и др., 2010). Несмотря на то что количество абортов в России за последние 10 лет снизилось, повышается количество осложненных беременностей и родов, снижается уровень здоровья новорожденных, что является органической предиспозицией психопатологии, возникающей на протяжении жизни (Корнетов А. Н., 2007), а также худшей переносимости назначаемого лечения (Корнетова Е. Г. и др., 2015).

В связи с этим важным определить, какие факторы влияют на психическое здоровье беременных женщин (Вараксина Г. Н., 2011; Морева С. А. и др., 2015).

Цель исследования: оценить эмоциональное состояние женщин во время беременности в зависимости от социально-демографических факторов.

Материалы и методы. В качестве инструмента исследования были использованы следующие методики: тест Спилбергера-Ханина, методика «Самооценки эмоциональных состояний» А. Уэсмана и Д. Рикса, шкала депрессии Бека, разработанная анкета для получения дополнительных сведений об участниках эксперимента.

Исследование проводилось на базе гинекологической клиники, Иркутского городского перинатального центра. В эксперименте приняли участие 30 беременных женщин в возрасте от 19 до 38 лет на разных сроках беременности, в том числе в возрасте 24–28 лет (44 % – 13 человек), 19–23 лет (40 % – 12 человек), 29–33 лет (13 % – 4 человека). Зафиксировано, что меньше всего беременных было в возрасте 34–38 лет (3 % – 1 человек). Изучено распределение женщин по триместрам заболевания: 50 % (15) женщин во втором триместре беременности, 33 % (10) женщин в первом триместре, 17 % (5) женщин в третьем триместре беременности. Для 67 % (20) женщин беременность является первой, у 27 % (8) женщин есть один ребенок и у 6 % (2) женщин есть двое детей.

При исследовании эмоционального состояния беременных женщин были выявлены показатели тревожности и депрессии в зависимости от образования. Из 19 женщин с высшим образованием у 58 % (11) выявлен высокий уровень тревожности, у 42 % (8) – умеренная тревожность, у 42 % (8) – легкая депрессия, у 16 % (3) – умеренная депреб́ссия, у 42 % (8) – отсутствует депрессия. Из 10 женщин со средним или среднеспециальным образованием у 80 % (8) зафиксирован высокий уровень тревожности, у 20 % (2) – умеренный, у 33 % (3) легкая депрессия, у 11 % (1) – умеренная депрессия, у 56 % (5) – депрессия отсутствует.

Определены показатели тревожности и депрессии в зависимости от удовлетворенности или неудовлетворенности женщин доходом семьи: удовлетворенные доходом семьи – 13, из них у 54 % (7) – высокий уровень тревожности, у 46 % (6) – умеренная тревожность, у 31 % (4) – легкая депрессия, у 15 % (2) – умеренная депрессия, у 54 % (7) – депрессия отсутствует. Из 17 женщин, не удовлетворенных доходом семьи, у 82 % (14) – высокий уровень тревожности, у 18 % (3) – умеренная тревожность, у 41 % (7) – легкая депрессия, у 12 % (2) – умеренная депрессия, у 47 % (8) – депрессия отсутствует.

Определены показатели тревожности и депрессии в зависимости от семейного положения женщины. Из 12 женщин, состоящих в зарегистрированном браке, высокая тревожность отмечена у 42 % (5), умеренная тревожность – у 58 % (7), легкая депрессия – у 34% (4), умеренная депрессия – у 8 % (1), у 58 % (7) – депрессия отсутствует. Из 11 женщин, состоящих в гражданском браке, высокий уровень тревожности имел место у 64 % (7), у 36 % (4) – умеренная тревожность, легкая депрессия – у 33 % (3), у 22 % (2) – умеренная депрессия, у 45 % (4) – депрессия отсутствует. Из 7 женщин, не имеющих партнера, все они (100 % – 7) характеризовались высоким уровнем тревожности, у 37 % (3) выявлена легкая депрессия, у 13 % (1) – умеренная депрессия, у 50 % (4) – депрессия отсутствует.

Определены показатели тревожности и депрессии в зависимости от наличия в анамнезе беременности с неблагоприятным исходом. Так, из 15 женщин с неблагоприятным исходом беременности в анамнезе высокая тревожность наблюдается у 73 % (11), у 27 % (4) – умеренная, легкая депрессия – у 50 % (7), у 7 % (1) – умеренная, у 43 % (6) – отсутствует. Из 15 женщин, не имеющих беременность с неблагоприятным исходом в анамнезе, высокая тревожность наблюдается у 60 % (9), у 40 % (6) – умеренная тревожность, легкая депрессия – у 27 % (4), у 20 % (3) – умеренная депрессия, у 53 % (8) – депрессия отсутствует.

Далее обсуждаются данные, полученные после проведения методики Самооценка эмоциональных состояний А. Уэсмана и Д. Рикса. Высоко оценивают свое эмоциональное состояние 17 % (5) женщин, среднюю оценку дают 46 % (14) женщин, 37 % (11) низко оценивают свое эмоциональное состояние. У женщин, высоко оценивших свое эмоциональное состояние в I и II триместрах беременности, депрессия практически у всех отсутствует, тревожность наблюдается как умеренная, так и высокая. Среднюю оценку своего эмоционального состояния дают женщины I, II и III триместров, у большей части из них депрессия отсутствует, но преобладает высокий уровень тревожности. Низко оценивают свое эмоциональное состояние женщины I, II и III триместров беременности, практически у всех наблюдается депрессия (умеренная или легкая), у многих отмечается высокая тревожность.

Выводы. У женщин, имеющих среднее и среднеспециальное образование, высокий уровень тревожности наблюдается чаще, чем у женщин с высшим образованием. У женщин, не удовлетворенных доходом семьи, наблюдается преимущественно высокий уровень тревожности. У женщин, которые не замужем, наблюдаются высокие показатели тревожности и депрессия, в отличие от тех, кто состоит в браке. Женщины, у которых в анамнезе была беременность с неблагоприятным исходом, высокий уровень тревожности наблюдается чаще, а также у большей части из них выявлена депрессия. Женщины, низко оценившие свое эмоциональное состояние в I, II и III триместрах беременности, практически перенесли депрессию (умеренную либо легкую), у многих из них высокая тревожность.

Литература

1. *Вараксина Г. Н.* Особенности течения и развития симптомов угрожающего аборта у женщин под влиянием характерологических и психосоциальных факторов : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Казань, 2011.
2. *Корнетов А. Н.* Оценка депрессивных расстройств у больных, страдающих соматическими заболеваниями, в условиях первичной медицинской сети // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 1. – С. 37—41.
3. *Корнетова Е. Г., Семке А. В., Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н., Бойко А. С.* Клинические и социальные факторы риска тардивной дискинезии у пациентов с шизофренией в процессе лечения антипсихотиками // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 32—39.
4. *Лобастова И. В., Языков К. Г., Корнетов А. Н.* Динамика изменений, происходящих в психоэмоциональной сфере у детей с ДЦП в процессе физической реабилитации // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 338. – С. 183—184.
5. *Морева С. А., Силаева А. В., Корнетов А. Н., Бородина Е. Н., Янковская А. Е., Прядухина Н. И., Головаха Н. Э., Обуховская В. Б.* Психологические механизмы формирования девиаций в период подготовки к материнству // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 126—133.

РОЛЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЖЕНЩИН В ФИКСАЦИИ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ФОРМИРОВАНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (правомерность и обоснованность проблемы)

Лукьянова Е. В., Лебедева В. Ф.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Пред- и постменопаузу понимают как переход от репродуктивного периода к пострепродуктивному с потерей детородной и угасанием гормональной функции. Наступление *пременопаузы* – после 45 лет, с климактерическими нарушениями до прекращения менструаций. *Менопауза* – последняя самостоятельная менструация. *Постменопауза* – отсутствие менструаций 1 год, в том числе ранняя (первые 2 года) и поздняя (более 2 лет). *Перименопауза* – пременопауза и 2 года после менопаузы. По В. М. Дильман (1983), климакс как норма закономерен, как болезнь связан с нарушением регуляции и снижением жизнеспособности организма.

Климактерий закладывает основу патологических состояний психической системы. Угасание функции яичников, снижение уровня эстрогенов способствует старению (Максимова Н. Е., 2007; Ряховский В. В., 2011). Механизмами полиморбидности объясняются патологические процессы и ухудшение соматической патологии в климаксе (Гилева В. В., 2009). Психиатры (Дмитриева Т. Б., Качаева М. А., 2001; Дзеружинская Н. А., 2002; Мосягина И. В., 2009), как акушеры-гинекологи и терапевты (Балан В. Е. и др., 1991; Тихомиров А. Л., 2003; Прилепская В. Н. и др., 2011), исследуют влияние заместительной гормонотерапии на здоровье женщин в климактерии, в том числе на психическое.

Климактерический возраст у женщин – фактор развития НППР (Шайдукова Л. К., 2007; Шаповалов Д. Л., 2009; Медведев В. Э., 2011). Определены клинико-гормональные соотношения при ассоциированных с климактерическими нарушениями психических расстройствах и их динамика в процессе терапии (Чистякова О. Л., 2005), психотравмирующие и гормонально-метаболические факторы этиопатогенеза и затяжного течения невротической депрессии у женщин (Пермякова О. А., 2006), клинико-иммунологические показатели при НППР (неврастении) в зрелом возрасте (Бондарчук Е. Ю., 2004). Составлен алгоритм оказания медико-социальной помощи женщинам перименопаузального возраста и старше 40 лет (Гурова З. Г., 2006). Подчеркивается значимость биопсихосоциальных факторов и их влияние на психическое состояние женщин в менопаузе (Dennerstein L. et al., 2002) и поддержание физической активности женщин как показатель их физического и психического благополучия (Netz Y. et al., 2008). Определены факторы психосоматического неблагополучия во время перехода к менопаузе (Dennerstein L. et al., 2003).

Предлагаются программы по оптимизации диагностики, профилактики и лечения климактерических расстройств у женщин в перименопаузе (Джонова Б. Ю., 2006). Показана высокая частота НППР у пациенток с метаболическими нарушениями; кроме психиатрической помощи, им показана помощь эндокринолога, диетолога (Гришкина М. Н., 2007). При непсихотических расстройствах обсуждаются возрастные (Мазаева Н. А. и др., 2004) и психологические (Стоянова И. Я., 2006) особенности системно-уровневой модели адаптации. Женщины с высокой адаптивностью в зрелости адаптируются быстрее, чем с низкой и средней адаптацией, с неадекватной мобилизацией и рассогласованием эмоционального и когнитивного компонентов (Правдивцева Л. Г., 2006). Выявлено преобладание НППР при изучении обращаемости в частные психиатрические учреждения (50 % – среди госпитализированных, 88 % – среди амбулаторных), лиц трудоспособного возраста (60 %) и лиц женского пола (в 1,2 раза) (Филашихин В. В., 2012). Выбор терапевтической тактики пациенток климактерического возраста проводят с учетом тяжести психического расстройства и характера психотравм (Бычкова А. С., 2009).

Показано, что у 51 % женщин климактерические нарушения имеют тяжелую выраженность, у 33 % – умеренную, у 16 % – легкую (Рудакова В. Б. и др., 2001). При раннем (до 45 лет) климаксе климактерические нарушения протекают тяжело и длительно, так как к его началу накапливается груз повреждений в связи с перенесенными заболеваниями, стрессами, оперативными вмешательствами, нездоровым образом жизни и вредными привычками. Высокая частота, большая интенсивность и продолжительность воздействия неблагоприятных факторов на фоне возрастной перестройки организма снижают «ресурсы здоровья», являясь пусковым звеном в формировании психической патологии.

У женщин климактерического возраста распространена неврологическая (Синицына Л. В., 2006) и цереброваскулярная (Синельникова М. Н., 2004) патология. Продемонстрировано, как хроническая производственная сенсибилизация играет патологизирующую роль в повышении частоты психоэмоциональных климактерических нарушений до 80 % (Каримсакова Б. К., 2004).

Предложены комплексные программы с использованием физио- и бальнеотерапии для предупреждения у женщин поздних осложнений климакса (Королевская Л. И., 2010). При тревожно-фобических расстройствах у женщин климактерического возраста назначают сертралин (1 месяц) с продолжением курса амбулаторно 50 мг/сут (Лопатина Т. Е., 2007). Терапия пипофезином, сертралином, тианептином при тревожно-депрессивных расстройствах определяется синдромальным вариантом ТДР и соматическим фоном (Шаповалов Д. Л., 2009).

Мелатонин (мелаксен) как монотерапия и в комбинации с заместительной гормонотерапией (ЗГТ) при климактерических нарушениях повышает гормональные, медиаторные, биохимические показатели (Мальцева Л. И., Гафарова Е. А., 2002). Изофлавоноиды сои эффективны и безопасны (по дневникам – 62 %, по субъективной оценке – 85 %) при вазомоторных и психоэмоциональных климактерических нарушениях (Прилепская В. Н. и др., 2011). А. А. Гависова и др. (2009) показали взаимосвязь частоты климактерических нарушений (от 40 до 80 %) с соматическими и психосоматическими заболеваниями: в пременопаузе – 35–40 %, менопаузе – 39—85 %, через 1 год после менопаузы – 26 %, через 2–5 лет – 3 %. О. В. Грищенко и др. (2009) купировали нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения легкой и средней тяжести в перименопаузе фитопрепаратом климапин. Показана эффективность терапии милдронатом при климактерической кардиомиопатии (Атаханова Л. Э., 2004). Женщинам с противопоказаниями к ЗГТ назначают растительные и гомеопатические препараты с положительным эффектом при неврологических, психических и вегетососудистых расстройствах после овариэктомии (Манушарова Р. А., Черкезова Э. И., 2008).

Е. Б. Гайворонская, Л. А. Шалиткина (2010) предложили опросник самооценки возрастных изменений у женщин климактерического возраста и ввели в психиатрический обиход понятие возрастного психосоматического кризиса, возрастной диссоциации, модель комплексных переживаний.

L. Dennerstein, G. D. Burrows (1978) показали, что высокая частота психопатологических симптомов обусловлена не только физиологическими (преклонная функция яичников), но и социологическими переменными. Причем назначение эстрогенов в сочетании с прогестогенами не снижает уровень психологических проблем.

G. Iatrakis et al. (1986) показали, что при климактерических нарушениях (потливость, приливы, одышка, головокружение, головная боль, нарушение либидо, депрессия, тревога) гормонотерапия устраняла лишь малую часть психосоматических симптомов, поэтому необходимо психокоррекционное сопровождение.

Анализ более 1000 англо-немецких публикаций (1988—1992) по психосоматическим аспектам менопаузы показал, что психолого-психиатрическими аспектами пренебрегла основная часть авторов (90 %), лишь в 58 статьях приводятся такие ключевые слова, как psychosom, psychology, quality of life (von Sydow K. et al., 1995).

Авторы констатируют, что в литературе мало внимания уделяется психосоциальным аспектам менопаузы, хотя психосоциальные факторы риска в климактерической фазе благоприятствуют психическим расстройствам (Buddeberg C. et al., 1995).

В менопаузе повышены баллы по шкалам надежности, психопатии, гипомании. Чем старше пременопаузальные женщины, тем выше у них баллы по депрессии, истерии, психопатии, психастении. Чем ниже уровень образования у женщин климактерического возраста, тем ниже баллы по шкалам коррекции и мужественности/женственности и выше баллы по шкалам ипохондрии, истерии и социальной интроверсии (Shin W. K. et al., 1985).

Ещё П. Бутковский (1834) (цит. по Менделевич В. Д. и др., 2002) указывал на связь психоза с «неблаговременным прекращением месячного очищения». «Девицы, вдовы, а иногда и замужние женщины в климактерических летах подвергаются любовной задумчивости», что указывает на роль семейной неустроенности и одиночества женщин в генезе психических нарушений. Подчеркивается роль психогенных факторов: «…расположение к меланхолии приобретают наипаче те женщины, кои предавались суетности света».

По П. Б. Ганнушкину (1933), климактерический период связан с оскудением эмоций, сужением интересов, пессимизмом, скупостью, подозрительностью. В. Майер-Гросс и др. в «Клинической психиатрии» (1955) пишут об «ажитации, напряженности и тревоге» у женщин климактерического возраста (цит. по Менделевич В. Д. и др., 2002).

Психиатры советской эпохи С. Г. Жислин (1956), В. В. Ковалев (1982) подчеркивали, что в этиологии и патогенезе психических нарушений в климаксе кроме экзогенных и психогенных моментов важен фактор «почвы», на которую они попадают, одним из них являются истерические проявления.

Н. А. Тювина в монографии «Психические нарушения у женщин в период климактерия» (1996) обсуждает вопросы диагностики, лечения и профилактики психических нарушений в связи с патологическим климаксом.

И. Б. Любаровой (2008) предложен способ коррекции климактерических нарушений мексидолом и алзоламом со снижением выраженности нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений и компенсацией церебральной недостаточности.

По И. И. Черниченко (2007), выраженные климактерические нарушения отмечаются у женщин с интровертированностью, эмоциональной лабильностью, склонностью к нейротизму. Бытовые и производственные психогении, усиливая психоэмоциональный стресс, вызывают психосоматические расстройства.

Примерно у 90 % женщин с гинекологической патологией после операции диагностировали тревожный, депрессивный, ипохондрический, конверсионный и астенический синдромы (Павлова Е. В., Ширяев О. Ю., 2004).

В. Н. Кустаров и др. (2006) при обследовании 172 женщин перименопаузального возраста выявили, что динамика климактерических нарушений зависит от степени их тяжести и длительности течения, снижение тонуса вегетативной нервной системы ведет к ухудшению психического состояния женщин.

Б. А. Волель (2007) показала соотношения между соматическим и психопатологическим компонентами при инволюционной истерии: или соматическая патология запускает формирование психической патологии, или истероипохондрические проявления вызывают соматические нарушения.

Т. П. Поляковская (2011) квалифицировала инволюционную истерию (соматизированная истерия, истероидная дисфория) и определила конституциональные и психогенные факторы манифестации психических расстройств.

Таким образом, после достижения женщинами менопаузы появляются климактерические нарушения (приливы жара, бессонница, плохое настроение, подавленность, нарушения сна, повышенное потоотделение и артериальная гипертензия и др.). Их выраженность различается по степени тяжести: легкая – до 10 «приливов» в сутки; среднетяжелая – 10—20 с головокружениями и головными болями, повышением АД, тяжелая – более 20 с обменными, эндокринными расстройствами и возможным развитием остеопороза, ишемической болезни сердца и мозга (инфаркт миокарда и инсульт). Т. е. реальным ухудшением психосоматического и психического здоровья с наступлением климактерического возраста объясняется разработка нами комплексных программ персонализированной терапии для женщин с целью достижения стойкой ремиссии НППР.

ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЛЬШОЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК

Максимова И. В.

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

Аннотация. Осложнения со стороны нервной системы, связанные со злоупотреблением алкоголем, известны давно. К особенностям действия этанола относятся поражение нервной системы, а также значительное многообразие неотложных состояний и обострений хронических заболеваний, возникновение которых обусловлено систематическим употреблением алкоголя. Алкоголь является наиболее часто встречаемым экзогенным токсином, вызывающим деменцию.

Цель исследования: изучить особенности течения и прогноза алкоголизма и алкогольных психозов у пациентов, перенесших большой судорожный припадок.

Задачи исследования: провести оценку когнитивных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших синдром отмены алкоголя с судорогами и алкогольный психоз в виде делирия с судорожными припадками.

Материалы и методы. Было обследовано 73 больных со сформированной алкогольной зависимостью II–III стадии, перенесших синдром отмены алкоголя с судорогами (F10.31), и 10 больных, перенесших алкогольный делирий с судорогами (F10.41), средний возраст пациентов составил соответственно 42±11,0 года и 39,3±12,7 года. В группу контроля вошли 18 пациентов с алкогольной зависимостью II–III стадии, перенесших алкогольный делирий (F10.40), и 48 пациентов с синдромом отмены алкоголя без судорог (F10.30), их средний возраст составил соответственно 45±13,98 года и 41,2±11,6 года.

Все обследованные находились на лечении в условиях стационара ККБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» в 2014—2016 гг. Основной метод обследования – клинико-психопатологический. Для оценки когнитивных нарушений использовалась Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), результаты которой трактуются следующим образом: 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов – преддементные когнитивные нарушения; 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов – тяжелая деменция. Также были использованы статистические методы.

Результаты. Для определения особенностей течения алкогольной зависимости с судорожным синдромом с пациентами проводились клиническая беседа и психопаталогическое обследование, в ходе которых отягощенная наследственность выявлена у 20 (41,7 %) пациентов, перенесших абстинентный синдром без судорог. Больных, перенесших делирий без судорог, с отягощенной наследственностью было 4 человека (22,2 %). Среди пациентов, перенесших большой судорожный припадок, наследственность отягощена у 54 (74 %) человек в абстиненции и у 10 (100 %) человек при делирии. Различия по отягощенной наследственности достоверны ($p<0,05$).

Согласно психическому статусу, дополненному шкалой MMSE, произведено разделение пациентов на 4 группы: норма, преддементные нарушения, деменция легкой степени, деменция умеренной степени. Когнитивные нарушения отсутствовали при абстиненции без судорог у 21 (48,3 %) пациента, при синдроме отмены с судорожным припадком – у 7 (9,6 %) пациентов, при делирии без судорог – у 7 (38,9 %), при делирии с судорожным припадком – у 1 (10 %) пациента. Преддементные нарушения были выявлены при синдроме отмены без судорог у 26 (54,2 %) пациентов, при абстиненции с судорожным припадком – у 49 (67,1 %) пациентов, при делирии – у 8 (44,4 %) человек, при делирии с судорожным припадком – у 4 (40 %) пациентов. Деменция легкой степени при абстиненции отмечалась у 1 (2,1 %) пациента, при абстиненции с судорожным припадком – у 15 (20,5 %) больных, при делирии – у 3 (16,7 %) человек, при делирии с судорожным припадком – у 5 (50 %) пациентов. Деменции умеренной степени при делирии с судорожным припадком не выявлены, а при синдроме абстиненции с судорожным припадком наблюдались у 2 (2,7 %) пациентов.

При анализе взаимосвязи среднего возраста и когнитивных нарушений установлено, что у больных алкогольной зависимостью с судорогами когнитивные нарушения по типу умеренной деменции, определяемые с помощью клинико-психопатологического обследования, дополненного шкалой MMSE, появляются достоверно раньше, чем у пациентов, не перенесших большой судорожный припадок ($p<0,05$). Среди клинических особенностей деменции у лиц, перенесших большой судорожный припадок, отмечены зрительно-пространственные расстройства, нарушение кратковременной памяти, способности к абстрагированию и планированию, замедление переключения между различными когнитивными процессами.

Заключение. Таким образом, когнитивные нарушения у больных, страдающих алкогольной зависимостью и перенесших большой судорожный припадок, развиваются в более молодом возрасте, раньше достигают степени деменции, имеют ряд особенностей в клиническом оформлении. Поэтому данным пациентам рекомендуется более раннее проведение профилактических мероприятий в отношении нарастающих когнитивных нарушений.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ С САДОМАЗОХИСТСКИМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ В РАМКАХ БДСМ-КУЛЬТУРЫ

Мамышева Н. Л., Руденко Л. С.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Нормы сексуального поведения менялись в зависимости от времени, культуры, влияния различных течений (религия, традиции и мода и др.). Сейчас вопросы сексуальности открыто обсуждаются. Однако сексуальность часто может выполнять функцию компенсации, приобретая порой некоторые патологические черты. Так, сексуальные отношения могут стать способом преодоления тревоги, способом подкрепления своей власти, манипулирования партнером.

В настоящее время довольно большое распространение получила маргинальная психосексуальная субкультура БДСМ, где активно идет отреагирование садомазохистских тенденций. Расшифровать аббревиатуру можно следующим образом: бондаж (неволя) и дисциплина, доминирование и подчинение, садизм и мазохизм. Данная культура организовывает свою деятельность на принципах безопасности, добровольности и разумности. Межчеловеческие отношения в ней выстраиваются на принципах передачи власти.

Впервые подробное описание и медико-биологическое обоснование садизма, мазохизма, фетишизма и других половых девиаций было выполнено Р. фон Крафт-Эбингом. Автор рассматривал садизм как природную аномалию, как извращение на психическо-дегенеративной почве, при котором «появляется ассоциация сладострастия с жестокостью», что часто слабо осознается.

И. Левин, И. С. Кон рассматривали садомазохистские наклонности как расстройства сексуального влечения. На садизм в качестве реактивного образования, позволяющего организовывать и выражать разные формы агрессии в контексте отношения власти и подчинения, указывали З. Фрейд. К. Хорни, Э. Фромм, И. Ялом.

В. Штекель настаивал на том, что садистические установки проявляются как у женщин, так и у мужчин. К тому же автор утверждал, что садомазохизм – это болезнь, форма психосексуального инфантилизма. Как и Фрейд, он склонялся к тому, что садомазохизм берет свое начало в детстве. Садизм, при этом, выделен сильнее, он переживается всеми людьми в инфантильном периоде и часто переходит по причине сознания своей вины в мазохизм, но при этом оставляет свой след в бессознательном. Подкрепление садистической либо мазохистской тенденции осуществляется при определенном происшествии, сопровождающемся аффектом, в котором происходит переключение с боли на удовольствие.

В настоящее время садомазохизм относится к патологии влечений и рассматривается в МКБ-10 в рубрике «Расстройства сексуального предпочтения».

Возвращаясь к БДСМ-культуре, необходимо отметить, что участники этой группы призывают рассматривать их поведение с точки зрения нормы.

Американскими учеными были проведены исследования, направленные на изучение сексуальности, выраженности садистических и мазохистских тенденций у людей, участвующих в БДСМ-практиках.

Зарубежные исследователи пришли к выводу (McGreal S. A., 2013; Wismeijer A., van Assen M., 2013; Magliano J., 2015), что сексуальные практики, осуществляемые в БДСМ-сообществах, удовлетворяют чувственные и сексуальные потребности и не являются патологическим проявлением поведения. Также в этих работах имеет место рассмотрение участников БДСМ как лиц более зрелых, сбалансированных, имеющих менее выраженные невротические компоненты в структуре личности. Было показано, что задействованные в БДСМ-практиках люди открыты к взаимодействию и новым впечатлениям, добросовестны, менее чувствительны к отказу и менее тревожны, имеют высокий уровень субъективного благополучия, осознают собственную сексуальную идентичность и желания и способны в доступной форме сообщать о них своему партнеру.

В свою очередь нами было проведено исследование представителей БДСМ-культуры, целью которого являлась оценка уровня социально-психологической адаптации у лиц, реализовывающих свои садомазохистские потребности в маргинальной субкультуре.

Участие в исследовании приняло 30 человек (5 женщин и 25 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет. Средний возраст испытуемых составлял 31,2 года. Среди респондентов превалирует сабмиссивное позиционирование себя с уклоном на садомазохизм. Доминирование над партнером и склонность к смене ролевой позиции представлена в равных долях. Среди респондентов большинство люди с высшим образованием, воспитывавшиеся в основном в полных семьях (5 разводов по всей выборке) и преимущественно не женатые. Насилие в семье отметили 5 человек, нарушения поведения (алкоголь, суицидальные импульсы, трудности в социальном общении) на определенном этапе своей жизни указали 11 человек.

Для выявления уровня социальной и психологической адаптации нами использовалась «Методика диагностики социально-психологической адаптации» Роджерса-Даймонда, адаптированная в 1987 г. Т. В. Снегиревой. Для определения ситуативной и личностной тревожности использовалась шкала Спилбергера-Ханина (Спилбергер Ч. Д., 1970). Диагностика агрессивного поведения осуществлялась с помощью опросника Л. Г. Почебут «Тест агрессивности», включающего в себя 5 шкал: вербальная агрессия, физическая агрессия, предметная и эмоциональная агрессия, аутоагрессия. Методика «Мотивация аффилиации» А. Меграбяна в модификации М. Ш. Магомед-Эминова использовалась нами с целью учета выраженности двух мотиваций – стремления к людям и страха отвержения. Также мы изучали индивидуальный профиль личности с помощью методики «Определения типа личности и вероятности личностных расстройств», разработанной на основе критериев DSM-IV и DSM-III-R Дж. Олдхэмом и Л. Моррисом в 1994 г. и отражающей 14 черт личности.

Среди респондентов склонность к подчинению, зависимой позиции (сабмиссивность) представлена у 43 %, к доминированию – у 28 %, к смене ролевой позиции были склонны 29 %. Мотивы стремления к людям и страха быть отвергнутым выражены неярко, преобладает средний уровень выраженности мотивов аффилиации. Уровень реактивной тревожности преимущественно выражается в умеренных и высоких показателях (46,43 % и 32,14 %). Данные по личностной тревожности также сосредоточены в показателях умеренной и высокой тревожности с преобладанием высокого уровня (39,3 % и 50,0 %). Показатели агрессивности в большинстве случаев отражают средний уровень. Из всех шкал физическая агрессия выделяется – высокие баллы имеют 42,86 % респондентов. Социально-психологическая адаптация довольно высокая (норма – 32,1 %, выше нормы – 67,0 %) при абсолютном большинстве показателей выше нормы по таким шкалам, как «принятие себя» (75 %), «принятие других» (60,7 %) и «внутренний контроль» (71,4).

Ко всему прочему, лица, признающие у себя наличие садистических и мазохистских тенденций, имеют низкие показатели по таким чертам как преданность, агрессивность, стремление к одиночеству в структуре личности.

Таким образом, в БДСМ-культуре респондентов привлекает возможность реализации своих садомазохистских потребностей, отыгрывание позиций доминирования и подчинения, ограничение своей свободы и передача контроля за ситуацией другому лицу. Мы предполагаем, что принятие в себе этих тенденций и реализация их в маргинальных структурах оказывает влияние на уровень адаптивности в социуме. Несмотря на это, можно отметить некоторое амбивалентное отношение к себе и своей деятельности, стремление понять истоки своих желаний, отнести их к норме или патологии.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА БОЛЬНЫХ

Микилев Ф. Ф., Лобачева О. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность. Конституциональные особенности пациентов являются не только фоном развития шизофрении, но и выступают как факторы, входящие в характеристики процесса, определяющие его реактивность. В разное время в психиатрии предпринимались попытки формирования целостного конституционально-биологического взгляда на природу, клинику, течение и прогноз шизофрении. Томскими психиатрами изучались особенности типов телосложения, аномалий развития, встречавшихся у данной группы пациентов [1]. На сегодняшний день дано подробное и разностороннее психопатологическое описание расстройств шизофренического спектра. При этом без должного рассмотрения остаются клинико-конституциональные особенности пациентов, страдающих данными расстройствами, в достаточной мере не изучено их влияние на клиническую картину заболевания и его прогноз. Всё ещё сохраняется дефицит работ, посвященных проблемам адаптации, социо- и психотерапевтической реабилитации данных пациентов на современном методологическом уровне, подразумевающем интегрированную биопсихосоциальную модель терапии данных расстройств [2].

В связи с этим нами было проведено настоящее научное исследование.

Целью данной работы являлось изучение клинических и психометрических показателей пациентов с шизофренией в зависимости от выявленного у них конституционально-морфологического типа.

Материал и методы. Проведено обследование 86 пациентов, страдающих шизофренией, проходивших стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья. В исследование включались лица в возрасте 18–65 лет с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года. Состояние вошедших в исследовательскую группу пациентов на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья.

В качестве основных методов в нашем исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, антропометрический и статистический. На всех пациентов заполнялся модифицированный вариант Базисной карты стандартизированного описания больного шизофренией и родственника [Рицнер М. С., Логвинович Г. В., Красик Е. Д., Корнетов Н. А., 1985]. В работе применялась Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) [4]. Всем пациентам проводилось антропометрическое обследование по методике В. В. Бунака [5].

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования пациенты были разделены на три группы с соответствии с конституционально-морфологическим типом (КМТ). Из них астенический КМТ оказался у 17 пациентов, мезостенический тип – у 47, гиперстенический – у 22. В клинической картине заболевания у пациентов с астеническим конституционально-морфологическим типом преобладали негативные нарушения, а у пациентов остальных групп – позитивные симптомы. При этом различия между группами пациентов с астеническим и мезостеническим соматотипами, пациентов с астеническим и гиперстеническим соматотипами были статистически значимыми: p=0,0476 и p=0,0071 соответственно.

Для психометрической оценки выраженности симптомов шизофрении во время лечения в стационаре у исследуемых пациентов использовались две шкалы – PANSS и CGI.

Оценка психопатологической симптоматики по шкале PANSS на момент поступления не выявила статистически значимых различий между группами пациентов с различными конституционально-морфологическими типами (p>0,05). Ранговый корреляционный анализ по Спирмену выявил в группе гиперстеников среднюю прямую корреляционную связь между величиной индекса Rees–Eysenk и выраженностью общих психопатологических синдромов по шкале PANSS (r=0,6587044; p=0,000858; t=3,915212).

Также полученные данные были подвергнуты кластерному анализу с целью определения качественной связи и сопряженности между клиническими и конституционально-морфологическими характеристиками пациентов. После стандартизации параметров было выявлено два кластера. Обнаружено, что кластер 1 (20 человек) характеризуется высокими значениями индекса Rees–Eysenk и низкими значениями баллов позитивной симптоматики по шкале PANSS. Для кластера 2 (43 пациента) типичны низкие значения индекса Rees–Eysenk и высокие значения баллов позитивной симптоматики по шкале PANSS. Параметры, по которым проведена кластеризация, статистически значимо отличались в выделенных кластерах: для индекса Rees–Eysenk p=0,017; для показателей PANSS по шкале позитивных симптомов p=0,0001. Кроме того, выявлены значимо более высокие показатели общего балла общепсихопатологической симптоматики по шкале PANSS у пациентов, отнесенных к кластеру 1 (p=0,0064), что может свидетельствовать о сопряженности изменений этого параметра с клиническими характеристиками, на основе которых проводилась кластеризация.

Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что конституционально-морфологический тип пациентов оказывает влияние на клинику и течение шизофрении. Применение кластерного анализа позволило выявить внутреннюю структуру данных, сгруппировать отдельные наблюдения по степени их схожести. Продолжая интегративно-антропологическое направление в психиатрии, представленное исследование закладывает основу для дальнейшего изучения вклада конституциональных факторов в развитие шизофрении. Полученные результаты могут выступить моделью для изучения фасадной симптоматики при расстройствах шизофренического спектра в целом, а также использоваться в построении индивидуально ориентированных терапевтических и реабилитационных программ в клинической психиатрии.

Литература

1. *Семке А. В., Ветлугина Т. П., Рахмазова Л. Д., Иванова С. А., Счастный Е. Д., Федоренко О. Ю., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Корнетова Е. Г., Даниленко О. А.* Биологические и клинико-социальные механизмы развития шизофрении (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 18—26.
2. *Янковская А. Е., Корнетов Н. А., Корнетов А. Н., Казанцева Н. В.* Систематизация когнитивно-бихевиоральных вмешательств при организационном стрессе в целях использования в интеллектуальной системе ИМСЛОГ // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 341. – С. 191—194.
3. *Рицнер М. С., Логвинович Г. В., Красик Е. Д., Корнетов Н. А.* Указания и глоссарий по заполнению «Базисной карты стандартизованного описания пробанда и родственника» / под ред. В. Я. Семке. – Томск, 1985. – 80 с.
4. *Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A.* The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 1987. – V. 13, № 2. – P. 261—276.
5. *Бунак В. В.* Антропометрия. Практический курс. – М. : Учпедгиз, 1941. – 367 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS2271537 ГЕНА ТРИПТОФАН-ПИРРОЛАЗЫ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Михалицкая Е. В., Полтавская Е. Г., Мандель А. И.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность. Роль наследственных факторов в патогенезе зависимости от психоактивных веществ, в том числе алкогольной зависимости, хорошо известна. Многие авторы говорят о существовании генетической предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ (Москаленко В. Д., 1988; Анохина И. П., 2004; Noble E. P., 1996; Comings D. E., 2000), выявление признаков которой является важнейшей задачей молекулярной генетики наркологических заболеваний. Известны факты «накопления» алкоголизма в семьях, показано повышение риска заболевания алкоголизмом и наркоманиями в семьях с отягощенной наследственностью (Анохина И. П., 1999; Бочков Н. П., 2003; Cloninger C. R., 1988; Dawson D. A., 1992).

Целью нашего исследования было выявление ассоциации полиморфизма гена триптофан-пирролазы с развитием алкогольной зависимости в русской популяции.

Материалы и методы. Клинико-генетическому обследованию были подвергнуты 212 больных алкоголизмом русской национальности (средний возраст составил 40,4±11,68 года, средняя давность заболевания составляла 9,7 года). Все они проходили лечение в клинике НИИ психического здоровья (Томск). Клинический диагноз больным был выставлен в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Также набрана контрольная группа здоровых мужчин русской национальности (163 человека), соответствующих по возрасту, социально-демографическим параметрам группам больных алкоголизмом.

Генотипирование выполняли методом ПЦР в реальном времени с помощью набора TaqMan1 Validated SNP Genotyping Assay фирмы «Life Technologies» на приборе «StepOnePlus» (Life Technologies, USA).

Статистическая обработка результатов произведена с помощью программы SPSS, версия 15,0.

Результаты и обсуждение. При анализе распределения частот аллелей и генотипов полиморфного варианта rs2271537 гена триптофан-пирролазы среди русских больных алкоголизмом и здоровых лиц статистически значимых различий выявлено не было.

Постулируя мультифакторность наследования заболевания и отмечая несомненную наследственную, генетическую компоненту в патогенезе болезни, мы вынуждены относить алкоголизм к заболеваниям с вероятным полигенным типом наследования. Развитие методов молекулярной биологии сделало возможным изучение генетики полигенных заболеваний путем прямого анализа структуры ДНК больных, в частности путем изучения вариабельности структуры ДНК в определенных локусах того или иного гена. Тем не менее выявление особо значимых полиморфных вариантов различных генов в разных популяциях остается актуальным по причине определенной специфичности развития мультифакториальных заболеваний в зависимости от принадлежности индивидуумов к различным популяциям и этническим группам.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 14-06-00531 «Психосоциальные, этнокультуральные и генетические детерминанты алкогольной зависимости у представителей коренного населения Сибири».

Литература

1. *Анохина И. П., Векшина Н. Л., Веретинская А. Г. и др.* Наследственный алкоголизм: некоторые нейрохимические механизмы // Вестник РАМН. – 1999. – Т. 6. – С. 43—47.
2. *Анохина И. П., Иванец Н. Н., Шамакина И. Ю. и др.* Современные проблемы генетики зависимости от психоактивных веществ // Наркология. – 2004. – № 6. – С. 76—83.
3. *Бочков Н. П., Асанов А. Ю., Аксенова М. Г. и др*. Генетические факторы в этиологии и патогенезе наркоманий // Наркология. – 2003. – № 1. – С. 7—14.
4. *Москаленко В. Д., Ванюков М. М.* Алкоголизм и генетика. – М. : Медицина, 1988. – С. 26—33.

5. *Cloninger C. R., Sigvardsson S., Gilligan S. B. et al.* Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism // Adv. Alcohol. Subst. Abuse. – 1988. – Vol. 7, № 3–4. – P. 3—16.
6. *Comings D. E., Blum K.* Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders // Prog. Brain. Res. – 2000. – № 126. – P. 325—341.
7. *Dawson D. A., Harford T. C., Grant B. F.* Family history as a predictor of alcohol dependence // Alcohol. Clin. Exp. Res. – 1992. – Vol. 16, № 3. – P. 572—575.
8. *Noble E. P.* Alcoholism and the dopaminergic system: a review // Addict. Biol. – 1996. – № 1 (4). – P. 333—348.

УРОВЕНЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Моор Л. В.

БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова», Омск

В последние годы накоплено большое количество данных, свидетельствующих об участии психосоциальных факторов в возникновении и развитии многих заболеваний, в том числе психических расстройств, сохраняется интерес к изучению тревожно-фобических нарушений, что обусловлено высокой распространенностью данных состояний, резистентностью к терапии, склонностью к рецидивирующему течению, а также значительным снижением качества жизни и уровня социальной адаптации больных.

Целью исследования является определение удовлетворенностью качеством жизни больных с тревожно-фобическими расстройствами.

Для достижения поставленной цели было проведено обследование пациентов с установленным диагнозом паническое расстройство и агорафобия с паническим расстройством (F41.0, F40.01 по МКБ-10) с помощью методики экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения и его источников (авторы: О. С. Копина, Е. А. Суслова, Е. В. Заикин). Под термином «психоэмоциональное напряжение» понимают разнообразные неблагоприятные эмоциональные состояния, связанные с неудовлетворенностью основных жизненных потребностей. На его развитие могут влиять условия жизни людей, социально-демографические показатели, личностные особенности, отношения в семье, взаимоотношения с сослуживцами на работе, бытовые проблемы, способы проведения досуга, влияющие на здоровье вредные привычки. Использованная в исследовании методика экспресс-диагностики уровня психоэмоционального напряжения и его источников (О. С. Копина, Е. А. Суслова, Е. В. Заикин) позволяет осуществлять комплексный подход к оценке психоэмоционального напряжения и измеряет различные его аспекты. В методику входят 5 шкал: самооценка здоровья; шкала психосоциального стресса Л. Ридера; шкала удовлетворенности жизнью в целом О. С. Копиной; шкала удовлетворенности условиями жизни О. С. Копиной; шкала удовлетворенности основных жизненных потребностей О. С. Копиной.

Все пациенты были госпитализированы в отделение пограничных психических расстройств Омской областной психиатрической больницы в период с 2014 по 2016 г. В исследовании участвовали 125 человек в возрасте от 18 до 60 лет, из них 102 женщины и 23 мужчины. Выявлено, что 76 человек из числа исследуемых впервые в жизни обратились за стационарной помощью, 49 человек проходили лечение 2, 3 и более раз. Большая часть пациентов были городские жители (64,00 % – n=80), доля сельского населения была почти вдвое меньше (36,00% – n=45). В большинстве обследованные пациенты состояли в официальном браке (73,60 % – n=92), примерно равные доли составили никогда не состоявшие в браке (14,40 % – n=18) и разведенные (12,00 % – n=15) пациенты. При этом только 5 человек (4,00 % – n=5) из числа общей выборки проживали одни, остальные, вне зависимости от своего семейного положения, проживали в семьях (96,00 % – n=120). Уровень образования исследуемых был разнородным: среднее общее образование получили 13,60% (n=17), среднее специальное – 62,40 % (n=78), высшее – 24,00 % (n=30). Половина пациентов была трудоустроена (50,40 % – n=63), остальная часть приходилась на учащихся (2,40 % – n=3) и неработающих граждан (47,20 % – n=59), в том числе пенсионеров.

По шкале самооценки здоровья выявлено, что низкая самооценка здоровья связана с повышенным уровнем стресса, низкими показателями удовлетворенности жизнью. Большинство обследованных (65,60 % – n=82) оценивали свое здоровье как удовлетворительное, реже – как плохое (27,20 % – n=34), значительно реже встречались ответы «очень плохое» здоровье (2,40 % – n=3), «хорошее» здоровье (4,80 % – n=6).

Согласно шкале психосоциального стресса Л. Ридера, в зависимости от полученного балла каждого испытуемого можно отнести к группе лиц с высоким, средним или низким уровнем психосоциального стресса. Люди с высоким уровнем психосоциального стресса могут быть отнесены к группе лиц, нуждающихся в получении психологической помощи. Большая часть обследованных пациентов (52,80 % – n=66) относилась к группе лиц со средним уровнем психосоциального стресса, меньше половины – к группе лиц с высоким стрессом (35,20 % – n=44), оставшаяся часть приходилась на пациентов с низким уровнем психосоциального стресса (12,00 % – n=15).

По шкале удовлетворенности жизнью в целом О. С. Копиной оценивали субъективное состояние удовлетворенности/неудовлетворенности жизнью. Были получены следующие данные: у большинства обследованных выявлен средний уровень удовлетворенности (52,00% – n=65) жизнью в целом, низкий уровень – у 38,40 % (n=48), высокий уровень – только у 9,60 % (n=12). Следующие два пункта методики более детально характеризуют качество жизни обследуемых. Шкала удовлетворенности условиями жизни О. С. Копиной представляет собой оценку жилищных, бытовых и трудовых условий, дохода, политической ситуации в стране, свободы вероисповедания и т. д. В рамках исследования низкий уровень удовлетворенности был выявлен у 6,40 % респондентов (n=8). Более половины обследованных отмечали средний уровень удовлетворенности (61,60 % – n=77). Примечательно, что более трети обследованных показали высокий уровень удовлетворенности (32,00% – n=40), что является показателем достаточно хорошего качества жизни. По шкале удовлетворенности основных жизненных потребностей О. С. Копиной определяли степень удовлетворенности основных жизненных потребностей (работа, отношения в семье, здоровье, благополучие детей, общение, положение в обществе, материальное благосостояние, любовь, сексуальные чувства и т. д.). В этом разделе исследования группа пациентов с низким уровнем удовлетворенности оказалась минимальной (24,80 % – n=31), средний уровень удовлетворенности определялся у 44,00 % (n=55), группа людей с высоким уровнем удовлетворенности снова достигала трети случаев от общего числа пациентов (31,20% – n=39).

Таким образом, показано преобладание в обследованной выборке пациентов со средним и высоким уровнями психосоциального стресса, так же как и средним и низким уровнями удовлетворенности жизнью в целом, при этом отмечаются в основном средний и высокий уровни удовлетворенности основных жизненных условий и потребностей.

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ИНТЕРНОВ И АСПИРАНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОСТРАНСТВО ИХ САМОРЕАЛИЗАЦИИ

Морева С. А.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Значение ценности представляет собой совокупность общественно значимых свойств, функций предмета или идей, которые делают их ценностями в обществе, а личностный смысл ценностей определяется самим человеком, то есть ценности и смыслы человека всегда находятся во взаимосвязи, представляют собой сложные системные образования, некую целостность, исследование которой является фундаментальной проблемой психологии (Яницкий М. С., Серый А. В., 2012). Ценностные ориентации как компонент структуры личности характеризуют направленность и содержание активности индивида, определяют общий подход человека к миру, к себе, придают смысл и направление личностным позициям, поведению, поступкам.

С позиции психического здоровья утрата баланса личностных конструктов приводит к состояниям дезадаптации, а при одновременном наличии уязвимости и других патогенных факторов повышается риск развития психопатологии, включая большие психозы (Корнетова Е. Г. и др., 2015), аффективные, невротические и другие расстройства (Корнетов А. Н., 2007). Таким образом, ценностные представления в структуре личности определяют направления активности личности, включаясь в структуры его самосознания (Rokeach M., 1997; Караваева Е. В., Волкова Л. Д., 2014).

Проблема выбора жизненных ценностей, формирование внутренней позиции, мировоззрения, осознание убеждений, направляющие активность и определяющие основную позицию в жизни, в том числе и профессиональную, является актуальной основополагающей для возникновения исследовательского интереса к изучению ценностных ориентаций интернов и аспирантов медицинского вуза, определяющих пространство их самореализации.

Материал и методы. Выборку составили интерны и аспиранты СибГМУ в общем количестве 90 человек, из которых 50 респондентов являются интернами, 40 респондентов – аспирантами.

В исследовании была применена методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич).

В результате качественного анализа были выявлены актуальные ценностные ориентации в группе интернов и в группе аспирантов.

В процессе исследования ценностно-смысловых ориентаций у интернов установлено, что самыми важными среди терминальных ценностей являются «Здоровье» (4,47), «Счастливая семейная жизнь» (4,73) и «Любовь» (5). Наименее значимыми являются ценности «Развлечения» (15,6), «Красота природы и искусства» (15), «Счастье других» (14,9), «Творчество» (14,5). В отношении инструментальных ценностей в группе интернов лидирующие позиции в ранговом ряду занимают «Образованность» (4,68), «Воспитанность» (6,3) и «Самоконтроль» (6,57). Наименее значимыми являются «Непримиримость к недостаткам в себе и других» (16,4), «Высокие запросы» (12,57) и «Исполнительность» (12,52). Полученные данные свидетельствуют о том, что у респондентов, обучающихся в интернатуре, значимыми являются ценности личностного характера. В целом по выборке респондентов низкие ранговые места среди ценностей занимают «Творчество» (реализация творческих возможностей, стремление изменить окружающую действительность), «Высокие запросы» (высокие требования к жизни и высокие притязания). Такие ценности служат основой для саморазвития, самосовершенствования и являются необходимыми для развития активности в профессиональной сфере.

Самыми важными и значимыми терминальными ценностями для аспирантов являются «Активная деятельная жизнь» (3,25), «Здоровье» (4,75), «Счастливая семейная жизнь» (5), «Уверенность в себе» (5,5), «Любовь» (5,5). Наименее значимыми среди ценностей являются «Развлечения» (17,5), «Красота природы и искусства» (15,75), «Общественное признание» (13,7). В отношении инструментальных ценностей в группе аспирантов наиболее значимыми являются «Ответственность» (3,5), «Исполнительность» (4,75), «Эффективность в делах» (5,5), «Рационализм» (5,75), «Честность» (5,75). Наименее значимыми ценностям являются «Терпимость» (15), «Широта взглядов» (15), «Воспитанность» (14,5). Полученные результаты свидетельствуют о том, что у респондентов, обучающихся в аспирантуре, значимыми являются как ценности личностного характера, так и профессиональной самореализации, проявляющиеся в активной научной деятельности, в ответственном отношении к делу, дисциплинированности, принятии рациональных решений.

С целью получения достоверных данных о существующих различиях в ценностно-смысловой сфере в группах респондентов был проведен сравнительный анализ средних значений, с помощью критерия Манна-Уитни выявлены значимые различия между группой интернов и аспирантов по терминальным ценностям «Активная деятельная жизнь» ($U=715$; $p=0,01$), «Интересная работа» ($U=762$; $p=0,02$), «Материально обеспеченная жизнь» ($U=693$; $p=0,001$), «Познание» ($U=791$; $p=0,05$).

Так, в группе аспирантов наиболее значимые ценности-цели по сравнению с группой интернов являются ценности самореализации в научной деятельности – «Активная деятельная жизнь» и «Познание». В группе интернов значимыми являются ценности «Интересная работа» и «Материально обеспеченная жизнь», такой выбор объясняется их потребностью реализовать себя как специалиста и при этом обеспечить достойную материальную базу.

По блоку инструментальных ценностей выявлены значимые различия по критерию Манна-Уитни между группой интернов и группой аспирантов по следующим ценностям: «Воспитанность» (U=710; p=0,001), «Исполнительность» (U=658; p=0,001), «Образованность» (U=742; p=0,02), «Ответственность» (U=713; p=0,01), «Терпимость» (U=699; p=0,01), «Широта взглядов» (U=693; p=0,01), «Эффективность в делах» (U=702; p=0,01).

Исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать вывод о том, что в группе аспирантов на первое место вышли такие ценности-средства, как «Исполнительность», «Ответственность», «Эффективность в делах», эти средства являются необходимыми для реализации своих профессиональных целей. В группе интернов наиболее важные ценностями оказались «Воспитанность», «Образованность», «Терпимость», «Широта взглядов».

Таким образом, ценности выступают побудительным свойством, и именно они определяют направление личностно-профессионального становления на пути к самореализации, самоактуализации. В качестве продукта ценности входят в образ мира будущих медицинских работников и молодых ученых, определяя новые возможности, и выступают как источник новой деятельности, как ее мотив.

Литература

1. *Караваева Е. В., Волкова Л. Д.* Бинарно-тринитарная символика в русской духовной и материальной культуре // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2014. – № 7. – С. 108—115.
2. *Корнетов А. Н.* Оценка депрессивных расстройств у больных, страдающих соматическими заболеваниями, в условиях первичной медицинской сети // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 1. – С. 37—41.
3. *Корнетова Е. Г., Семке А. В., Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н., Бойко А. С.* Клинические и социальные факторы риска тардивной дискинезии у пациентов с шизофренией в процессе лечения антипсихотиками // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 32—39.
4. *Яницкий М. С., Серый А. В.* Основные методологические подходы к изучению ценностно-смысловой сферы личности // Вестник Кемеровского гос. ун-та культуры и искусств. – 2012. – № 19—1. – С. 82—97.
5. *Rokeach M.* The nature of human values. – New York, 1997. – 34 p.

ЗАДАЧИ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Москвитин П. Н.

ФБУН «Новосибирский НИИ гигиены» Роспотребнадзора, Новосибирск
ГБОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ» Минздрава России, Новокузнецк

Актуальность. Важнейшей задачей психогигиены является всемерное повышение устойчивости психического здоровья и сопротивляемости психики по отношению к действию различных вредных факторов. Психогигиена преследует как медицинские, так и социально-психологические задачи, в решении которых на современном этапе важнейшее значение имеют меры первичной профилактики психических заболеваний.

Научные основы психогигиены были заложены ещё в глубокой древности. Римский врач Гален посвятил свой труд «Гигиена страстей, или Нравственная гигиена» психосоциальному аспекту проблемы, предопределив тем самым основные пути развития психогигиены в последующие эпохи. Такие указания имеются в «Таблицах здоровья» арабского врача Абу Ибн Бутлана, относящихся к середине XI века, в «Канонах врачебной науки» Авиценны, в трактатах «О дружбе» Марка Туллия Цицерона и в других источниках, свидетельствующих о понимании уже в те времена зависимости между психическим здоровьем и социальными факторами.

Неблагоприятная алкогольная и наркотическая ситуация в стране создает актуальность разработки психогигиенического направления профилактики аддиктивного поведения школьников. Изменения мотивации, приводящие к отказу от употребления ПАВ, меняют внутриличностный уровень убеждений на ценности здорового образа жизни в процессе психогигиенических тренингов, когда специальными приемами удается закрепить эффективные антиаддиктивные паттерны социально-личностной компетентности. Гипотеза «психогигиенического саногенеза» состоит в формировании когнитивных способностей прояснения личностных трудностей в разрешении неизбежных жизненных конфликтов, отделив происходящие из внешнего контекста (например, непреодолимости обстоятельства) от происходящих из-за не надлежащей когнитивно-поведенческой компетентности.

Цель первичной профилактики – предупреждение зависимости от ПАВ, а приоритетами являются формирование здорового образа жизни, изменение ценностного отношения подростков и молодежи к употреблению ПАВ; формирование личной ответственности за свое поведение; «снижение спроса» на ПАВ в детско-молодежной популяции; сдерживание вовлечения детей, подростков и молодежи в употребление наркотических средств путем пропаганды здорового образа жизни, формирование антинаркотических установок; применение различных методов межведомственной профилактической работы, осуществляемой сотрудниками образовательных учреждений, психологами и медицинскими работниками совместно с Комиссиями по делам несовершеннолетних и др.

Исходя из современной концепции раннего предупреждения употребления ПАВ среди детей и подростков, методологическая идея нашего группового метода основана на том, что в центре профилактической работы должны быть личность несовершеннолетнего и три основные сферы, в которых реализуется его жизнедеятельность: семья, образовательное учреждение и досуг, включая связанное с ним ближайшее микросоциальное окружение, в первую очередь это неформальные референтные группы сверстников. Профилактическая стратегия проведения тренингов нового группового метода первичной профилактики предусматривает: формирование личностных ресурсов, обеспечивающих развитие у детей и молодежи социально-нормативного жизненного стиля с доминированием ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема ПАВ; формирование ресурсов семьи, помогающих воспитанию у детей и подростков законопослушного, успешного и ответственного поведения, обеспечивающего развитие ценностей здорового образа жизни и мотивов отказа от «пробы» и приема наркотиков.

Перечисленными условиями определяется стратегия психогигиенического направления первичной профилактики аддиктивного поведения. Очевидно, что наиболее адекватной, с учетом всех моментов, является стратегия «сдерживания вовлечения в употребление психоактивных веществ». Однако ставить сегодня вопрос о полном избавлении общества от наркомании в современных условиях абсолютно нереально. Отметим, что негативно-ориентированная профилактика зависимости от ПАВ, т. е. традиционный для санпросвета проблемно-ориентированный подход и акцентирование на отрицательных последствиях приема ПАВ не обеспечивают достижение поставленных целей. Подчеркнем, что приемы негативно-ориентированного воздействия необходимы, но недостаточны. Проблема предупреждения аддикции только на их основе принципиально не может быть решена, так как не устраняются причины, порождающие психическую и личностную дезадаптацию, побуждающие молодежь к употреблению ПАВ.

Стратегическим приоритетом первичной профилактики является психогигиеническая модель, подразумевая под этим создание стройной системы личностно-ориентированных психопрофилактических тренингов, ориентированная не на патологию, не на проблему и ее последствия, а на защищающий от возникновения проблем потенциал психического здоровья – освоение и раскрытие ресурсов психики личности, оказание психопрофилактической поддержки молодого человека и помощи в самореализации жизненного предназначения. Очевидная цель данной модели состоит в создании психопрофилактических условий для личностного развития человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями или неизбежными жизненными проблемами, не нуждаясь при этом в приеме ПАВ.

Метод. Целям первичной профилактики в тренинге «Профилактической психодрамы» служит творческая психопрофилактическая игра, предлагаемая как «сценарий психодрамы», которая проявляется как своеобразная проективная матрица внутреннего «аддиктивного негатива». Уникальное сочетание трех составляющих – творческой деятельности, самоорганизации и спонтанности (конгруэнтности) – является наиболее важным отличием разработанного нами метода «Профилактической психодрамы» по сравнению с другими существующими методами и приемами первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ. Роль ведущего позволяет провести сопровождение процесса личностной трансформации в процессе творческой игры в группе и есть своеобразный «коучинг» социальной компетентности. Сочетание, с одной стороны, неких заданных социально-психологических ситуаций и типичных конфликтов, возникающих во время общения в подростковой среде; с другой стороны, совместное обсуждение в ситуации психопрофилактической дискуссии и принятие наиболее эффективных подходов в наработке устойчивых когнитивно-поведенческих моделей конструктивных реакций на неизбежные конфликты подросткового возраста создают преимущество методу «Профилактической психодрамы».

Таким образом, в психогигиеническом тренинге «Профилактической психодрамы» развиваются новые экзистенциальные и когнитивно-поведенческие способности у школьников, вследствие чего расширяется диапазон адаптивных поведенческих реакций. Творческое отыгрывание обеспечивает поведенческий процесс благополучного достижения социальных целей, формирует позитивные убеждения на базе конструктивного взаимодействия в определенных «рамочных» условиях. Тем самым завершается подготовка к процессу личностной реконструкции, осуществляемой в дальнейшем в ходе взаимодействия подростка с существующей социальной средой. Наиболее важными ценностными ориентирами являются ключевые факторы «поиска смысла», формируя личностные поведенческие стратегии «психогигиенического саногенеза», обеспечивающие гармоничное развитие школьников и формирование навыков здорового образа жизни в постпубертате.

ПРОГНОЗ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

Никитина В. Б., Костин А. К., Менявцева Т.А., Ветлугина Т. П., Аксенов М. М.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к увеличению распространенности невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств. Наибольшую долю как в контингенте, так и среди впервые заболевших составляют лица трудоспособного возраста [Чуркин А. А., Творогова Н. А., 2012]. Группа соматоформных расстройств представляет собой наибольший интерес и вызывает диагностические и дифференциальные трудности. Течение соматоформного расстройства хроническое и неустойчивое, часто ассоциируется с нарушением социального, межличностного и семейного поведения. При длительном течении соматоформных расстройств характерна последовательность формирования психосоматических феноменов в направлении их постепенного утяжеления и большей распространенности, где функциональные расстройства могут дополняться расстройствами и заболеваниями, сопровождающимися уже органическими изменениями. В патогенезе соматоформных расстройств ведущую роль играет нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы в виде изменений нейрогуморальной регуляции функционального состояния внутренних органов [Менделевич В. Д., Соловьева С. Л., 2002; Чижова А. И., 2012]. В качестве пускового механизма необходимо рассматривать личностно-значимые стрессовые ситуации. Под их влиянием происходит изменение порога чувствительности висцеральных рецепторов, определяющих восприятие боли, моторную дисфункцию.

В нейроанатомическом плане стресс традиционно связывают с нарушением состояния лимбической системы мозга [Morgane P. J. et al., 2005; Ribas G. C., 2007]. Именно в структурах лимбико-диэнцефальной системы (гипоталамус, гиппокамп, амигдала), которая входит в состав нервной регуляции функций иммунологической защиты, и расположены эмоциональные зоны [Heimer L., VanHoesen G. W., 2006; St. Jacques P. et al., 2010]. Чрезмерная гиперактивность эмоциональных зон лимбической системы при стрессе дезорганизует деятельность регуляторного аппарата, нарушает нейроиммунную регуляцию, индуцирует патологию функции иммунитета [Крыжановский Г. Н. и др., 2010]. Это приводит к формированию вторичной иммунной недостаточности, иммунодефицитам, снижению сопротивляемости к инфекциям, развитию хронических и рецидивирующих процессов, что осложняет клиническую картину непсихотических психических расстройств, способствует их затяжному течению [Ветлугина Т. П. и др., 2013; Никитина В. Б. и др., 2014].

Ввиду тесной связанности соматоформных расстройств с личностью пациента, их наклонности к затяжному течению, а также в связи с широкой их распространенностью среди лиц трудоспособного возраста крайне важным становится прогноз затяжного течения данного вида расстройств на раннем этапе заболевания.

Нами предложен способ прогнозирования затяжного течения соматоформных расстройств на основе иммунологических параметров.

Материал и методы. Проведено обследование 54 больных (15 мужчин и 39 женщин, средний возраст составил 40,00±8,74 года), госпитализированных в клинику НИИ психического здоровья (г. Томск) с диагнозом соматоформное расстройство. Клиническую верификацию проводили согласно критериям МКБ-10. Все обследованные по длительности заболевания были распределены на две клинические группы. В 1-ю группу включены пациенты с соматоформными расстройствами с длительностью заболевания до 3 лет – 25 человек. Во 2-ю группу вошли больные с неблагоприятным, затяжным течением соматоформных расстройств и длительностью заболевания более 3 лет, число участников 2-й группы составило 29 человек.

Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных иммунологических тестов [Ветлугина Т. П. и др., 2000; Сизякина А. П., Андреева И. И., 2005]. В качестве контроля были приняты данные иммунного статуса 190 практически здоровых людей г. Томска (региональные нормы).

Обсуждение результатов. При анализе полученных данных установлено, что показатели системы иммунитета у пациентов с соматоформными расстройствами оказались сопоставимы по большинству параметров, но по сравнению с пациентами 1-й клинической группы во 2-й группе пациентов с неблагоприятным, затяжным (свыше 3 лет) течением соматоформных расстройств зарегистрированы самые низкие значения количества Т-лимфоцитов $CD3^+$-фенотипа, цитотоксических Т-лимфоцитов $CD8^+$-фенотипа и самое высокое значение количества лимфоцитов с маркерами поздней активации $HLADR^+$. Полученные результаты позволяют рассматривать иммунологические параметры в качестве предикторов формирования затяжного течения соматоформных расстройств.

Разработанный способ прогнозирования течения соматоформных расстройств заключается в проведении общеклинических и иммунологических исследований. В крови пациентов определяют Т-лимфоциты ($CD3^+$), цитотоксические Т-лимфоциты ($CD8^+$), лимфоциты с маркерами поздней активации ($HLADR^+$). Показано, что при одновременном содержании $CD3^+$ 59 % и менее, $CD8^+$ 19 % и менее, $HLADR^+$ 20 % и более прогнозируют затяжное течение соматоформных расстройств.

На данный способ получен патент РФ (№ 2578966 от 27.03.2016), он может быть широко использован в медицине и здравоохранении для прогноза формирования затяжного течения соматоформных расстройств на более ранних этапах заболевания и целенаправленно проводить психофармакологические мероприятия с включением методов иммунокоррекции.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ, С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Очилов У. У., Хидиров Л. Ф., Тураев Б. Т.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Реабилитация ВИЧ-инфицированных больных, употребляющих ПАВ, с психическими расстройствами на данный момент является разрабатываемой и актуальной темой. Необходимость разработки методов социальной поддержки, психологической коррекции и психотерапевтического воздействия с целью повышения эффективности терапии и профилактики при психических расстройствах среди больных с ВИЧ-инфекцией, зависимых от ПАВ, определяется распространенностью этой патологии и особенностями течения. Наряду с психофармакологической терапией зависимости от ПАВ и проведения АРВ-терапии ВИЧ-инфицированных больных, необходимо создание психокоррекционной терапии для больных с формирующимися психическими расстройствами для оказания им социальной поддержки и улучшения их качества жизни.

Формирование у больных с зависимостью от ПАВ психических расстройств после информирования о ВИЧ-инфекции позволяет активно включать их в психотерапевтические мероприятия. Необходимо учитывать, что важным моментом в проведении комплексной реабилитации среди таких больных является адаптационная возможность, исходя из которой также планируются социальные и психотерапевтические мероприятия.

Цель. Выявить особенности оказания психотерапевтического воздействия больным с ВИЧ-инфекцией, употребляющим ПАВ, с психическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 52 ВИЧ-инфицированных больных в возрасте от 28 до 54 лет, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере Самарканда. Больные разделены на две группы. К 1-й группе (24 больных) были отнесены пациенты, которым проводился метод психодрамы. 2-я группа состояла из 28 больных, в их лечении использовалась гештальттерапия, на протяжении 4 месяцев. Задачами психотерапии у больных, употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией, являлись: редукция психопатологических проявлений, развитие новых личностных качеств и навыков адаптации после инфицирования ВИЧ у больных с зависимостью от ПАВ, становление ремиссии и стабильности, влияющих на уровень психосоциальной адаптации и качество жизни.

Метод психодрамы проводился посредством театрализации, ролевой игры, драматического самовыражения. Разыгрывались сцены, изображающие воспоминания о событиях прошлого, до появления зависимости от ПАВ и ВИЧ-инфицирования, незавершенные ситуации, внутренние драмы, фантазии, сны, подготовка к предстоящим ситуациям со статусом ВИЧ. К основным терапевтическим фактам психодрамы отнесли следующие действия: проработка всех действий; достижение самопонимания; отыгрывание в действии; сверхреальность и сопротивление действий. Эффективность психодрамы оценивалось в основном межличностными отношениями. Улучшение состояния регистрировалось в период от 1 месяца до 12 месяцев. Согласно мнению больных, снижение частоты употребления ПАВ имело место у 12 % больных, прекращение употребления – у 4 %, улучшение психического состояния выявлено у 47 % больных, уменьшение обращаемости в наркологический и психоневрологический диспансеры в период проведения психотерапии – у 21 % больных. Таким образом, применение метода психодрамы существенно влияло на улучшение психического состояния пациентов, а также изменило отношение больных к употреблению ПАВ.

Преимущество метода гештальттерапии заключалось в том, что исследование и выявление замаскированных травм помогало больным сфокусироваться на осознании настоящего, живя в полную силу, несмотря на мысли о ВИЧ, на достижение осознания потребностей, желаний, внешнего мира и межличностных отношений, так как улучшение клинического состояния без осознания самого себя не дает положительных результатов и приводит к ухудшению психологического состояния.

Осознание ВИЧ-инфицированными больными внутренних процессов – ощущений, эмоций, мыслей, идей, образов и внешней реальности помогает в дальнейшем самостоятельно разрешить проблемы. В связи с этим мы решили применить этот метод психотерапии для преодоления психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных с зависимостью от ПАВ. Поэтому основной задачей применения гештальттерапии среди больных, употребляющих ПАВ с ВИЧ-инфекцией, является осознание жить в настоящем, переживать то, что происходит с ними сейчас. Использование гештальттерапии было вызвано стремлением добиться не отстранения психических переживаний, а принятия больным самого себя как единое целое. Если больные начали испытывать мучительные переживания после информировании о ВИЧ, им не нужно стремиться приглушить эти переживания. Следует принять то, что уже случилось, прочувствовать эти переживания и воспринять все как есть. Необходимо осознать уже случившееся и сделать новый выбор. Применение гештальттерапии помогло больным настроено «сражаться» с болезнью, восстанавливать социальную активность и наметить план дальнейших действий. Лишь у 15 % больных этой группы психическое состояние не улучшилось, им было рекомендовано лечение в условиях психиатрического стационара.

Обсуждение результатов. Необходимо отметить, что если психотерапевтический метод вполне осознается и отслеживается между врачом и больным, то, как правило, налаживаются следующие межличностные отношения и навыки адаптации: адекватная самооценка, определение интересов и целей в обществе; ответственность за свое состояние; контролирование своего состояния; формирование благоприятного жизненного уровня; регулирование собственных внутренних ресурсов; адекватное отношение к негативным последствиям с ВИЧ-инфицированностью.

Выводы. Таким образом, основной целью проведения психотерапии при работе с ВИЧ-инфицированными больными, употребляющими ПАВ, с психическими расстройствами является целенаправленное усиление и развитие межличностных отношений и навыков адаптации.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ОСНОВНОМУ БЕЛКУ МИЕЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Паршукова Д. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Согласно современным представлениям, теории патогенеза шизофрении имеют в своей основе повреждение нейротрасмиттерных систем, однако метаболические нарушения и иммунологические изменения также вносят вклад в патогенетическую картину заболевания (Ветлугина Т. П. и др., 2001; Узбеков М. Г., 2014). При шизофрении возникает нарушение процессов синаптической передачи, приводящее к повреждению нейронов и их выраженной дисфункции. Повреждение клеточных мембран вызывает образование мозговых аутоантигенов и аутоантител (Клюшкин Т. П. и др., 2008). Кроме того, выявлены антитела к основному белку миелина в крови лиц больных шизофренией (Морковкин В. М., Картелишев А. В., 1988; Rimón R atal, 1986).

Основной белок миелина (ОБМ) – один из основных компонентов миелина ЦНС, он поддерживает компактность миелиновых оболочек, связывая противоположные поверхности цитоплазматических сторон плазматической мембраны олигоденроцита за счет своего положительного заряда и липид-белковых взаимодействий. Основной белок миелина является одним из ключевых для образования миелиновой оболочки и белкового транспорта через нее. Аномалии олигодендроцитов и миелина могут быть источником нарушения нейронных связей. Этот белок обладает высокой иммуногенностью и является хорошо изученным маркером белого вещества, обнаружение которого в крови свидетельствует о процессе демиелинизации. Проникая через гематоэнцефалический барьер, ОБМ и его фрагменты могут стимулировать синтез антител к компонентам миелина.

У больных шизофренией обнаружено повреждение клеточных мембран (мембраны нейронов, наружные мембраны миелина и олигодендроцитов, оболочки аксонов и глиальных клеток) (Прилипко Л. Л. и др., 1982; Завалишин И. А. и др., 1996; Власова Н. М., 2001; Рязанцева Н. В. и др., 2004). Известно о нарушении гематоэнцефалического барьера у этих больных (Говорин Н. В. и др., 2011). Кроме того, выявлены антитела к основному белку миелина в крови лиц больных шизофренией (Морковкин В. М., Картелишев А. В., 1988). При этом снижение уровня антител к нейроантигенам (в том числе к основному белку миелина) коррелирует с формированием устойчивой ремиссии, в то время как увеличение их уровня, наоборот, является неблагоприятным прогностическим фактором (Kliushnik T. P. et al., 2008).

В данной работе было проведено исследование антител крови больных шизофренией к основному белку миелина в группах пациентов с различной ведущей симптоматикой и здоровых лиц.

Группу контроля составили 14 психически и соматически здоровых лиц. Группа пациентов состояла из 32 человек и была гетерогенной в отношении половозрастного состава и продолжительности заболевания. Из исследовательской выборки было сформировано 2 группы пациентов по 16 человек в зависимости от ведущей симптоматики заболевания. Все обследуемые лица являлись пациентами отделения эндогенных расстройств клиник НИИ психического здоровья (Томск).

Диагноз был установлен в соответствии с МКБ-10. Ведущая симптоматика определялась в соответствии с баллами по шкале PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Все пациенты находились в стадии обострения на фоне длительной отмены приема препаратов. В ходе исследования больные шизофренией распределялись по группам в зависимости от критериев анализа экспериментальных данных.

Критериями исключения для всех обследуемых лиц являлось наличие острых и хронических инфекционных, воспалительных, аутоиммунных заболеваний.

Иммуноглобулины класса G были выделены методом аффинной хроматографии на колонках с Protein G-Sepharose. Уровень антител к ОБМ определялся в препаратах IgG, выделенных индивидуально из крови каждого обследуемого лица с методом иммуноферментного анализа. В качестве антигена, иммобилизированого на твердофазном носителе, был использован основной белок миелина человека, выделенный из постмортальных образцов тканей мозга.

Результаты исследования. В ходе проведенной работы было показано, что уровень сыворотки IgG к ОБМ в общей группе больных шизофренией оказался значительно выше по сравнению с контрольной группой здоровых ($p=0,0004$). Это согласуется с полученными ранее данными относительно уровня каталитической активности антител к ОБМ у больных шизофренией и здоровых лиц. По сравнению с контрольной группой выявлено, что группа пациентов с ведущей позитивной симптоматикой имела значительно более высокий уровень антител в сыворотке крови к ОБМ ($p=0,001$), несмотря на то что относительная каталитическая активность IgG в этих группах существенно не отличались.

Выводы. Таким образом, данные нашей работы косвенно свидетельствуют о наличии повреждения основного белка миелина в группе больных шизофренией. Это делает целесообразным проведение исследования этого белка в качестве субстрата для изучения протеолитической активности иммуноглобулина G в рамках исследования патогенеза этого заболевания.

Работа поддержана грантом РНФ № 14-15-00480 «Поиск ключевых биомаркеров патогенеза социально значимых эндогенных психических расстройств» 2014—2016 гг.

МОТИВАЦИЯ ВОЗДЕРЖАНИЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Патрикеева О. Н.[1], Овчинников А. А.[2], Кормилина О. М.[1], Соловьева И. Г.[2], Иксанова Д. Д.[1]

[1] ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер», Новосибирск
[2] ФФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск

Большинство пациентов с зависимостью от синтетических каннабиноидов, поступающих на лечение в наркологический стационар, имеют низкую мотивацию к прохождению курса реабилитации и полному отказу от употребления ПАВ (чаще всего это лица, исполняющие решение суда или поступающие под воздействием социального окружения). Особую группу составляют пациенты, госпитализированные в психиатрический стационар по поводу по поводу психотических состояний, развившихся вследствие употребления курительных смесей, содержащих синтетические каннабиноиды. Такие больные поступают на лечение в активной стадии заболевания вынужденно и обычно не имеют мотивации к прохождению дальнейшего лечения и реабилитации. При прохождении курса лечебных мероприятий они, как правило, тяготятся режимом отделения, вынужденным обрывом наркотизации и стремятся как можно быстрее покинуть отделение, приводя в качестве причин различные доводы.

С нашей точки зрения, формирование мотивации на отказ от употребления психоактивных веществ является одной из основных терапевтических мишеней при лечении пациентов с наркотической зависимостью.

Цель настоящей работы – исследовать исходный уровень мотивации отказа от употребления психоактивных веществ и ее динамику после лечебно-реабилитационных мероприятий у наркозависимых пациентов.

Материал и методы. В исследование включены 74 пациента с зависимостью от синтетических каннабиноидов (СК), поступившие на лечение в наркологический стационар, с разными сроками лечения: до 21 дня (N=34), от 21 дня до 3 месяцев (N=23) и от 3 до 6 месяцев (N=17). Для исследования уровня мотивации к отказу от потребления курительных смесей, содержащих СК, использовали: клиническое интервью, специально разработанную мотивационную авторскую анкету и разработанный в НИПНИ им. В. М. Бехтерева «Опросник оценки мотивации на отказ от потребления ПАВ».

Результаты и обсуждение. При исследовании исходного уровня мотивации получены данные о том, что только у 1,4 % обследованных наркозависимых имеется внутренняя мотивация, 4,1 % пациентов имеют амбивалентную мотивацию, а 94,5 % пациентов имеют либо внешнюю мотивацию на отказ от употребления ПАВ, либо вообще не мотивированы на отказ от употребления наркотических средств.

Мотивация пациентов на отказ от употребления ПАВ и трезвый образ жизни начинается с момента поступления в отделение. Врач-психиатр-нарколог проводит мотивационную работу, направленную на повышение приверженности пациента к лечению, выписывает направление для прохождения лечения. Медицинские психологи проводят диагностические и психокоррекционные мероприятия на протяжении всего периода пребывания пациента в стационаре, используя как индивидуальный, так и групповой формат работы.

Сравнение данных о природе мотивации наркозависимых, полученных при первичной беседе клинического психолога реабилитационного стационарного отделения и при выписке, показал, что после прохождения программы реабилитации увеличивается количество пациентов с амбивалентной мотивацией (14,9 % против 4,1 %, p=0,023) и наблюдается тенденция к увеличению доли наркозависимых с внутренней мотивацией (8,1 % против 1,4 %, p=0,052).

При анализе связи уровня мотивации к лечению и продолжительности госпитализации выявлено, что при увеличении продолжительности участия в реабилитационной программе наблюдается рост количества пациентов с внутренней мотивацией к отказу от приема наркотиков.

Так, доля безразличных пациентов снижается с 70,6 % (после 3-недельного лечения) до 8,7 % (после 3 месяцев) и до 0 % – при условии полугодовой госпитализации. Количество пациентов с амбивалентной мотивацией растет с 2,9 % до 8,7 % (при увеличении срока госпитализации с 3 недель до 3 месяцев) и до 47,1 % – после 6-месячной госпитализации при условии участия в реабилитационной программе. Совокупная же доля пациентов с внутренней мотивацией увеличивается с 1,4 % до 35,3 % (через 6 месяцев) пребывания в стационаре. Доля пациентов, мотивированных внешними факторами, снижается с 26,5 % (после 3 недель лечения) до 17,6 % (после 6 месяцев).

Выводы. Мотивация на здоровый образ жизни без употребления психоактивных веществ поддерживается после окончания курса стационарного лечения путем привлечения пациентов в амбулаторную реабилитационную группу.

ПРОЦЕДУРА НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ – ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПСИХИАТРОВ

Петракова А. В., Тарханов В. С., Ягупова Н. Х.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань
ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань

Совершенствование процедуры недобровольной госпитализации является актуальной проблемой психиатрии. Изменения в законодательстве весьма противоречивы и не всегда учитывают именно психиатрическую составляющую данного вопроса (Шишков С. Н., Гречишкина Н. А., 2016).

Целью исследования явилось изучение особенностей недобровольной госпитализации с позиций врачей-психиатров.

Материал и методы. Психиатрам ГБУЗ АО «ОКПБ», осуществляющих врачебную деятельность в стационарных условиях (за исключением врачей судебно-психиатрических экспертов, психиатров детского отделения, отделений принудительного лечения, военно-врачебных экспертиз), предлагалось в анонимном порядке ответить на вопросы, связанные с недобровольной госпитализацией. Из субъективных характеристик респондентам необходимо было указать стаж работы в определенных диапазонах. Всего в опросе приняло участие 38 человек.

Респондентам предлагалось ответить на следующие вопросы: 1. По Вашим наблюдениям, какова длительность болезненного периода, предшествовавшего недобровольной госпитализации? 2. Могут ли пациенты с тяжелым психическим расстройством скрывать галлюцинации, бред, явления психического автоматизма, в том числе во время судебного заседания в связи с недобровольной госпитализацией? 3. Сопровождается ли психотическая симптоматика критическим отношением к болезни? 4. Влияют ли показания родственников, врача-психиатра во время судебного заседания в присутствии пациента на формирование доверительных отношений в дальнейшем? 5. Сколько времени Вы затрачиваете на оформление процедуры недобровольной госпитализации и участие в процедурных мероприятиях (судебное заседание, комиссионный осмотр и пр.) 6. Были ли в Вашей практике случаи, когда пациент давал информированное добровольное согласие на госпитализацию и лечение в период с момента доставки документов в суд и до заседания суда? 7. Пытались ли Вы уговорить пациента подписать согласие на лечение, чтобы избежать оформления недобровольной госпитализации? 8. Ваши предложения по совершенствованию процедуры недобровольной госпитализации.

Результаты исследования. Исходя из практического опыта, психиатры отметили, что болезненный период, предшествовавший недобровольной госпитализации, был вариабелен и в ряде случаев исчислялся годами. В случае шизофрении пациенты нуждались не только в лечении, но и в социально-реабилитационных мероприятиях (восстановление документов, оформление группы инвалидности и др.). Длительный болезненный период отчасти связан с относительно упорядоченным поведением при наличии галлюцинаторно-параноидной симптоматики.

По итогам опроса, 55,3 % врачей отмечают, что пациенты могут скрывать бред, галлюцинации, явления психического автоматизма, в том числе и во время судебного заседания в связи с недобровольной госпитализацией; 42,1 % считают, что диссимуляция возможна. В связи с этим предлагается увеличить время для освидетельствования с 48 до 72 часов, если пациент госпитализирован в выходные и праздничные дни.

Все психиатры, независимо от стажа работы, подтвердили, что психотическая симптоматика только в редких случаях сопровождается осознанием болезненного характера переживаний. Именно данная особенность отличает пациентов с расстройствами психотического уровня. Еще К. Ясперс (1959) отмечал, что «длительного и полного постижения болезни при психозе не бывает». Подписывая информированное добровольное согласие на госпитализацию, пациент руководствуется рядом причин, но четкое осознание необходимости лечения в связи с наличием психического расстройства зачастую отсутствует. Исследования, проведенные за рубежом, показали, что среди большого количества госпитализаций лишь 18,5 % были добровольными (Shao Y., Xie B., Wu Z., 2012).

Формирование комплаентности у пациентов с психическими расстройствами является залогом успешного лечения, профилактики обострений и социальной адаптации. 57,9 % психиатров считают, что показания лечащего врача на судебном заседании в присутствии пациента отрицательно влияют на формирование доверительных отношений в дальнейшем, 42,1 % респондентов отмечают индивидуальный характер их формирования. В непростой ситуации оказываются родственники пациента, особенно если психическое расстройство имеет непрерывный характер течения и критическое отношение к болезненным проявлениям не формируется.

Процедура недобровольной госпитализации не только энергоемкая, но и психотравмирующая ситуация для врача. В короткие сроки необходимо диагностировать психическое расстройство, оценить его тяжесть, динамику развития. По результатам проведенных отечественных и зарубежных исследований психиатры в большей степени подвержены стрессу, синдрому эмоционального выгорания (Бодагова Е. А., Говорин Н. В., 2013). Результаты опроса показали, что время, которое затрачивает врач-психиатр на оформление недобровольной госпитализации и участие в процедурных мероприятиях в зависимости от занимаемой должности и других причин, варьирует от 2 до 12 часов и более. Соответственно, о полноценном внимании другим пациентам в это время говорить очень сложно.

С позиций правоприменения остается открытым вопрос, когда после 48 часов с момента госпитализации и до заседания суда пациент дает информированное добровольное согласие на госпитализацию и лечение, такие ситуации отметили 65,8 % опрошенных психиатров.

По итогам анонимного опроса нами сформулированы предложения по совершенствованию недобровольной госпитализации: законодательное закрепление амбулаторного лечения в недобровольном порядке; в случае оснований, изложенных в пунктах «б» и «в» ст. 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», вынесение судебного постановления о недобровольной госпитализации до момента поступления на стационарное лечение; создание специализированных судов, решающих вопросы судебного порядка пациентов с психическими расстройствами в течение 48 часов; упрощение процедуры и т. д.

Таким образом, в реализации процедуры недобровольной госпитализации следует учитывать клинические особенности психической патологии, приводящей к недобровольной госпитализации. Не должна упускаться из внимания главная задача – специализированная помощь лицам, страдающим тяжелым психическим расстройством, с неукоснительным соблюдением прав человека.

СОВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА СИТУАЦИИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Пичугина Ю. А., Березовская М. А., Коробицина Т. В., Афанасьева Н. А.

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

Заметные изменения немедицинского применения наркотических средств стали регистрироваться с конца XIX века. Различные попытки ведущих стран ограничить оборот наркотиков приводили к появлению веществ, которые оказывали близкие к наркотикам эффекты, но не попадали под ограничение оборота. Как правило, эти препараты отличались высокой эффективностью и легкостью синтеза. Наличие таких свойств и отсутствие официальных запретов позволяли «альтернативным» наркотикам быстро завоевывать популярность. Так, 20—30-е годы прошлого столетия отличались появлением аналогов морфина, в 60—70-е годы появились аналоги LSD-25, а 70—80-е годы – различные производные фенциклидина и амфетаминов.

Современная ситуация, складывающаяся в последние несколько лет, характеризуется появлением и достаточно быстрым распространением новых синтетических психоактивных веществ со своеобразными клиническими эффектами. Несмотря на разнообразие химического состава, обилие названий и способов применения, их объединяют выраженный психостимулирующий эффект и способность вызвать шизофреноподобные психотические расстройства. Как правило, в состав современных «курительных смесей» и «солей для ванн» входят синтетические аналоги каннабиноидов и производные пировалерона. Такие «дизайнерские» наркотики, как правило, полностью воспроизводят наркотические свойства, близкие, но не идентичные по строению вещества, разрабатываются с целью обхода действующего законодательства, далеко не все из них на сегодняшний день запрещены к обороту Постановлением Правительства РФ.

Такая смена химического состава психоактивных веществ, поступающих на рынок, неизбежно сопровождается изменением структуры регионов их производства. Традиционно к странам основного производства наркотиков натурального происхождения до последнего времени относились регионы с заметной политической нестабильностью, со слабыми механизмами государственного управления, с наличием неподконтрольных государственной власти обширных сельскохозяйственных территорий (например, в Афганистане, Лаосе, Колумбии, Перу).

Для синтетических наркотиков характерным является производство их в высокоразвитых, промышленных странах. Традиционно основными странами – поставщиками синтетических наркотиков, таких как амфетамины и их аналоги, Speed и прочие, являются в основном Бельгия, Германия, Нидерланды и Польша. На сегодняшний день в этот список необходимо добавить Китай, который интенсивно завоёвывает наркотический рынок сбыта.

Кроме того, к современным особенностям следует относить и смену способа приобретения наркотических веществ и способа получения информации о них. Сегодня с помощью интернета можно не только узнать о составе, эффектах, цене «дизайнерских» наркотиков, но и оплатить их получение и организовать доставку потребителю, исключая личные встречи с поставщиком.

По данным ООН, глобальная распространенность потребления наркотиков остается стабильной. В 2013 г. около 246 млн человек, или 5 % всего населения планеты в возрасте от 15 до 64 лет, употребляли наркотики. Количество проблемных потребителей наркотиков составило около 27 млн. Самым употребляемым наркотическим средством в мире является каннабис. В 2006 г. наркотики каннабисной группы употребляли приблизительно 166 миллионов человек в возрасте 15—64 лет, что соответствовало приблизительно 4 % мирового населения. И несмотря на то что после роста потребления каннабиса до 2011 г. – в 2012 г. в мировом масштабе его потребление несколько снижается – в большинстве регионов мира, включая Северную Америку, растет число населения, которое обращается в клиники в связи с расстройствами, связанными с его потреблением.

Глобальный рынок героина, начиная с конца 1990-х, оставлял впечатление относительной стабильности спроса. Общемировой показатель распространенности потребления опиоидов (0,7 % мирового взрослого населения, или 32,4 млн потребителей) и опиатов (0,4 %, или 16,5 млн потребителей во всем мире) не изменился и в последующем. Но в 2013 г. производство героина превысило самые высокие уровни, наблюдаемые в 2008 г. и в 2011 г., общая площадь культивирования опийного мака в 2014 г. достигла самого высокого уровня с конца 1930-х годов.

Динамика структуры потребления психоактивных веществ в России в целом относительно совпадает с международными тенденциями. В РФ до 2000 г. отмечался рост потребления наркотиков опийной группы, употребление психостимуляторов и каннабиноидов оставалось без значительных изменений. Ситуация существенно поменялась в 2010-х – именно в это период резко возросло потребление психостимуляторов и каннабиноидов. Если в 2012 г. удельный вес синтетических наркотиков в общей массе изъятых всеми правоохранительными органами страны наркотических средств составлял немногим более 3 %, то в 2013 г. данный показатель превысил 5 %, а в 2014 г. достиг 13 %, а по итогам первого полугодия 2015 г. составил 17,6 %.

В Красноярском крае при возрастании общего количества изъятых наркотиков с 801,9 кг (2012) до 833,2 кг (2014) отмечено незначительное увеличение по опиатам (со 136,2 кг до 137,9 кг), снижение по препаратам каннабисной группы (с 664,8 до 495,2 кг). В то время как изъятие синтетических психоактивных веществ увеличилось с 28,2 кг (2012) до 201,6 кг (2014), причем за 9 месяцев 2015 г. уже изъято 192,3 кг наркотических средств и психоактивных веществ.

Изменилась и структура заболеваемости. Для общей тенденции, складывающейся по России за последние 5—6 лет, характерен рост госпитализаций пациентов с психозами на фоне употребления наркотических веществ. По приводимым Е. А. Кошкиной с соавторами данным, этот показатель увеличился с 0,55 на 100 тысяч населения в 2009 г. до 1,5 в 2012 г. [9].

Сибирский федеральный округ не стал исключением в ряду регионов, где остро стоит проблема наркомании. По данным Новосибирского областного наркологического диспансера, в 2013 г. по сравнению с 2012 г. возросло количество случаев выявления потребления JWH (-018, -250, -210) в 10 раз.

В соответствии с отчетными данными Красноярского краевого наркологического диспансера до 2012 г., основной причиной обращения за медицинской помощью была зависимость от опиатов, несмотря на достаточно широкое употребление каннабиноидов. Препараты конопли не вызывали серьезных медицинских проблем со здоровьем. Основной причиной для оказания помощи лицам, употребляющим опиаты, являлась необходимость купировать абстинентное состояние, психозов у них не наблюдалось. Практически все психозы были алкогольной этиологии. Ситуация коренным образом изменилась в 2012—2013 гг., когда резко возросло количество психозов неалкогольной этиологии (с 2 до 341 случая).

Таким образом, сложившаяся в последние годы в стране и Сибирском регионе ситуация, связанная с употреблением различных психоактивных веществ, отличается выраженной цикличностью распространения наркотических средств, увеличением их производства в высокоразвитых, промышленных странах, развитием широкого доступа к информации о психоактивных веществах и способах их приобретения через сеть интернет-магазинов, быстрой изменчивостью химического состава наркотиков, высоким уровнем распространения психотических осложнений. Не исключена возможность выхода на рынок психоактивных веществ нового химического состава с иными клиническими эффектами.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Плотникова Н. С., Раева Т. В.

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тюмень

Материал и методы. С целью разработки дифференцированных психотерапевтических программ для пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), имеющих непсихотические психические расстройства на этапе подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования (АКШ), и оценки их эффективности было обследовано 110 пациентов кардиохирургического отделения, поступивших в плановом порядке для реваскуляризации миокарда (мужчин – 63,6 %, женщин – 36,4 %). Средний возраст больных составил 58,68±6,34 года. Комплексный клинический метод изучения психических нарушений в периоперационном периоде у кардиохирургических пациентов дополнялся данными клинических шкал депрессии Гамильтона (HDRS), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и методики оценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина, а также нейропсихологической диагностики по Е. Д. Хомской (2010), статистической обработкой результатов исследования. Обследование проводилось дважды: в утреннее время за сутки до операции и в раннем послеоперационном периоде на 2–3-и сутки после перевода из отделения реанимации в палату.

Результаты. Как показало проведенное исследование, даже в случае успешно проведенного АКШ часть пациентов не испытывала радости и облегчения. Более того, наблюдалось усиление депрессивных переживаний, что во многом определялось наличием у больных ригидных отрицательных эмоционально-когнитивных связей, оказывающих негативное влияние на течение послеоперационного периода и требующих дополнительной специфической коррекции. Непсихотические психические расстройства в дооперационном периоде АКШ были представлены преимущественно невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (38,2 %) и расстройствами настроения (26,4 %), чаще в виде легкого депрессивного эпизода (12,7 %). После операции ведущими были расстройства настроения (35,5 %) (легкий депрессивный эпизод – 16,4 %; средней степени тяжести – 10,9 %) и непсихотическими психическими расстройствами вследствие органического поражения центральной нервной системы (32,7 %), чаще в виде органического непсихотического депрессивного расстройства (10,9 %) и органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства (11,8 %).

На основе результатов клинического, психологического и нейропсихологического обследования больных ИБС с непсихотическими психическими расстройствами нами были разработаны психотерапевтические программы для этапа подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования. В основу психотерапевтической помощи пациентам в периоперационном периоде были положены принципы интегративного подхода с преимущественным применением когнитивно-поведенческой терапии, позволяющей в условиях краткосрочной работы эффективно восстанавливать психоэмоциональное равновесие больных и формировать у них более адаптивные установки, осваивать навыки релаксации и самовнушения. Программа психотерапии в дооперационном периоде АКШ включала диагностический, психообразовательный и коррекционный этапы.

Диагностический этап был направлен в основном на выявление актуальных эмоциональных нарушений, депрессогенных установок больных, их способности к вербализации чувств. В дальнейшем проходило обучение когнитивной модели развития психических расстройств, дифференциации отдельных эмоций в общей гамме их переживаний, преодолению внутреннего запрета на выражение чувств, рефлексии чувств и мыслей, выявлению дисфункциональных мыслей и установок, развитию навыков самонаблюдения и самоконтроля.

На коррекционном этапе особое внимание уделялось формированию конфронтации с дисфункциональными мыслями и депрессогенными установками, поиску альтернативных вариантов, актуализации личности ресурсов, а также освоению формулы самовнушения и релаксации.

В раннем послеоперационном периоде АКШ программа психотерапии также состояла из трех этапов: диагностического, мотивационного и коррекционного. Она включала в себя выявление ригидных эмоционально-когнитивных связей, депрессивных расстройств и послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД). В дальнейшем работа была направлена на формирование, усиление и поддержание мотивации к психотерапии и дальнейшей реабилитации. Коррекционный этап был посвящен проработке иррациональных депрессогенных установок, автоматических когниций, поиску альтернативных идей и преодолению перфекционизма. Наряду с психотерапевтической помощью для коррекции ПОКД использовалась персональная программа в виде рабочей тетради со специальными заданиями по тренировке отдельных когнитивных функций, наиболее подверженных негативному влиянию в результате оперативного вмешательства и анестезиологического пособия.

Оценка эффективности психотерапевтических программ помощи больным непсихотическими психическими расстройствами в периоперационном периоде аортокоронарного шунтирования показала наступление клинического улучшения у 72,0 % обследованных больных. В случае оказания психотерапевтической помощи в периоперационном периоде АКШ у 44,0 % больных по оценочным шкалам определялось полное исчезновение психических расстройств, в 26,0 % случаев зарегистрировано значительное снижение тяжести депрессивных и других непсихотических психических нарушений. У 28,0 % пациентов улучшение психического состояния было умеренным.

Среди пациентов, которым оказывалась психотерапевтическая помощь (1-я группа), по шкале Спилбергера-Ханина не наблюдалось высокого уровня реактивной тревожности в отличие от 2-й группы пациентов, которым психотерапевтическая помощь не оказывалась, в ней произошло увеличение частоты высокой реактивной тревожности после операции. Больные 1-й группы демонстрировали менее выраженную реактивную тревожность как на этапе подготовки к операции, так и после её проведения. Умеренный уровень реактивной тревожности в этой группе был достоверно ниже как до операции (χ^2=5,30; p=0,021), так и после ее проведения (χ^2=4,34; p=0,037).

Согласно данным шкалы HDRS, депрессивные расстройства после операции у больных, получивших психотерапевтическую помощь, встречались достоверно с более редкой частотой (χ^2=4,91; p=0,027).

По шкале HADS выявлено, что у пациентов с депрессивными расстройствами в раннем послеоперационном периоде, включенных в психотерапевтическую программу, субклинический уровень депрессии был достоверно меньше, чем у больных, не получавших психокоррекционную помощь (χ^2=7,17; p=0,007). Достоверное улучшение выполнения нейропсихологической пробы «Деавтоматизированная речь: месяцы года наоборот» было выявлено у пациентов в раннем послеоперационном периоде после завершения программы тренировки когнитивных функций (χ^2=4,43; p=0,035).

Выводы. Таким образом, полученные результаты исследования доказывают необходимость включения программ психотерапевтической помощи пациентам с депрессивными расстройствами в периоперационном периоде аортокоронарного шунтирования, что позволяет своевременно диагностировать и купировать непсихотические психические расстройства, особенно депрессивные и когнитивные, способствует повышению мотивации больных для включения в дальнейшие длительные реабилитационные мероприятия и повышению их качества жизни.

ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Погосов А. В., Николаевская А. О.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

В настоящее время в числе первоочередных задач практической и научной психиатрии стоит разработка новых форм выявления, терапии и профилактики пограничных психических расстройств, к числу которых относятся соматизированные психические расстройства. Отсутствие четких клинических форм и нозологической специфичности, стигматизация в психиатрии, недостаток необходимой информации у врачей общего профиля о начальных проявлениях соматизированных психических расстройств способствуют проведению необоснованных дорогостоящих обследований соматического состояния, назначению неэффективного лечения, прогрессированию заболевания, формированию его развернутой клинической формы. Наиболее остро стоит проблема раннего выявления пограничной психической патологии, позволяющей своевременно проводить комплекс лечебных и социально-профилактических мероприятий.

Цель исследования − разработать алгоритмы ранней диагностики соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники.

Задачи исследования: обозначить круг соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями, встречающихся у больных в поликлиническом звене; проанализировать клиническое своеобразие начального этапа течения заболевания; описать алгоритмы ранней диагностики обозначенных состояний для специалистов городской поликлиники (участковый терапевт, кардиолог, невролог, медицинский психолог, психотерапевт и прочих).

Материал исследования. С 2011 по 2016 г. нами были обследованы 218 больных соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми симптомами с различной тяжестью заболевания. Учитывая диагностические критерии МКБ-10, а также специфику клинической картины заболевания, были обозначены такие группы соматизированных психических расстройств у больных городской поликлиники: полисимптоматическая истерия (соматизированное расстройство), соматизированная депрессия и паническое расстройство.

Распределение больных в основную и контрольную группы происходило с учетом тяжести клинических проявлений заболевания. Основную группу (100 человек) составили больные соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми симптомами с начальными проявлениями заболевания, с неполностью сформированной клинической картиной, длительностью заболевания до 1 года. Такие больные обращались за медицинской помощью к терапевту, неврологу, кардиологу, эндокринологу и выявлялись в условиях поликлиник № 1, № 5 г. Курска. Изначально в выборку вошли также 11 больных ипохондрией с сердечно-сосудистыми проявлениями и 6 больных с соматоформной вегетативной дисфункцией сердца, однако из-за их малочисленности окончательную группу они не сформировали. Контрольную группу (118 человек) составили больные с развернутой клинической картиной заболевания, длительностью от 1 года до 5 лет. Они находились на стационарном лечении у психиатра в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах № 1, № 2 Курского клинического психоневрологического диспансера. В исследование включались больные, не имеющие по результатам обследования соматических заболеваний.

Методы. При проведении исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический и статистический методы. Были задействованы следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) φ-критерий Фишера − позволяет оценить достоверность различий между процентными долями и частотой двух выборок. Для статистического анализа использовалась программа Statistica (версия 6.0) Stat Soft.

Результаты. Социально-демографические показатели обследованных выглядели следующим образом: преобладали жители сельской местности (125 человек − 57,33 %), лица женского пола (160 − 73,39 %). Распределение по возрасту было таким: от 20 до 30 лет – 87 человек (39,90 %), от 31 до 40 лет – 74 (33,94 %), от 41 до 50 лет – 57 человек (26,16 %). Наибольший удельный вес приходился на лиц со средним специальным образованием (116 человек − 53,21 %). Большинство больных имели постоянную работу (117 человек − 53,66 %), состояли в браке 140 (64,22 %).

Таким образом, при диагностике начального этапа соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями необходимо опираться на следующие частные особенности их клинической картины: у пациентов с полисимптоматической истерией (соматизированным расстройством) − наличие не более 6 симптомов из 4 диагностических групп (нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, псевдоневрологические, желудочно-кишечные, болевые симптомы), длительность заболевания до 1 года; при соматизированной депрессии (в рамках расстройства адаптации) − небольшая тяжесть заболевания (набор симптомов для диагностики составляет не более трех), преобладание в клинической картине соматовегетативных функциональных симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы, которые носят сенестопатический оттенок, непродолжительное (до полугода) течение; у больных паническим расстройством − небольшое количество симптомов в клинике панической атаки (не более трех), фиксируемые в единичных случаях психические симптомы, межприступный период без тревоги предвосхищения, навязчивой ипохондрии, сверхценных ипохондрических идей, невысокая частота панических атак (менее 1 раза в неделю), длительность заболевания до 1 года.

КЛИНИЧЕСКОЕ СВОЕОБРАЗИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Погосова И. А.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

Высокая распространенность тревожно-фобических расстройств, выраженность субъективных переживаний, резистентность к лечению и склонность к рецидивированию определяют особое место этой патологии в ряду психических и поведенческих расстройств (Марута Н. А., Данилова М. В., 2004; Марута Н. А., 2014; Lepine J. P, 2002). Одним из тяжелых проявлений тревожных состояний, значительно снижающих качество жизни пациентов, являются панические атаки (ПА) (Смулевич А. Б., 1991; Семке В. Я., 1995). Наличие коморбидных паническому расстройству (ПР) состояний является одной из причин, осложняющих течение заболевания и негативно влияющих на трудоспособность и качество жизни больных.

Целью нашего исследования выступило изучение клинико-динамических особенностей ПР в случае их сочетания с аффективными расстройствами и качества жизни таких больных.

Для диагностики психических и поведенческих расстройств использовались указания МКБ-10 и предложенные нами критерии (Семке В. Я. и др., 2003). Одновременное присутствие в клинической картине заболевания симптомов панического расстройства (F41.0) и депрессивного расстройства (ДР) (легкий депрессивный эпизод – F32.0, умеренный депрессивный эпизод – F32.1) при достаточной степени выраженности симптомов позволило провести раздельную диагностику этих расстройств.

Основная группа (ОГ) представлена больными (35 чел. – 51,47 %) с коморбидными паническим расстройством и аффективными расстройствами (депрессивное расстройство, умеренный депрессивный эпизод – F32.1). Контрольная группа (КГ) включала пациентов (33 чел. – 48,53 %), обнаруживающих в клинической картине только ПР. Пациенты обеих групп (68 чел. – 100 %) подверглись клинико-психопатологическим и патопсихологическим методам исследования.

Исследование больных с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами проводилось в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы.

Для оценки качества жизни больных использовались экспериментально-психологические методы: «Анкета качества жизни SF-36» (Ware J. E., 1992), «Методика оценки качества жизни больных и инвалидов NAIF» (Пушкарев А. Л., Аринчина Н. Г., 2000), специально разработанная анкета для получения дополнительных сведений о течении заболевания.

Полученные результаты подвергались статистической обработке с применением критериев U-Манна-Уитни и Фишера φ*, в программе STATISTIKA 6.0 Stat Soft.

Обсуждение результатов. При сочетании ПР и ДР панические атаки возникали до первых проявлений депрессивного эпизода, по мере усугубления депрессии они исчезали. ПА выступают в качестве раннего клинического проявления депрессивного эпизода, исчезают по мере его утяжеления. Аффективный компонент ПА проявляется подавленностью, угнетенностью и безысходностью. Приступы ПА носят сезонный характер. Изучение качества жизни у больных обеих групп позволило установить различия на высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0{,}01$) по показателям ряда шкал. Выявлено, что уровни «ролевого функционирования» (n=53 %, p-level=0,00015), «жизнеспособности» (n=55 %, p-level=0,00189), «социального функционирования» (n=57 %, p-level=0,008), «эмоционального функционирования» (n=41 %, p-level=0,00095), «психологического здоровья» (n=25 %, p-level=0,0019), «общего здоровья» (n=24 %, p-level=0,004) были выше в КГ по сравнению с показателями ОГ. Интегративный показатель качества жизни оказался выше в КГ больных (n=45 %, p-level=0,00027). Выявленные клинические особенности ПР при их сочетании с аффективным расстройством обусловлены взаимовлиянием коморбидных заболеваний. Наличие коморбидной патологии оказывает негативное влияние на качество жизни таких больных. Выявленные особенности подлежат медикаментозной и психотерапевтической коррекции. Психотерапевтические программы предполагают проведение таким больным когнитивно-поведенческой психотерапии и обучение пациентов релаксационным техникам. Наряду с этим, при работе с больными коморбидными паническими и аффективными расстройствами целесообразно включение в психотерапевтическую программу психообразовательного элемента.

ВКЛАД ГЕНА PIP5K2A В РАЗВИТИЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Полтавская Е. Г., Федоренко О. Ю., Иванова С. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность. В психиатрии наиболее часто встречается медикаментозная гиперпролактинемия, учет которой имеет важное значение при проведении психофармакотерапии. Эффект гиперпролактинемии в большей или меньшей мере свойствен практически каждому нейролептику (Hamner M. B., Arana G. W., 1998; Dickson R. A et al., 2000).

Гиперпролактинемия возникает на фоне блокады дофаминовых рецепторов при антипсихотической терапии. Протеинкиназа фосфатидил-инозитол-4-фосфат-5-киназа тип 2 альфа (PIP5K2A) модулирует функциональность нейрональных калиевых каналов, участвующих в метаболизме дофамина в нейронах головного мозга (Gupta P. D. et al., 2004; Dalby-Brown W. et al., 2006). Таким образом, изменение на уровне гена PIP5K2A может опосредованно влиять на развитие такого побочного эффекта антипсхотической терапии, как гиперпролактинемия.

Целью нашего исследования было выявление ассоциаций полиморфных вариантов гена фосфатидил-инозитол-4-фосфат-5-киназы тип 2 альфа (rs10430590, rs946961) с развитием гиперпролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотического лечения.

Материалы и методы. Клинико-генетическому обследованию были подвергнуты 156 больных шизофренией, из них 108 мужчин и 48 женщин. Критериями включения пациентов в исследование являлись получение информированного согласия пациента или уполномоченного лица на клинико-биологическое обследование, клинически верифицированные врачами-психиатрами диагнозы шизофрении (раздел F20 согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10); принадлежность к европеоидной расе, отсутствие органических или неврологических расстройств. Пациенты получали терапию антипсихотиками (в виде монотерапии или их комбинаций): галоперидол, хлорпромазин, трифлуоперазин, рисперидон. В сыворотке крови была измерена концентрация пролактина иммуноферментным методом с использованием моноклональных антител (границы нормальных значений: для мужчин – 96–456 мкМЕ/мл, для женщин – 127–637 мкМЕ/мл). У 79 пациентов (50 мужчин и 29 женщин) уровень пролактина был выше нормы и им был выставлен диагноз гиперпролактинемии. У 77 пациентов (58 мужчин и 19 женщин) уровень пролактина находился в пределах нормы. Таким образом, были сформированы две группы сравнения: больные шизофренией с гиперпролактинемией и больные шизофренией без гиперпролактинемии.

Генотипирование выполняли методом ПЦР в реальном времени с помощью набора TaqMan1 Validated SNP Genotyping Assay фирмы «Life Technologies» на приборе «StepOnePlus» (Life Technologies, USA). Статистическая обработка результатов произведена с помощью программы SPSS, версия 15.0.

Результаты и обсуждение. При анализе распределения генотипов и аллелей полиморфных вариантов rs 10430590, rs 946961 гена PIP5K2A в группах сравнения была выявлена ассоциация rs 946961 с гиерпролактинемией (χ^2=7,711, p=0,021). Генотип CG rs 946961 гена PIP5K2A повышает риск развития данного побочного эффекта, в то же время гомозиготные генотипы CC и GG по этому локусу в группе больных шизофренией с гиперпролактинемией встречаются реже, чем в группе без гиперпролактинемии. Для генотипа CG значение OR=2,31 (95 % Cl 1,21–4,39). Ассоциации rs 10430590 с гиперпролактинемией у больных шизофренией выявлено не было. Тем не менее мы подтвердили выдвинутую нами гипотезу о вовлеченности гена PIP5K2A в формирование гиперпролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотического лечения.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 14-35-00023 *«Лаборатория фармакогенетических исследований персонализированной терапии психических и нейродеструктивных расстройств».*

Литература

1. *Hamner M. B., Arana G. W.* Hyperprolactinemia in antipsychotic-treated patients. Guidelines for avoidance and management // CNS Drugs. – 1998. – Vol. 10, Suppl. 3. – P. 209—222.
2. *Dickson R. A., Seeman M. V., Corenblum B.* Hormonal side effects in women: typical versus atypical antipsychotic treatment // J. Clin. Psychiatry. – 2000. – Vol. 61, Suppl. 3. – P. 10—15.
3. *Gupta P. D., Johar K., Vasavada A.* Causative and preventive action of calcium in cataracto-genesis // Acta Pharmacol. Sin. – 2004. – № 25. – P. 1250—1256.
4. *Dalby-Brown W. et al.* K(v)7 channels: function, pharmacology and channel modulators // Curr. Top. Med. Chem. – 2006. – № 6. – P. 999—1023.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Приленская А. В., Приленский Б. Ю., Федорова И. И.

ФФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Тюмень

Клиническая психотерапия как самостоятельная специальность имеет в России сравнительно небольшую историю. В конце 80-х годов, на волне социальных преобразований в советском обществе приказом Министерства здравоохранения СССР была утверждена новая самостоятельная медицинская специальность – психотерапия.

В современной России стать хорошим врачом-психотерапевтом по-прежнему непросто. Известно, что на подготовку врача уходит 7800 часов, из них 97 % предусмотрено на изучение тела и заболеваний отдельных органов и, к сожалению, лишь 3 % – на психологию, этику и деонтологию.

Иными словами, в преподавании медицинских дисциплин налицо ветеринарный подход к подготовке врача (Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997). Вызывает удивление, что согласно требованиям Госстандартов, психотерапия вообще отсутствует в системе преподавания для студентов медицинских вузов.

Нынешний врач многое знает о клетках, органах, тканях и почти ничего о человеке. Чрезмерная вера в лабораторно-инструментальный метод исследования привела к тому, что анализ мочи изучается глубже, чем сам больной. Между тем не менее 50 % из тех, кто обращается в поликлиники и стационары с соматическими жалобами (по поводу заболеваний внутренних органов), по существу практически здоровые люди, нуждающиеся лишь в коррекции эмоционального состояния (Кондрашенко В. Т., Донской Д. И., 1997). В поликлинике пациент находится в «прокрустовом ложе» стандартов лечения, «разобранный» на отдельные органы и системы, перестает быть человеком, превращаясь в машину, загнанную на очередное техобслуживание.

Преподавание психотерапии на 5-м курсе медвуза ставит перед собой задачу формирования нового стиля мышления врача. За 20-летний период преподавания кафедрой медицинской психологии и психотерапии блока психологических дисциплин отмечается формирование нового стиля отношения студентов к психологическому содержанию взаимоотношений врача и пациентов.

Следует отметить сложившуюся в мировой практике устойчивую тенденцию преподавать психологические и психотерапевтические дисциплины именно через проведение тренинговых занятий. Студенты, как правило, выбирают активные формы обучения. Индивидуальная работа, проводимая в группе, может вести к личностной перестройке, изменению отношения к себе, освобождению от комплекса неполноценности. Работа с личностью студента представляется особенно важной, поскольку будущие врачи в последние десятилетия часто оказывались, по сути, в экзистенциальном вакууме – утрачены или извращены многие ценностные и смысловые ориентиры, представления о нравственности, морали. Эти обстоятельства могут вести, по мнению основоположника экзистенциального направления в психотерапии В. Франкла, к развитию ноогенных неврозов, наркоманий и алкоголизма. Мы считаем, что врач, имеющий нерешенные личностные психологические проблемы, может быть не только неэффективно работающим специалистом, но и наносить пациентам непоправимый вред. Грамотная психотерапевтическая и психокоррекционная работа необходима, по нашему мнению, в ходе подготовки специалиста-медика любого профиля. Еще одной важной задачей, на наш взгляд, может являться оказание квалифицированной психологической поддержки студентам в процессе преподавания. Это может помочь студентам справиться с психологической нагрузкой в атмосфере высоких, порой излишне жестких требований высшей школы.

В ходе проводимых тренинговых групп можно было выделить несколько стадий, по которым развивается малая группа. На первой стадии, именуемой фазой псевдосплоченности, студенты оказывались перед необходимостью выбора направления, по которому будет работать группа, перед необходимостью заявлять или не заявлять актуальную личностную проблематику. Атмосфера свободы выбора создавала необходимое напряжение, которое нередко выплескивалось на следующей стадии групповой работы – стадии агрессии. Важна психологическая поддержка в виде безусловного принятия всех высказываний и переживаний, которые могут возникать у студентов на этой стадии групповой психотерапевтической работы. Это создает ту особую доверительную атмосферу, столь необходимую для терапии на следующей, конструктивной стадии групповой работы. Только в такой атмосфере возможна проработка глубинных личностных проблем, перестройка системы взаимоотношений, освобождение от избыточных невротических защит, принятие себя, выработка адаптивных механизмов совладания, важных в процессе адаптации.

Полученный опыт позволял студентам больше понимать суть работы психотерапевта, а позитивные изменения вызывали доверие к специальности.

Таким образом, представляется целесообразным сохранение и расширение количества часов, отводимых на преподавание блока психологических и психотерапевтических дисциплин в медицинских вузах для формирования гармоничной личности будущего врача.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Приленский Б. Ю., Приленская А. В.

ФФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет МЗ РФ, Тюмень

Вопросы, возникающие при рассмотрении психики соматического больного, могут иметь интерес не только для узкого круга специалистов, но и быть актуальными для врачей всех специальностей. Любой врач должен уметь выявлять основные психические расстройства и знать принципы их лечения.

На протяжении ряда лет нами ведутся исследования с помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов психического состояния пациентов с различными урологическими заболеваниями в условиях урологического отделения многопрофильной соматической больницы и урологического кабинета поликлиники. Всего обследовано 748 пациентов в возрасте от 11 до 75 лет с давностью соматического страдания от нескольких месяцев до 15 лет.

Особый интерес представляет группа пациентов с нарушениями функции мочеиспускания – 124 человека (со стриктурой уретры, уретровагинальными свищами, частичным недержанием мочи, уретритами, циститами, цисталгиями). Симптомы заболевания ассоциируются с чем-то позорным, и пациенты вначале скрывают заболевание даже от близких родственников. В затяжных случаях болезни ночные позывы на мочеиспускание приводят к выраженным нарушениям сна. Эти пациенты избегают общения, чтобы иметь возможность удовлетворить часто возникающие позывы на мочеиспускание. Больные болезненно переживали возможность огласки своего заболевания, испытывали постоянную тревогу, что все вокруг, вероятно, чувствовали неприятный запах разлагающейся мочи. В связи с чем такие пациенты вынуждены были по несколько раз в день менять мокрую одежду, постель, тщательно следить за гигиеной тела.

Среди факторов, вызывающих нарушения психики в этой группе болезней, можно выделить соматогенные (воспаление, боль, интоксикация, нейрогуморальные сдвиги) и психогенные (реакция на своеобразную клиническую картину страдания, на диагноз, особенности лечения). Кроме того, более всего на пациентов с урологической патологией влияло возможное негативное отношение окружающих и возможные социальные ограничения при расстройстве функций мочеполовой области. Следует подчеркнуть, что психогенные факторы занимали порой больший удельный вес в связи со своеобразием клиники этих урологических заболеваний.

В исследуемой группе пациентов лишь у 27,9 % обследованных не было обнаружено психопатологических проявлений. У остальных, как правило, наблюдались психические нарушения, чаще невротического регистра (65,2 %), реже – субпсихотического характера в виде субдепрессивных состояний (до 4,6 %) и эпизодических гипнагогических галлюцинаций (2,4 %). Стойкие личностные нарушения в связи с болезнью квалифицировались как невротическое развитие (4,7 %) со своеобразными ипохондрическими, преимущественно сверхценными образованиями. Своеобразие ипохондрических проявлений и их значительный удельный вес при поражении органов малого таза связаны с особенностями иннервации этой области и выраженностью патологических ощущений при воспалительном процессе с нередким возникновением симпаталгий.

По мнению урологов, интерстициальный цистит – одна из частых причин синдрома хронической тазовой боли, которая сопровождается симптомами дисфункции со стороны нижних мочевых путей, кишечника, половых органов мужчины или женщины, что требует психологической поддержки больного (Коган М. И., 2010), поскольку эти проявления часто ассоциированы с тревогой и депрессией (Воробьева О. В., 2011). Боль, жжение, ощущение «распирания», «скручивания», «дерганья», на первый взгляд, кажутся странными и даже вычурными, что порой может невольно наводить на мысль о наличии психического заболевания. Эти патологические ощущения очень напоминают сенестопатии. Мы выделили алгически-ипохондрический синдром, описанный при хроническом простатите, а также при интерстициальном цистите (до 6,5 %).

Говоря об ипохондрии при урологических заболеваниях, мы имеем в виду фиксацию внимания на реальных ощущениях в связи с соматическим заболеванием, наличие соответствующих доминирующих и сверхценных идей в связи с болезнью, соответствующее изменение фона настроения и поведения. Иными словами, речь идет о своеобразном уходе в болезнь. В данном случае можно говорить об избыточной психологической защите, направленной на удовлетворение патологических невротических потребностей и освобождение от ответственности за решение своих проблем – механизме «ухода в болезнь».

Следует особо остановиться на возникающих диагностических трудностях, которые могут быть связаны с недостаточным и формальным обследованием таких пациентов в условиях поликлиники или приемного отделения соматического стационара, поскольку диагностика интерстициального цистита требует определенной квалификации. Известно, что нередко у врачей соматического стационара возникает соблазн отправить «трудного» больного на лечение к психотерапевту или даже к психиатру. Поскольку в направлении указано, что соматической патологии не выявлено, то такие больные квалифицируются как «невротики» и безуспешно лечатся транквилизаторами, антидепрессантами или даже нейролептиками. Отсутствие улучшения, сохраняющиеся боли могут в дальнейшем трактоваться как проявление депрессии, а патологические ощущения – как сенестопатии или даже как проявления ипохондрического «бреда». Поскольку на фоне проводимой терапии нарастают признаки нейролептического синдрома в виде скованности, тремора, неусидчивости и явлений мышечной дистонии, а эмоционально такие пациенты становятся все более невыразительными, то у психиатра больше не возникает сомнений в наличии «эндогенного» заболевания.

Проводимое лечение по поводу интерстициального цистита у квалифицированного уролога позволяет добиться полного исчезновения жалоб на патологические ощущения, нормализации функции мочевого пузыря. Поддерживающее психотерапевтическое лечение на фоне полной отмены психофармакотерапии позволяет добиться полной редукции депрессивно-ипохондрических переживаний и возвращению к активной жизни.

Представляется целесообразным совместное ведение таких больных с участием осведомленного в вопросах урологической психиатрии специалиста. В процессе подготовки психиатров следует уделять внимание особенностям психики урологических больных.

Литература

1. *Воробьева О. В.* Болезненный спазм мышц тазового дна как причина хронических тазовых болей у женщин // Экспериментальная и клиническая урология. – http://www.pharmateca. ru/ru/archive/article/8081
2. *Коган М. И.* Синдром хронической тазовой боли в урологии // Урология сегодня. – http://www. urotoday.ru/article/id-79

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ДИАГНОСТИКА СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ В СВЕТЕ МНОГОЛЕТНЕГО КАТАМНЕЗА

Прокопьева М. Л., Собенников В. С.

ФФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иркутск

В связи с высокой распространенностью расстройств аффективного регистра сохраняется интерес исследователей к данной проблеме (Вертоградова О. П., 1997; Корнетов А. Н., Рахмазова Л. Д., 2003; Краснов В. Н., 2011), в том числе и к психопатологическим формам, в структуре которых преобладают жалобы и функциональные расстройства со стороны соматической сфер, а собственно депрессивная симптоматика носит стертый характер. Данный контингент преимущественно наблюдается у специалистов общемедицинского звена (от 10 до 22—33 %) (Смулевич А. Б., 2007; Katon W., Sullivan M. D., 1990; Ustun B., Sartorius N., 1995), длительное время не попадая в поле зрения психиатра, что способствует хронизации, формированию резистентности к терапии, увеличению сроков временной нетрудоспособности, инвалидизации и повышению риска суицида (Погосова А. В., 2008; Ромасенко Л. В., Ренеман Л., 2013). Зачастую диагноз аффективного заболевания пациенту определяется спустя много лет после манифеста расстройства.

Целью исследования было уточнение диагностических и клинико-динамических особенностей соматизированных депрессивных расстройств биполярного и рекуррентного типов на этапе многолетнего катамнеза (не менее 3 госпитализаций на протяжении 5 лет).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 129 пациентов клиники неврозов и психотерапии ИГМУ, 40 мужчин и 89 женщин, их соотношение составило 1:2, средний возраст 45,0±1,1 года. Во всех случаях клиническая картина заболевания определялась депрессивной симптоматикой в сочетании с множественными соматизированными психопатологическими нарушениями. Использование шкалы BSDS позволило выделить 3 клинические группы: 1) рекуррентной депрессии (РД) – 43 пациента (34,1 %) с очень низкой вероятностью аффективных расстройств биполярного типа (сумма баллов от 0 до 12); 2) вероятностно биполярной депрессии (ВБД) – 30 (23,3 %) пациентов, с возможностью биполярного расстройства (13–19 баллов); 3) с высокой вероятностью биполярного расстройства (БД) – 56 (42,6 %) пациентов (20–25 баллов).

Во всех исследуемых группах первичная психиатрическая диагностика не всегда ограничивалась кругом аффективных расстройств, однако наиболее часто (до половины наблюдений) оценка первого субсиндромального эпизода, как проявления расстройств невротической группы (рубрика F4 по МКБ-10), отмечалось среди нарушений биполярного спектра – ВБД и БД ($p<0,05$).

Изменения диагноза при катамнестическом наблюдении в группе РД наблюдалось наиболее редко (5 пациентов, 11,6 %), во всех случаях изменялся первичный диагноз расстройств рубрики F4 (МКБ-10) на диагностику рекуррентной соматизированной депрессии. С начала наблюдения психиатром среди пациентов данной группы снижалась интенсивность госпитализаций в соматические стационары (23 случая, 53,5 %), относительно чаще (по сравнению с группами ВБД и БД) наблюдались случаи продолжительных ремиссий (12 месяцев и более) – 25 случаев (58,1 %), а признаки терапевтической резистентности обнаруживались лишь у 5 пациентов (11,6 %). В динамике заболевания снижение уровня трудовой адаптации в форме снижения квалификации наблюдалось у 9 человек (20,9 %), а нетрудоспособность с определением группы инвалидности имела место в 7 наблюдениях (16,3 %).

В группе ВБД первичный диагноз расстройства адаптации с депрессивной реакцией либо легкого депрессивного эпизода в 15 наблюдениях (50,0 %) в динамике был изменен на диагноз циклотимии и БАР II типа. В 16 случаях (53,3 %) в течении заболевания формировались продолжительные ремиссии. Но частота госпитализаций в соматические отделения после начала наблюдения психиатром в 21 случае (70,0 %) сохранялась на прежнем уровне. В то же время у 12 пациентов (40,0 %) отмечались признаки неблагоприятного течения заболевания с формированием затяжных соматизированных дистимий. Признаки резистентности к терапии регистрировалась у 7 пациентов (23,3 %), снижение трудовой адаптации произошло у 8 человек (26,6 %), а утрата трудоспособности с установлением группы инвалидности выявлена у 5 (16,7 %).

Таблица

Особенности течения и диагностики аффективных расстройств с соматизированной депрессией по результатам катамнестического наблюдения

Динамика СД	РД (n=43)	ВБД (n=30)	БД (n=56)
Первичная психиатрическая диагностика расстройств группы F4 (МКБ-10)	5 (11,6 %)	15 (50,0 %)	27 (48,2 %)
Первичная психиатрическая диагностика расстройств группы F3 (МКБ-10)	38 (88,4 %)	15 (50,0 %)	29 (51,8 %)
Трансформация диагноза в динамике заболевания	5 (11,6 %)	15 (50,0 %)	27 (48,2 %)
Случаи продолжительных ремиссий (редкие обострения)	25 (58,1 %)	16 (53,3 %)	18 (32,1 %)
Случаи неблагоприятного течения заболевания	16 (37,2 %)	12 (40,0 %)	38 (67,9 %)
Случаи резистентности к терапии	5 (11,6 %)	7 (23,3 %)	12 (21,4 %)
Интенсивность госпитализаций (число госпитализаций, приходящихся в среднем на 1 год болезни)	1,4±0,4	1,8±1,1	2,6±1,2
Уменьшение частоты госпитализаций в соматический стационар	23(53,5 %)	9(30,0 %)	12(21,4 %)
Снижение профессиональной квалификации	9 (20,9 %)	8 (26,6 %)	27 (48,2 %)
Установление группы инвалидности	7 (16,3 %)	5 (16,7 %)	18 (32,1 %)

В группе БД случаи динамической трансформации первичной диагностической оценки (паническое либо тревожно-депрессивное расстройство) на биполярное расстройство, так же как и в группе ВБД, имели место почти в половине наблюдений (27 пациентов, 48,2 %). Однако случаи продолжительной ремиссии установлены лишь у трети пациентов (18 человек, 32,1 %), а неблагоприятное течение заболевания отмечалось в большей части наблюдений (38 пациентов, 67,9 %). Большинство пациентов после попадания в поле зрения психиатра госпитализировались в соматические стационары с прежней частотой. Лишь менее чем в четверти случаев наблюдались преимущественно психиатром (12 человек, 21,4 %), что определяло значимые различия с группой РД ($p<0,05$). Также чаще (на уровне тенденции), чем в группе РД ($p<0,1$), обнаружена резистентность к терапии (12 человек, 21,4 %). В группе БД наблюдался и более высокий уровень социально-трудовой дезадаптации по сравнению с группой РД ($p<0,1$): снижение квалификации – 27 пациентов (48,2 %), определение группы инвалидности – 18 (32,1 %).

Таким образом, аффективное заболевание с эпизодами соматизированной депрессии при биполярном (группы ВБД и БД) течении обнаруживало наиболее неблагоприятную динамику. Выявленный высокий уровень обращаемости в общемедицинскую сеть после диагностики аффективного заболевания сопряжен с социально-экономическим бременем.

Литература

1. *Вертоградова О. П.* Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. – 1997. – № 2 (4). – С. 2—5.
2. *Корнетов А. Н., Рахмазова Л. Д.* Эпидемиологические и социально-психиатрические перспективы изучения депрессивных расстройств // Депрессивные расстройства (фундаментальные, клинические, образовательные и экзистенциальные проблемы) : сб. материалов междунар. научно-практ. конф. (Томск, 22—24 апреля 2003 г.) / под науч. ред. Н. А. Корнетова. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2003. – С. 24—31.
3. *Краснов В. Н.* Расстройства аффективного спектра. – М. : Практическая медицина, 2011. – 432 с.
4. *Погосов А. В., Богушевская Ю. В*. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 29—34.
5. *Ромасенко Л. В., Ренемане Л.* Клинико-динамическая характеристика соматизированных депрессивных расстройств у больных терапевтического стационара // Журн. неврологии и психиатрии. – 2013. – Вып. 5. – С. 15—19.
6. *Katon W., Sullivan M. D.* Depression and chronic mental illness // J. Clin. Psychiatry. – 1990. – V. 51. – P. 3—11.
7. *Ustun B., Sartorius N.* Mental illness in general health care: An International Study. – Chichester : Wiley, 1995.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОЙ РЕСОЦИАЛИЗИАЦИИ

Пронин С. В.[1], Волкова С. В.[1], Чухрова М. Г.[1], Пронина Н. А.[2], Дресвянников В. Л.[3]

[1] ФФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Новосибирск
[2] ФКУ ГБ МСЭ по НСО, Новосибирск
[3] ФКУ «Новосибирская ПБСТИН», Новосибирск

Реабилитация в наркологии рассматривается как совокупная система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых и трудовых мер при условии отказа зависимого от психоактивных веществ (ПАВ), вызывающих зависимость (Валентик Ю. В. и др., 2002). В структуре реабилитационного потенциала (РП) рассматриваются три взаимосвязанных уровня: организма, личности, индивида (члена социальной группы) (Дудко Т. Н., 2000; Войтенко Р. М., 2009; Чухрова М. Г. и др., 2014). Поэтому оценка РП при зависимых состояниях, на наш взгляд, должна включать: психофизический и саногенетический потенциал выздоровления (эмоциональную устойчивость, гомеостатичность нейропсихической и физической сфер жизнедеятельности с определенным уровнем работоспособности). Потенциал социализации (или ресоциализации) понимается в первую очередь как социально адекватное поведение и возможность научения ему. Одновременно это и реинтеграция в обычные условия жизни вместе и наравне с другими людьми (семья, работа, хобби), при этом необходимо быть самодостаточным (обеспечивать себя).

Наиболее известны методики для оценки РП в наркологии: это опросники, например, приказ МЗ РФ № 500 от 22 октября 2003 г. «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)». Также в наркологической практике широко используются врачебно-педагогические наблюдения, психометрические оценки, но все это достаточно трудоемко и затратно.

В последнее время все больше внимание исследователей привлекает возможность психофизического дискретного мониторинга реабилитационного процесса с получением интегративных оценок, включающих в себя прогноз соматического, поведенческого и психического благополучия. Так, анализ взаимосвязи между психологическими показателями и вариабельностью сердечного ритма показал, что алекситимия достоверно и негативно коррелировала с ЧСС, то есть высокая алекситимия соответствовала низкой ЧСС (Franz M. S., 2003; Neumann S. A., 2004). В то же время депрессия и тревога демонстрировали сходные позитивные корреляции с очень медленной составляющей спектра ВСР и имели отрицательную связь с медленной составляющей спектра ВСР (Rottenberg J. et al., 2003; Carney R. M. et al., 2005).

Дизайн исследования. В своей работе мы ориентировались на основные положения приказа №1034н МЗ РФ от 30.12.2015, включившего пульсометрические и электроэнцефалографические тренинги с биообратной связью в новый стандарт реабилитации наркозависимых, а также на приказ № 500 МЗ РФ от 22 октября 2003 г. «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)». В обработке использованы записи пульсометрического тестирования 18 лиц. проходящих реабилитацию в центре социальной адаптации «Независимость» (http://независимость-цса.рф).

В выборке исследования было 14 мужчин (77,8 %) и 4 женщины (22,2 %). Средний возраст участников исследования составил 29,9 года. Всего было сделано 100 записей ВСР. После верификации в данную статистическую обработку были взяты 34 записи тестируемых (первую запись проводили перед тренингами, последняя запись – посттренинговая). Вводилась переменная взвешивания для пола и возраста тестируемых. Использован опросник оценки реабилитационного потенциала. Средняя оценка по всем лицам составила 75 баллов, т. е. средний уровень. При оценках ≤ 65 баллов регистрировали низкий уровень; средний уровень – <75; хороший – 76÷120 баллов; высокий – >121 балла. В опросник входили блоки: «преморбид» – 11 баллов (максимально 78), «клинические особенности заболевания» – 31 балл (56), «особенности социального статуса и социальных последствий» – 20 баллов (53), «личностные изменения» – 9 баллов (28). Для изучения вегетативного баланса на основе оценки общей вариабельности сердечного ритма (ВСР) был использован фотоплетизмографический пульсдетектор и применялась программа «BFB-тест» (НИИ МБиБ СО РАМН).

Результаты исследования. По результатам исследования получены следующие общие данные по ВСР – SDNN 61±11 мс (91±29 мс – для сравнения в скобках приведены данные по здоровым лицам [по Tsuji H., 1996), RMSSD 55±37 мс (33±17 мс), 100 % – pNN50 68±16 % (93±98 %). При первой тестовой записи ВСР (вторая запись делалась через месяц), т. е. в начале тренингов с пульсометрической биологической обратной связью была выявлена значимая корреляционная связь для общего балла реабилитационного потенциала с клиническими особенностями (гепатит В и гепатит С, ЧМТ и т. п.) – чем меньше имелось таких стигмат, тем был выше потенциал (r=0,889; p=0. 01). Связь с предшествующим социальным статусом (образование, работа, семья) – чем он полнее, тем, соответственно, выше реабилитационный потенциал (r=0,903; p=0,01). Связь с личностными изменениями – чем их меньше, тем лучше реабилитационный потенциал (r=0,588; p=0,05). При этом прямая корреляционная связь отмечена с показателями ВСР: индексом централизации (Index Centr) и второй группой показателей (которая включает в себя SDNN Index и мощность в диапазонах VLF и LF). Интересно, что при записи ВСР после пульсометрических тренингов индекс реабилитационного потенциала уже не был статистически взаимосвязан с этими показателями, т. е. требуется другой инструментарий для оценки психического состояния, поведенческого прогноза, а не использование рутинных психометрических тестов.

Показано, что шкала «Преморбид» значимо коррелировала с расчетным индексом, получаемым на основе специального алгоритма обработки ВСР – «риск психотических нарушений». Т. е. чем более благоприятным был преморбид (по опроснику), тем выше риск отклонений у реабилитантов (r=0,425; p=0,05). При этом отмечено возрастание доминирования нервной регуляции (r=-0,392; p=0,05). Выявлено, что шкала «клинические особенности» была напрямую связана с индексом сосудистой централизации ВСР (r=0,426; p=0,05). Это позволяет выявлять скрытые мотивы столь длительного пребывания в реабилитационном закрытом центре лиц с «неблагополучными» результатами по обработке данных ВСР. Замечено, что индекс SDNN позволяет прогнозировать успешность тренингов у лиц с наркотической зависимостью. Определена важность и других предикторов при оценке реабилитационного потенциала. Наибольшую роль будет играть индекс Lf (медленная волновая активность), т. е. чем он выше (обычно это связано с повышением сосудистого напряжения, подъемом артериального давления), тем ниже реабилитационный потенциал.

Предлагается следующая формула регрессионного анализа для расчета реабилитационного потенциала (РП) на основе данных ВСР:

$$РП=91,4+«ревард»*140–Lf * 0,024+vlf * 0,036$$

Дана интерпретация коэффициентов уравнения: «ревард» – индекс активности ревард-системы (методика расчета описана в работе: Пронин С. В. и др., 2015). Показана также прямая зависимость между возрастанием Vlf (нейрогуморальный компонент) и, соответственно, повышением рабилитационного потенциала. И наоборот, представлено, что повышение значений низкочастотного спектрального компонента ВСР индекса LF (сосудистое напряжение) связано с уменьшением реабилитационного потенциала. Точность данной модели составляет 61,7 %, и это значение статистически значимый результат.

В заключении необходимо подчеркнуть, что предложен подход для прогноза устойчивости ремиссии, оценки мотивации и установки на длительность пребывания в закрытых центрах социальной адаптации, где доминирует аксиома, что «чем дольше находиться там, тем лучше результат – ведь время лечит». Однако остается открытым вопрос по психометрическим тестам для оценки реабилитационного потенциала на момент обращения и связанного с этим выбором оптимальной программы ресоциализации и психофизической адаптации к трезвому социуму. Предлагаемый нами подход позволяет получить комплексную психофизическую оценку состояния реабилитационного потенциала и эффективности поведенческого научения и прогноза ресоциализации.

Литература

1. *Чухрова М. Г.* Современные представления о поведенческих аддикциях // Сибирский педагогический журнал. – 2014. – № 5. – С. 105—110.

ОЦЕНКА РЕВАРД-СИСТЕМЫ У ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЯХ ДЕТЕЙ И ПРОГНОЗ ЛАТЕНТНОЙ АУТОАГРЕССИВНОСТИ

Пронин С. В., Филлипова Ю. С., Чухрова М. Г.

ФФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет» МЗ РФ, Новосибирск

Показатели деятельности сердечно-сосудистой системы традиционно используются в целях оценки адаптационных возможностей организма. Регуляция сердечного ритма в физиологических условиях является результатом ритмической активности пейсмейкеров синусового узла, модулирующего влияния вегетативной и центральной нервной системы, ряда гуморальных и рефлекторных воздействий. Инструментально оцениваемая вариабельность сердечного ритма – это неинвазивный метод объективной оценки качества регуляции и психофизического состояния.

Целью исследования являлась разработка неинвазивного способа мониторинга состояния здоровья и латентной аутоагрессивности занимающихся в спортивных секциях детей.

В исследовании приняли участие 28 спортсменов в среднем возрасте 10±1,1 года, занимающихся спортивной аэробикой (квалификация от второго юношеского до второго взрослого разряда – группа «*занимающиеся»)* и сборная команда Новосибирской области по спортивной аэробике – 15 человек в возрасте 24±1,8 года (от кандидатов в мастера спорта до мастеров спорта России – группа «*сборная*»).

Для изучения вегетативного баланса на основе оценки общей вариабельности сердечного ритма был использован фотоплетизмографический пульсдетектор (М. Б. Штарк) и применялась программа BFB-тест (НИИ МБиБ СО РАМН). Оценивался индекс напряжения (ИН) Р. М. Баевского (в спокойном состоянии ИН обычно меньше 100 у. е.). Корреляционный анализ показателей стандартизованной средней оценки результатов тестирования общей физической подготовки обследуемых (ОФП) был проведен с показателями пульсометрии после 5-минутного отдыха обследуемого спортсмена перед началом тренировки. Способность следовать установкам тренера соотносили со стресс-индексом Баевского («чем ниже, тем лучше»).

Обработка данных проведена с помощью автоматической системы линейного моделирования (SPSS-22). Использован информационный критерий, предложенный Хиротугу Акаике в 1971 г. (AIC – Akaike information criterion).

После статистической обработки были получены уравнения линейной регрессии для расчета психофизиологических шкал на основе индексов ВСР. Эти алгоритмы в дальнейшем мы использовали для расчета индексов: «Активность ревард-системы»; «Самоконтроль»; «Аутоагрессивность» [1].

Результаты исследования. В соответствии с разработанной нами моделью проведена оценка взаимосвязи состояния ревард-системы (*reward system* – системы «внутреннего вознаграждения») с показателями по отдельным тестам ОФП. При этом вводилась корректировка на возраст и пол занимающихся в спортивных секциях детей. Применялся метод Бутстрепа, т. е. выборка статистически была увеличена до 100 наблюдений. Показано, что чем выше индекс ревард-системы, тем более выражен дефицит её компонентов. Потребность в стимулировании ревард-системы среди членов сборной команды на момент тестирования можно объяснить состоянием внутренней неудовлетворенности и стремлением к достижению более высоких результатов (положительные числа означали её дефицит). Шкала аутоагрессивности (название условное) – характеризует проговаривание внутренней установки, желание пренебречь усталостью и напряжением для достижения цели, спортивного результата, установка на выполнение задания тренера. Аутоагрессивность в соревновательной мотивации, на наш взгляд, отражает состояние внутренних побудительных сил, способствующих полной отдаче спортсмена на соревновании.

Таблица 1

Корреляционные взаимосвязи между аутоагрессивностью (чувство вины), состоянием ревард-системы и показателями ОФП (N=100)

Показатель	Спортивная аэробика	
	Группа «занимающиеся»	группа сборная
Чувство вины	1	1
Ревард-система, среднее значение	-0,949**	-0,913**
Гармония (расчетные значения)	0,819**	0,928**
Психическая стабильность (расчетные значения)	-0,115	-0,019
Болезненность – сумма баллов расчет	0,030	-0,371**
Сгибание, разгибание рук в упоре лёжа	-0,211*	0,350**
Прыжок в длину с места	-0,096	0,043
Наклон – складка	0,554**	-0,147
Упор углом ноги врозь	0,526**	0,260*
Шпагат	0,750**	-0,270**
Упражнение на пресс (складка за 1 минуту)	0,044	0,394**
Бег 1000м	-0,259*	-0,273**

Как показано в таблице 1, показатель аутоагрессивности (чувство вины) снижает дефицит компонентов ревард-системы, что также может рассматриваться как прогностический признак, взаимосвязанный с четкостью и устойчивостью выполнения спортивных упражнений в соревновательный период, на фоне испытываемого психоэмоционального стресса.

В рассматриваемом нами виде спорта (спортивная аэробика) очень важным качеством признается психическая стабильность, понимаемая как помехоустойчивость, характеризует устойчивость функционального состояния и двигательных компонентов в соревновательной ситуации, а также степень воздействия на спортсмена различных помех, причем как во внутренней сфере, так и во внешних условиях. Основной составляющей этого свойства является степень сформированности той системы действия, которую необходимо реализовать в экстремальной ситуации. Чем выше психическая стабильность, тем более высокие результаты выявлены по отдельным тестам (см. табл. 2).

Таблица 2

Корреляционные взаимосвязи между психической стабильностью, состоянием ревард-системы и показателями ОФП (N=100)

Показатель	Спортивная аэробика	
	группа «занимающиеся»	группа сборная
Психическая стабильность (расчетные значения)	1	1
Ревард-система, среднее значение	0,088	-0,272**
Чувство вины	-0,115	-0,019
Гармония (расчетные значения)	-0,188	-0,099
Болезненность – сумма баллов расчет	0,382**	-0,034
Сгибание, разгибание рук в упоре лёжа	0,680**	0,482**
Прыжок в длину с места	0,459**	0,718**
Наклон – складка	0,364**	0,098
Упор углом ноги врозь	0,320**	0,235*
Шпагат	0,240*	-0,218*
Упражнение на пресс (складка за 1 минуту)	0,183	-0,040
Бег 1000м	-0,045	-0,294**

Заключение. В качестве маркеров успешности в подготовке к соревнованиям были выбраны: активность системы внутреннего подкрепления (ревард-системы), психическая устойчивость и аутоагрессивность, которые позволяют использовать предлагаемый подход в спортивной практике для оценки эффективности тренировочного процесса.

Литература

1. *Пронин С. В. и др.* Биоинформационная оценка роли ревард-системы головного мозга в формировании интернет-зависимости у подростков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. – Томск, 2015. – Вып. 17. – С. 148—150.

КОНТЕНТ-АНАЛИЗ САМООТЧЕТОВ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Пронин С. В., Чухрова М. Г., Сидорова Е. А., Пронина Н. А.

ФФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет» МЗ РФ, Новосибирск

Наркотическая зависимость по-прежнему остается актуальной проблемой современности, несмотря на большое количество серьезных исследований на данную тему. Самые большие сложности вызывает процесс реабилитации наркомана и возвращение его к нормальной жизни в социуме. Социально-психологические личностные структуры пациента с наркотической зависимостью претерпевают известную динамику в процессе как формирования зависимого состояния, так и выхода из него в процессе реабилитации. Механизмы этих изменений недостаточно ясны и представляют теоретический и практический интерес.

Цель исследования: изучение динамики личностных изменений пациентов с наркотической зависимостью по данным их самоотчетов в процессе реабилитации в центре взаимопомощи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 12 пациентов в возрасте от 19 до 34 лет, страдающих зависимостью от героина и других препаратов опийного ряда, поступивших в центр социальной адаптации «Независимость» (Новосибирск) для прохождения реабилитации. На основе добровольного согласия пациентов они обязались ежедневно писать самоотчеты о своем состоянии, в которых фиксировались следующие позиции: физическое самочувствие, настроение, активность, эмоциональное состояние, мысли о текущей ситуации, соображения о прошлом и будущем. Самоотчеты писались в свободной форме, без всякого плана и принуждения, на специально созданном для этих целей сайте. Следует заметить, что написание таких «дневников» вскоре входило в привычку пациентов, они делали это с удовольствием, приучаясь к самоанализу. Возврат к своим первичным переживаниям и сравнение их с последующими оказывало психотерапевтическое воздействие и внушало веру в выздоровление.

Контент-анализ самоотчетов пациентов ставил своей целью распознавание отрицательных и положительных тенденций в психоэмоциональном состоянии, определение ключевых и переломных моментов в личностном развитии, вычленение отрицательных и положительных контентов с целью психотерапевтической работы с ними. Достижение данной цели достигалось благодаря комплексному использованию ряда лингвистических технологий и матлингвистического анализа текстов. В частности технологии фильтрации по ключевым терминам, в том числе многословным. Также тематической классификации по топикам рубрикатора с технологией построения семантических словарей, совмещающая лингвистические методы и методы машинного обучения, возможностью жанровой классификации и выделением жанровых фрагментов. Используемые методы основаны на ряде фундаментальных исследований в области виртуального жанроведения, позволяя в бесконечном разнообразии сайтов выявить имеющиеся общие черты, относительно устойчивые типы, которые определяются спецификой конкретной сферы общения и формируются благодаря сходству тематического содержания, единству стиля и композиционного построения. Была создана компьютерная программа математической обработки и лингвистического анализа текстов с автоматическим анализом указанных позиций.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования были проанализированы самоотчеты пациентов с наркотической зависимостью в динамике их пребывания в центре взаимопомощи «Независимость» с первых дней поступления на реабилитацию и в течение от 3 до 12 месяцев пребывания. Особенность предлагаемого нами подхода состоит в том, чтобы не только распознавать уточняющую тематику, но и отделить отрицательный контент от положительного.

В процессе исследования выявлено, что отрицательный контент сохраняется в личностных переживаниях наркозависимых в условиях депривации наркотиков не менее 3 месяцев. Он включает ощущения физического дискомфорта: «бессилие, сонливость, боли в разных частях тела (частая жалоба – боли в спине), нарушения и дискомфорт в эмоциональной сфере (отчаяние, разочарование, обида, досада, безысходность, одиночество), переживания социально значимых отношений касаются преимущественно прошлого (воспоминания, сожаления, чувство вины перед близкими, опасения за них, чувство своего бессилия в отношении близких, ощущение своей никчемности, сочувствие своим близким в сочетании с собственным ощущением бессилия). Постепенно, но не ранее 3 месяцев начинают встречаться позитивные нотки, связанные с самоощущением: проскальзывает появление радости от вкусной еды, растопленной бани, психологической поддержки сотоварища; однако все эти моменты обусловлены состоянием «здесь и сейчас». Не ранее чем в период от 5 до 6 месяцев пребывания в центре в самоотчетах возникают позитивные тенденции, связанные с прогнозированием будущего, а именно: планы на жизнь, описания возможных событий. Существенно реже встречается отрицательный контент (одиночество, бессилие, испуг), однако вновь появляются физические жалобы (боли в спине, слабость, невозможность быстро включиться в работу).

В эмоциональной сфере преобладают растерянность, бессилие, ощущение своей никчемности, чувство одиночества, ненужности, оторванности от мира.

Пример. Пациент В., 1,5 месяца находится в Центре. Из самоотчета: «Опять плохо спал. Молился. Прощения просил у Бога. Переживаю о близких – как жена, как дочь, мама, папа. Подавленность, тревога, испуг. Читаю книгу анонимных алкоголиков. Ничего не понимаю. Раздражение, досада, одиночество».

Общая тенденция такова. По данным самоотчетов можно считать, что депрессивные эмоциональные состояния у наркозависимых сохраняются в реабилитационных центрах не менее 3 месяцев, причем это депрессии, связанные, по-видимому, с нарушением обмена нейромедиаторов и эндорфинов, поскольку сопровождаются такие состояния апатией, абулией, физической слабостью и нарушениями сна, а также более выражены в утренние часы с относительной нормализацией настроения к вечеру. В последние 3 месяца возникает парадоксальная ситуация: депрессивные эмоциональные состояния чаще фиксируются вечером, что следует считать проявлением реактивной депрессии, связанной с утомлением, однообразием, оторванностью от социума, скукой, тревогой за близких, чувством неполноценности и тревогой за свое будущее в социуме.

Пример. Пациент А., 20 лет, 9 месяцев в Центре: «Вечером меня вновь догоняет моя проблема, чувствую ярость, сильный физический дискомфорт, все движения как будто скованны, и мне это дико мешает».

Но при этом в самоотчетах четко прослеживается положительный контент, связанный с критическим отношением к своей наркотизации, сожалением о прожитых впустую годах, упущенных возможностях и ушедшем времени. При этом строятся реальные планы, связанные с продолжением учебы, созданием семьи и пр. Самоотчеты наркозависимых показывают, что в период пребывания в реабцентре они не столько думают и анализируют свою ситуацию, сколько чувствуют, особенно в первые 3–6 месяцев, элементы «думания» и анализа появляются далеко не сразу. Это является признаком угнетения когнитивных функций, что связано с токсическими воздействиями, а также общей стрессированностью организма.

Заключение. Анализ самоотчетов наркозависимых пациентов позволяет получить такую информацию об их личностном функционировании, которую невозможно выявить никакими анкетами и беседами. Матлингвистический анализ самоотчетов выявляет не только доминирующие переживания, но и периоды реабилитации, на которые необходимо ориентироваться врачу-наркологу при планировании лечебных и реабилитационных программ. Выявленные депрессивные паттерны в переживаниях пациентов, дефицит когнитивной сферы заставляют пересмотреть и скорректировать эти программы и, возможно, задуматься о медикаментозной коррекции в реабилитационных центрах.

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САМОСОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ

Прядухина Н. И., Андреева Е. Ю.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Изучение нарушений самосознания при психических заболеваниях, в том числе химических зависимостях, представляет собой один из наиболее сложных и наименее разработанных разделов клинической психологии и психиатрии (Корнетов А. Н., 2007). При проведении терапевтических мероприятий у зависимых от психоактивных веществ основное внимание уделяется устранению симптомов интоксикации, явлений абстинентного синдрома, стабилизации соматического состояния, при этом коррекции нарушений личностной сферы уделяется недостаточное внимание (Сирота Н. А., Зенцова Н. И., 2009), особенно в аспекте факторов риска хронической психопатологии (Корнетова Е. Г. и др., 2015). В то же время личностные нарушения являются препятствием в стабилизации ремиссий, приводят к рецидиву заболевания.

Изучение самосознания как центрального механизма личностной саморегуляции позволяет подойти к проблеме нарушения психического функционирования и зависимого поведения с новых позиций (Грюнталь Н. А., 2002; Будников М. Ю., 2014). Имеются данные о фрагментарности Я-концепции, сниженной самооценке и нарушениях саморегуляции, защитного и совладающего поведения, смещении локуса контроля в сторону экстернальности у наркозависимых. Однако различное понимание феномена самосознания приводит к трудностям сопоставления результатов этих исследований. В настоящее время изучаются преимущественно отдельные аспекты самосознания лиц, страдающих химической зависимостью, в том числе и от синтетических наркотиков. Это обусловливает необходимость целостного подхода к рассмотрению нарушенного самосознания в контексте системы отношений личности к себе и другим, своей болезни и его значения для психологической адаптации наркозависимого.

Исследование проведено на базе загородного отделения центра реабилитации и социальной адаптации «Чистый Путь» г. Томска. В исследовании участвовали 30 человек, страдающих синтетической наркоманией от 18 до 32 лет, мужского пола. Все испытуемые с непрерывным типом течения зависимости, на момент обследования находились на стадии медикаментозной ремиссии (от 1 до 10 месяцев). У всех обследуемых была сформирована химическая зависимость от синтетических наркотиков II стадии заболевания.

В работе использованы методики: «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Дж. Роттер); диагностика самоотношения личности (МИС) (С. Р. Пантелеев); диагностика способов совладания (WCQ) (Р. Лазарус, С. Фолкман); экспериментальный (формирующий эксперимент), методы математической статистики (методы описательной статистики, U-критерий Манна-Уитни, t-критерий Вилкоксона).

Для оценки влияния когнитивно-поведенческой терапии на самосознание лиц, страдающих химической зависимостью, участники исследования были разделены на две группы: экспериментальную и контрольную (по 15 человек). Определены критерии включения в терапевтическую группу: 1) сформированная химическая зависимость от синтетических наркотиков в стадии ремиссии; 2) отсутствие алкогольной зависимости; 3) отсутствие сопутствующих психических заболеваний; 4) отсутствие психопатии, сопутствующей тяжелой психической патологии, подпадающей под следующие диагностические рубрики МКБ-10: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00—F09); умственная отсталость (F70—79); 5) возраст старше 18 лет.

В результате психодиагностического исследования выявлены особенности самосознания пациентов с зависимостью от синтетических наркотиков в виде преобладания неадаптивного копинг-поведения избегания и чрезмерной напряженности копинг-стратегий; негативного самоотношения в виде низкого уровня самоуверенности, саморуководства, ожидаемого хорошего отношения со стороны других, самоценности, самопринятия; высокого уровня внутренней конфликтности и самообвинения. Исследуемая выборка показала отсутствие пациентов с экстернальным локусом контроля. Выявленные нарушения выделены в качестве мишеней психотерапии, цель которой – обучение адаптивному копинг-поведению, снижение напряженности копингов и формирование позитивного самоотношения. В ходе когнитивно-поведенческой терапии самосознания у пациентов, участвующих в коррекционной программе, значительно повысился уровень представления о себе как о самостоятельном, волевом, энергичном, надёжном человеке, которому есть за что себя уважать (шкала самоуверенности) ($p \leq 0,01$). Получена значительная положительная динамика ожидаемого позитивного отношения к себе со стороны других (шкала «зеркальное Я») ($p \leq 0,05$), заинтересованности в собственном Я, любви к себе, ощущения ценности своей личности и предполагаемой ценности своего Я для других (шкала самоценности) ($p \leq 0,05$), дружеского отношения к себе, согласия с самим собой, одобрения своих планов и желаний, эмоционального, безусловного принятия себя таким, каков есть, пусть даже с некоторыми недостатками (шкала самопринятия) ($p \leq 0,01$). Значительно снизился уровень внутренней конфликтности ($p \leq 0,05$) и самообвинения ($p \leq 0,05$). Остальные компоненты самоотношения также демонстрируют незначительную положительную динамику ($p > 0,05$).

В экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой был выявлен значимо более низкий уровень закрытости ($p \leq 0,01$), самопривязаности как ригидности Я-концепции ($p \leq 0,05$) и самообвинения ($p \leq 0,01$), в то же время зафиксированы значительно более высокие показатели отраженного самоотношения ($p \leq 0,01$) и самопринятия ($p \leq 0,05$). В уровне остальных компонентов самоотношения различия статистически незначимые ($p > 0,05$). Снизилась напряженность всех копингов ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,01$), кроме «поиск социальной поддержки», но динамика его напряженности также отрицательная. Это является благоприятным показателем и соответствует задаче коррекционной работы. Однако полученный после коррекции уровень напряженности выше адаптивного, особенно в выраженности таких копинг-стратегий, как самоконтроль (10 баллов), поиск социальной поддержки (9 баллов), избегание (7 баллов) и положительная переоценка (7 балла). Это указывает на необходимость продолжения коррекционной работы, направленной на обучение адаптивному копинг-поведению. Тем не менее после ее проведения изменился профиль копинг-стратегий у участников программы. Если до ее проведения доминировала стратегия избегания, то после коррекционной работы пациенты в большей степени стали использовать стратегию самоконтроля.

В контрольной группе прослеживается обратная тенденция, а именно повышение напряженности всех копингов, но уровень различий не достигает статистической значимости ($p > 0,05$) по всем шкалам, кроме копинга «положительная переоценка» ($p \leq 0,01$), напряженность которого увеличилась, что свидетельствует об усугублении дезадаптации личности испытуемых контрольной группы.

Таким образом, после участия в психокоррекционной работе у пациентов с зависимостью от синтетических наркотиков значительно повысился уровень рефлексии и критичности самоотношения, самоуверенности, самоценности, самопринятия и снижения внутренней конфликтности и самообвинения. Кроме того, у них снизилась напряженность копинг-стратегий и отмечено смещение копинг-поведения от стратегии избегания к преобладанию стратегии самоконтроля. Однако в ходе коррекционной работы напряженность копингов не достигла адаптивного уровня, что обусловливает необходимость её продолжения. Когнитивно-поведенческая терапия способствует коррекции нарушений самосознания у людей, страдающих зависимостью от синтетических наркотиков: на *когнитивном уровне* проводится формирование адекватного представления о себе; на *эмоциональном уровне* определяющим является формирование позитивного самоотношения и снижение уровня внутренней конфликтности, приобретение способности отслеживать изменения в своём эмоциональном состоянии; на *поведенческом уровне* проводится осознание пациентом с зависимостью от синтетических наркотиков собственных неадекватных копинг-стратегий, приобретение навыков саморегуляции, приобретение новых адекватных форм поведения на основе позитивных изменений на когнитивном и эмоциональном уровнях самоотношения.

Литература

1. *Будников М. Ю.* Самоотношение у наркозависимых в процессе стационарной реабилитации : дис. ... канд. психолог. наук. – СПб., 2014. – 183 с.
2. *Грюнталь Н. А.* Нарушения регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией : дис. ... канд. психолог. наук. – М., 2002. – 192 с.
3. *Корнетов А. Н.* Оценка депрессивных расстройств у больных, страдающих соматическими заболеваниями, в условиях первичной медицинской сети // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 1. – С. 37—41.
4. *Корнетова Е. Г., Семке А. В., Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н., Бойко А. С.* Клинические и социальные факторы риска тардивной дискинезии у пациентов с шизофренией в процессе лечения антипсихотиками // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 32—39.
5. *Сирота Н. А., Зенцова Н. И.* Когнитивно-поведенческая модель профилактики рецидива при наркомании // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2009. – № 1. – С. 81—88.

ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ К УСПЕХУ И УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ГОТОВНОСТИ К РИСКУ НА РАННЮЮ АЛКОГОЛИЗАЦИЮ

Прядухина Н. И., Сербо Е. П.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Анализ актуального состояния проблемы рискованного поведения позволяет констатировать, что результаты исследований, выполненных в рамках разных научных подходов и психологических дисциплин, часто не согласуются между собой и противоречат друг другу. Описания рискованного поведения демонстрируют выраженную дисциплинарную специфику и фрагментарность, что препятствует созданию целостного представления о рискованном поведении (Дедов В. И., Соколова М. А., 2010; Бунас А. А., 2013). Одной из форм рискованного поведения подростка является алкоголизация, исследование которой находится во внимании многих специалистов (Шаболтас А. В., Жуков Д. А., 2011), особенно это осложняется отклонениями в психическом и физическом развитии (Лобастова И. В. и др., 2010), психическими расстройствами (Микилев Ф. Ф. и др., 2016).

Исследование проводилось на базе ОГБПОУ Областного государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Томский индустриальный техникум» (ОГБПОУ «ТомИнТех»). Общее число испытуемых составило 37 человек: из них 19 человек мужского пола, 18 – женского. Возраст испытуемых – от 15 до 17 лет. Участники исследования обучаются по двум специальностям: «техник по компьютерным сетям», «менеджер по продажам».

В пакет психодиагностических методик вошли методики: MAST – Michigan Alcohol Screening Test (Мичиганский алкогольный скрининг-тест); диагностика уровня личностной готовности к риску («PSK» Шуберта); диагностика личности на мотивацию к успеху Т. Элерса; диагностика личности на мотивацию к избеганию неудач, защите Т. Элерса; методы математической статистики (r-коэффициент корреляции Пирсона).

В группу риска по употреблению алкоголя вошли 13 человек, из них у 7 человек выявлена вероятность чрезмерного потребления алкоголя, у 6 человек – вероятность наличия алкогольной зависимости. Из лиц, попавших в группу риска, было 8 юношей, 5 девушек. Высоким уровнем личностной готовности к риску обладают 9 человек, что говорит о наличии у них форм рискованного поведения. В категорию этих лиц вошли 5 человек, умеренно склонных к риску, и 4 человека, склонных к безудержному риску. Испытуемые с высокой склонностью к риску характеризуются постоянным поиском сильных ощущений или стремлением к новым ощущениям. Это качество во многом определяют индивидуальные переживания скуки и обыденности, а также авантюризм в различных сферах жизни. Другой индивидуальной переменной, связанной с рискованным поведением, являются индивидуальные способы приспособления и сопротивления в стрессовых ситуациях, которые могут представлять собой рискованные модели поведения, очень часто вызванные стремлением избежать переживаний и низкими адаптационными возможностями личности. К психологическим коррелятам риска также относятся такие качества личности, как импульсивность, мотивационные установки на достижение успеха и низкий самоконтроль.

Средний уровень выраженности мотивации на успех присущ 12 испытуемым, 1 человек имеет низкий уровень мотивации к достижению успеха. Высоким уровнем мотивированности на избегание неудач (защиту) обладают 12 подростков, из них 11 человек – умеренно высокий уровень мотивации к защите, 1 человек – слишком высокий уровень.

Испытуемые, вошедшие в группу лиц с высоким уровнем выраженности мотивации к защите, стремятся избегать неуспеха, безразличны к успехам и высоким результатам. Они предпочитают выбирать экстремальные цели: либо занижено легкие, либо нереалистично высокие, при этом склонны приписывать свои неудачи отсутствию способностей. Деятельность этих испытуемых после успеха значительно лучше, чем после неудачи. В случае чередования неудач и успехов им свойственна переоценка своих успехов. Такие подростки в условиях выполнения задания проблемного характера или дефицита времени, как правило, теряют интерес к данной деятельности и результативность этой деятель-

ности резко снижается. Планирование их деятельности ограничивается не слишком продолжительным временем.

В результате исследования выявлено, что 24 человека не входят в группу риска по употреблению алкоголя. Из этой группы 15 человек имеют средний уровень личностной готовности к риску, что указывает на ситуативный характер их поведения, 9 человек показали осторожное отношение к риску.

Высоким уровнем мотивированности на достижение успеха обладают 23 человека, из них 13 человек имеют умеренно высокий уровень мотивации на успех, для 10 человек характерен высокий уровень мотивированности на успех.

Подростки, вошедшие в эту группу по выраженности мотивации на успех, обладают тенденцией достичь высоких результатов в деятельности, предпочитают выбирать средние по трудности или слегка завышенные, но достижимые цели. Им свойственно приписывать свой успех внутренним факторам, а неуспех связан с отсутствием необходимых усилий. После неудачи такие подростки показывают лучшие результаты, чем после успеха, при чередовании успехов и неудач они склонны переоценивать свои неудачи. Также в случае выполнения какого-либо проблемного задания или в связи с дефицитом времени привлекательность этого задания возрастает, а результативность, как правило, увеличивается. Испытуемые данной группы часто склонны планировать свое будущее на большие промежутки времени.

Способы их самоконтроля, как правило, выражаются в рациональных стратегиях, направленных на повышение значимости практической активности – самоинструкциях, обязывающих удерживать направленность познавательных процессов на актуальной ситуации; эмоциональном контроле, направленном на активизацию.

В этой группе преобладает средний уровень выраженности мотивации на избегание неудач, он зарегистрирован у 19 испытуемых.

В ходе статистической обработки полученных данных была обнаружена статистически достоверная связь между показателем рискованного поведения и фактором чрезмерного употребления алкоголя. То есть при увеличении уровня личностной готовности к риску, склонности к формам рискованного поведения происходит увеличение вероятности формирования алкогольной зависимости.

Высокий уровень мотивации к избеганию неудач сопровождается высокой готовностью к риску, а высокий уровень мотивации к достижению успеха взаимосвязан со средней и сниженной готовностью к риску.

Исходя из полученной коррелятивной связи следует, что в обследованной выборке студентов Томского индустриального техникума мотивация к защите и страх неудач являются факторами риска для возникновения ранней алкоголизации, а высокий уровень мотивации на достижение успеха способствует снижению склонности к рискованному поведению, в том числе и уменьшению риска ранней алкоголизации.

Литература

1. *Бунас А. А.* Различные аспекты обоснования природы рискованного поведения личности // Психология: проблемы практического применения : материалы II междунар. науч. конф. (г. Чита, июнь 2013 г.). – Чита : Изд-во «Молодой ученый», 2013. – С. 10—16.
2. *Дедов В. И., Соколова М. А.* Причинные факторы, формирующие высокую степень наркотизации и алкоголизации среди детей и подростков // Вестник новых медицинских технологий – 2010. – Т. XVII, № 2. – С. 76.
3. *Лобастова И. В., Языков К. Г., Корнетов А. Н.* Динамика изменений, происходящих в психоэмоциональной сфере у детей с ДЦП в процессе физической реабилитации // Вестник Томского государственного университета. – 2010. – № 338. – С. 183—184.
4. *Микилев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., Лобачева О. А., Корнетов А. Н., Семке А. В.* Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 2. – С. 58—64.
5. *Шаболтас А. В., Жуков Д. А.* Рискованное поведение как реакция на неконтролируемый стресс // Вестник СПбГУ. – 2011. – № 1. – С. 227—234.

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ: ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИЧНОСТИ

Рожков С. А., Сериков А. Л.

ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Профессиональная идентичность понимается нами как гармоничная идентификация с деятельностью, социумом и самим собой. Сюда включаются: переживание уникальности теории, метода, техник; границ профессии, связей со смежными дисциплинами, своих возможностей и ограничений, этических ценностей, собственной целостности и ценности.

В последние десятилетия психоаналитическая психотерапия выделяется в отдельную специальность. В 1991 г. была образована Европейская Федерация Психоаналитической Психотерапии (ЕФПП), в 2003 г. создана Европейская Конфедерация Психоаналитической психотерапии (ЕКПП). Игнорируя институциализацию психоаналитической психотерапии и причины этой институализации, часть психотерапевтов продолжает определять себя как «психоаналитиков». В этом отражается не только неточность самоидентификации или желание выглядеть значительнее. Становление идентичности психоаналитического психотерапевта сталкивается с целым рядом задач и проблем как технических, так и психологических. Существует необходимость определить границы, специфику теории и техники своей специальности и своей идентичности: чем психоаналитический психотерапевт отличается от психоаналитика и психотерапевтов других направлений. Необходимо смысловое и психологически позитивное наполнение профессиональной идентичности психотерапевта. Психологические задачи при этом можно было бы обозначить как сепарационные и нарциссические.

К отделению психоаналитической психотерапии подталкивает финансовое бремя длительного анализа для пациентов и финансовое бремя длительного психоаналитического обучения для специалистов; конкуренция с краткосрочными направлениями психотерапии, а также интерес психотерапии к более тяжелой психической патологии (пограничного и психотического уровней), для которой классические психоаналитические подходы не всегда приемлемы.

С ранних этапов развития психоанализа происходит отделение от него других направлений, основой которого являются теоретические разногласия (аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера). Сам психоанализ разделяется на множество школ и направлений, по-прежнему сохраняющих, однако, связь с фрейдовскими идеями.

Психоаналитическое понимание расширяется наблюдениями и идеями смежных направлений социальной психологии, также создаются специфические теории, объясняющие психическое функционирование группы или семьи. Своеобразие идентичности групп-аналитика или семейного психотерапевта определяется в таком случае как особенностями объекта терапевтической работы (группа, семья), так и специфическими компонентами теоретических знаний.

И психоанализ и психоаналитическая терапия используют психоаналитическое понимание поведения человека; оба вида лечения пытаются изменять поведение терапевтическим путем с помощью таких психологических методов, как конфронтация, прояснение и интерпретация; оба требуют интроспекции со стороны пациента и эмпатического понимания со стороны терапевта; оба требуют постоянного внимания к контрпереносу. Вместе с тем психоанализ в основном полагается на интерпретации и стандартизованную версию внешней среды. Психоаналитическая психотерапия преимущественно подчеркивает особенности реальной жизни пациента и минимизирует рассмотрение аспектов взаимоотношений терапевта и пациента. В части случаев трудно решить, является ли данное лечение психоанализом или же психоаналитической психотерапией. В то же время оба конца этого континуума могут быть столь несхожими, что обе формы терапии кажутся не связанными между собой [Кэхеле Х., 2013].

Фрейд полагал, что строгие объективные правила исследования создают наилучшие научные условия для реконструкции самых ранних воспоминаний [Freud S., 1919, p. 183]. В то же время он настаивал на создании в каждой индивидуальной аналитической ситуации условий, наиболее благоприятных для изменений, т. е. признавал необходимость гибкости и ориентации на пациента [Freud S., 1910, p. 145]. Таким образом, он явно использовал оба полюса дихотомии.

Несмотря на то что различия и сходства между психоанализом и его потенциальными порождениями обсуждаются со времен Фрейда, до настоящего времени разграничение происходит в большей степени по количественным, а не качественным критериям [Кэхеле Х., 2013].

Психотерапевтическая техника предполагает менее интенсивный режим встреч (1–3 встречи в неделю), необязательное использование кушетки. Длительность терапии может варьировать от длительной многолетней терапии до краткосрочных циклов (10–20 встреч) и даже единичных консультаций. Даже классическая психоаналитическая техника требует внесения «параметров техники» [Айслер К. Р., 2000] в соответствии с особенностями психической патологии и личностной структуры пациента. Арсенал психоаналитического лечения содержит много больше, чем чистый психоанализ. Используется более широкий круг психотерапевтических техник.

Существенным для формирования идентичности профессионала является то, что психоаналитик может использовать психотерапевтические техники, если того требует клиническая ситуация. Психотерапевт же не может использовать «классическую психоаналитическую технику», хотя тщательно изучает ее в процессе своего профессионального образования и постоянно сравнивает свои действия с этой техникой.

Терапия с пограничными и психотическими пациентами – это работа с заведомо ограниченными результатами, где структурные изменения достижимы, но целью является не выздоровление, а улучшение функционирования. Психоаналитические психотерапевты могут быть подвержены высокому уровню профессионального стресса, если не могут принять такую ограниченность в возможностях и не способны испытывать удовольствие от достигнутых результатов.

Психоаналитическое обучение имеет длительную историю и высокие стандарты. Квалификационные требования к психотерапевтам значительно ниже, а стандарты обучения все еще формируются, порождая фрустрирующую неопределенность для обучающегося специалиста. Важно, чтобы эти стандарты все же существовали и соответствовали специфике психотерапевтической практики.

В процессе прохождения тренинга психотерапевт может обучаться как у психоаналитиков, так и у психотерапевтов. Неизбежна идентификация специалиста (в значительной степени бессознательная) со своими преподавателями и зависимое положение от них. Будет ли психоаналитик в достаточной мере чувствителен к зависимым и протестным реакциям обучающегося? Будет ли он способствовать формированию устойчивой и целостной идентичности, отличающейся от его собственной? Если обучающийся обращается за терапией и супервизией к психоаналитическим психотерапевтам, будут ли они в достаточной мере свободными от собственных зависимых и протестных тенденций по отношению к психоанализу, предлагая начинающимся себя в качестве модели для формирования профессионального самосознания?

Следует предположить, что должно смениться не одно «поколение» психоаналитических психотерапевтов, прежде чем будет достигнута возможность передачи относительно устойчивой, целостной и непротиворечивой профессиональной идентичности психотерапевтов. Но и сейчас необходимо постоянно задаваться сложными вопросами профессионального самосознания. Поиск идентичности в профессии таков же, как и в личной жизни – это никогда не прекращающийся процесс.

ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Розина А. С.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Необходимость учета комплаентности пациентов с психическими расстройствами в процессе реабилитации обсуждалась в литературе неоднократно. Большое внимание в настоящее время уделяется приверженности терапии пациентов с манифестными формами эндогенных расстройств. В то же время место комплаентности в процессе реабилитации пациентов с шизотипическим расстройством обсуждается в меньшей степени.

Изучение проблем реабилитации пациентов с шизотипическим расстройством не утрачивает актуальности. Основной сложностью лекарственной терапии традиционно считают высокий риск отказа пациента от поддерживающей терапии. Это связано с целым рядом факторов: хроническое течение расстройства без выраженной прогредиентности и отчетливых эпизодов психотической симптоматики, своеобразие суждений и мировоззренческие установки пациентов, синтонность большинства переживаний пациентов.

На базе отделения эндогенных расстройств клиник НИИ психического здоровья проводится реабилитация пациентов с шизотипическим расстройством с использованием технологии персонализированной терапии больных с шизотипическим расстройством на основе определения их комплаентности. Определение комплаентности пациента является важной составляющей обследования больного для формирования рациональной реабилитационной программы, которая приведет не только к улучшению психического состояния, редукции или уменьшению психопатологической симптоматики, но и к повышению приверженности пациента лекарственной терапии. В основе формирования комплаентности лежит большое количество факторов. При поступлении в стационар пациенты чаще всего имеют опыт приема какой-либо лекарственной терапии (психотропные и непсихотропные лекарственные препараты по поводу основной и сопутствующей патологии) и свое мнение по поводу медикаментозных методов лечения. Это мнение формируется под воздействием их микро- и макросоциального окружения, их собственного опыта лечения различных болезней, а также под воздействием болезненных переживаний.

Большое значение имеет отношение семьи пациента к его расстройству, приему лекарственных препаратов в общем и психотропных средств в частности. Значимым является опыт самого пациента эффективного или, наоборот, неэффективного лекарственного лечения в анамнезе, возникновения побочных эффектов медикаментозной терапии и скорость их купирования. Формирование комплаентности у пациентов с шизотипическим расстройством имеет некоторые особенности по сравнению с таковым у других пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Одним из факторов, требующих особого внимания в процессе реабилитации данной категории пациентов, является процесс самостигматизации. У больных с шизотипическим расстройством он тесно связан с психопатологической симптоматикой. Чаще всего они обнаруживают социореверсивную форму самостигматизации (по Михайловой И. И.) как преобладающую. Больные не только перестают отождествлять себя с обществом здоровых людей, с обществом «большинства», но и противопоставляют себя ему. Однако, в отличие от других категорий пациентов, процесс самостигматизации имеет в данном случае не только негативную окраску.

Присутствие в психопатологической симптоматике пациентов своеобразия мировоззренческих установок обусловливает их отношение к противопоставлению себя обществу. Такое противопоставление может рассматриваться ими не как нежелательное, а как доказательство их «особенного» внутреннего мира. При этом пациенты настроены на сохранение своих «особенностей». Лекарственная терапия в данном случае воспринимается ими как угроза их личности, попытка сделать их похожими на «остальных», которым они себя изначально противопоставляют. Этот фактор объясняет дополнительное нежелание пациентов с шизотипическим расстройством продолжать лекарственную терапию на амбулаторном этапе лечения.

Работа с процессами самостигматизации в рамках технологии персонализированной терапии больных с шизотипическим расстройством на основе определения их комплаентности включает образовательные программы для самих пациентов и их родственников, психотерапевтические интервенции, направленные на формировании и усиление мотивации на лечение, ресоциализацию пациентов, социальные мероприятия, повышающие уровень адаптации пациентов, а также подбор индивидуальной программы лекарственной терапии с учетом эффективности и индивидуальной переносимости.

Выводы. Таким образом, включение в реабилитационные программы персонализированной терапии исследования комплаентности пациентов с шизотипическим расстройством является рациональным и позволяет сформировать более полную реабилитационную программу с учетом различных факторов, снижающих приверженность пациентов лекарственной терапии.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ротова И. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В ходе психотерапевтической работы, проводившейся со 111 беременными женщинами на базе МГБПУ «Роддом № 1» г. Томска с различными видами патологии беременности (угроза невынашивания, многоводие и патология плаценты, преэклампсия) применялись как групповой, так и индивидуальный формат занятий с целью улучшения психосоматического статуса беременных и их подготовки к родам.

На групповых занятиях, помимо цикла образовательных мероприятий, присутствовала рациональная, трансовая, когнитивно-поведенческая психотерапия, применялись элементы психоаналитической терапии, терапевтические метафоры, позитивная эмоционально-образная терапия (визуализация благополучного протекания беременности), показанная при невротических состояниях, а также невербальные техники эриксоновского гипноза.

Очень важным компонентом для расслабления у беременных женщин матки и подготовки к родам явилась телесно-ориентированная психотерапия с применением дыхательных техник. При их активации прорабатывались взаимоотношения со своим телом: женщина наконец-то начинала к нему прислушиваться и хорошо его расслаблять, что значительно снижало тонус матки, улучшая при этом кровообращение плода.

В связи с тем, что наличие беременности обостряет отношения «мать – дочь», т. е. беременной со своей матерью, эффективность индивидуальной психотерапевтической работы повышалась за счёт таких составляющих процесса, как перенос (воссоздаёт патологическую структуру объектных отношений) и контрперенос (собственные чувства терапевта к пациенту). Очень важным для женщин оказалось на групповых занятиях быть вовлеченной, но свободной, не находящейся под контролем. Это дало возможность использовать такую психоаналитическоую технику, как контейнирование. Ее применение также оправдано высокой интенсивностью психотерапевтического процесса в условиях непродолжительной терапии.

Применение комплексного подхода с использованием психотерапии позволял в группе беременных женщин устранить психологическое напряжение и тревогу, что помогало сосредоточиться на сути и цели родов.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Рудницкий В. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

К непсихотическим психическим расстройствам органического регистра относится большое число психических расстройств, сопровождающихся формированием полиморфной симптоматики – астенической, неврозоподобной, аффективной, психопатоподобной, психоорганической, психотической и т. д. [1, 3, 5]. Наиболее часто среди них встречаются психические расстройства сосудистого происхождения. Данные нарушения часто маскируют, поглощая в себя психические нарушения другого происхождения, затрудняя их своевременную диагностику и терапию, плохо поддаются лечению, имеют склонность к затяжному прогредиентному течению, частым обострениям и рецидивам, несут существенный медико-социальный и экономический ущерб [3, 4, 5]. Хронический характер данной психиатрической патологии в сочетании с особенностями клиники патологического процесса создает значительные трудности в терапии [2, 3].

Наличие эмоциональных, когнитивных и поведенческих проблем в свою очередь также формирует препятствия в ходе лечебного процесса и профилактики. Психотерапия традиционно чаще рекомендуется при лечении психогенных и личностных расстройств, да и она в целом малодоступна в системе существующей бюджетной медицины.

Нами проведено изучение эффективности лечения психических расстройств сосудистого генеза у 35 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет, с преобладанием в их структуре органических эмоционально лабильных расстройств (91,18 % случаев). Реже встречались органические расстройства личности (5,71 %), органические аффективные и органические тревожные расстройства (по 2,86 %). Данные пациенты проходили обследование и комплексное лечение в клинике НИИ психического здоровья.

Анализ эффективности реабилитационных мероприятий проведен в соответствии со шкалой выздоровления по В. Я. Семке (1995). В целом отмечалась достаточно высокая первоначальная эффективность лечебных мероприятий. Однако в дальнейшем она оказалась нестойкой, через 6 месяцев у 77,14 % пациентов отмечалось ухудшение состояния, с возвращением прежних симптомов (чаще головной боли, тревоги, ухудшения сна). Обнаружено, что около трети пациентов к этому времени нуждались в повторных лечебно-профилактических мероприятиях.

Нами был проведен анализ наиболее частых причин декомпенсаций органических психических расстройств, преимущественно они отмечались на амбулаторном этапе реабилитации. Основными дестабилизирующими факторами были психогении, обострения соматических заболеваний, социальные проблемы и аддикции. Обращает на себя внимание краткая продолжительность поддерживающей терапии, в среднем составившая 2,2 месяца (при рекомендованной продолжительности поддерживающей терапии не менее 6—8 месяцев).

Про опросе пациенты чаще всего указывали на медико-социальные проблемы: плохую доступность психиатрической помощи, проблемы с обеспечением медикаментозными средствами, неудобный график работы специалистов и. т. д. Складывается устойчивое впечатление о крайне низкой мотивации в лечении и восстановлении здоровья. Отмечалась низкая саногенная активность пациентов в сочетании с быстрым ослаблением первоначального терапевтического альянса. При малейших проблемах пациенты прекращали лечение, объясняя это различными причинами: нежеланием обращаться за помощью в муниципальные медицинские учреждения (недоверие врачам, страх стигматизации, отсутствие свободного времени, неудобный график работы специалистов, удаленность лечебного учреждения, нежелание принимать лекарства и т. д.), а также и в частные медицинские структуры (в связи с платным характером оказания помощи).

Как мы уже писали ранее, схожие тенденции отмечались у льготных категорий пациентов, обеспечиваемых бесплатной лекарственной и диагностической помощью. У данных пациентов формировались неадаптивные представления о болезни, рентные установки, принятие патологических вариантов социальной роли больного, завышенные невыполнимые требования и конфликты с представителями медицинских, административных и социальных служб, затрудняющие формирование и поддержание лечебного альянса, требующие психотерапевтической, медико-социальной и правовой коррекции [1, 3, 4].

Включение в лечебно-профилактические программы пациентов с органическими сосудистыми расстройствами психотерапевтического лечебно-реабилитационного комплекса (по типу психотерапевтической интервенции), усиление превентивных психотерапевтических мероприятий, разработка дифференцированных образовательных программ позволяет повысить качество лечения данных категорий пациентов.

Предложенный клинико-патогенетический и социально ориентированный подход представляется наиболее оптимальным; именно он может служить основой для дальнейшего совершенствования психиатрической, психотерапевтической и медико-социальной помощи.

Литература

1. *Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П. и др.* Психосоматический аспект изучения пограничных состояний // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3 (21). – С. 16—18.
2. *Казенных Т. В.* Методологические подходы к реабилитации больных пароксизмальными состояниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 2 (83). – С. 74—78.
3. *Рудницкий В. А.* Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии : автореф. … дис. д-ра мед. наук. – Томск, 2011. – 46 с.
4. *Семке В. Я., Рудницкий В. А., Гуткевич Е. В.* Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4. – С. 83—87.
5. *Цыганков Б. Д., Малыгин Я. В., Исмаилова С. Ф., Зыкова А. С.* Психологические факторы, влияющие на активность поиска медицинской помощи пациентами, страдающими пограничными психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3 (84). – С. 9—15.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Салмина-Хвостова О. И.

«ИП Салмина-Хвостова О. И.», Новокузнецк

Высокая распространенность избыточной массы тела и ожирения в настоящее время не вызывает сомнения. Наиболее распространенными способами лечения являются диетотерапия и коррекция гормональных нарушений. Однако помимо этих мероприятий нужно учитывать и психологические аспекты ожирения, так как у большинства пациентов, страдающих избыточной массой тела и ожирением, наблюдаются нарушения психологических форм пищевого поведения, способствующих усилению влечения к пище. Пищевое поведение человека психологически полифункционально. Это ярко выражено у больных ожирением и проявляется для всех больных одинаково – гипералиментацией. Пищевое поведение больных ожирением может являться средством для удовлетворения потребности организма в питательных веществах и энергии, средством поощрения и награды, средством компенсации, замещения неудовлетворенных потребностей личности (например, потребности в общении с родителями, друзьями, сексуальной потребности), средством релаксации, разрядки нервно-психического напряжения при сильном нервно-психическом напряжении, средством коммуникации, когда общение между людьми (родственниками, коллегами по работе) происходит во время прием пищи и др. К изменению пищевого поведения и его нарушению могут приводить разные психотравмирующие ситуации, которые в большинстве случаев могут воздействовать не по отдельности, а комплексно. В результате воздействия на человека различных психотравмирующих ситуаций у него могут появляться такие изменения, как тревожность, депрессия, плохое настроение. Ожирение и депрессия имеют общие генетические, патофизиологические компоненты и сходные влияющие факторы окружающей среды. Распространенность депрессии у лиц с ожирением, по данным Е. Г. Старостиной, составляет от 29 до 56 %.

В настоящее время выделяют три основных типа нарушения пищевого поведения. Так, экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, моторика желудка и т. д.), а на внешние стимулы, такие как вид пищи, реклама пищевых продуктов, вид человека, принимающего пищу). Эмоциогенное пищевое поведение – у 60 % пациентов с ожирением на фоне эмоционального дискомфорта отмечается гиперфагическая реакция на стресс, то есть переедание. Ограничительное пищевое поведение проявляется в случаях, когда с целью уменьшения массы тела имеет место сознательное ограничение больными приема пищи [1].

Цель исследования: выявить психосоциальные факторы, способствующие нарушению пищевого поведения у пациентов с избыточной массой тела и ожирением

Материалы и методы исследования. Обследовано 175 человек. Избыточную массу тела и ожирение диагностировали по показателям индекса массы тела (ИМТ) – отношения массы тела (в кг) к росту (в $м^2$). Особенности пищевого поведения выявляли с помощью специального опросника DEBQ (голландский опросник пищевого поведения, предложенный T. Van Strein и др. [1986]). Для исследования психологического статуса применяли методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Цунга в адаптации Т. И. Балашовой. Для самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивной тревожности как состояния) и личностной тревожности (как устойчивой личностной характеристики человека) использовали шкалу самооценки Ч. Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6.0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты исследований. Из 175 женщин у 6 человек (2,8 %) было диагностировано ожирение I степени, у 146 человек (83,9 %) – ожирение II степени, у 23 человек (13,3 %) – ожирение III степени.

Психотравмирующие ситуации играли ведущую роль в развитии избыточной массы тела и ожирении у 121 (69,5 %) обследованных нами женщин. Среди психотравмирующих факторов у 31 человека (25,7 %) выявлена неудовлетворенность семейными отношениями, у 23 (19 %) – неустроенность личной жизни**,** у 5 человек (4,1 %) **–** смерть близких, у 9 человек (7,4 %) – ситуация развода, у 5 человек (4,1 %) – ревность, у 20 человек (16,5 %) – конфликты на производстве, у 8 человек (6,7 %) – неудовлетворенность работой, 20 человек (16,5 %) отмечали недовольство собой и высказывали заниженную самооценку. Согласно полученным данным, наибольший процент психотравмирующих ситуаций приходится на сферу семейно-бытовых отношений, среди которых ведущее значение имеет неудовлетворенность семейными отношениями (25,7 % респондентов).

Влияние социально-культурных норм и традиций отмечено у 34 женщин (19,5 %). У этих женщин, так же как и в их семьях, представление о большой массе тела и хорошем аппетите расценивалось как признак социального благополучия и престижа. Обнаружено, что 16 человек (84,2 %) в детстве воспитывались по типу «гиперопеки», а 3 человека (15,8 %) воспитывались по типу «неприятия» – эти пациентки отмечали частые конфликты с родителями, авторитарное и жесткое воспитание, отсутствие любви к ребенку со стороны родителей, чувство нежелательности в семье на фоне преувеличенной заботы об их здоровье. Было выявлено, что у 145 респондентов (83,3 %) диагностировалось нарушение пищевого поведения: из них у 104 женщин (71,7 %) зарегистрирован эмоциогенный тип, у 19 женщин (10,9 %) – экстернальный тип, у 7 человек (4,0 %) – ограничительный тип, а у остальных 15 женщин (13,4 %) наблюдали смешанный тип нарушения пищевого поведения. Уровень личностной и ситуативной тревожности у женщин с эмоциогенным типом нарушения пищевого поведения достигал значения 70±1,09 балла, 50±1,1 балла – при эмоциогенном типе нарушения пищевого поведения.

При анализе причин коррекции массы тела большинство (94 %) женщин указали неудовлетворенность своим внешним видом.

Депрессивное нарушение было определено у 72 обследованных (41,3 %), состояние без депрессии было выявлено у 102 человек (58,7 %), средний уровень депрессии составил 41±1,5 балла.

Выводы. Таким образом, у большинства обследованных женщин (69,5 %) в развитии избыточной массы тела и ожирения ведущую роль играли психотравмирующие ситуации. Нарушение пищевого поведения наблюдается у 83,3 % женщин с избыточной массой тела и ожирением. У большинства женщин (71,7 %) преобладающим был эмоциогенный тип нарушения пищевого поведения [2]. Проведенный анализ психосоциальных аспектов ожирения показывает необходимость выявления и учета психологических особенностей пациентов, имеющих избыточную массу тела и ожирения, с последующей их обязательной коррекцией.

Литература

1. *Вознесенская Т. Г.* Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция // Ожирение / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – Гл. 9. – С. 234—271.
2. *Салмина-Хвостова О. И.* Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный аспекты) : дис. … д-ра мед. наук. – Томск, 2008. – 304 с.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Сахаров А. В., Голыгина С. Е., Казыкин Р. Н., Герасимова Я. В.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита

В настоящее время в России наметилась тенденция к замене классических наркотиков синтетическими, этот процесс сопровождается частыми передозировками и ростом интоксикационных и абстинентных психозов у потребителей. Со всеми перечисленными явлениями стали сталкиваться врачи Забайкальского края, что послужило предметом нашего анализа.

Цель исследования: изучение случаев обращаемости за медицинской помощью потребителей синтетических наркотиков (СН) в Чите.

Материал и методы. Сплошным методом были проанализированы истории болезни пациентов, проходивших лечение в токсикологическом центре Городской клинической больницы, Краевом наркологическом диспансере, Краевой клинической психиатрической больнице им. В. Х. Кандинского за период с 2014 по 2015 г. по поводу расстройств, связанных с потреблением синтетических наркотиков. Всего в исследование было включено 86 случаев.

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

Результаты. Установлено, что 57,0 % всех госпитализаций пришлось на токсикологический центр; 37,2 % – на наркологический диспансер; 5,8 % – на психиатрическую больницу. В 2015 г. обращений потребителей синтетических наркотиков за медицинской помощью стало в 4,7 раза больше (!), чем в 2014 (71 и 15 случаев соответственно). Большинство обратившихся были представителями мужского пола (87,2 %). Возраст обратившихся за помощью составил от 14 до 43 лет (в среднем 27,6±0,8 года): подростки – 12,8 %, остальные – лица молодого трудоспособного возраста. 68,6 % потребителей синтетических наркотиков были безработными, 12,8 % – учащимися и 18,6 % – работающими. Имели семью 31,4 % пациентов. Судимость за хранение наркотиков ранее уже была у 17,4 % потребителей. Под наблюдением у нарколога по месту жительства состояли 29,1 % обратившихся; коморбидные алкогольные расстройства имели место у 20,9 %.

Выявлено, что ранее потребляли другие наркотики 36,1 % включенных в исследование (48,4 % пришлось на потреблявших опиаты, 19,4 % – на производные растительной конопли и 32,2 % – на сочетанное потребление нескольких наркотиков).

Структура потребляемых синтетических наркотиков оказалась следующей: синтетические каннабиноиды – 61,6 %; синтетические стимуляторы – 33,7 %; сочетанное их употребление – 4,7 %. При этом если синтетические каннабиноиды употреблялись путем курения, то синтетические стимуляторы преимущественно вводились внутривенно (65,5 %), поэтому можно говорить о постепенном начале формирования нового вида парентеральной наркомании. Причиной обращения за стационарной медицинской помощью в 6,9 % случаев послужил синдром зависимости и злоупотребление, в 29,1 % случаев – синдром отмены неосложненный, в 32,6 % случаев – психотические расстройства интоксикационные и абстинентные (представлены либо делирием, либо шизофреноподобными психозами), в остальных случаях (31,4 %) – отравления принимаемыми веществами (представлены были выключениями сознания). Зафиксировано, что обратились самостоятельно 32,6 % потребителей, остальные 67,4 % были доставлены скорой медицинской помощью. Сроки стационарного лечения составили от 1 до 29 дней (в среднем 6,1±0,7 койко-дня).

Заключение. Таким образом, за последние 2 года в Чите стало прогрессивно увеличиваться число случаев обращения за медицинской помощью ввиду последствий потребления синтетических наркотиков, что наглядно демонстрирует напряженность современной наркологической ситуации. Среди обратившихся выявлено преобладание лиц мужского пола и молодого возраста. Более трети потребителей имели опыт приема других наркотиков ранее, пятая часть – алкогольные расстройства. Причиной госпитализации в 31,4 % случаев послужили отравления, в 32,6 % случаев – психотические расстройства, в 36,0 % случаев – абстиненция и синдром зависимости.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ И МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Г-К. АНАПА

Селезнёв С. Б.

Филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», Анапа

Психическое здоровье человека и общества в целом всегда было одним из важнейших факторов, определяющих статус цивилизации и её социальное благополучие. Его подъем сопровождался социальным прогрессом, а падение отражалось в войнах и других разрушительных тенденциях. И этому в истории человечества есть немало убедительных примеров – от библейских сказаний до глобальных социальных проблем современного мира.

Результаты специальных социально-экономических исследований (Brenner M., 1979) позволяют рассматривать уровень общественного психического здоровья или уровень психической стрессированности общества в качестве одной из 6 важнейших переменных, характеризующих взаимозависимый спад или подъем экономики. Расбалансированность психического функционирования, снижение адаптационного потенциала человека сопровождается снижением продуктивности его социально-экономической деятельности. Поэтому психическое здоровье детей и подростков, а значит, наших будущих поколений мы вправе рассматривать как важнейшую социально-экономическую составляющую успешного развития и процветания нашего общества, наш национальный интеллектуальный и морально-нравственный потенциал.

Так что же такое психическое здоровье человека? Из современных социально ориентированных определений, на наш взгляд, наиболее удачным может быть следующее: психическое здоровье человека – это состояние благополучия, при котором он может полноценно реализовать свой личностный потенциал, успешно справляться с жизненными стрессорами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить свой личный вклад в жизнь своего сообщества.

По аналогии с этим определением, психическое здоровье ребёнка можно определить как состояние благополучия, при котором он может успешно реализовывать собственный потенциал, справляться с повседневными задачами, продуктивно учиться и выполнять общественные и домашние обязанности, это совокупность качеств и способностей, позволяющих ему безболезненно адаптироваться в социальной среде (в семье, обществе, образовательных учреждениях, среди сверстников). Помимо сказанного, необходимо уточнить, что между собственно психическим здоровьем ребёнка и его нарушением в форме психического расстройства существует множество разных переходных состояний, традиционно имеющих в медицине название донозологических или предболезненных. Они могут проявляться в форме кратковременных эмоциональных или соматоформных реакций и более стойких психоадаптационных и психодезадаптационных состояний, трансформируясь со временем в патохарактерологические личностные образования.

И таких переходных состояний в несколько раз больше, чем собственно сформированных и стойких психических нарушений. И хотя они не фигурируют в официальных отчётах детских психиатрических служб, вместе с тем они являются своеобразным «плацдармом» для формирования (если не принимать превентивных мер) классической детской психопатологии. По аналогии с айсбергом, верхушка которого – сформировавшаяся детская и подростковая психопатология, а скрытая подводная часть – предболезненные (донозологические) её проявления.

К сожалению, представители этой многочисленной донозологической группы при существующей системе государственного здравоохранения практически не попадают в поле зрения детских психиатров, и о необходимости проведения с ними психопрофилактической работы приходится лишь только говорить. Гораздо чаще такие дети попадают в поле зрения собственно врачей-педиатров или детских неврологов, различных узких специалистов (детских кардиологов, отоларингологов, гастроэнтерологов, эндокринологов и др.), а также нередко обращаются к практических психологам, работающим в системе образования, логопедам, дефектологам и социальным педагогам.

Помимо донозологической группы психического здоровья, существует ещё и другой вполне нозологический, но по разным причинам своевременно не выявленный контингент психически больных детей и подростков. Чаще это происходит по причине отсутствия или недостатка на участках обслуживания соответствующих специалистов и низкого качества их работы, в том числе и из-за рабочей перегруженности, а также по вине родителей (невнимание, безответственность, пьянство и т. п.), по причине их низкой психиатрической грамотности или по их установочному нежеланию иметь дело с психиатрами. По данным специальных эпидемиологических исследований, этот контингент может в 5 и более раз превышать уровень фактически выявляемой детской психической патологии. Как правило, эти дети, особенно мальчики, впервые узнают о своём диагнозе лишь в период проведения военно-врачебной призывной комиссии, что, как правило, освобождает их от призыва в армию, а девочки могут так и остаться с неустановленным диагнозом психического заболевания, если его проявления существенно не осложняют жизнь, как им самим, так и их близким.

Всё вышесказанное имеет непосредственное отношение к теме заявленного сообщения, так как официальная медицинская статистика отражает лишь те клинические случаи, которые зарегистрированы сложившейся системой психиатрического сервиса в рамках государственного здравоохранения, которое на протяжении последних 25 лет находится в глубочайшем экономическом кризисе. И это находит своё отражение не только собственно в уровне финансирования отрасли, но и в организационных решениях, в кадровой политике, вопросах стимулирования оплаты труда медицинских работников и др.

Поэтому представленная ниже статистика будет отражать лишь официально выявленные случаи по результатам активного или вынужденного обращения детей и подростков к детским врачам-психиатрам по инициативе их родителей или заинтересованных в этом официальных представителей различных детских и социальных организаций и учреждений, а также по направлению других врачей и специалистов. А истинная распространён-

ность детской психической патологии может быть определена лишь по результатам специальных научных эпидемиологических исследований.

Итак, за прошедшие 3 года (2013—2015 гг.) по Краснодарскому краю наблюдалась отчётливая тенденция к снижению как детской заболеваемости, так и болезненности в среднем на 26,6 % (от 503,9 до 369,4 на 100 тысяч населения) и 13,6 % (от 3159,9 до 2871,0 на 100 тысяч населения) соответственно. Вместе с тем в подростковой группе (14—18 лет) отмечалась противоположная тенденция к росту заболеваемости на 1 % (от 379,8 до 381,1 на 100 тысяч населения) и болезненности на 8 % (от 5360,0 до 5997,1 на 100 тысяч населения). Такая разнонаправленная динамика может объясняться тем же «феноменом недовыявления» психической патологии в детской группе, а значит, и неоказанием им своевременной специализированной помощи. Косвенно об этом свидетельствует и суммарный рост (на 11 %) за этот же период абсолютных показателей детской инвалидности по психическому заболеванию (с 6023 до 6698), что вступает в явное противоречие с фактом указанного выше снижения детской заболеваемости и болезненности. Если предположить, что данный прирост абсолютных значений детской инвалидности в ближайшие годы сохранится, то это будет свидетельствовать о весьма значительных потерях в сфере охраны психического здоровья детей и подростков Краснодарского края.

Действительно, во многих детских медицинских учреждениях различных краевых территорий (районы, муниципалитеты) на протяжении последних 15 лет нет полной кадровой укомплектованности детскими врачами-психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами и соответствующим средним медицинским персоналом. Как правило, на этих должностях из-за низкого уровня заработной платы работают врачи-совместители, которые как физически, так и по временным параметрам просто не могут охватить всего круга вопросов охраны психического здоровья детей и подростков.

А если представить, что детского психиатра в районе нет вообще, то не будет ни диагнозов, ни больных, ни результатов статистической отчётности. Поэтому трактовать имеющиеся данные официальной статистики (например, снижение уровня заболеваемости) необходимо с осторожностью, а именно с учётом кадровой обеспеченности учреждения врачами-психиатрами и качества их работы.

Проводя беглый сравнительный анализ работы психиатрической службы нашего МО г-к. Анапа и других районов края по той же проблеме инвалидности, несмотря на всё сказанное выше, можно выделить ряд наиболее успешно работающих районных служб охраны детского психического здоровья, где за прошедшие 3 года на фоне объективного прироста вновь выявленной детской психической патологии наблюдается и адекватный рост случаев инвалидности по психическому заболеванию. В этом плане лидируют Гулькевичский (на 20,1 %), Анапский (на 14,5 %), Тбилисский (на 9,5 %), Новокубанский (на 9,5 %), а значительно отстают от общекраевых и общероссийских показателей Успенский (снижение на 43 %) и Курганинский (снижение на 11 %) районы, где из-за существующих организационных и кадровых проблем также отмечается снижение и болезненности и первичной психической заболеваемости как в детской, так и в подростковой группах.

Но здесь следует подчеркнуть, что по показателям болезненности достаточно трудно говорить об эффективности работы районных служб, так как объёмы внутренней динамики вновь взятых под наблюдение и снятых с него детей и подростков обычно остаются за кадром, а итоговая картина динамических аспектов работы может быть не столь убедительной или даже не иметь никакой статистически достоверной динамики.

Говоря конкретно о МО г-к. Анапа, уместно представить лишь некоторые общие статистические данные относительно количественных и структурных особенностей психического здоровья анапских детей и подростков. В частности, по отчётным данным на конец 2015 г. в Анапском районе под наблюдением у психиатров всего состоит 2 955 человек, из числа которых 446 детей и подростков, что составляет 15,1 % от общего количества больных. (Для сравнения: самой многочисленной возрастной группой в плане развития психической патологии, в 2 раза превышающей группу детей и подростков, т. е. более 32 %, является возрастная группа лиц от 40 до 59 лет, или возраст начинающейся инволюции).

Возвращаясь к детскому контингенту, следует сказать, что наиболее распространённой детской психической патологией на территории МО г-к. Анапа в настоящее время, по данным официальной психиатрической статистики, является умственная отсталость (239 детей), на втором месте находятся органические поражения головного мозга (82 ребёнка), третье место занимают расстройства психического развития и другие, в том числе аутистические расстройства (77), на четвёртом месте – эмоциональные и поведенческие расстройства, в том числе гиперкинетические (16). Детская шизофрения в настоящее время встречается относительно редко (наблюдаются лишь 3 клинически верифицированных случая).

Парадоксальной, на первый взгляд, кажется статистика крайне низкой выявляемости невротических нарушений и другой пограничной психической патологии у детей (единичные случаи по отчётам последних 3 лет). Действительно, детей с неврозами объективно гораздо больше, чем детей с умственной отсталостью. И здесь, к сожалению, мы опять упираемся в комплекс системных проблем современного кризисного государственного здравоохранения, где вопросы раннего выявления, превенции и профилактики детской психической патологии по-прежнему продолжают находиться лишь на стадии своего научного обозначения, а их практическое решение так и не может найти своего давно назревшего воплощения. Поддержанию такого негативного сценария способствуют взаимосвязанные проблемы падения престижа медицинских профессий в обществе, низкой оплаты врачебного труда, бытовой неустроенности (особенно в сельский районах), хронические кадровые проблемы: нехватка специалистов или их крайняя перегруженность работой (зачастую это совмещение до 2 и более ставок по факту выполняемых работ), формальное (в силу объективной нехватки времени) отношение к профилактическим осмотрам организованных групп детей и подростков, низкая психологическая (психиатрическая) грамотность родителей, воспитателей и педагогов, установочное «негативное» отношение к факту осмотра врачом-психиатром ребёнка со стороны родителей и других родственников.

Таким образом, множество системных проблем современного государственного здравоохранения и других социально-экономических трудностей затянувшегося глобального экономического кризиса существенно осложняют оказание и повышение качества психиатрического сервиса в отношении самого главного нашего национального достояния и потенциала успешного развития общества – наших российских детей.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ

Селезнёв С. Б., Гундаренко С. В.

Филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», Анапа
Анапский дельфинарий «Немо», г-к. Анапа

В истории человеческих цивилизаций встречается немало «священных» животных, имеющих особое ритуально-саногенное значение. Например, медведь – у древних славян и древних таёжных жителей (северных и северо-восточных тюркских народов), тигр – у древних китайцев и коренных дальневосточных народов, кошка – у древних египтян, корова – у древних индусов, лошадь – у древних кочевников, голубь – символ веры и святого духа в христианстве, собака – надёжный помощник на охоте и самый верный друг человека и многие другие животные. Поэтому далеко не случайно, что в древнем народном эпосе упомянутые животные фигурируют с завидным постоянством и зачастую выступают в виде участников лечебных взаимодействий. Это относится и к ряду морских животных, которые в культуре древних приморских цивилизаций занимали не менее важное место, а порой и наделялись божественными лечебными свойствами. И в этом ряду одно из первых мест по праву принадлежит дельфинам – морским млекопитающим с высоко развитым мозгом.

В условиях современной цивилизации интерес к дельфинам поначалу носил сугубо военно-прагматический характер и заключался в попытках их специальной дрессировки для подрыва вражеских кораблей. В этой связи существовали даже специальные центры подготовки дельфинов-смертников. И лишь в 60-х годах прошлого века на волне всестороннего изучения тайн мирового океана к его «разумным» обитателям были созданы предпосылки нового более гуманного взгляда на наших морских собратьев по разуму.

В частности в 1961 г. в своём бестселлере «Человек и дельфин» известный американский нейрофизиолог, философ и исследователь Джон Лили писал: «В течение ближайших 10—20 лет человечество наладит связь с представителями других биологических видов… с какими-то другими существами, скорее всего морскими, но наверняка обладающими высоким уровнем развития или даже интеллектом». Им же впервые была высказана мысль о том, что общение с дельфинами может быть лечебным.

Несколько позже эта идея получила своё развитие в трудах клинического психолога из Флориды Дэвида Натансона. В 1971 г. он совместно с антропологом Бетси Смит (Симпсон) создал первый в мире прецедент использования дельфинов для лечения детей с синдромом Дауна. Результаты исследований были впечатляющими, впоследствии Натансон продолжал свою работу, привлекая к плаванию с дельфинами детей с новыми заболеваниями. Так, к концу 70-х годов XX века появилась дельфинотерапия – Dolphins Assisted Therapy или DAT (терапия с участием дельфинов), как ее принято называть во всем мире. В основе программы лежит принцип так называемого индивидуального стартового прыжка («jamp starts»), который пациент совершает с помощью дельфинов, дополняя и закрепляя терапевтический эффект другими, более традиционными методами и средствами, что стимулирует к работе те зоны мозга (организма), которые у больных детей не развиты.

Практически одновременно с американцами в 1973–1978 гг. в Советском Союзе на базе океанариума военно-морского флота в Севастополе также стали проводиться первые сеансы дельфинотерапии со взрослыми пациентами. В частности тренер Галина Александровна Шурепова впервые использовала дельфинов в целях оздоровительного плавания, в результате которого участвовавшие в эксперименте люди чувствовали подъем сил и прилив жизненной энергии. Опыт содержания и использования черноморских дельфинов-афалин в неволе позволил группе ученых в 1987 г. разработать и успешно апробировать методику оздоровительной релаксации и психологической реабилитации людей с участием дельфинов.

Поначалу как открытие доктора Натансона, так и разработки тренера Шуреповой были встречены научным миром с некоторой долей недоверия и скептицизма. Однако их дальнейшие усилия получили убедительное научное обоснование, и в скором времени – в 1994 г. дельфинотерапия была официально признана как один из методов нетрадиционной медицины.

С этого периода начинается активное и всестороннее изучение лечебных эффектов дельфинотерапии. В частности продолжение клинико-психологических исследований показало, что такие компоненты, как эстетическое удовольствие от плавания и эмоционального общение с этими млекопитающими, обладают заживляющими свойствами. Также у некоторых ученых возникло предположение, что ультразвук, испускаемый дельфинами и являющийся частью их эхолокационной системы, также имеет благоприятное воздействие на человека, что позже нашло и своё научное подтверждение.

Член Королевского Медицинского Общества в Англии доктор Horace Doobs разработал методику лечения людей с тяжелыми депрессиями. Он вывозил пациентов на корабле в открытое море и предлагал общаться с дикими дельфинами, сопровождающими корабль. Наблюдения показали, что дельфины безошибочно выделяли людей, страдающих депрессивными психозами, и старались привлечь их внимание игровыми упражнениями и акустическими сигналами. Испытуемый пациент много времени проводил в воде с дельфином, выбравшим его среди других людей, и этот дельфинотренинг помогал ему экстравертироваться в реальный социум и осознать свою значимость в реальной жизни.

В Израиле на побережье Красного моря в центре исследований города Эйлат специалисты под руководством Sophie Donio работают с детьми, страдающими посттравматическим синдромом, аутизмом, дизлексией, глухонемотой. Дельфины, приученные брать рыбу из рук человека, свободно перемещаются в прибрежной акватории и плавают с пациентами в воде, получая из рук рыбу. Моменты преодоления страха перед большой глубиной и крупным животным, успех в управлении дельфином, внимание и любовь со стороны взрослых и дельфина помогают больному ребенку правильно оценить себя, поверить в свои возможности, что повышает эффективность их терапии и способствует повышению уровня социальной адаптации.

В Японии было проанализировано психологическое состояние 90 человек до и после общения с дельфином посредством семантической дифференциальной оценки иллюстраций. Данный метод считается хорошим определителем стрессового состояния больного. Значительное снижение стресса было зафиксировано у участников непосредственного взаимодействия с дельфинами по сравнению с контрольной группой, просто наблюдающей за животными. И хотя данный факт никак не отразился на результатах обработки рисунков больных по завершению исследования, учёные приписывают снижение уровня волнения и страха общению с дельфинами.

В Панаме (The Human Dolphin Institute, 1997) в результате использования сеансов дельфинотерапии было зафиксировано улучшение мыслительной деятельности и увеличение времени концентрации внимания детей, страдающих аутизмом, дефицитом внимания и синдромом хронической усталости. А в 1997 г. тот же Натансон попытался сравнить эффект от 2 недель дельфинотерапии с 6 месяцами традиционной физиотерапией и общепринятыми сеансами развития речи. Для определения степени воздействия дельфинотерапии в сравнении с традиционным лечением было проведено исследование с участием 47 детей в возрасте от 2 до 13 лет, страдающих различными серьезными нервно–психическими расстройствами. Дельфинотерапия дала количественно лучший результат, проявившийся быстрее. Расходы на такой курс дельфинотерапии оказались меньше, чем на долгосрочную физиотерапию и логопедию. Были проанализированы результаты 71 анкеты, состоящей из 15 вопросов. Родители больных детей отмечали, что в 50 % случаев улучшение, полученное в результате дельфинотерапии, сохранялось в течение последующих 12 месяцев после сеансов. Не было выявлено зависимости сохранения полученных эффектов от характера заболеваний.

Согласно данным научных исследований, проводимых на базе дельфинариев США и Израиля (профессором Рольфом Эртером и доктором Николь Кон), дельфинотерапия как метод психологической коррекции доказала свою высокую эффективность. Сбор данных проходил в три этапа, при этом состояние ребёнка оценивалось до терапии, после терапии и через полгода после окончания курса. Полученные результаты были более чем убедительны: отчётливую положительную динамику (за исключением поведенческих нарушений) имели практически все проблемные психические функции и процессы, что повышало эффективность лечения заболевания и значительно улучшало его прогноз.

Таким образом, мы видим, что дельфинотерапия является действенным, комплексным методом психологической коррекции, позволяющим добиться значительных результатов в относительно короткий промежуток времени и имеющим пролонгированный эффект, что делает возможным её применение как в совокупности с иными методами психофизической реабилитации, так и отдельно от них. Это побуждает нас к более глубокому научному исследованию, преследующему цель разработки дифференцированных психологических подходов и специальных психотехник для более эффективной терапии с участием дельфинов детей с психическими и поведенческими расстройствами.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГОРОЖАНАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сердюк О. В., Сиденкова А. П.

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург

Растущая распространенность тяжелых когнитивных расстройств в популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств, отсутствие разработанных программ комплексной помощи лицам с деменциями и их семьям определяет необходимость разработки и внедрения организационных мер помощи, адекватных по объему и содержанию, гражданам данной категории.

В г. Нижний Тагил Свердловской области постановлением главы муниципалитета внедрена межведомственная программа оказания помощи горожанам старших возрастных групп, страдающим когнитивными расстройствами. Программа разработана сотрудниками кафедры психиатрии ФПК и ПП УГМУ на основе принципов компетентностного подхода к усвоению информации в популяции, формированию навыков социальной эмпатии по отношению к разрабатываемой проблеме у разных слоев населения крупного промышленного центра Свердловской области.

Целевыми ориентирами программы явилась необходимость налаживания взаимодействия медицинских, экспертных (МСЭ), социальных, общественных учреждений и организаций для обеспечения своевременного выявления когнитивных нарушений и оказания медицинской, социальной, правовой помощи гражданам старших возрастных групп.

Материалы и методы. Материалом настоящего организационно-эпидемиологического проспективного исследования является популяция г. Нижний Тагил.

Основные положения программы включают организацию диагностической и лечебной помощи лицам с когнитивными расстройствами в психиатрической службе пилотной территории; повышение выявляемости когнитивных расстройств в популяции; формирование межведомственного и междисциплинарного взаимодействия при оказании диагностической, лечебной, социальной помощи лицам с когнитивными расстройствами на пилотной территории; эпидемиологическую оценку распространенности когнитивных расстройств в общей популяции у лиц старших возрастных групп (с целью возможной дальнейшей актуализации проблемы, разработки стратегий развития социальных служб и здравоохранения на пилотной территории); социальную профилактику развития психических расстройств в позднем возрасте. Многоцелевая программа рассчитана на 2 года (2013—2014 гг.).

Внедрению и разработке данной программы организационно-эпидемиологического проспективного исследования предшествовал ряд социально-психологических исследований, показавших низкий уровень идентификации когнитивных расстройств в популяции, свойственный как пользователям услуг здравоохранения и социальных служб, так и самим представителям этих ведомств.

Результаты и обсуждение. В рамках программы огромное направление посвящено психообразованию разных категорий граждан города, от обычных горожан – реальных и потенциальных пользователей предлагаемых услуг до специалистов, оказывающих медицинскую (в том числе специализированную психиатрическую), социальную, правовую помощь. Основной задачей психообразовательных модулей является повышение уровня идентификации основных признаков когнитивных болезней, что реализуется с использованием принципов компетентностного подхода, заложенного в идеологическую и методологическую базу настоящего психообразовательного проекта. Особое место отводится формированию личностной компетентности всех участников проекта с профилактикой геронтофобических и эйджистких психосоциальных личностных установок.

Уровень информационной компетентности, опираясь на представления о границах возрастной психологической и когнитивной нормы, создание в общегородской популяции настроенности на идентификацию основных проявлений когнитивных расстройств как болезненных проявлений с дальнейшим своевременным обращением за квалифицированной диагностической, терапевтической и социальной помощью, качество которой определяется отлаженным межведомственным взаимодействием. Отдельное внимание в разработке и реализации настоящей программы уделяется повышению профессиональной компетентности врачей-психиатров в вопросах оказания геронтопсихиатрической помощи на основе возрастно-специфического подхода в диагностической методологии и ведении пациентов старших возрастных групп.

Выводы. Применение принципов современного образовательного компетентностного подхода возможно при разработке масштабных программ межведомственного взаимодействия по улучшению оказания медицинской помощи горожанам старшего возраста, страдающим когнитивными нарушениями, проживающим в крупном промышленном центре.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПСИХОПРОДУКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Сиденкова А. П., Лейдерман М. В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург

Накопление сведений о когнитивных расстройствах позднего возраста обусловило понимание их как прогностически неблагоприятных. Варианты прогноза этих нарушений неоднородны по динамике, выраженности, структуре когнитивного дефекта и снижению общей функциональной активности больного. Поиск ранних маркеров той или иной когнитивной болезни ожидаемо повысит диагностические перспективы и терапевтический успех. Психотическая симптоматика является зачастую одним из ранних проявлений тяжелого когнитивного расстройства, что требует ее изучения.

Цель: изучить когнитивные проявления в структуре бредовых психозов у лиц старших возрастных групп.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты обсервационного бесповторного выборочного обследования 27 пожилых пациенток с бредовыми психозами, госпитализированных в ГБУЗ СО СОКПБ. Средний возраст обследуемых составлял 72,4±31,0 года, у 13 пациенток диагностирована деменция альцгеймеровского типа, у 14 пациенток выявлена васкулярная деменция. Деменция легкой степени выраженности определена у 10 человек, у 17 пациенток отмечалась умеренно выраженная деменция. Возраст манифестации психотической симптоматики составлял 55—91 год.

В работе применялись клинический, клинико-психопатологический, психометрический, нейропсихологический методы исследования. Инструментом исследования явилась «Стандартизированная карта больного с бредовым расстройством», разработанная в соответствии с целью исследования, в структуру которой, помимо демографических данных, были включены сведения о болезни и вошли валидизированные нейропсихологические шкалы: «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), ADAS-Cog, тест зрительной памяти Бентона, методика кодирования WAIS, «Нейропсихиатрический опросник» (NPI).

Результаты исследования. Применение объемной когнитивной нейропсихологической батареи тестов позволило выявить, что пациентки с альцгеймеровской деменцией хуже справлялись с заданиями на оценку памяти и высших корковых функций. Нарушения произвольного контроля и внимания в большей мере были выражены при васкулярном поражении ЦНС с ухудшением этих показателей при усугублении деменции.

Нарастание тяжести альцгеймеровского слабоумия сопровождалось завершением формирования классической когнитивной триады (афато-апракто-агностический симптомокомплекс), а также присоединением «стигм» подкоркового поражения ЦНС. Выявлено, что различные нейропсихологические инструменты обладают различной чувствительностью при разных нозологических формах дементирующих заболеваний. «Кодирование по WAIS», аффективные домены опросника NPI в большей степени реагировали на когнитивную дефицитарность васкулярной природы; другие методики («Называние предметов и пальцев», «Выполнение пяти команд», «Определение идеаторного праксиса») – на атрофическую деменцию.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало различия в когнитивном функционировании пожилых пациентов с легкой и умеренной деменциями при болезни Альцгеймера и сосудистом заболевании ЦНС, сопровождающимися хроническими бредовыми психозами. Предварительные результаты сравнительного анализа отдельных когнитивных функций позволяют прогнозировать особую чувствительность отдельных методов нейрокогнитивного исследования для нозологической верификации дементных форм тяжелых когнитивных расстройств даже при формально сопоставимой выраженности деменции.

СОЦИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОПУЛЯЦИИ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА

Сиденкова А. П., Сердюк О. В.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург

Широкий научный интерес к состоянию когнитивных функций у лиц позднего возраста диссоциирует с низким уровнем выявления психических расстройств и недостаточной обеспеченностью специализированной психиатрической помощью пожилых людей с интеллектуальными расстройствами. Своеобразными психосоциальными показателями являются способность населения или отдельных его групп идентифицировать психические расстройства и психиатрическая грамотность, включающая в себя информированность социума о психических болезнях, психиатрических службах и услугах. Степень «узнавания» психических расстройств, предположительно, влияет на уровень их выявляемости.

Целью настоящего социометрического исследования является определение уровня распознавания различных психических расстройств, в том числе специфичных для старшего возраста. Актуальность исследования детерминирована диссоциацией между высокой распространенностью мнестико-интеллектуальных нарушений у лиц старших возрастных групп и низкой идентификацией их как болезни в общей популяции и среди специалистов первичной медицинской сети.

Материал исследования. В социометрическом исследовании в 2015 г. участвовало 451 человек, составивших 4 группы. В первую группу вошло 247 человек старше 18 лет, анкетированных на улицах крупного промышленного города (Екатеринбурга). Вторая группа сформирована из 92 участковых терапевтов районных поликлиник города Екатеринбурга. Представителями третьей группы явились 47 врачей общей практики из различных районов Свердловской области, включение в исследование врачей ОВП было обусловлено особенностью их профессиональной подготовки, в учебную программу которой введены темы по распознаванию и ведению случаев психических расстройств (депрессии, деменции, алкоголизма и т. д.). Четвертая группа исследования (65 человек) была составлена из слушателей школы-семинара для лиц, имевших в семьях больных деменциями, программа школы-семинара представляла психообразовательный модуль повышения уровня информированности о психическом здоровье пожилого населения среди непрофессионалов.

Инструментом исследования явился опросник «Идентификация психических расстройств», разработанный в НИИ психического здоровья (Томск), модифицированный в соответствии с задачами настоящего исследования.

Результаты исследования. Проведенное социометрическое исследование выявило неравномерный уровень распознавания психических расстройств во всех группах исследования. Со статистической достоверностью происходило отставание в оценке когнитивных расстройств позднего возраста, причем описание деменции с поведенческими и психотическими расстройствами чаще определялось респондентами как болезненное, нежели когнитивное снижение. Когнитивные нарушения в пожилом возрасте чаще оцениваются респондентами как вариант возрастной нормы, что определяется как одна из предпосылок низкой выявляемости этих нарушений. Результаты исследования выявили одну из возможных причин низкой обращаемости за специализированной помощью лиц старших возрастных групп при наличии у них когнитивной недостаточности. Эти проявления эйджизма и, как его следствие, поздняя диагностика деменций обусловлены низким уровнем психиатрической грамотности как в общей популяции, так и среди врачей первичного звена.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ НА ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Симуткин Г. Г., Яковлева А. Л.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Частота коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) в современных эпидемиологических исследованиях оценивается как достаточно высокая и, по отдельным данным, может достигать от 38 до 62 % (Fan A. H., Hassell J., 2002; Zimmerman M. et al., 2008). Особая трудность в интерпретации взаимного клинического влияния РЛ и АР заключается в том, что такого рода взаимодействие является весьма сложным и комплексным, но ассоциация АР с РЛ имеет важное значение с клинической, терапевтической и прогностической точек зрения (Смулевич А. Б. и др., 2012; Rossi A. et al., 2001). Имеющиеся к настоящему времени метааналитические обзоры, посвященные влиянию коморбидности АР и РЛ на основные клинико-динамические характеристики АР, эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения, долгосрочный прогноз, а также характеристики социальной адаптации и суицидального поведения, носят противоречивый характер (Ваксман А. В. и др., 2013; Grilo C. M. et al., 2010; Jylhä P. et al., 2016). Однако в литературе преобладают данные, свидетельствующие о значимом негативном влиянии коморбидности АР с РЛ на основные клинико-динамические характеристики АР и эффективность лечения текущей депрессии (Степанов И. Л., Горячева Е. К., 2013; Skodol A. E. et al., 2005; Gocher S. et al., 2010). Отдельные работы показали более низкие показатели качества жизни, социального функционирования при АР, коморбидных с РЛ (Penner-Goeke K. et al., 2015), в том числе и при сравнении с соответствующими показателям при «чистых» АР (Markowitz J. C. et al., 2007).

Цель исследования заключалась в выявлении клинико-динамических особенностей, оценке суицидального риска и уровня социальной адаптации при АР, коморбидных с РЛ, в сравнении со случаями АР без указанной коморбидности.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов (в том числе 80 женщин в среднем возрасте 44,4±10,2 года и 40 мужчин в среднем возрасте 40,6±11,0 года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) – 39 человек и БАР– 39 человек. Общая группа пациентов была разделена на две подгруппы пациентов.

Первая подгруппа состояла из 60 человек, из них 38 женщин (63,3 %), 22 мужчины (36,7 %), все пациенты с АР, коморбидными с РЛ – основная группа. Во вторую подгруппу вошло 60 человек: 42 женщины (70 %) и 18 мужчин (30 %) с АР без коморбидного РЛ – группа сравнения. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту, диагностической структуре ($p>0,05$). РЛ в первой подгруппе были представлены в 85 % ($n=51$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7 % ($n=4$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3 % ($n=5$) – истерическое расстройство личности (F60.4). У соответствующих пациентов проводилась межгрупповая сравнительная оценка следующих основных клинико-динамических характеристик: средний возраст к началу АР, средняя длительность ДЭ, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов, тяжесть текущего ДЭ. Оценка синдромальной структуры текущего ДЭ с выделением ведущего психопатологического синдрома производилась с помощью клинико-психопатологического метода. Оценка тяжести текущего ДЭ производилась с помощью шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version; Williams J. et al., 1992). С целью объективизации различных аспектов суицидального поведения у соответствующих пациентов был использован опросник суицидального поведения SBQ-R (Suicidal Behaviors Question are Revised, Osman A. et al., 2001). Определение уровня социальной адаптации осуществлялось с помощью шкалы самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS, Bosc M. et al., 1997).

Полученные результаты исследования. Средний возраст к началу АР в основной группе и в группе сравнения составил 32,9±8,9 и 40,5±9,8 года соответственно ($p<0,001$). Средняя продолжительность ДЭ в основной группе составила 5,7±2,8 месяца, а в группе сравнения – 3,9±2,6 месяца ($p<0,05$), среднее количество перенесенных аффективных эпизодов – соответственно 4,2±1,4 и 2,9±1,9 ($p<0,01$). В синдромальной структуре текущего ДЭ в основной группе преобладал ($p<0,05$) депрессивно-дисфорический синдром (73 %), в группе сравнения превалировал ($p<0,05$) депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями (36,6 %). Средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной группе составил 31,2±8,2 балла, а в группе сравнения – 25,2±7,5 ($p<0,001$). У пациентов основной группы чаще ($p<0,05$) встречались суицидальные мысли – 80 % ($n=48$), в то время как в группе сравнения суицидальные мысли отмечались реже – в 38 % случаев ($n=23$). При анализе количества суицидальных попыток в анамнезе в исследуемых группах оказалось, что в основной группе данный показатель составил 0,65±0,1, в то время как в группе сравнения – 0,12±0,1 ($p=0,001$). Оценка суицидального поведения пациентов соответствующих групп с помощью шкалы SBQ-R выявила более высокий средний суммарный балл по данной шкале в основной группе пациентов по сравнению с соответствующим показателем у пациентов с АР без коморбидности с РЛ (9,5±4,1 и 4,1±2,0 балла соответственно, $p<0,001$), преимущественно более тяжелые характеристики суицидального поведения в прошлом, а также более высокую вероятность суицидальной попытки в будущем.

Субъективная оценка уровня социальной адаптации пациентов соответствующих групп с помощью шкалы SASS выявила более низкий средний суммарный балл по данной шкале в группе пациентов с АР, коморбидными с РЛ, по сравнению с пациентами с АР без коморбидности с РЛ (31,3±6,2 и 38,7±5,6 балла соответственно, $p<0,001$).

Заключение и выводы. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что коморбидность аффективных и личностных расстройств обусловливает негативное влияние на основные клинико-динамические характеристики АР, что выражается в более раннем начале аффективных нарушений, большей продолжительности и более частом повторении аффективных эпизодов, в большей клинической тяжести текущего ДЭ с высоким удельным весом депрессивно-дисфорического синдрома в структуре текущего ДЭ, а также в увеличении риска суицидального поведения и в более выраженном снижении субъективной оценки социальной адаптации по сравнению со случаями АР без коморбидности с РЛ.

Работа выполнена в рамках медицинской технологии № 12 «Технология оценки эффективности психофармакотерапии при коморбидности депрессивных и личностных расстройств».

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ

Собенников В. С., Прокопьева М. Л.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иркутск

Соматизированные варианты депрессивных расстройств имеют значительную распространенность, особенно среди лиц, обращающихся в территориальные поликлиники, где симптомы, соответствующие критериям депрессивного эпизода по МКБ-10, выявляются у 25—30 % (Смулевич А. Б., 2001; Краснов В. Н и др., 2004). Помощь подобным больным затруднена, особенно в первичном медицинском звене, в связи с диагностическими проблемами в верификации типа течения аффективного заболевания, поскольку терапия депрессий рекуррентного и биполярного типов имеет существенные отличия (Симуткин Г. Г., 2012).

В настоящее время отмечается рост исследовательского интереса к связи индивидуальных личностных черт и особенностей клиники психической патологии (Watson D., et al., 2014).

Целью исследования был анализ взаимосвязи между личностным профилем пациентов и типологией течения аффективного заболевания с клиникой соматизированной депрессии в аспекте совершенствования диагностики.

Материал и методы исследования. Изучено 99 стационарных пациентов с расстройствами аффективного спектра, из них женщин – 70 (70,7 %), мужчин – 39 (39,3 %), соотношение мужчин и женщин составило 1:1,8. Средний возраст на момент исследования составил 43,6±1,1 года (медиана 45,0, нижний квартиль 34,0, верхний квартиль 53,0 года). Клиническая картина заболевания во всех случаях определялась депрессивной симптоматикой в сочетании с множественными соматизированными психопатологическими нарушениями (патологические телесные сенсации – алгии и сенестоалгии, вегетативные сенсации и дисфункции). Диагностика осуществлялась на основе комплексного изучения совместно с интернистами.

В качестве психопатологических оценочных инструментов применялись шкалы депрессии, тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), опросник соматических симптомов (SSI). Использование такого набора инструментов опосредовано парадигмой сложной (коморбидной) структуры соматизированной депрессии. Личностные особенности пациентов изучались с применением методики «Акцент-90». При оценке типологии течения аффективного заболевания применялась шкала биполярности (BSDS – The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale). Для анализа взаимосвязи личностных черт и психопатологии применялась статистическая процедура множественной регрессии.

Результаты. В исследовательской выборке выделялись 2 группы: 1) рекуррентной соматизированной депрессии (РД), 43 случая (43,4 %) – с низкой вероятностью биполярного течения (сумма баллов BSDS от 0 до 12); 2) биполярной депрессии (БД) в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР), 56 пациентов (56,6 %) (сумма баллов по шкале BSDS 20–25 баллов). Существенных различий в распределении больных по полу и возрасту между группами не установлено. В аффективном звене обоих вариантов была представлена тревожная симптоматика, имеющая, как правило, умеренную и тяжелую степень выраженности. Усредненный суммарный результат по шкале HARS для пациентов с РД составил 23,7±0,98 балла (медиана 23, нижний квартиль 19, верхний квартиль 29), а для пациентов с БД – 23,6±0,82 балла (медиана 22,5, нижний квартиль 20,0, верхний квартиль 27,0), при этом гендерных различий не выявлено.

Результаты исследования с применением шкалы депрессии Гамильтона (HRDS) также не установили существенных различий и свидетельствовали о преобладании депрессии тяжелого (>23 баллов) уровня. Среди пациентов с РД усредненный суммарный результат составил 24,4±0,8 балла (медиана 25,0, нижний квартиль 20,0, верхний квартиль28,0), а усредненный суммарный результат при БД – 25,0±0,8 (медиана 25,0, нижний квартиль 21,5, верхний квартиль 29,0).

Для определения. параметров функции зависимости черт акцентуации и выраженности индекса биполярности использовался регрессионный анализ (модуль программы Statistica 6.0, множественная регрессия).

Выявлена близкая к умеренной (0,23) зависимость отклика (сумма баллов BSDS) от предикторов (личностные черты определялись по опросникум Акцент-90). Установлено, что согласно величине стандартизированных регрессионных коэффициентов (бета) в зависимую переменную BSDS наибольший вклад вносит переменная «Эмотивность», а наименьший вклад «черты Застревающих». Знаки коэффициентов позволили определить, что показатель BSDS у больных с высокими значениями шкал «Эмотивность», «черты Застревающих», «Педантичность» и «Демонстративность» имеет тенденцию к снижению. Напротив, показатели по шкале BSDS и показатели шкал «Гипертимность», «Тревожность», «Циклотимность», а также «Возбудимость» имеют общее направление изменений. Согласно частным коэффициентам корреляции, позволяющим ранжировать предикторы по степени влияния на отклик, в модель не включались такие предикторы, как «черты Застревающих» и «Демонстративность». Статистика Дарбина-Уотсона показала умеренные значения (1,9107), при низкой сериальной корреляции (0,041598), что свидетельствует об адекватности модели изучаемому процессу.

Линейная модель имела следующий вид:

Определена сумма баллов шкалы BSDS (т. е. тенденция к соотнесению соматизированной депрессии к расстройствам биполярного спектра):

5,217 – 0,231466 «Эмотивность» + 0,198918 «Гипертимность» + 0,186481 «Тревожность» – 0,179287 «Педантичность» + 0,171460 «Циклотимность» + 0,168757 «Возбудимость»

Выводы. Представленная линейная модель позволяет выделить личностные особенности, являющиеся предикторами соотнесения соматизированной депрессии с рекуррентно-депрессивным («Эмотивность», «Педантичность») либо биполярным («Гипертимность», «Тревожность», «Циклотимность», «Возбудимость») типом течения. Полученные результаты предполагают оптимизацию диагностики типа течения соматизировнной депрессии и выбора адекватной терапии на ранних этапах заболевания, в том числе в общесоматическом звене здравоохранения.

Литература

1. *Краснов В. Н., Довженко Т. В., Ривкина Ю. Л. и др.* Диагностика и терапия расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети: возможности и ограничения // Современные тенденции и организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции. – М., 2004. – С. 66—68.
2. *Смулевич А. Б.* Депрессия в общей медицине. – М. : Медицинское информационное агентство, 2001. – 782 с.
3. *Симуткин Г. Г.* Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 34—41.
4. *Watson D., Naragon-Gainey K.* Personality, Emotions, and the Emotional Disorders // Clin. Psychol. Sci. – 2014. – Vol. 2, № 4. – P. 422—442.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Солодкая Е. В., Логинов И. П.

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ, Хабаровск

Актуальность исследования. Согласно отечественным и зарубежным данным, частота депрессий нарастает с возрастом [3, 8]. Распространенность депрессивных расстройств у детей препубертатного возраста составляет 1—2 %, у подростков частота депрессий повышается и составляет 3—8 %, а к окончанию пубертата достигает 20 % [4, 9]. Проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, определяются, прежде всего, их широкой распространенностью, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания и высоким суицидальным риском [2, 7]. Проведенные в последние десятилетия исследования свидетельствуют о возрастании частоты депрессивных расстройств у подростков, в частности непсихотических [1, 5, 6].

Цель исследования: изучение клинико-психопатологической структуры непсихотических депрессивных расстройств у подростков.

Материал и методы. Исследование проведено на клинической базе кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС Дальневосточного государственного медицинского университета (ДВГМУ) – «Хабаровская краевая клиническая психиатрическая больница». Изучались пациенты подросткового возраста (11—18 лет), поступившие на стационарное лечение с непсихотическими депрессивными расстройствами (n=73). Средний возраст составил 15,7±1,9 года, а гендерное распределение составило 20,5 % (n=15) мальчиков и 79,4 % (n=58) девочек, что соответствует эпидемиологическим данным по распространенности депрессивных расстройств в общей популяции. Клинико-психопатологический анализ депрессивных расстройств показал неоднородность клинических проявлений в зависимости от возрастного периода подросткового возраста, что позволило разделить пациентов на две группы: подростки среднего звена основной школы 11—14 лет (1-я группа, n=18) и подростки старшего звена основной школы 15—18 лет (2-я группа, n=55).

Критериями включения в группы были: наличие установленной связи начала с психотравмирующим фактором острого или пролонгированного характера; непсихотический уровень депрессивного расстройства, соответствие клинической картины расстройства одной из следующих диагностических рубрик МКБ-10 (F32.0—20, F34.1, F41.2, F43.20—22); наличие информированного согласия родителей (у пациентов младше 15 лет) или самого пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения были: возраст ниже 11 и выше 18 лет, признаки психических заболеваний другой этиологии и обострение хронических соматоневрологических заболеваний.

Методы исследования: клинико-психопатологический и статистический. Для исследования пациентов использовалась формализованная карта, включающая 4 модуля и состоящая из 67 переменных скринингового опросника, разработанного на кафедре психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ППС ДВГМУ совместно с кафедрой психиатрии Харбинского медицинского университета (КНР). В работе применяли статистический метод с компьютерной обработкой данных (программа IBM SPSS Statistics 22 с вычислением доверительного коэффициента $p<0,05$, $p<0,01$).

Результаты исследования. У пациентов 2-й возрастной группы (15—18 лет) чаще всего диагностируются «Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция» (43,6 %, $p<0,05$) и «Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция» (29 %, $p<0,05$). Среди пациентов 1-й возрастной группы (11—14 лет) выявлены малочисленные случаи по следующим нозологиям «Депрессивный эпизод тяжелый без психотических симптомов» и «Расстройство адаптации, кратковременная депрессивная реакция» (по 5,5 %), что возможно обусловлено малым количеством респондентов в группе. Соответственно, это касается и 2-й группы (15—18 лет) по нозологии «Смешанные тревожные и депрессивные расстройства» (1,8 %). Клинико-психопатологическая структура изученных депрессивных состояний характеризуется разнообразием и неоднородностью клинических проявлений, возрастная динамика которых направлена в сторону роста кратковременных и пролонгированных депрессивных реакций.

Клинико-психопатологическая структура ведущего депрессивного синдрома у пациентов 1-й и 2-й групп была представлена астеноадинамической депрессией (11,1 % и 20,0 %), тревожной депрессией (38,8 % и 50,9 %), ангедонической депрессией (11,1 % и 16,3 %), дисфорической депрессией (16,6 % и 12,7 %). Аноректическая депрессия и маскированная депрессия встречались лишь в 1-й группе (11,1 % и 5,5 %, $p<0,05$).

Выводы. Депрессивное расстройство является сложным, гетерогенным и дезадаптирующим состоянием, выявление которого вызывает диагностические сложности, в результате чего врачи находят более приемлемым диагностику у пациента тревожного состояния, нежели депрессивного. Как показывает наша клиническая практика, классическая депрессивная триада (гипотимия, идеаторная заторможенность, моторная заторможенность) дополняется различными психопатологическими симптомами, что позволяет нам выделять атипичные варианты депрессий.

Возрастная динамика ведущего депрессивного симптомокомплекса направлена от депрессивно-анорексического и маскированного вариантов к ангедонической, астеноадинамической и тревожной депрессии, что доказывает необходимость более дифференцированного подхода к диагностике и терапии этих состояний.

Литература

1. *Кравченко Н. Е.* Непсихотические депрессивные расстройства у подростков психоневрологического диспансера // Материалы XIV съезда психиатров России (15—18 ноября 2005 г.). – М., 2015. – С. 205—206.
2. *Подольский А. И., Идобаева О. А., Хейманс П.* Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. – СПб. : Питер, 2004. – 202 с.
3. *Семке В. Я., Счастный Е. Д, Симуткин Г. Г.* Аффективные расстройства. Региональный аспект. – Томск, 2005. – 234 с.
4. *Усов М. Г.* Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессий у подростков : автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Томск, 1996. – 33 с.
5. *Keller M. B.* Course outcome and impact on the community // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1994. – Vol. 89. – P. 24—34.
6. *Offer D.* Adolescent turmoil. In The Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys. – New York : Basic Books, 1969. – P. 174—193.
7. *Reynolds W. M., Johnston H. F.* Handbook of depression in children and adolescents. – New York : Plenum, 1994. – P. 178.
8. *Wasserman D., Cheng Q., Jiang G. X.* Global suicide rates among young people ages 15—19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4. – P. 114—120.
9. *Weissman M. M., Wolk S., Goldstein R. B. et al.* Depressed adolescents grown up // Journal of American Medical Association. – 1999. – Vol. 281, № 18. – P. 1707—1713.

ФОРМИРОВАНИЕ КОРЫ И ТАЛАМУСА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ГИПОКСИИ И ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ

Солонский А. В.[1], Кудренко А. С.[2], Логвинов С. В.[2], Шушпанова Т. В.[1]

[1] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

[2] ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Цель: выяснить влияние пренатальнои гипоксии и алкогольнои интоксикации на морфогенез микроколонок коры большого мозга эмбрионов человека.

Материалы и методы. Материалом исследования служил головной мозг 26 эмбрионов 7—12 недель развития, полученных от женщин, страдающих алкоголизмом, а также 30 детей обоего пола, погибших анте-, интра- и постнатально в течение первых двух месяцев жизни от причин, не связанных с патологией головного мозга. I группу составили дети 28—37 недель, умершие анте- и интранатально, во II группу вошли дети, погибшие анте- и интранатально в сроках внутриутробного развития 38—42 недели, III группа включала в себя детей со сроком внутриутробного развития 28—37 недель, умерших в течение первых суток жизни, IV группу составили дети со сроком внутриутробного развития 38—42 недели, V группа – дети, умершие в сроках 2—7-й день жизни, со сроком гестации 38—42 недели, в VI группу входили дети со сроком жизни от 8 дней до 2 месяцев.

Результаты. В работе выявлены морфологические особенности гистологического строения коры большого мозга пред- и постцентральной извилин и ядер вентрального таламуса у плодов и детей с различными сроками гестации после перенесенной хронической внутриутробной гипоксии и пренатальной алкоголизации. С использованием методов световой и электронной микроскопии, морфометрии и системного статистического анализа данных установлены особенности роста нейронов и клеточных группировок, гетерогенность формирования клеточных группировок коры большого мозга и таламуса, реактивно-деструктивные изменения нейронов, а также нейроглиальные взаимоотношения в вентральном таламусе у плодов, новорожденных и младенцев с различными сроками внутриутробного развития; установлены особенности межполушарной асимметрии коры большого мозга пред- и постцентральной извилин по таким критериях, как площадь нейронов и площадь клеточных группировок.

В настоящем исследовании на ультраструктурном уровне определены особенности структурной организации и рост объема нейропиля в постнатальном периоде. Показано, что у детей с задержкой внутриутробного развития и нормотрофиков со сроком гестации 28—37 недель, умерших антенатально, интранатально и в течение первых суток жизни, в поверхностных слоях коры большого мозга в предцентральной и постцентральной извилинах отмечается выпадение микроколонок, отсутствует дифференцировка на слои, редко выявляются пирамидные клетки. С увеличением срока постнатального развития усложняется форма клеточных группировок и возрастает количество нейронов, входящих в их состав. Выявленные нейроморфологические изменения коры большого мозга у детей изученных сроков гестации при гипоксии оказались во многом сходными с таковыми при внутриутробной алкогольной интоксикации.

ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Стоянова И. Я.[1], Смирнова Н. С.[1], Иванова А. А.[1], Цыбульская Е. В.[1], Терехина О. В.[2]

[1] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

[2] Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск

Актуальность исследования проблемы психологической безопасности больных расстройствами невротического спектра обусловлена необходимостью сохранения психического здоровья и оказания эффективной психологической помощи. Психологические аспекты безопасности являются ключевыми в оценке личностной защищенности. Безопасность как необходимое условие развития и базовая потребность в первую очередь относится к пациентам невротического регистра. Многочисленные исследования свидетельствуют о наличии факторов риска искажений личностного развития, нарушений психического здоровья и личностной идентичности, склонности к депрессивным проявлениям, связанным с нарушением психологической безопасности пациентов из-за дефицита личностного опыта и стереотипного реагирования в сложных жизненных ситуациях.

Важная характеристика современной социальной ситуации – стремительность перемен, огромная скорость изменения политического, экономического, социального уклада жизни, увеличение экстремальных ситуаций – всё это часто приводит к сбоям в функционировании психической жизни человека, формированию нервно-психических расстройств. Данное обстоятельство способствовало возникновению нового научного и практического направления – психология безопасности. Наиболее разработан раздел «психология безопасности образовательной среды» (Баева И. А., 2002). Категория психологической безопасности определена автором в трех аспектах: 1)состояние социальной среды, свободное от проявлений психологического насилия во взаимодействии с окружением, способствующее удовлетворению основных потребностей в личностно-доверительном общении, создающее значимость среды и обеспечивающее психическое здоровье включенных в неё участников; 2) система межличностных отношений, которые вызывают у участников чувство принадлежности (референтной значимости среды), убеждают человека, что он пребывает вне опасности, укрепляют психическое здоровье; 3) система мер, направленных на предотвращение угроз для продуктивного устойчивого развития личности.

И. А. Баева акцентирует внимание на том, что проблема психологической безопасности тесно связана с актуальными неблагоприятными воздействиями на личность (угрозы) и соответствующими прогнозируемыми факторами (риски). Поэтому, рассматривая защищенность личности от неблагоприятных воздействий, нужно анализировать её в тесной связи с условиями функционирования. Психологическая безопасность личности проявляется в ее способности сохранять устойчивость в среде с определенными параметрами, в том числе с психотравмирующими воздействиями, а также сопротивляемости деструктивным внутренним и внешним воздействиям и отражается в переживании своей защищенности/незащищенности в конкретной жизненной ситуации.

Практическими задачами психологии безопасности являются: разработка основ культуры безопасности в организации (введение определенных норм поведения; создание условий, в которых вопросам безопасности уделяется то внимание, которое они заслуживают, в которой все члены организации разделяют взгляды и убеждения, касающиеся рисков и угроз здоровью; усиление мотивации людей в отношении укрепления безопасности. Необходима разработка стиля и практических навыков в обеспечении программ по совершенствованию безопасности и укреплению здоровья людей в организациях, снижение всех форм насилия в межличностном взаимодействии, профилактика и снижение психологического травматизма на основе использования знаний о психоэмоциональном состоянии и закономерностях поведения человека в условиях физической и психологической опасности, а также снижение угроз психическому здоровью в социальной среде. Мобилизация ресурса сопротивляемости человека возможна при создании образовательных программ подготовки специалистов по вопросам психологической безопасности личности и общества.

Понятие психологической безопасности используется также в связи с профессиональной деятельностью людей. В современных подходах психологическая безопасность используется при изучении чрезвычайных ситуаций, аварий и катастроф, характеризующихся значительными материальными, социальными и экологическими последствиями. В исследованиях предусматривается изучение человеческого фактора, подразумевающего детальный анализ действий людей, занятых на объектах высокого риска.

В рамках данного научного направления представляется уместным развитие исследований, направленных на изучение психологической безопасности у людей с нарушениями психического здоровья. Как отмечают исследователи, психологическая безопасность выражается в ряде показателей: это качество и продолжительность жизни, уровень психического здоровья. Нам представляется, что на базе медицинских учреждений продуктивным является изучение личностных факторов проявлений психологической безопасности у пациентов, включая базисные убеждения, уровни личностной и социальной тревожности, защитно-адаптивные стили, антивитальные проявления. Изучение этих характеристик будет способствовать расширению возможностей психологической помощи пациентам в условиях стационара, а также созданию системы психопрофилактики, направленной на повышение адаптивных возможностей и психологическую безопасность.

Базируясь на принципах медицинской психологии, в исследовательских программах можно изучать психологию безопасности в двух аспектах: психологической безопасности среды и психологической безопасности личности. Основываясь на исследованиях, посвященных межличностному взаимодействию, психологической защите, психологии конфликта и психологическому климату, можно рассматривать параметры психологической безопасности пациентов как фактор, необходимый для развития личностных ресурсов и профилактики психического здоровья.

Только при удовлетворении потребности в безопасности у пациентов возникает желание осуществлять психологическую работу. Отсутствие же условий безопасности приводит к возникновению оборонительной тенденции, порождает сопротивление, избыточность психологической защиты.

В программы тренинговой и консультативной работы с пациентами и их значимым окружением должна быть включена работа по формированию опыта, адекватного представлению о реальности. Средовые условия жизнедеятельности пациентов должны быть осознаны, структурированы, поняты и приняты человеком. Это стратегические задачи медицинских психологов. На этой основе возможна дальнейшая работа по регуляции поведения и деятельности. Развитие психологической безопасности пациентов включает также работу, связанную с формированием позитивного Я-образа, доброжелательности окружающего мира и справедливых отношений между «Я» и окружением. Значимыми контекстами психологической работы является также развитие нового опыта применения стратегий совладания, способствующих обеспечению и развитию оптимального соотношения зависимости/независимости от других людей путем тренировки здоровой автономии, управляемости своих стереотипных и неадаптивных реакций в проблемных и нестандартных ситуациях.

Совместная с пациентом с невротическим расстройством психологическая работа направлена на активную адаптацию, приспособление к окружающей среде. Это эффективное средство, дающее человеку силу преодоления, помогающее ему сохранять устойчивость в экстремальных, кризисных ситуациях, справляться с ежедневными стрессовыми обстоятельствами жизни. При создании условий психологической безопасности среды актуализируются возможности личности, повышается уровень толерантности к жизненным сложностям, конфликтам.

Повышение уровня психологической безопасности пациентов выступает превентивной мерой, направленной на восстановление психического здоровья и личностных ресурсов у пациентов невротического спектра.

Литература

1. *Баева И. А.* Психологическая безопасность образовательной среды: Теоретические основы и технологии создания : автореф. дис. … д-ра психол. наук. – СПб., 2002. – 44 с.
2. Обеспечение психологической безопасности в образовательном учреждении / под ред. И. А. Баевой. – СПб., 2006. – 189 с.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Стреминский С. Ю., Строганов А. Е.

ФБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул

Цель исследования. Выявление социально-демографических особенностей комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с невротическими расстройствами с последующим использованием в алгоритме диагностики у бывших военнослужащих с сочетанными патологиями.

Материалы и методы. Проведено сплошное эпидемиологическое исследование 513 пациентов госпиталя для ветеранов войн (Барнаул), получавших лечение в 2013—2015 гг. Использовались сведения, полученные из медицинской документации, интервью и клинико-патопсихологических исследований. Результаты исследования были статистически обработаны с помощью пакета STATISTIKA 10.0.228.8 Portable и Microsoft Excel.

Результаты. В указанный период времени в госпитале было пролечено 10 291 человек, среди них в неврологическом отделении № 3 – 1831 (17,9 %) человек, 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 %) 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 из них (28,4 %) обнаружились «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±7,1 года.

Данные клинического и психологического обследования позволили нам разделить 102 отобранных пациентов на две группы: 45 пациентов – с сочетанием невротических расстройств и ЭОЗГМ (исследуемая группа), 57 пациентов – с ЭОЗГМ (контрольная группа). Изучив возрастные особенности, мы распределили больных по возрастным категориям. В процентном соотношении наиболее многочисленными оказались группы, где возраст обследуемых находился в интервале 40—49 лет – 18 (40 %) человек и 50—59 лет – 19 (42,22 %). В возрастном интервале 31—39 лет находилось 7 (15,56 %) комбатантов, одному бывшему военнослужащему на момент исследования исполнилось 60 лет.

Сравнение обеих групп показало, что средний возраст пациентов контрольной группы (47,8±7,2 года) оказался приблизительно равным среднему возрасту пациентов исследуемой группы (47,7±7,1 года). При этом в процентном соотношении значимых различий по возрастным особенностям выявлено не было.

По итогам исследования демографического положения получены данные, которые говорят о том, что пациенты исследуемой группы по сравнению с группой контроля чаще проживают в городе. Так, среди пациентов исследуемой группы 31 (68,9 %) человек были городскими жителями, 14 (31,1 %) пациентов проживали в сельской местности. В исследуемой группе 28 (49,1 %) пациентов постоянно проживали в городе, 29 (50,9 %) человек – в сельской местности.

Следующим этапом исследования явилось изучение уровня образования пациентов обеих групп. Анализ полученных данных показал, что в исследуемой группе оказалось несколько больше пациентов с высшим образованием (26,6 % и 15,7 % пациентов соответственно), а в контрольной группе выявлено больше больных, получивших среднее специальное образование (57,8 % и 68,5 % соответственно). Проведенная статистическая обработка значимых различий между группами по уровню образования не обнаружила.

Дальнейший анализ социально-демографических особенностей комбатантов показал, что количество больных с инвалидностью по соматическому заболеванию в исследуемой группе в процентном соотношении был больше, чем в контрольной группе. Так, в исследуемой группе представлено 3 (6,6 %) инвалида второй группы и 2 (4,4 %) инвалида третей группы. У 2 (3,5 %) пациентов контрольной группы имелась вторая группа инвалидности, третью группу инвалидности имели 2 (3,5 %) пациента.

Изучая семейное положение бывших военнослужащих с сочетанными патологиями, нам удалось выявить, что неблагоприятный семейный фон преобладает в исследуемой группе: разведенными оказались 13 (28,8 %) комбатантов против 7 (12,2 %) комбатантов в контрольной группе. Холостяков в исследуемой группе было незначительно меньше (3 – 6,6 %), чем в контрольной группе – 5 (8,7 %) человек.

Для расширения социально-демографических характеристик мы провели сравнительный анализ количества официально или неофициально работающих с безработными. В исследуемой группе зарегистрировано 18 (40 %) безработных, в контрольной группе таковых было 19 (33,3 %) соответственно. Официально трудоустроенными в исследуемой группе оказалось 10 (22,2 %) бывших военнослужащих, в контрольной группе таковых было 24 (42,1 %) человека. Полученные данные свидетельствуют о трудностях социальной адаптации в исследованной выборке бывших военнослужащих. Неофициально трудоустроенными в исследуемой группе оказались 17 (37,7 %) пациентов, в контрольной группе статистические данные оказались ниже – 14 (24,5 %).

Конечным этапом нашего исследования явился статистический анализ социально-демографических характеристик. Так, с помощью критерия χ^2 мы установили различия по социально-демографическим характеристикам у бывших военнослужащих – обследованных обеих групп. Было выявлено, что пациенты, страдающие экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга в сочетании с невротическими расстройствами (исследуемая группа), с достоверной значимостью находятся в худших социальных условиях. В частности проблем с официальным трудоустройством у пациентов исследуемой группы имелось достоверно больше ($p<0,03$). Кроме того, выявлено, что достоверно большее число представителей исследуемой группы разведены ($p<0,05$).

Выводы. С целью формирования алгоритма диагностики у бывших военнослужащих с сочетанными патологиями выявлены социально-демографические особенности комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга, сочетанными с невротическими расстройствами. По результатам исследования обнаружены актуальные психогенные воздействия, провоцирующие развитие невротических расстройств у комбатантов, страдающих экзогенно-органическим заболеванием головного мозга.

СОМАТИЗАЦИЯ АФФЕКТА КАК ОДИН ИЗ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ МИГРАНТОВ

Султанова А. Н., Овчинников А. А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск

Мигранты, страдающие психическими расстройствами, при обращении к специалистам общей практики чаще предъявляют жалобы на соматические симптомы, чем на проявления эмоционального дистресса (Murphy M., 1989; Wright A. F., 1990). Этот феномен, обозначаемый как «соматизация», изучался во многих исследованиях, проведенных сотрудниками учреждений первичной медицинской помощи (Bridges K., Goldberg D., Evans G. B., Sharpe T., Krimayer L. J., Robbins J. M., 1996; El-Rufaie O. E., Al-Sabosy M. A., Bener A., Abuzeid M. O., 1999).

В системе первичного звена медицинской помощи пациенты с психическими расстройствами относительно редко высказывают психологические жалобы. Большинство пациентов, страдающих психическими расстройствами, жалуются на наличие соматических симптомов. Те из них, кто соответствует четырем критериям (Bridges K., Goldberg D., 1991) (истинная соматизация), встречаются реже по сравнению с теми, кто предъявляет жалобы на наличие соматических симптомов и связывает их с психологическими факторами (инициальная соматизация) либо демонстрирует соматические симптомы и связывает их с органическими причинами, но которых можно убедить в их психологическом происхождении, задавая прямые вопросы (факультативная соматизация).

Некоторые исследования обнаружили высокодостоверную корреляционную связь между ухудшением здоровья мигрантов и длительностью пребывания в иной культурной среде: чем дольше мигрант проживает на новом месте, тем больше проблем он имеет со здоровьем. Такие маркеры здоровья, как ожирение, уровень холестерина в сыворотке крови, курение табака, употребление алкоголя, незаконное употребление наркотиков, психические заболевания и суицидальные попытки, увеличиваются между первым и вторым поколениями мексиканских мигрантов в США (Villarejo D., 2003; Kandula N., Kersey M., Lurie N., 2004).

Результаты нашего исследования выявили высокий уровень депрессивной симптоматики, острые психокардиальные симптомы, симптомы усталости и боли в конечностях в группе «зависимых» из выборки трудовых мигрантов. В группе «доминирующих» из выборки трудовых мигрантов более характерен высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности, преобладали жалобы на головные боли, усталость, чувство беспомощности. Жалобы на сердцебиение и психокардиальные симптомы подтверждают наличие стресса аккультурации, при котором происходят выработка гормона стресса и запуск соответствующих психофизиологических механизмов. В литературе приводится описание эмпирических доказательств взаимосвязи уровня кортизола и стресса аккультурации у мигрантов (Wittig U., Merbach M., Siefen R. G., Brähler E., 2004; Burke H. M., Davis M. C., Otte C., Mohr D. C., 2005; Vreeburg S. A., Hoogendijk W. J., van Pelt J., DeRijk R. H., Verhagen J. C., van Dyck R., 2009).

Для прогнозирования процессов адаптации в условиях миграции необходимо учитывать самооценку физического и психического здоровья. Диагностическим инструментом для решения данной задачи использовался опросник SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

В результате диагностики качества жизни выявлено, что самым выраженным признаком как в выборке трудовых мигрантов, так и в выборке мигрантов-соотечественников является физическое функционирование. Высокие баллы по данной шкале свидетельствуют о том, что физическая активность мигрантов при выполнении физических нагрузок в обеих выборках не ограничивается их физическим состоянием.

Показатели по шкале ролевое (физическое) функционирование в выборке трудовых мигрантов соответствует значению 52,3 (≈50 % из возможного), а в выборке мигрантов-соотечественников – 68,7. Повседневная деятельность мигрантов (особенно в выборке трудовых мигрантов) ограничена их физическим состоянием.

Данный результат сложно сопоставляется с тем стереотипом, который вызывают у нас трудовые мигранты. Возможно, здесь играет роль порочный круг, формирующийся как раз от той физической повседневной сверхнагрузки, которая и вызывает, в частности, ограничение физической активности (табл.).

Таблица

Сравнительный анализ качества жизни в выборке трудовых мигрантов и мигрантов-соотечественников

Показатель	Трудовые мигранты		Мигранты-соотечественники	
	M	SD	M	SD
Физическое функционирование	76	12,4	87	10,6
Ролевое (физическое) функционирование	52,3	18,8	68,7	13,2
Боль	57,3	11,8	73,1	14,3
Общее здоровье	48,3	14,3	53,2	11,6
Жизнеспособность	54,8	13,7	78,9	16,7
Социальное функционирование	43,7	16,2	78,2	17,7
Эмоциональное функционирование	45,2	11,7	76,5	10,7
Психологическое здоровье	52,8	22,8	62,2	17,4

Примечание. M – среднее значение; SD – стандартное отклонение.

По шкале «интенсивность боли» значения в обеих выборках достаточно высокие, однако в выборке трудовых мигрантов респонденты отмечали негативное влияние болевого синдрома на выполнение повседневной деятельности. Болевой синдром в описании трудовых мигрантов имел своеобразный мигрирующий характер. Для некоторых респондентов жалобы на боль звучали как «щемит сердце», или «руки, ноги ноют». И практически все без исключения, кто имел жалобы на боль, связывали ее с тяжелой физической нагрузкой. У мигрантов-соотечественников выявленная клиническая картина жалоб на болевой синдром намного благоприятнее, для них было характерно связывание болевого синдрома с имеющимся уже диагнозом.

Общее здоровье трудовых мигрантов имеет тенденцию к снижению, что свидетельствует о низком оценивании своего здоровья этой категорией респондентов.

Для характеристики уровня жизненной активности использованы показатели шкалы «Жизнеспособность». Выявлена более благоприятная ситуация в выборке мигрантов-соотечественников, а вот в выборке трудовых мигрантов результаты позволяют предположить повышенную утомляемость.

На ограничение социальной активности, в частности общения, указывают результаты в выборке трудовых мигрантов. У мигрантов-соотечественников обнаружены достаточно высокие баллы по этой шкале, что позволяет нам сделать вывод о более благоприятном физическом и эмоциональном состоянии, влияющем на их высокую социальную активность.

Интерпретируя более низкие результаты по шкале «Эмоциональное функционирование», мы можем говорить о том, что эмоциональное состояние мешает респондентам в выборке трудовых мигрантов выполнять любые виды деятельности.

Анализ результатов по шкале «Психологическое здоровье» позволяет нам сделать вывод о большей подверженности мигрантов из выборки трудовых мигрантов к депрессивным, тревожным состояниям, к психическому неблагополучию.

Поиск достоверности различий по критерию Манна-Уитни выявил некоторые различия по шкалам опросника качества жизни в изучаемых выборках исследования. Выявлены достоверные различия по шкалам «Социальное функционирование» и «Ролевое (физическое) функционирование» в изучаемых выборках, что говорит о более сложной адаптации трудовых мигрантов, о влиянии их физического состояния на социальную адаптацию в отличие от мигрантов-соотечественников. Также обнаружена тенденция к достоверным различиям по шкале «Боль», что может свидетельствовать о ситуативных различиях в изучаемых выборках, то есть в определенных ситуациях, актуальных для выборки трудовых мигрантов, показатели по данной шкале у них будут иметь более высокие значения.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НАЛМЕФЕНОМ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ И КОМОРБИДНЫМИ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Счастный Е. Д.[1], Украинцев И. И.[2]

[1] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск
[2] ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Введение. Современные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что злоупотребление алкоголем и алкогольная зависимость чаще, чем считалось раньше, сочетаются с аффективными расстройствами (Бохан Н. А., 2009). Двойной психиатрический диагноз является прогностически неблагоприятным фактором у данных пациентов (Егоров А. Ю. и др., 2016). Пациенты с коморбидной патологией получают недостаточную комбинированную терапию обоих психических расстройств. В настоящее время оценка данных коморбидных взаимоотношений направлена на исследование аффективных расстройств до развития алкогольной болезни и изучение расстройств настроения после формирования алкогольной зависимости. Проведенное в Финляндии исследование показало, что 25 % пациентов с большой депрессией страдает расстройствами, связанными с потреблением алкоголя (Melartin T. K. et al., 2002). Высокая коморбидность аффективной и алкогольной патологии определяется как с первичной дисфункцией основных нейротрансмиттеров в головном мозге, так и с подавлением серотонинергических процессов под влиянием хронической алкогольной интоксикации.

Возникает важный практический подход, касающийся континуума злоупотребления и CGI-I зависимости при коморбидности аффективной и аддиктивной патологии – а существуют ли альтернативные подходы к терапии? Имеющиеся принципы оказания помощи больным с алкогольной зависимостью определяются непрерывностью, длительностью, ориентацией на полное воздержание от алкоголя в период лечения и в дальнейшей противорецидивной (поддерживающей) терапии. Другим противоалкогольным подходом, основанным на современной концепции ВОЗ, является уменьшение употребления алкоголя в качестве начальной цели терапии. Цели данной стратегии – снижения вредных последствий неумеренного употребления алкоголя – определяют сокращение потребления алкоголя, не исключающее полной трезвости, уменьшение тяжести последствий употребления алкоголя и снижение алкогольно-ассоциированной летальности.

Налмефен является одним из препаратом для снижения потребления алкоголя у взрослых пациентов с алкогольной зависимостью, одобренный Европейским агентством по лекарственным средствам и зарегистрированный в Российской Федерации. Налмефен относится к антагонистам опиоидных рецепторов, но обладает значительно более сильным сродством к мю-опиоидным, чем к дельта-опиоидным рецепторам. Кроме того, налмефен обнаруживает свойства парциального агониста каппа-опиоидных рецепторов, что достаточно изменяет профиль его фармакологической активности. Применение препарата возможно как для снижения потребления алкоголя до приемлемого уровня, так и для достижения полного отказа от него. В случае профилактики запоя минимальным и достаточным является применение препарата только в дни приема алкоголя. В индивидуальных случаях допускается и продолжительное ежедневное применение налмефена.

Целью исследования, учитывая механизм действия препарата селинкро (налмефен), являлась оценка эффективности и переносимости данного препарата у больных с аффективными и аддиктивными расстройствами.

Материал и методы. Обследованы амбулаторные больные (n=12) с аффективными и аддиктивными расстройствами. Средний возраст больных биполярным аффективным расстройством (БАР) (мужчин – 3; женщин – 3) составил 36 (29—50) лет, средний возраст больных рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) (мужчин – 2; женщин – 4) – 52 (48—54) г. ($p<0,05$). Длительность заболевания у больных БАР составила 4,5 (4—10) года, длительность злоупотребление алкоголем и алкогольной зависимости – 1,5 (1—8) года. Длительность заболевания у больных РДР составила 6,5 (5—8) года, длительность алкогольной болезни – 2,5 (1—3) года.

Статистическая обработка материала производилась с использованием программы STATISTICA (ver. 12. 0). Для оценки непараметрических данных использовался критерий Вилкоксона. Данные представлялись в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей «Me (Q_1—Q_3)» в связи с отсутствием нормального распределения изучаемых показателей.

Результаты и обсуждение. В период адекватной терапии пациентов с текущим депрессивным эпизодом различной степени тяжести, включающей нормотимики и антидепрессанты, оценивалось сокращение потребления алкоголя на фоне дополнительного ежедневного приема препарата селинкро в дозе 18 мг/сут. Была отмечена ежемесячная положительная динамика в виде снижения общего объема потребления алкоголя от исходного уровня. Так, через 2 недели комбинированной терапии у пациентов с коморбидной патологией произошло снижение общего объема потребления алкоголя на 10 % от исходного уровня. К концу 12-й недели исследования показатель снижения общего объема потребления алкоголя от исходного уровня достиг 62 % ($p<0,05$).

Также была произведена оценка состояния больных по Шкале глобальной клинической оценки (CGI), подшкале тяжести заболевания (CGI-S), позволяющей оценить тяжесть заболевания до начала, на 2-ю и 12-ю недели терапии на основе индивидуального клинического опыта. На момент начала терапии средние значения по данной шкале в исследуемой группе больных с коморбидной патологией составили 4 балла, на момент окончания 2-й недели – 3 балла и к концу исследования – 2 балла ($p<0,01$). Для оценки улучшения состояния пациента использовалась подшкала глобальной оценки динамики психического состояния (CGI-I). Как видно из временной динамики, показатель по подшкале CGI-I на конец 2-й недели составил 2 балла, к концу исследования – 1 балл, т. е. наблюдалось статистически значимое снижение балла по шкале CGI-I в процессе терапии, что соответствовало улучшению клинического состояния пациента ($p<0,01$). Клинически значимые побочные эффекты, потребовавшие отмены селинкро в течение 12-недельного исследования, зарегистрированы не были.

Выводы. Главными критериями эффективности терапии злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости у больных с расстройствами настроения являются продолжительность и качество ремиссии с уменьшением количества дней тяжелого пьянства. На фоне 3-месячной комбинированной терапии пациентов с аффективными и аддиктивными расстройствами, включая препарат селинкро, на 62,0 % снизилось употребление алкоголя. В дальнейшем селинкро применялся «по потребности», т. е. в дни с высоким риском употребления алкоголя после периода воздержания (например, в значимые для зависимого пациента даты) или в условиях повышенного стресса. Таким образом, проведенное исследование подтверждает необходимость одновременного назначения препаратов как для лечения аффективных расстройств, так и для зависимости от алкоголя.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК ЗА ПЕРИОД РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ В СТРУКТУРЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА

Фисик М. В., Пичугин И. Н., Шумилов К. А.

Филиал № 7 КГБУЗ «Красноярский краевой психодиспансер № 1», Ачинск

Трактовка многогранной природы суицидального поведения имеет в виду включение сложной системы превенции: от профилактики самоубийства до предотвращения повторных покушений (1). Таким требованиям удовлетворяет модель превентивной суицидологической службы в Томской области, созданная на базе НИИ психического здоровья, основанная на развертывании трех звеньев службы превентивной суицидологи – Телефона Доверия, центра кризисной интервенции, кабинета социально-психологической помощи. Даная модель показала свою действенность и эффективность, основываясь на принципах межведомственности, неотложности, преемственности, функциональной взаимосвязи и организационного соответствия (2).

Необходимость организации превентивной суицидологической службы в Ачинске в 2002 г. была вызвана высоким уровнем самоубийств и суицидальных попыток (3). Суицидологическая служба в Ачинске включает в себя кризисные койки отделения пограничных состояний психиатрической больницы, кабинет социально-психологической помощи в диспансерном отделении, социальные центры управления социальной защиты города. Своеобразием данной модели «малого города» с населением 120 тысяч человек являлось то, что она была экономична, содействовала интеграции психиатрической помощи в общую систему здравоохранения, способствовала снижению стигматизации больных и улучшению диагностики соматических заболеваний и психических расстройств. Эффективность созданной структуры «антикризисной» суицидологической помощи была определена снижением частоты суицидальных попыток на 35—40 %, уменьшением доли лиц пожилого возраста среди самоубийств на 46—53 % (4). Вместе с тем длительное время не решался вопрос об организации работы Телефона Доверия, столь необходимого звена в работе данной службы. В 2011 г. в структуре филиала № 7 начал работать Телефон Доверия.

Телефон экстренной психологической помощи – кабинет Телефон Доверия (ТД) является подразделением больницы, выполняет социальную и специальную профессиональную функции в общей программе мер профилактики и предупреждения суицидального поведения всему населения города и частично ближайших районов Ачинска. ТД оказывает бесплатную высококвалифицированную психологическую коррекцию и психотерапевтическую помощь лицам, находящимся в кризисных жизненных ситуациях, на принципах анонимности, а также информационную поддержку всем обращающимся. Работа ТД осуществляется во взаимодействии с другими подразделениями и специалистами диспансера: участковыми психиатрами, психотерапевтами, дневным стационаром. Отделение ТД работает в непрерывном круглосуточном режиме и осуществляется 5 медицинскими психологами по круглосуточному графику.

Основные формы работы на ТД – активное слушание и беседа, направленная на коррекцию ситуации и психологическое состояние. В беседе выявляются мотив обращения, т. е. главная проблема, в решении которой обнаруживаются затруднения и психическое состояние обращающегося. Далее в условиях телефонного контакта методами психотерапии и психокоррекции осуществляется изменение эмоционального состояния, вырабатывается совместная тактика по выходу из кризисного состояния и затруднительной жизненной ситуации. Нами проведено сравнительное исследование частоты суицидальных попыток по материалам госпитализаций в районную больницу и звонков по поводу суицидальных переживаний в динамике за 5 лет функционирования ТД. Для сравнения взяты временной период 5 лет (до начала работы ТД) и период с 2011 по 2015 г. Распределение количества суицидальных попыток по годам показало следующее: 2006 г. – 27, 2007 г. – 62, 2008 г. – 32, 2009 г. – 30, 2010 г. – 30, всего 181. Количество звонков имело следующую динамику: 2011 г. – 13, 2012 г. – 19, 2013 г. – 28, 2014 г. – 9, 2015 г. – 25, всего 79; количество суицидальных попыток: 2011 г. – 31, 2012 г. – 27, 2013 г. – 9, 2014 г. – 12, 2015 г. – 10, всего 89. Как видно из приведенных данных, число суицидальных попыток снизилось в динамике за 5 лет вдвое, структура звонков в подавляющем большинстве находилась в плоскости семейно-личностных отношений, в половом отношении звонившие были в равных количествах, преобладал возраст от 31 до 55 и от 56 до 65 лет.

Сравнительное исследование показало, что за последние 5 лет, со времени функционирования неотложной круглосуточной психологической помощи, количество суицидальных попыток снизилось на 49,17 % в сравнении с предшествующим 5-летним периодом. Данные результаты показывают эффективность работы ТД как важного составляющего звена в общей системе мер превенции суицидального поведения в г. Ачинске. Проводится работа по оптимизации деятельности ТД: открыт электронный сайт для обращения за психологической помощью, размещаются рекламные буклеты в учреждениях города, близлежащих районах, в средствах массовой информации дается информация с целью приближения неотложной психологической помощи лицам, оказавшимся в жизненно экстремальной ситуации.

Литература

1. *Семке В. Я.* Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – С. 265—271.
2. *Корнетов Н. А. и др.* Методология и развитие суицидологической службы Томской области: 15-летний опыт. Депрессивные расстройства. – Томск, 2003. – С. 177—185.
3. *Фисик М. В.* Клинико-эпидемиологическое исследование суицидов и суицидальных попыток в г. Ачинске // Тезисы XIII съезда психиатров России. – М, 2000. – С. 317—318.
4. *Фисик М. В.* Суицидальное поведение (эпидемиология, клиника, вопросы организации суицидологической помощи на модели малого города : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Томск, 2002.

ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Хоменко О. П., Агарков А. А., Погорелова Т. В., Чернышева К. Г.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Одной из основных проблем, с которой сталкиваются геронтопсихиатры, – обращаемость за специализированной помощью на поздних, реже – на умеренных стадиях слабоумия. Чаще всего пациенты или их родственники обращаются к психиатру, когда уже к имеющимся когнитивным нарушениям присоединяются психотические расстройства. В большинстве данных случаев необходимо оказание стационарной психиатрической помощи, что влечет за собой как увеличение затрат на лечение данной категории лиц, так и нарастание нарушений социального функционирования пациентов по выходу из психоза.

Материал исследования. В 2014—2015 гг. на базе соматогериатрического отделения ОГБУЗ «ТКПБ» было обследовано 160 пациентов пожилого и старческого возрастов с психотическими расстройствами. У большей части пациентов (95 %) психоз развился на фоне деменции.

Результаты. Основными факторами, повлиявшими на развитие психотических расстройств, явились экзогенные факторы риска в преморбиде с преобладанием сочетанной соматической патологии (в 94 % случаев). К ним относятся развитие ургентных состояний и наличие хронической соматической патологии, как декомпенсированной, так и в стадии компенсации. Следует обратить внимание, что 27 % хронических соматических расстройств были в стадии декомпенсации перед развитием психоза. К социальным факторам можно отнести одиночество (24 %), низкий уровень образования (11 %), переезд из привычного места проживания (6 %), злостную алкоголизацию (8 %), холодное и безразличное отношение к пациенту в семье (8 %). Необходимость комплексного подхода в реабилитации лиц пожилого и старческого возрастов, перенесших психоз, очевидна. Ведь помимо лечения основного психического расстройство важно выявление и своевременное адекватное лечение сопутствующей соматической патологии, тренинговая работа соцработников по дальнейшей адаптации пациента, работа с родственниками и ухаживающими лицами по разъяснению необходимости поддерживающего лечения и адаптации пациента на амбулаторном этапе. Так как в 95 % случаев психотические расстройства у старших возрастных групп развивались на фоне деменции, в программу лечения вошли так называемые антидементные препараты в сочетании с антипсихотиками. Использовались средства двух химических групп – ингибиторы NMDA-рецепторов (акатинолмемантин – 87 %) и ингибиторы АХЭ (ривастигмин, галантамин, донепизил – 13 %). Такое распределение было связано с наличием сопутствующей декомпенсированной соматической патологии у большего числа пациентов и отсутствием влияния мемантина на имеющуюся патологию. Использование антидементных лекарственных препаратов способствовало уменьшению сроков пребывания в психозе (в 34 % случаев), более «мягкому» его протеканию (в 18 % случаев) и формированию меньшего когнитивного дефекта по выходу из психоза (в 22 % случаев) в сравнении с группой пациентов, которые получали только симптоматическую терапию психотических расстройств.

Из антипсихотиков применялись как типичные (68 %), так и атипичные (32 %) нейролептики, в зависимости от тяжести и глубины психотического расстройства и сопутствующей соматической патологии.

На стационарном этапе лечения психотических расстройств у старших возрастных групп, помимо лечения психической патологии (деменции и самого психоза), важно своевременно компенсировать сопутствующую соматическую патологию. Лечение инфекционных, сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических и других расстройств должно быть симптоматическим в соответствии с тяжестью и уровнем декомпенсации данных заболеваний. К их лечению должны привлекаться специалисты соответствующей квалификации. В случаях, когда необходимо оказание ургентной помощи (выявлена тяжелая пневмония, острый живот, инсульт и т. д.) и лечение в психиатрическом стационаре становится невозможным по жизненным показаниям, необходим перевод в профильное медучреждение в порядке скорой медицинской помощи.

Среди обследованных пациентов выявлены сопутствующие соматические расстройства: гипертоническая болезнь (22 %), ишемическая болезнь сердца (7 %), сахарный диабет (3 %), острый инфаркт миокарда (3 %), острое нарушение мозгового кровообращения (2 %), инфекционные заболевания (пневмония) (4 %), сочетание заболеваний (24 %). Из сочетанных соматических расстройств в 55 % случаев преобладали комбинации сердечно-сосудистой патологии. В 45 % случаев выявлена комбинация сердечно-сосудистых, эндокринных, неврологических и инфекционных заболеваний. Следует обратить внимание, что хронические соматические расстройства в 21 % случаев были в стадии декомпенсации перед развитием психоза, либо пациенты были доставлены в психиатрическую больницу под маской острого психоза, ургентная соматическая патология была диагностирована в ходе госпитализации. Своевременная диагностика и лечение соматической патологии в 75 % случаев привели к улучшению общего состояния пациентов пожилого и старческого возрастов с психозом, позволили сократить срок лечения нейролептиками в 14 % случаев, а в 3 % случаев и вовсе привели к отмене нейролептиков.

Уже на стационарном этапе лечения по выходу из психоза необходимо проведение мероприятий, направленных на сохранение имеющихся навыков, мелкой моторики, двигательной активности, когнитивных функций. В нашем случае данные мероприятия осуществляли разные специалисты. На соцработника (83 %) возлагалась тренинговая работа с пациентами, которые распределялись по группам в соответствии с когнитивными функциями, а также разъяснительная работа с родственниками пациентов, тренинги по тренировке памяти и внимания; 3 % – массаж и ЛФК. 100 % нагрузки приходилось на средний и младший медперсонал отделения с осуществлением ухода, контроля за приемом препаратов, трудотерапия или занятия, направленные на сохранение двигательной активности; 100 % – на лечащего врача с проведением разъяснительной работы с пациентами и их родственниками о необходимости продолжения лечения после выписки из стационара, формирование мотивации дальнейшей терапии психических и соматических расстройств у родственников пациентов.

В соответствии с вышеизложенными данными нами разработаны специфические и неспецифические превентивные меры развития психозов у данных возрастных групп. К медицинским мы отнесли: 1) своевременное выявление сопутствующей хронической соматической патологии и компенсация декомпенсированной соматической патологии; 2) выявление преддементных когнитивных нарушений и деменции на ранней стадии; 3) назначение специфической антидементной терапии пациентам с преддементными нарушениями и деменцией до развития психотических расстройств; 4) своевременное лечение коморбидной психической патологии. Социальные меры профилактики: 1) социализация лиц пожилого и старческого возрастов с деменцией (сохранение в семье, привычной обстановке); 2) проведение регулярных тренингов с пациентами с деменцией, ориентированных на сохранение когнитивных функций и навыков самообслуживания (упражнения для тренировки памяти, внимания, мелкой моторики); 3) проведение школ памяти для пациентов и их родственников с обсуждением возникающих проблем; 4) проведение информационных занятий с населением и врачами первичного медицинского звена по раннему выявлению когнитивных нарушений.

Таким образом, при комплексном подходе к разработке лечебно-реабилитационных мероприятий у лиц пожилого и старческого возрастов, перенесших психоз на стационарном этапе, нам удалось добиться сокращения пребывания пациента в психозе и, как следствие, снижения сроков стационарного лечения (на 12 %). Выход из психоза сопровождался меньшими «когнитивными потерями» за счет активной антидементной терапии (в 48 %), сокращения сроков лечения антипсихотиками путем своевременной компенсации сопутствующих соматических расстройств и лечения фоновых психических расстройств (деменция) (на 14 %) вплоть до отмены (5 %). Родственники данной категории пациентов стали более комплаентными (на 46 %), что в перспективе, возможно, позволит снизить заболеваемость психотическими расстройствами у старших возрастных групп, снизить процент регоспитализации.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛПУ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ «ДИЗАЙНЕРСКИМИ» НАРКОТИКАМИ

Черенков А. А., Обухов Н. Г., Филатова Т. В.

БУЗ «Республиканский наркологический диспансер» МЗ Удмуртской Республики, Ижевск

В последние годы существенную долю в структуре больных наркологического профиля стали занимать больные, употребляющие «дизайнерские» наркотики (ДН). При этом позиции «традиционных» наркотиков опиоидного ряда, таких как героин и морфий, были существенно «потеснены». Особенно широкое распространение ДН получили в крупных городах, таких как Москва, Екатеринбург, Пермь. В соответствии с классификацией P. Dargan, D. Wood (2010) можно весьма условно разделить их на следующие виды: 1) спайсы – синтетические агонисты каннабиноидных рецепторов; 2) пиперазины – 1-бензилпиперазин и др.; 3) катиноны – мефедрон, метедрон, метилон, МДПВ и др.; 4) новые депрессанты – гамма-бутиролактон и др.; 5) новые амфетамины – 4-флюороамфетамин и др.; 6) синтетический кокаин.

Данная классификация во многом умозрительная, поскольку количество тех же спайсов насчитывает несколько десятков, если не сотен видов. Кроме того, не учитывается действие субстрата, который собственно пропитывается спайсом. Не учитывается также вероятность mixt-отравления различными ДН и их сочетаний с алкоголем и др.

Для менее крупных городов распространение ДН наступило несколько позднее, в частности в Ижевске первые поступления таких больных зафиксированы в 2010 г. Массовый характер их экстренное поступление приняло в 2013 г. (81 из 346 госпитализированных в стационар – 23,98 %). Пик поступления больных с ДН пришелся на 2014 г. и 2015 г. (268 из 479 и 229 из 409 – 57,14 % и 55,99 % соответственно). В 2016 г. (за 8 месяцев) произошло некоторое сокращение поступления больных с отравлениями ДН (167 из 372 – 44,9 %). Более 89 % больных (666 из 745) поступили по линии СМП. Оставшиеся больные были доставлены из МВД и родственниками. По характеру отравления на первом месте стоит отравление спайсами (56 %), затем идут катиноны, прежде всего соединения пировалерона (37 %), у оставшихся пациентов зафиксированы в основном mixt-отравления.

Учитывая достаточно массовый характер поступления больных, их госпитализация и связанные с ней диагностический поиск и интенсивная терапия легли дополнительной нагрузкой на структурные подразделения стационара. В частности не сразу приспособились к новым условиям сотрудники приемного покоя. При этом, с одной стороны, имела место недооценка тяжести состояния, а с другой – не всегда обоснованная госпитализация пациентов. Также достаточно трудно шла перестройка лабораторного звена (например, появилась новая нагрузка по экспресс-определению психоактивного вещества). Следует отметить, что частота обнаружения ПАВ экспресс-методом была не велика (не превышала 7 %). При этом спайсы не были обнаружены практически в 100 % случаев. Возросла также нагрузка на клиническую лабораторию.

Нами был выработан своего рода алгоритм действий при поступлении больного с отравлением ДН. Согласно этому алгоритму лечебно-диагностические мероприятия должны осуществляться в следующем порядке.

1. Осмотр пациента в условиях приемного отделения и определение показаний для госпитализации. Как правило, уже на этом этапе подключается анестезиолог-реаниматолог для определения показаний для перевода в ОАРИТ (по нашему опыту показания должны быть расширенными и включать в себя выраженные психотические проявления). Безусловному переводу в ОАРИТ подлежат несовершеннолетние пациенты.

2. При поступлении необходима мягкая фиксация больного. Данная процедура профилактирует аутоагрессию, служит безопасности медицинского персонала и позволяет провести все остальные лечебно-диагностические мероприятия. Целесообразно проводить процедуру с участием сотрудников СМП и (или) МВД. При этом следует в письменном виде зафиксировать все имеющиеся на теле поступившего повреждения, особенно у несовершеннолетних лиц.

3. Обеспечение сосудистого доступа. Параллельно взятие крови на клинический, биохимический и химико-токсикологический анализ. Как показывает практика, целесообразно провести забор анализов в условиях ОАРИТ. Особенно актуальным этот тезис является у больных с отравлением катинонами, где высока доля «старых наркоманов» с «сожженными венами».

Таким образом, проблема всплеска отравлений ДН является достаточно актуальной и имеет ряд составляющих: социальных, юридических, экономических и собственно медицинских. Четкое взаимодействие между различными службами специализированного учреждения является залогом успешной терапии заболевания

ИЗМЕНЕНИЕ БАЗОВЫХ УСТАНОВОК, ФОРМИРУЮЩИХ СТЕРЕОТИПЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Черткова О. А., Селедцов А. М., Иванец И. В.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово
ГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Кемерово

У многих народов сложились определенные алкогольные традиции – неписаные законы, устанавливающие правила, когда можно и нужно пить. Алкоголь способен изменять душевное состояние человека, давать ему ощущение успокоения, расслабления, комфорта, устранять сдерживающее начало и придавать смелости робким, уверенности в себе слабым. Возникает естественный вопрос: отчего вдруг возникают, а затем резко прогрессируют такие грубые психические, психохимические и нейрофизиологические изменения в организме человека, бывшего в исходном состоянии практически здоровым?

Формирование патологической алкогольной программы проходит ряд стадий и накопленный к настоящему времени обширный клинический материал, без сомнений, указывает на мультифакторную природу этих болезненных состояний. В развитии алкогольных болезней принимают участие как гетерогенные генетически детерминированные биологические компоненты, так и личностно-психологические воздействия, воздействия среды. Именно это обстоятельство определяет многочисленные клинические варианты течения, различные прогнозы заболевания, эффективность видов лечения с подбором методик психокоррекционных интервенций. Клинические данные психодиагностических экспериментов выявляют слабость опосредования и смыслообразующего звена мотивационного компонента умственной организации в целом. Здесь речь идет об особом неспецифическом поражении глубинных структур мотивационной системы, а именно о нарушении функционирования глубоких личностных мотивов. В дальнейшем в процессе развития зависимости от алкоголя происходит структурная и содержательная перестройка мотивационной системы. Мотив изменения сознания с помощью алкоголя становится потребностью и встраивается в глубинный уровень мотивационной системы. Можно говорить о своеобразном процессуальном развитии исходного личностного изменения.

Переход от ситуационного пьянства к стереотипизации поведения заболевшего алкоголизмом человека проходит, минуя контролирующие инстанции сознания, и тенденции к адиктивным способам взаимодействия и релаксации начинают своё формирование уже в детстве. Моделируя поведение окружающих взрослых по законам функционирования бессознательной сферы и в зависимости от содержания и качества межличностных отношений в близком кругу, человек «присваивает», интериоризует социальные роли, что чаще всего определяет рисунок поведения взрослых людей. В большинстве частных случаев, которые логично укладываются в общую мозаику тенденций социализации, ребенок сталкивается с алкоголем уже в 5—10-летнем возрасте, когда впервые начинает понимать, что взрослые, а значит, авторитетные для него люди, употребляют напиток, который ему (пока он не стал взрослым) употреблять запрещено. Причем этот напиток употребляется в самых торжественных случаях: дни рождения, праздники, в первую очередь в Новый год, а также в случаях, когда происходят особо печальные события. На всем протяжении своего развития ребенок через взрослых получает опыт общения с алкоголем. Он видит, что алкоголь расслабляет, раскрепощает, делает взрослых людей веселыми и коммуникабельными, способствует снятию стресса, напряжения. Позитивные свойства действия алкоголя фиксируются и запоминаются. Эту модель можно отнести к поддерживаемым в обществе традициям культурного пития.

Следует отметить, что и в семьях культурно пьющих процесс «взращивания» будущих алкоголиков идет не менее интенсивно, чем в семьях, где пьют много, часто и запойно. Именно здесь красивый, торжественно обставленный ритуал употребления алкоголя приводит к формированию у ребенка устойчивой положительной доминанты на употребление спиртных напитков. С юных лет дети обсуждают, что полезнее и как принимать спиртное. Вопрос не стоит: принимать или не принимать. Он уже решен однозначно. Простота использования и доступность алкоголя делают его вне конкуренции. Постепенно человек привыкает к мысли, что если нужно расслабиться или снять стресс, есть только один способ – алкоголь. Если необходимо познакомиться с девушкой или вступить в интимные отношения, то же есть только один верный и очень простой способ получения мнимых, иллюзорных запасов адаптационной энергии – употребление алкоголя. Не в силах справиться с нелегкой задачей приведения реальной действительности в соответствие со своими взглядами на природу вещей, слабый, восприимчивый, мнительный человек находит именно этот легкодоступный путь к ложному спокойствию. И на короткое время алкоголь, бесспорно, снимает интеллектуальное и нервное напряжение. Как писал Джек Лондон: «Телу он дает ложную силу, духу – ложный подъем, а все окружающее заставляет казаться несравненно прекраснее, чем оно есть на самом деле».

Сформированные в детстве базовые предположения – это устойчивая система взглядов и убеждений человека на алкоголь. Успех коррекционных мероприятий реабилитации с алкоголезависимыми во многом зависит от того, насколько будет изучена его система ценностей и убеждений и напрямую это связано с изменением мировоззрения пациентов, переворотом в сознании человека. Задачей процессуальной психологии в данном случае выступает переструктурирование внутреннего опыта и управление им, возможность изменять убеждения, и намерения алкоголезависимых пациентов в направлении социально приемлемых форм общежития. Обучение же простым навыкам заботы о себе, освоение новых форм «взрослого» взаимодействия, как психологической способности, включающей в себя проверку реальности, рассудительность, самоконтроль, умение воспринимать сигналы тревоги и видеть причинно-следственные связи в виде разумного планирования и осуществления деятельности, предчувствия вероятного вреда или опасности ставится на первое место. Психологическую коррекцию образа жизни осуществляют с третьего или четвертого уровня нейрологической организации. Поэтому тему обсуждения ведут с позиции необходимых в реальной жизни навыков (логический уровень способностей), обеспечивающих объективное существование человека в этом мире с тренингами повышения самооценки, формирующими новые ценности с опорой на идентичность в разных жизненных контекстах, закреплением нового мировоззрения с позиций предназначения, рефлексией духовности экзистенциального направления.

Проводя мероприятия психокоррекцинной мотивации, необходимо учитывать психологическую особенность пациента: его «стремление от» (чего-либо) или «стремление к» (чему-либо). Задачей психокоррекции образа жизни уже на начальном этапе совместной работы выступает формирование желаемой для пациента цели (результата), обязательно четкой и позитивной. Мероприятия проводятся при строгом соблюдении правил этики, законов диалектики, релятивисткого отношения к свободе выбора, который остаётся за пациентом, следует лишь направить поиск. Кроме определения цели важно акцентировать внимание пациента на выгодах, можно сказать, ценностях, которые он приобретает, отказавшись от спиртного, то есть на том, ради чего человек живет. Именно в этот момент он начинает размышлять и вообще задумываться о смысле жизни, о забытых или непознанных человеческих радостях.

Итак, на этом этапе необходимо сформировать мощную мотивацию отказа. Поскольку у каждого человека свои ценностные приоритеты, необходимо двигаться от одного приоритета к другому, уточняя, что является для человека более важной ценностью по сравнению с предыдущей. При достижении наиболее важной цели становится видно, как вновь сияет лицо пациента, как он отмечает глубокое чувство тепла, света внутри себя или вокруг и описывает это состояние как чувство любви и умиротворения, радости, ради которой стоит потрудиться.

ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Шабанова Л. С., Соловьева И. Г., Барановская Л. Н.*, Шарапова Т. В.*

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск
*** ГБУЗ НСО «Государственная клиническая психиатрическая больница № 3», Новосибирск**

Расстройство идентичности является одним основных компонентов в клинико-психологической структуре дефекта при шизофрении [2, 4, 6, 8]. Однако целостная картина социально-психологических механизмов формирования идентичности у больных шизофренией, а также особенности изменений идентичности на уровне отдельных ее компонентов (когнитивном, аффективном и поведенческом) у пациентов на начальных этапах развития заболевания на сегодняшний день всё ещё недостаточно ясны [1, 5, 7], что затрудняет профилактическую и психотерапевтическую работу с пациентами группы риска.

В связи с чем **целью** настоящей работы является исследование особенностей идентичности у больных шизофренией на разных стадиях патологического процесса.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 17 пациентов ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3» в возрасте от 18 до 36 лет. Условно пациенты исследуемой выборки были распределены в две подгруппы. В первую подгруппу было включено 11 человек, из них 8 (73 %) мужчин и 3 (27 %) женщин, все они имели длительный стаж заболевания и установленный во всех случаях диагноз F20.0 «Параноидная шизофрения». Средний возраст обследованных пациентов составлял 29±5,4 года. Ко второй подгруппе было отнесено 6 человек, включая 4 (67 %) мужчин и 2 (33 %) женщины. Все они были госпитализированы в психиатрический стационар впервые со следующими диагнозами: F23.1 «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении», F23.2 «Острое шизофреноподобное психотическое расстройство» – условно, группа пациентов инициальной стадии шизофрении. Средний возраст больных второй подгруппы составил 27±5,6 года. Период времени от постановки диагноза до момента обследования в группе пациентов с длительным стажем заболевания составляет 6,2±3,9 года, в группе пациентов инициальной стадии – 4±2,5 месяца. В контрольную группу вошли 10 человек без психической патологии. Контрольная группа была сопоставима с основной группой по параметрам пола и возраста.

В работе использовались следующие психодиагностические методики: методика исследования самооценки Т. В. Дембо (1962) и С. Я. Рубинштейн (1970) в модификации А. М. Прихожан (1984, 1988); тест М. Куна, Т. Макпартленда (1954) для оценки содержательных характеристик «образа Я»; методика Q-сортировки В. Стефансона в адаптации НИ Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (1958); тест-опросник жизнестойкости С. Мадди (1984) в модификации Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой (2006); методика «Семейная социограмма» Э. Г. Эйдемиллера (1996); проективные методики «Рисунок человека» К. Маховера (1946) и ТАТ (тематических апперцептивный тест) Г. Мюррея (1935).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и программного обеспечения «STATISTICA 6.0». Использовался U-критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена (R).

Результаты исследования. Согласно полученным данным у пациентов, находящихся на инициальной стадии заболевания, отмечается слабая дифференциация представлений о себе в сравнении со здоровыми лицами (0,52±0,2 против 0,25±0,2, $p<0,03$), нарушения половой идентичности (0,16±0,12 против 0,8±0,6, $p<0,04$). Несмотря на слабую дифференцированность самоописаний, в когнитивном компоненте идентичности больных инициальной стадии отмечается выраженное «перспективное Я» (0 против 0,05±0,2, $p<0,04$), которое выражается в озабоченности пациентов будущим и в стремлении строить жизненные планы. Отчасти сохранная способность к рефлексии, мотивация на будущее свидетельствуют о некоторой сохранности критики в отношении собственной личности.

По результатам методики Q-сортировка в 83 % случаев выявляется склонность пациентов винить себя за происходящее, что в совокупности с низкой удовлетворенностью собой (показатели аффективного компонента идентичности) позволяет говорить о низкой самооценке больных с инициальной стадией.

Поведенческий компонент идентичности у больных инициальной стадии, «продиктованный» слабодифференцированным «образом Я» и достаточно низкой самооценкой, отражается в неспособности 2/3 больных, согласно результатам ТАТ, справиться с трудностями самостоятельно. У пациентов инициальной стадии при проведении проективных методов отмечаются также признаки недостатка базового чувства защищенности, потеря опоры. Так, например, «первичные» пациенты достоверно чаще, чем здоровые, не изображают на рисунке человека ноги, обувь, одежду ($p<0,02$).

Как и у пациентов с инициальной стадией, у больных с длительным стажем заболевания в сравнении со здоровыми наблюдается более низкий уровень дифференциации «образа Я» (0,18±0,17 против 0,52±0,2, $p<0,002$). Однако данные больные имеют еще и достоверно более низкий уровень рефлексии (0,2±0,12 против 0,6±0,2, $p<0,002$), что выражается в снижении понимания происходящих с больным внешних и внутренних процессов. В самоописаниях пациентов преобладают социальные характеристики (семейная принадлежность больного, учебно-профессиональные позиции и пр.), в то время как здоровые более ориентированы на описание себя как личности. В 54 % случаев при проведении методики «Семейная социограмма» больные обозначают себя в третьем лице.

Аффективный компонент идентичности больных с длительным стажем заболевания представлен неадекватно высоким уровнем «идеального Я», который имеет достоверные различия с уровнем «идеального Я» у здоровых и у пациентов с инициальной стадией заболевания.

По результатам использованных в исследовании проективных методик в 90 % случаев больные (10 из 11 пациентов) не могут самостоятельно справляться с имеющимися трудностями и нуждаются в помощи. Больные с длительным стажем заболевания в сравнении со здоровыми испытывают затруднение при формировании перспективы, в том числе относительно своей будущей семьи (0,27±0,53 против 0,77±0,44, $p<0,002$).

У больных обеих групп выявлена выраженная зависимость от материнской фигуры. Пациенты достоверно чаще изображают фигуру матери вверху круга (признак иерархии), чем здоровые ($p<0,001$). Значимость материнской фигуры отрицательно коррелирует с удовлетворенностью пациентов собой и степенью ответственности за собственную жизнь ($R=-0,8$, $p=0,03$).

Выводы. Таким образом, обследованные нами больные с небольшим стажем заболевания более адекватны в восприятии окружающей действительности и себя, обеспокоены своим будущим, более мотивированы на поиск путей разрешения сложившейся ситуации, склонны опираться в решении трудностей на себя. Такие пациенты, вероятно, имеют большую перспективу при условии оказания им профессиональной психологической помощи. Вышеприведенные данные раскрывают необходимость учета всех трех взаимосвязанных компонентов идентичности при построении коррекционных программ.

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шереметьева И. И., Плотников А. В.

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Барнаул
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю. К.», Барнаул

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича» оказывает специализированную медицинскую помощь психически больным, страдающим активным туберкулезом легких. В стационаре получают лечение больные, страдающие двумя социально значимыми и социально опасными заболеваниями, по направлениям районных психиатров и фтизиатров, психиатрических больниц и противотуберкулезных диспансеров со всей территории Алтайского края. Подразделение располагает тремя психотуберкулезными отделениями, в общей сложности рассчитанными 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 общей сложности на 95 коек, 20 коек было перепрофилировано в наркологические.

Таким образом, с 01.04.2015 г. функционирует наркологическое туберкулезное отделение на 20 коек (мужское). Отделение предназначено для лечения синдрома зависимости от алкоголя в сочетании с туберкулезом легких. Оказывает только плановую медицинскую помощь. В отделении работают заведующий (врач-психиатр-нарколог), врач-фтизиатр, также активно участвуют в лечебно-реабилитационном процессе врач-психотерапевт и клинический психолог.

В 2015 г. в отделении было пролечено 20 больных, из них 6 человек были жителями города (в том числе 4 – из Барнаула), 11 – жителями села, 3 – лица без определенного места жительства. Результаты лечения синдрома зависимости от алкоголя: полная ремиссия зарегистрирована у 3 больных, неполная ремиссия – 6, ухудшение – 3, без перемен – 8. Следует отметить, что из пролеченных больных лишь 2 пациентов были выписаны в связи с окончанием курса лечения туберкулеза легких, 15 пациентов – в связи с отказом от дальнейшего лечения. Летальный исход зафиксирован в 3 случаях. В настоящее время в отделении в числе прочих находятся на лечении пациенты, направленные по решению суда для прохождения обязательного обследования и лечения туберкулеза легких. Поскольку отрывы от лечения больных туберкулезом легких часто обусловлены сопутствующим синдромом зависимости от алкоголя, наркологическое туберкулезное отделение может оказать существенное влияние на снижение данного показателя в Алтайской крае.

Согласно п. 2 ст. 10 Федерального Закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», пациенты, страдающие «заразными и опасными» формами туберкулеза, но уклоняющиеся от обследования и лечения, могут быть госпитализированы в учреждения, оказывающие противотуберкулезную помощь, для обязательного обследования и лечения туберкулеза. Решение о госпитализации принимает суд по месту нахождения медицинской организации, в которой пациент состоит на диспансерном учете.

Таким образом, в случае наличия у пациента, уклоняющегося от обследования и лечения туберкулеза, синдрома зависимости от алкоголя суд может принять решение о его госпитализации в туберкулезное наркологическое отделения. Но в Российской Федерации отсутствуют правовые нормы для недобровольного лечения синдрома зависимости от алкоголя. Поэтому пациент имеет полное право отказаться от приема психотропных препаратов и психотерапии. Но поскольку туберкулезное наркологическое отделение является отделением закрытого типа, доступа к алкоголю у пациентов нет. В связи с тем, что других отделений закрытого типа для лечения туберкулеза легких в Алтайском крае не имеется, поэтому в большинстве случаев решения судов об обязательном обследовании и лечении туберкулеза легких в большинстве случаев должным образом не исполняются.

Таким образом, открытие туберкулезного наркологического отделения является значимым событием в здравоохранении Алтайского края. В случае увеличения активности участковых врачей-фтизиатров в работе по направлению судебных исков об обязательном обследовании и лечении больных синдромом зависимости от алкоголя, уклоняющихся от обследования и лечения туберкулеза, мощность отделения может быть увеличена, и отделение может внести значительный вклад в снижение отрывов от лечения и смертности от туберкулеза легких.

В заключении считаем нужным отметить, что для совершенствования психиатрической и наркологической помощи больным туберкулезом легких необходимо продолжить проводить мероприятия, направленные на увеличение выявляемости туберкулеза легких у лиц, состоящих на учете у врачей-психиатров и врачей-психиатров-наркологов. Кроме того, необходимо совершенствовать межведомственное взаимодействие при применении к больным, уклоняющимся от лечения туберкулеза легких, обязательного обследования и лечения туберкулеза легких в соответствии с Федеральным законом РФ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Шкляев А. Е., Валиева Р. А., Галялиева Л. А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск

Кардиологическая патология занимает ведущее место в структуре смертности населения РФ, неблагоприятно влияя на демографическую ситуацию в стране. По данным Государственного доклада о состоянии здоровья населения Удмуртской Республики (УР) в 2013 г., общая заболеваемость патологией сердца и сосудов составила 255,2 на 1000 взрослого населения, в том числе 102,6 на 1000 человек – артериальные гипертензии и 47,0 на 1000 человек – ишемическая болезнь сердца. Смертность от болезней сердца и сосудов занимает первое место в структуре общей летальности взрослого населения республики, составляя 605,5 на 100 тысяч населения. Кардиологическая патология сопряжена с высокой частотой депрессивных состояний, которые оказывают прямое патофизиологическое влияние на функциональное состояние сердца и сосудов, повышая риск развития осложнений. Кроме того, изменение поведенческих реакций снижает приверженность больных к лечению.

Цель: уточнить диагностическое значение психоэмоциональных характеристик больных при кардиологической патологии.

Материал и методы. В условиях кардиологического отделения БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» проведено обследование 30 пациентов в среднем возрасте 62,0±11,9 года. Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа состояла из 15 больных со стабильной стенокардией I—III функциональных классов, в том числе 11 женщин и 4 мужчины в возрасте 68,4±10,6 года. Вторая группа включала 15 пациентов с гипертонической болезнью I—III стадии, из них 10 женщин и 5 мужчин в возрасте 56,4±12,5 года.

Индекс массы тела больных первой группы составил 31,5±4,0 кг/м^2, у пациентов второй группы – 30,3±2,5 кг/м^2, пульс – 73,2±2,9 и 75,0±2,0 удара в минуту, систолическое АД – 144,3±4,1 и 163,6±7,0 мм рт. ст., диастолическое АД – 87,0±2,9 и 96,9±4,9 мм рт. ст. соответственно.

Наряду с кардиологическим обследованием у больных оценивался психоэмоциональный статус: уровень тревожности (тест Спилбергера-Ханина), депрессивных состояний (тест Цунга), стрессоустойчивости и социальной адаптации (тест Холмса и Раге). Показатели психоэмоционального статуса были сопоставлены с клинико-лабораторными данными методом корреляционного анализа. Пациенты получали стандартную антигипертензивную и антиангинозную терапию, метаболические корректоры в соответствии с индивидуальными показаниями. Средняя продолжительность лечения составила 14,4±1,3 дня.

Результаты и их обсуждение. У больных со стабильной стенокардией высокий уровень стрессоустойчивости был выявлен у 5 (33,4 %) из 15 опрошенных, средний уровень – у 4 (26,6 %), низкий уровень – у 6 (40 %). У страдающих гипертонической болезнью высокий уровень стрессоустойчивости отмечен у 12 (80 %) из 15 обследованных, средний уровень – у 1 (6,7 %), низкий уровень – у 2 (13,3 %). При стабильной стенокардии депрессия отсутствовала у 12 (80 %) из 15 пациентов, легкая тяжесть депрессии зафиксирована у 2 (13,4 %), средняя степень тяжести – у 1 (6,6 %). При гипертонической болезни депрессия отсутствовала у 13 (86,7 %) из 15 больных, легкая форма депрессии выявлена у 2 (13,3 %). Среди больных стабильной стенокардией ситуативная тревожность была очень высокой у 1 (6,7 %) из 15, высокой – у 1 (6,7 %), средней – у 8 (53,4 %), низкой – у 4 (26,6 %), очень низкой – у 1 (6,6 %). Среди пациентов с гипертонической болезнью средняя ситуативная тревожность отмечена у 11 (73,4 %) из 15 обследованных, низкая – у 4 (26,6 %). Личностная тревожность при стабильной стенокардии оказалась очень высокой у 1 (6,7 %) из 15 больных, высокой – у 1 (6,7 %), средней – у 10 (66,6 %), низкой – у 3 (20 %). При гипертонической болезни личностная тревожность была средней у 10 (66,6 %) из 15 обследованных, низкой – у 5 (33,4 %).

Корреляционный анализ выявил следующие связи уровня АД при гипертонической болезни: прямую зависимость средней силы с индексом массы тела (коэффициент корреляции 0,45), прямую зависимость средней силы с содержанием лейкоцитов в периферической крови (0,5), обратную зависимость средней силы с уровнем общего белка (-0,48) и концентрацией общего холестерина в крови (-0,3). Полученные величины коэффициента корреляции закономерно отражают вклад отдельных метаболических факторов в формирование гипертонической болезни. Также обнаружена прямая зависимость средней силы между содержанием общего холестерина в крови и возрастом (0,46), уровнем лейкоцитов (0,43). Концентрации гемоглобина и эритроцитов находились в прямой зависимости средней силы (0,47), между содержанием эритроцитов и скоростью оседания эритроцитов имелась обратная зависимость средней силы (-0,34).

Прямая зависимость средней силы между уровнем АД и стрессоустойчивостью (0,35) была выявлена при гипертонической болезни, обратная зависимость средней силы (-0,3) между ними – при стабильной стенокардии. В обеих группах обнаружена прямая зависимость средней силы между уровнем гликемии и стрессоустойчивостью (0,41 – у пациентов с гипертонической болезнью, 0,44 – со стабильной стенокардией). В основе данной закономерности очевидно контринсулярное действие гормонов стресса, играющих важную роль в патогенезе обоих заболеваний. Кроме того, была найдена обратная зависимость средней силы между концентрацией фибриногена в крови и выраженностью депрессии (-0,6) при гипертонической болезни и прямой зависимости средней силы (0,3) при стабильной стенокардии.

Заключение. Пациенты, страдающие патологией сердца и сосудов, отличаются по своему психоэмоциональному статусу. Для больных со стабильной формой стенокардии более характерна низкая стрессоустойчивость (40 %), лишь у 33 % выявлена высокая стрессоустойчивость. Тогда как большинство пациентов с гипертонической болезнью характеризуются высокой стрессоустойчивостью (80 %).

Депрессия отсутствует у большей части обследованных обеих групп (у 80 % больных со стабильной стенокардией и у 86 % пациентов с гипертонической болезнью). Выраженность ситуативной тревожности у большей части пациентов обеих групп оказалась средней (у 53 % и 73 % соответственно). Однако по 1 (6,7 %) пациенту со стабильной стенокардией имели очень высокую и высокую ситуативную тревожность, частота низкой тревожности была одинакова в обеих группах (26 %). Уровень личностной тревожности чаще был средним (по 66,6 % в обеих группах). При этом по 1 (6,7 %) пациенту со стабильной стенокардией имели очень высокий и высокий уровни личностной тревожности. Тогда как среди пациентов с гипертонической болезнью все оставшиеся 33,4 % имели низкий уровень тревожности.

Выводы. Для больных со стабильной стенокардией более характерными оказались низкий уровень стрессоустойчивости в сочетании с высоким уровнем тревожности (как ситуативной, так и личностной), чем для пациентов с гипертонической болезнью. Очевидно, выявленные различия психоэмоционального статуса кардиологических больных связаны с патофизиологическими особенностями заболеваний, исходными личностными характеристиками, возрастом пациентов и стажем болезни. Результаты проведенного исследования необходимо учитывать при разработке программ лечения и реабилитации больных с патологией сердца и сосудов.

ШИЗОФРЕНИЯ, СПРОВОЦИРОВАННАЯ ПРИЕМОМ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Юков О. С.

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

Синтетические каннабиноиды в конце 2000-х годов стали доминировать на наркорынках многих стран и оказывать серьезное негативное воздействие на состояние общественного здоровья. Длительное сохранение легального статуса этих веществ привело к тому, что их потребление в России после 2009 г. стало приобретать угрожающие масштабы. Вместе с тем клинические исследования последствий фрагментарны и немногочисленны.

Проблема диагностики и дифференциальной диагностики психотических расстройств, возникающих у лиц, употребляющих данные наркотики, вышла за рамки наркологии. Несмотря на то что официальная статистика по психозам в связи с употреблением наркотиков не ведется, клиницисты все чаще регистрируют такую патологию. Нередко в психиатрической практике оказываются пациенты, не являющиеся наркозависимыми, но при этом «экспериментирующие» с наркотиками, у которых развивается абортивная или развернутая шизофреноформная симптоматика, чаще острая, реже пролонгированная. При этом отмечается тенденция сокрытия пациентами фактов употребления наркотиков, что значительно затрудняет квалификацию наблюдаемых психотических расстройств и приводит к ошибочным выводам.

В последние годы употребление новых психоактивных веществ в РФ уже достигло уровня эпидемии и продолжает расти. Новые потенциально опасные ПАВ представляют большую опасность для общества. В результате приема таких ПАВ все чаще возникают полиморфные психотические расстройства или даже может наступить летальный исход. Психотические расстройства, развивающиеся после приема новых потенциально опасных ПАВ, зачастую носят стойкий, порой необратимый характер, и представляют серьезные проблемы медицинского и социального характера. Кроме того, среди последствий употребления данных наркотиков выявляются манифестно-спровоцированные приступы шизофрении. Опасность состоит в том, что для инициации шизофренического процесса достаточно однократного употребление наркотика. При этом проявляющиеся даже по экзогенному типу манифестные психозы в дальнейшем приобретают эндоформную окраску.

При клиническом опросе лица, употребляющие «дизайнерские» наркотики, не знают, какое вещество и в какой дозе они приняли, указывая лишь способ приема психоактивного вещества, его сленговое название. А выявление принятого пациентом вещества достоверно устанавливается методом иммуннохроматографического анализа мочи на наркотики. Ведущим синдромом является параноидный. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика представлена массой психосенсорных расстройств. Шизофренические симптомы представлены в виде психического автоматизма, разорванности мышления, бреда преследования и отношения, слуховых галлюцинаций, деперсонализационных расстройств, апатических расстройств, деменции с псевдопаралитическим синдромом. Возможна парафренизация бредовых идей с кататоноподобной симптоматикой, присутствие гебефренического возбуждения. Продолжительность затяжных психозов составляет в среднем до 2—3 месяцев.

Такие состояния требуют неотложных лечебных мероприятий и госпитализации в психоневрологический стационар, так как на этапах оказания первичной медицинской помощи дифференцировать обострение эндогенного заболевания и экзогенно-токсического психоза чрезвычайно сложно, особенно когда наркологический анамнез отрицается. Поэтому довольно часто возникают спорные вопросы между психиатрами и наркологами о генезе психоза, а также медицинской сортировке пациентов. На территории Красноярского края и РФ исследований, посвященных влиянию новых потенциально опасных психоактивных веществ на активацию психических заболеваний и шизофрении, не проводилось.

В настоящее время психиатрическая служба Красноярского края проводит тщательную диагностику психических заболеваний, а также уделяет большое внимание развитию профилактических и реабилитационных мероприятий. Практической значимостью данной работы являются исследования особенностей развития и течения манифестно-спровоцированных приступов шизофрении, при приеме новых потенциально опасных ПАВ, направленные на повышение качества лечебно-диагностических и реабилитационных действий, улучшение качества жизни пациентов, сохранение их уровня здоровья и социального функционирования. Проводится анализ клинико-динамических особенностей шизофрении, спровоцированной приемом новых ПАВ, среди населения Красноярска и Красноярского края с 2010 по 2016 г., а также обследование пациентов с шизофреноформными психозами, с целью выявления предикторов развития психотических расстройств в преморбидных особенностях, клинических проявлениях. Также анализируется эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, оказанных пациентам с психотическими расстройствами на базе КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1».

К ПРОБЛЕМЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Юркшат К. Ф.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск

Актуальность изучения проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) обусловлена несколькими критериями. Оценивая распространенность проявлений СДВГ, следует отметить большой разброс показателей распространенности – от 3 до 30 %. В том числе в разных работах приводятся различные данные: Ю. Д. Кропотов, Л. С. Чутко, В. А. Яковенко, В. А. Гринь-Яценко (2002) – 5—30 %, Н. Н. Заваденко и др. (2003) – 4,0—9,5 %, Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова (2008) – 1—28 %, О. Ф. Кочерова и др. (2009) – 12—29 %, А. В. Грибанов (2012) – 2—12 %.

Интерес к изучению проявлений СДВГ в первую очередь связан с противоречием, заключающимся в его представленности в международных классификациях и отсутствием в отечественных систематиках.

Так, ни в одной из представленных систематик нарушений психического развития синдром дефицита внимания с гиперактивностью не представлен как самостоятельная форма нарушений (Певзнер М. С., 1973; Власова Т. А., 1973; Лапшин В. А., 1990; Пузанов Б. П., 1990; Лебединский В. В., 2004). При этом в нашей стране проводится большое количество исследований различных аспектов СДВГ, указывающих, что данный вид нарушения характеризуется одним из самых высоких показателей по проценту распространенности среди нарушений психического развития (Брязгунов И. П., 2002; Заваденко Н. Н., 2006; Гребнева Н. Н., Евсеева Ю. В., 2009; Григоренко Е. Л., 2010; Грибанов А. В., 2012).

Как уже было ранее отмечено, СДВГ представлен в современных международных классификациях (МКБ-10 и DSM-IV), в частности описан в международной системе болезней 10-го пересмотра, принятой ВОЗ и действующей в настоящее время в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F9). МКБ-10 выделяет гиперкинетические расстройства (F90), нарушение активности и внимания (F90.0), гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1), другие гиперкинетические расстройства (F90.1), гиперкинетическое расстройство, неуточненное (F90.8). DSM-IV-TR выделяет формы и подтипы СДВГ: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, комбинированный тип (314.01), синдром дефицита внимания с гиперактивностью с доминирующим дефицитом внимания (314.00), синдром дефицита внимания с гиперактивностью с доминирующей гиперактивностью – импульсивностью (314.00).

Данные классификации принципиальных различий в подходах к диагностике проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью не имеют. Существенным недостатком обозначенных классификаций является отсутствие возможности оценки степени тяжести синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и его дифференциации с субпороговыми состояниями.

В отечественной классификационной системе Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) диагностические критерии синдрома дефицита с гиперактивностью как формы нарушения психического развития не представлены (Приказ № 95 от 24 марта 2009 г. «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» Министерства образования и науки Российской Федерации). Отсутствие диагностических критериев синдрома дефицита внимания с гиперактивностью в отечественной классификационной системе, в свою очередь, приводит к отсутствию согласованности диагностического инструментария. Это подтверждается тем, что в большинстве опубликованных работ по проблеме синдрома дефицита внимания с гиперактивностью авторы либо вообще не указывают критерии формирования группы с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, либо предлагают свою авторскую диагностическую схему, либо используют результаты медицинского заключения. Весь массив используемого психодиагностического инструментария характеризуется субъективностью (использование процедуры шкалирования) и опосредованностью оценки проявлений (наличие и степень выраженности проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью оценивается родителями и учителями).

Описывая проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, в поле научного интереса попадает описание их возрастной динамики. Показано, что проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью наиболее выражены у детей в дошкольном и младшем школьном возрастах, со взрослением ребенка (к подростковому возрасту) происходит симптомологическая трансформация проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, которая активирует усиление социальной дезадаптации и увеличивает риск возникновения поведенческих девиаций и аддикций (Никишина В. Б., Юркшат К. Ф., 2014).

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ягупова Н. Х., Хрящев А. В., Андреев М. К., Петракова А. В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Астрахань
ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань

Один из показателей цивилизованного государства – достойное качество жизни лиц старших возрастных групп. Согласно проведенным в России исследованиям, в этом возрасте наблюдается значительное увеличение распространенности впервые диагностированных соматических заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистых и онкологических, имеющих тесную взаимосвязь с тревожными и депрессивными расстройствами.

Тревожно-депрессивная симптоматика непосредственно способствует прогредиентности соматического заболевания и опосредованно – за счет отрицательного комплаенса пациентов к лечению и реабилитации. Болезненность психическими расстройствами среди населения старших возрастных групп в 7—10 раз выше, чем в общей популяции, поэтому важным аспектом становится ранняя диагностика и соответственно более раннее лечение (Гаврилова С. И., Калын Я. Б., 2011).

С целью превентивной диагностики непсихотических расстройств и приближения специализированной психиатрической помощи населению на базе городской поликлиники № 3 был создан кабинет, который оказывает медико-социальную и психологическую помощь (кабинет МСПП). Прием ведут врачи-психиатры и психологи отдела амбулаторно-поликлинической помощи ГБУЗ АО «ОКПБ», консультируют пациентов сотрудники кафедры психиатрии. В качестве скринингового обследования терапевты, неврологи, кардиологи поликлиники предлагали пациентам пожилого и старческого возрастов пройти тестирование по шкале тревоги и депрессии Гамильтона (HADS) самостоятельно. При критических результатах рекомендовалось обратиться к врачу кабинета медико-социальной психологической помощи.

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей возникновения, лечения тревоги и депрессии у пациентов пожилого и старческого возрастов с коморбидной патологией.

Материал и методы. Были обследованы 34 пациента в возрасте от 60 лет до 81 года, госпитализированных впервые в психотерапевтическое отделении ГБУЗ АО «ОКПБ» в 2015 г. с тревожно-депрессивной симптоматикой, средний возраст обследованных составил 66,9±6,4 года. В 1-ю подгруппу вошли 28 человек пожилого возраста (от 60 до 74 лет). Во подгруппу отнесены 6 человек старческого возраста (75 лет и старше). Критерии исключения: результат MMSE менее 20 баллов и тяжелые депрессии. Средний возраст пациентов 1-й подгруппы составлял 64±4 года, среди них мужчин – 17,9 %, женщин – 82,1 %. Во 2-й группе были только женщины, средний возраст 78,2±1,5 года. Контрольную группу в количестве 31 человека составили пациенты (средний возраст 63,8±5,2 года), получавшие лечение в связи с аналогичной симптоматикой амбулаторно.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, в том числе геронтологическая шкала депрессии (ГШД-15), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), статистические (описательная статистика, критерий Стьюдента t). Плановое обследование включало лабораторные, инструментальные методы, консультации терапевта, невролога, окулиста, при необходимости – врачей других специальностей. В психотерапевтическое отделение пациенты были направлены участковыми психиатрами отдела амбулаторно-поликлинической помощи ГБУЗ АО «ОКПБ», в том числе психиатром кабинета МСПП. Длительность болезненного периода до обращения к психиатру варьировала от нескольких месяцев до 4 лет. У пациентов наблюдались периодическое снижение настроения, тоска, плаксивость, бессонница, но за своевременной квалифицированной помощью они не обращались, списывая все на преклонный возраст и невозможность исправить ситуацию.

Результаты исследования показали, что у всех пациентов диагностирована хроническая соматическая и неврологическая патология: атеросклероз сосудов головного мозга (91,1 %), первичные и вторичные гипертензии (76,4 %), ХИМ I и II степени (100 %), ИБС (64,7 %), анемия (20,6 %), сахарный диабет (8,8 %), в отдельных случаях выявлены хронический бронхит, хронический гастрит, хронический панкреатит и др. В анамнезе отмечались онкологическая патология, кардиальные и церебральные инфаркты, операции на грудной и брюшной полости, эпилепсия, анафилактические реакции. Выраженная соматическая патология у лиц старческого возраста, препятствующая госпитализации в психотерапевтическое отделение, объясняла явное преобладание пациентов пожилого возраста (соотношение 1:4,6).

Показано, что в большинстве случаев (97 %) ухудшению предшествовали психосоциальные стрессы. Среди психотравмирующих факторов пациенты отмечали тяжелые ситуации у близких родственников: заболевания, смерть, пребывание в местах лишения свободы, материальные трудности, увольнение с работы. У 85 % были выявлены проблемы, связанные с факторами социального окружения (в контрольной группе – 51,6 %, $p<0,05$): 67 % пациентов проживали в одиночестве, но в разной степени опекались родственниками, у остальных обследованных отмечалась напряженная семейная ситуация. Указанные психогении способствовали обращению пациентов за психиатрической помощью, в том числе в кабинет МСПП.

Выявленные проявления депрессивного спектра соответствовали легкой и умеренной депрессии (критерии МКБ-10). Результаты исследования по шкалам ГШД-15 и HADS показали, что тревога и депрессивные проявления у пациентов старческого возраста выражены в большей степени. Выяснено, что 79,4 % лиц этой группы обращались к психиатру и психотерапевту по настоянию близких, родственников, часто не замечая своих расстройств.

В схему лечения в зависимости от сопутствующей патологии, клинических особенностей включались антидепрессанты, транквилизаторы или низкопотентные нейролептики, нейрометаболические препараты (ноотропы, антиоксиданты, антигипоксанты, вазотропные и др.). При необходимости проводилась базовая кардиотропная, симптоматическая терапия, психотерапия. При назначении трициклических антидепрессантов учитывались особенности кардиоваскулярного заболевания (амитриптилин не назначался при блокаде НПГ, АВ блокаде II, постинфарктном кардиосклерозе с нарушениями проводимости) и другой сопутствующей патологии. Принималось во внимание, что в старческом возрасте, в связи с замедлением биотрансформации лекарственных средств, повышается риск возникновения побочных явлений, в том числе когнитивных нарушений, при приеме ТЦА. У лиц пожилого возраста чаще назначались антидепрессанты группы СИОЗС, так как они обладают минимальной антихолинергической и антигистаминной активностью, не оказывают отрицательного воздействия на когнитивные функции. Нейролептики с осторожностью применялись при сердечно-сосудистых, неврологических и иных заболеваниях. С целью оптимизации и безопасности лечения накануне госпитализации пациенты консультировались терапевтом, неврологом, при необходимости – кардиологом, проводилось ЭКГ. В период лечения осуществлялся контроль основных показателей жизнедеятельности.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют необходимость взаимодействия психиатров и врачей других специальностей для ранней диагностики и своевременного лечения тревожно-депрессивных расстройств с учетом коморбидной патологии. Психиатрическая помощь пациентам пожилого и старческого возрастов с коморбидной патологией должна быть не территориально приближена, но и сочетаться с другими видами медицинской помощи. Кабинет медико-социальной психологической помощи оптимально решает указанные задачи. Актуальным направлением остается необходимость разработки межведомственного взаимодействия с учреждениями системы социальной защиты населения.

ГЕНЕТИКО-СЕМИОТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ОПИСАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Языков К. Г.[1,2], Корнетов А. Н.[1]

[1] ФФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск
[2] «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск

Эволюционно настроенные исследователи призывают к развитию психопатологической теории и обновленному пониманию эволюционирующих функций психических процессов и их нейробиологических субстратов. Признается, что фенотипические стратегии включают и такие адаптивные варианты, которые рассматриваются как патологические. Однако область исследования весьма фрагментирована, нет организующих методологических принципов, объясняющих феноменологические соотношения в ряду от неклинических до клинических форм, что делает присутствие и развитие эволюционной теории в патопсихологии актуальной (Корнетов Н. А., 1997).

В рамках развития клинико-эволюционной концепции возможны следующие дополнения. Во-первых, положение о том, что дивергенция психопатологических (ПП) состояний обусловлена появлением новых и развертыванием имеющихся генетических программ. Во-вторых, тем, что нозологическая типология рассматривается как результат последовательного развития обозначающих (семиотических) структур. Очевидно, что в развертывания ПП феноменов (ППФ) лежат системные механизмы процесса развертывания генетической системной самоорганизации в коэволюционной динамике формирования семиотических объектов клинической психологии и психиатрии.

В разработке типологии ППФ психиатрии и клинической психологии семиотико-генетический подход представляется естественным. С развитием психиатрии и клинической психологии внутренняя рефлексия стремится к обоснованию и эволюционной реконструкции собственной типологии. Человек живет в пересекающихся реальностях, что отражается на его социальном функционировании, особенностях поведения, взаимоотношений, адаптации, осознании идентичности и построении индивидуальной траектории личностного, семейного и профессионального становления (Бохан Т. Г. и др., 2013).

Соотношение «социетальной» и «витальной» реальностей содержит уникальный вид актуального проживания человека. Поэтому социобиологическая пластичность является синонимом полиморфного диадически-диалектического свойства, в связи с возникновением сознания. По А. А. Зиновьеву (2002), появившиеся у человека знаковые (семиотические) системы аппарата познания и творчества становятся еще и изобретаемыми аппаратами исследования. Этот аппарат познания может иметь причудливую форму, но он является и адаптивным продуктом (понимая под адаптацией когницию). Определившаяся новая форма адаптации – когниции в обязательном порядке приобретает собственную семиотическую форму. В таком виде семиоформы получают собственную среду обитания (экологическую нишу). В данном случае речь идет о самореплицирующихся состояниях человеческого сознания, которые появились достаточно давно и сохраняются сегодня. Обозначение состояний является процессом, связанным с развитием и усложнением знакового аппарата сознания человека и отражающим развитие собственно наук о человеке.

Возникающие семиотико-генетические реляционные системы предполагают, с одной стороны, появление эволюционных продуктов изменчивости генетических систем, с другой стороны, их социальную оценку в конвенциональном поле «норма–патология». С культурно-генетических коэволюционных позиций ППФ предполагается, что каждый исторический период характеризуется собственным спектром ПП и собственной лингвопсихоформой патологии. В диалектике «полигенных – олигогенных» систем, детерминирующих объекты ПП, системное качество формируется по принципу «хаос – порядок», проходя фазовые переходные состояния от микро- к мезо- и к макроуровню, и последовательно стабилизируясь в формы, отображаясь далее в качестве ППФ в терминологическом тезаурусе языка.

Класс полигенных моделей может отражать реальность образования новых системных качеств в фазовом переходе, а олигогенность есть результат выделения из кластера управляющих элементов, генов, лимитирующих широкую сетевую активность. Это позволяет говорить о свертке информации в генетических системах. В семиотических конструктах квазистабильных ППФ эволюционируют в конвенциональном языке классификаций заболеваний (ICD, DSM). Знаковые формы формировались последовательно в соответствии с когнитивным развитием и достижением определенных методологических позиций, выраженных в теоретических конструктах. Поэтому статистический анализ распространенности фиксирует состав форм и соответственно выраженность того или иного качества, как диапазона квазистабильных состояний.

Язык отражает многообразие этих состояний, ухватывает в реальности определенные сущностные качества, включая одновременно и искусственно изобретенные слова для передачи свойств. Искусственные словообразования-понятия уточняются с каждым пересмотром классификации для более точной передачи конвенционального смысла. ПП состояния имеют эволюционный наследственно обусловленный характер. На это указывает постоянно репродуцирующиеся стабильные ПП состояния, имеющие исторические корни. Для архео-ППС в языке существуют устойчивые обозначения (семиоформы). Эволюционный взгляд в психопатологии предполагает становление патологических состояний как эволюционно-динамических образований и участие в них палеопсихопатологических универсальных комплексов. Для понимания коэволюционного процесса необходимо широкое психолого-экологическое мышление. Его сущность воплощена в нейрофеноменологическом аутопоэтическом подходе. Сутью такого подхода является выявление «истории рекуррентных взаимодействий двух (или более) систем, ведущей к структурной согласованности» (Maturana, Varela). В проблеме ППС генетики усматривают «нарушение эпигенетической регуляции генов, которая может определять развитие комплексных (мультифакториальных) заболеваний». В. А. Ратнер (1993) указал на парадокс «невероятности» прогрессивной биоэволюции и его решение путем отказа от идеи случайности и перехода к комбинаторному принципу изменчивости и модульной организации (модель «тинкеринга»). В генетике олигогенных систем такие звенья связывают «майор»-генами. В нелинейно-динамических системах эти звенья называют управляющими элементами. В эволюции оцениваются только лимитирующие звенья, в результате мутаций эти гены (состояния) могут утратить эффект лимитирования. То есть в эволюционном спектре могут появляться разные гармоники.

Коэволюционная система может быть адекватно проиллюстрирована исходя из следующих логических оснований: 1) эволюция психики (сознания) связана с развитием и появлением новых эпигенетических систем управления информационными потоками; 2) эволюция сознания как культурного феномена прослеживается в эволюции продуктов художественно-литературного жанра; 3) писатель чаще описывает собственные душевные и духовные феномены, в том числе и психопатологические.

Психиатрия формирует и использует собственный понятийный аппарат (аппарат познания), улавливает психологические особенности в литературных персонажах и сравнивает эти особенности с собственными конструктами. Одним из механизмов психики, ведущих к развитию ППС, является феномен дефрагментации. С позиции семиотико-генетического эволюционирующего системного объекта выступает «страх».

Процессы расщепления в сфере Я ведут к восприятию того, что сфера Я фрагментирована на части. Расщепление есть естественный механизм динамики любой системы. В синергетике это соответствует LS-типу процессов. LS-тип – это процесс, «растекающийся» по диапазону возможных состояний, как зеркально-переносный процесс по соответствующим диапазонам вариации признака. Это можно приравнять к развитию состояния дезинтеграции: так, определённые типы могут быть отнесены к группе признаков шизофрении (Корнетова Е. Г. и др., 2016). Однако они могут получить и другие патологические знаки, определяющие их как нарушения интеллектуальных функций при ряде психических расстройств.

Литература

1. *Бохан Т. Г., Алексеева Л. Ф., Шабаловская М. В., Морева С. А.* Профессиональная идентичность в структуре индивидуальной и социальной идентичности студентов-медиков // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 375. – С. 135—140.
2. *Зиновьев А. А.* Логическая социология. – М. : Социум, 2002. – 260 с.
3. *Корнетов Н. А.* Клиническая антропология: от дифференциации к интеграции медицины // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1997. – № 3—4. – С. 5.
4. *Корнетова Е. Г., Микилев Ф. Ф., Лобачева О. А., Бородюк Ю. Н., Бойко А. С., Семке А. В.* Клинические и иммунологические особенности гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией, принимающих рисперидон // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 5—11.
5. *Ратнер В. А.* О проблеме кажущейся «невероятности» прогрессивной эволюции путем случайного перебора вариантов и о решении этой проблемы на молекулярном уровне // Современные проблемы теории эволюции / под ред. Л. П. Татаринова. – М. : Наука, 1993 – 128 с.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ДЕМЕНЦИЯМИ

Языкова И. М., Сиденкова А. П.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург

Изменение индекса массы тела у пожилых – один из важных параметров для оценки соматического благополучия. Имеются данные о сложных взаимоотношениях между изменениями данного показателя и уровнем когнитивного функционирования лиц старших возрастных групп. Исследования показывают, что снижение ИМТ в позднем возрасте коррелирует с дальнейшим интеллектуально-мнестическим снижением и ухудшением функциональной активности лиц пожилого возраста. В то же время нормальные и повышенные показатели ИМТ являются «протективным» фактором для когнитивных функций.

Материал и методы. На базе геронтопсихиатрического стационара проводилось исследование нарушений пищевого поведения при поздних деменциях. Изучались две группы пациентов с поздними деменциями различной нозологической принадлежности (F00, F01, F02): с нарушениями пищевого поведения (106 человек – 17 мужчин и 89 женщин) и без нарушений пищевого поведения (50 человек – 9 мужчин и 41 женщина). Репрезентативность выборки по основным социально-демографическим параметрам, нозологической принадлежности и степени выраженности деменции статистически была подтверждена. Для комплексной оценки состояния наблюдаемых лиц рассчитывали индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле): ИМТ (кг/м²)=масса тела (кг): рост (м)². В исследовании принималось во внимание, что пищевое поведение не является единственным фактором, определяющим массу тела пациента, поэтому ИМТ изучался в динамике и сравнивался с данным показателем в контрольной группе. При включении в исследование средний показатель ИМТ в группе с нарушениями пищевого поведения составил 22,0±2,37 кг/м², в группе сравнения – 24,7±3,0 кг/м² ($p>0,05$). Среди пациентов с нарушениями пищевого поведения в подгруппе лиц с «повышенным аппетитом» и гиперфагией средний ИМТ составил 21,1±1,85 кг/м², в подгруппе лиц со сниженным аппетитом – 22,9±2,37 кг/м² ($p>0,05$). В динамике через 6 месяцев средний показатель ИМТ в основной группе составил 22,2$\pm$4,3 кг/м². У части пациентов (13 человек) пищевое поведение нормализовалось, в этой подгруппе средний ИМТ составил 18,2±1,1 кг/м² у лиц с исходно «сниженным аппетитом» и отказами от пищи, что было ниже нормальных показателей (18,5 – 24,99), и 24,4 кг/м² – у 1 пациента с исходно «повышенным аппетитом» и гиперфагией.

В подгруппе с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения у пациентов с «повышенным аппетитом» и гиперфагией по сравнению со значением при включении в исследование средний ИМТ увеличился до 24,4±4,56 кг/м² ($p<0,05$). У пациентов со «сниженным аппетитом» и отказами от пищи средний ИМТ снизился относительно исходного показателя (20,0$\pm$3,98 кг/м², $p<0,05$). В группе сравнения в динамике через 6 месяцев средний ИМТ (24,2±2,5 кг/м²) был сопоставим с его значением при включении в исследование ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, при нарушениях пищевого поведения по типу «сниженного аппетита» и отказов от пищи в динамике прослеживалось снижение ИМТ при относительно более высоком исходном его показателе, как при последующей нормализации пищевого поведения, так и при сохраняющихся его нарушениях. Средний ИМТ у наблюдаемых лиц с «повышенным аппетитом» и гиперфагией в динамике увеличился и был сопоставим с данным показателем в группе сравнения. У пациентов с неосложненным пищевым поведением средний показатель ИМТ в динамике через 6 месяцев значимо не изменился. Полученные данные могут свидетельствовать о негативном влиянии нарушений пищевого поведения по типу «сниженного аппетита» и отказов от пищи у лиц с поздними деменциями на общесоматическое состояние (снижение ИМТ ниже нормальных показателей) и способствовать возрастанию нагрузки на ухаживающего.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМЕНЦИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Языкова И. М., Сиденкова А. П.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Екатеринбург

Поддержание повседневной бытовой и социальной активности, сохранность навыков самообслуживания у пациентов с деменцией является одним из значимых факторов, определяющих нагрузку на ухаживающих.

Материал и методы. В рамках исследования нарушений пищевого поведения при поздних деменциях (F00, F01, F02) изучались две группы пациентов. С нарушениями пищевого поведения наблюдались 106 человек (17 мужчин и 89 женщин), из них с «повышенным аппетитом» и гиперфагией – 23 человека (8 мужчин, 15 женщин), со «сниженным аппетитом» и отказами от пищи – 83 человека (9 мужчин, 74 женщины). Критерий включения в основную группу: наличие нарушений пищевого поведения, не обусловленных соматическими/или неврологическим состоянием пациента. Контрольная группа включала 50 пациентов (9 мужчин и 41 женщину) с неосложненным пищевым поведением. Обе группы исследования были сопоставимы по основным социально-демографическим показателям, нозологической принадлежности и степени выраженности деменции, давности заболевания. В качестве диагностического инструмента оценки функциональной активности наблюдаемых лиц использовали «Шкалу оценки функциональной активности пациента» ADCS – ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory) [Galasko D., 1998, 2004], для сравнения статистических показателей – непараметрический t-критерий Манна – Уитни (Mann–Whitney Test).

Результаты. Сравнивалась функциональная активность пациентов со «сниженным» и «повышенным» аппетитом с данным показателем у больных без нарушений пищевого поведения в целом при различных степенях выраженности деменции. При деменции легкой степени выраженности уровень функциональной активности пациентов с «повышенным аппетитом» и гиперфагией был сопоставим с данным показателем в контрольной группе (средние баллы по шкале ADS – ADL составили 26,5 (24,0÷26,5) и 20,0 (19,0÷20,0), p=0,083). У пациентов со «сниженным аппетитом» и отказами от пищи уровень функциональной активности достоверно ниже, чем в группе сравнения (средний балл по шкале ADS – ADL при «сниженном аппетите» – 31,0 (27,25÷37,25), p=0,019). При деменции умеренной степени выраженности уровни функциональной активности больных с «повышенным аппетитом» и группы сравнения не отличались (средние баллы по шкале ADS – ADL составили 30,0 (29,0÷38,0) и 28,0 (25,0÷32,5) соответственно, p=0,241). При «сниженном аппетите» и отказах от пищи уровень функциональной активности был достоверно ниже, чем в группе без нарушений пищевого поведения (средний балл шкале ADS – ADL у пациентов со «сниженным аппетитом» и отказами от пищи составил 34,5 (30,25÷38,75) (p<0,001). В данной подгруппе у обследуемых чаще выявлялись затруднения при передвижении, была снижена способность к самостоятельному выполнению гигиенических процедур, одеванию, контролю за физиологическими отправлениями.

При деменции тяжелой степени выраженности были выявлены сопоставимые уровни функциональной активности у пациентов с «повышенным аппетитом» и гиперфагией – 42,0 (38,25÷42,75) и без нарушений пищевого поведения – 40,0 (33,75÷47,5) (p=0,604) и достоверно худший показатель функциональной активности при «сниженном аппетите» – 43,0 (39,0÷48,0), чем в контрольной группе (p=0,045). В целом уровень функциональной активности участников исследования с нарушениями пищевого поведения был ниже, чем в группе сравнения – 38,0 (32,0÷43,0) и 31,5 (26,75÷40,0) (p<0,001). У пациентов с нарушениями пищевого поведения были грубо нарушены ориентировки в окружающем пространстве и текущем времени, способность к самостоятельному передвижению, одеванию, приему пищи и питью, выполнению гигиенических процедур, контролю физиологических отправлений, общая двигательная активность была снижена.

В динамике через 6 месяцев после включения в исследование наблюдалось 54 пациента из основной группы и 20 пациентов из группы сравнения. При сравнении в динамике данные группы были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам, нозологической принадлежности и степени выраженности деменции, наблюдалось увеличение доли тяжелой деменции в обеих группах. У 13 участников основной группы пищевое поведение нормализовалось, у 41 пациента нарушения сохранялись. Ввиду малой численности групп сравнение показателя функциональной активности лиц основной группы и пациентов группы сравнения проводилось без учета типа нарушений пищевого поведения. Показатели функциональной активности пациентов обеих групп в динамике оказались сопоставимы (p=0,868). В динамике было выявлено снижение уровня функциональной активности по сравнению с его значением при включении в исследование в основной группе и группе сравнения (p=0,007 и p=0,004), однако уровень функциональной активности пациентов с нормализовавшимся пищевым поведением через 6 месяцев не изменился по отношению к его значению при включении в исследование (p=0,549).

Выводы. Таким образом, при сопоставимых степенях выраженности деменции уровень функциональной активности пациентов со «сниженным аппетитом» и отказами от пищи достоверно ниже, чем у лиц с неосложненным пищевым поведением. Участники исследования с «повышенным аппетитом» и гиперфагией не отличались по этому показателю от пациентов группы сравнения. В динамике через 6 месяцев уровень функциональной активности пациентов основной и контрольной групп был сопоставим, выявлялось достоверное снижение этого показателя по сравнению с его значением при включении в исследование, что согласуется с данными об увеличении доли тяжелой деменции в обеих группах. У пациентов с нормализовавшимся пищевым поведением в динамике уровень функциональной активности достоверно не изменился по сравнению с исходным, что может свидетельствовать о лучшем реабилитационном потенциале и клиническом прогнозе данной подгруппы пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КВЧ-ТЕРАПИИ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ АМИНОТРАНСФЕРАЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д., Гончикова И. А., Попова Т. А., Кисель Н. И.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Алкоголизм представляет серьезную угрозу здоровью населения во всем мире. Это определяет необходимость поиска эффективных методов профилактики и патогенетической терапии данного заболевания. Большинство способов лечения алкоголизма являются медикаментозными, что усиливает фармакологическую (особенно нейролептическую) «загруженность» организма пациента, ведет к повышению напряженности работы детоксикационных систем, сбоям в их работе, существенно снижает эффективность лекарственной терапии и зачастую приводит к развитию нежелательных побочных эффектов.

В этой связи особую актуальность представляют немедикаментозные способы лечения алкоголизма, одним из которых является микроволновая резонансная терапия (КВЧ-терапия) – воздействие на организм электромагнитного излучения крайне высокой частоты низкой интенсивности в миллиметровом диапазоне. Известно об эффективном купировании клинических симптомов алкогольной зависимости, снижении выраженности окислительного стресса после курса КВЧ-терапии у пациентов с алкогольной зависимостью [1, 2]. Показана важная роль биологических мембран в восприятии электромагнитного излучения миллиметрового диапазона при КВЧ-терапии [2]. Поскольку аминотрансферазы сыворотки крови – аланинаминотрансферазу (АЛТ) и аспартатаминотрансферазу (АСТ) – традиционно рассматривают как маркеры повреждения мембран клеток печени, представляет интерес оценка эффективности влияния КВЧ-терапии на активность этих ферментов в сыворотке крови у больных алкоголизмом в состоянии абстиненции в сравнении с воздействием традиционной медикаментозной терапии.

Материал и методы. В данном исследовании принимали участие 82 мужчины. Из них 52 больных алкоголизмом (диагноз по МКБ-10 F10.3), поступивших в отделение аддиктивных состояний НИИ психического здоровья в состоянии абстиненции (группа «До лечения») и 30 здоровых мужчин (группа «Контроль»). Больные из группы «До лечения» случайным образом были разделены на две группы: часть пациентов в течение 7 дней получала традиционную медикаментозную терапию (группа «Традиционная терапия», 18 человек), другие пациенты в течение 7 дней на фоне традиционной терапии дополнительно получали КВЧ-терапию, которую проводили с использованием аппарата «Стелла-2» производства ООО «Спинор» (г. Томск) (группа «КВЧ-терапия», 34 человека). Средний возраст пациентов рассчитывали как M±m, где M – среднее значение, m – стандартная ошибка среднего значения. Так, средний возраст в группе «Контроль» – 40,8±1,9 года, в группе «Традиционное лечение» – 42,8±1,4 года, в группе «КВЧ-терапия» – 41,1±1,6 года. Достоверных различий по возрасту пациентов между группами выявлено не было.

Оценку АЛТ и АСТ в сыворотке крови проводили с использованием соответствующих диагностических наборов фирмы CORMANY (Польша).

Экспериментальные данные статистически обрабатывали с использованием программы «Statistica 10», представляли в виде медианы (Me) и межквартильного интервала (QL – QU). Для оценки достоверности межгрупповых различий использовали непараметрический U-критерий Манна-Уитни и Краскел-Уоллиса, для зависимой выборки применяли тест Вилкоксона.

Обсуждение результатов. Были получены следующие результаты. У больных в состоянии абстиненции наблюдалось существенное повышение как АСТ, так и АЛТ по сравнению с контрольной группой ($p<0,001$): в группе «Контроль» активность АСТ была 20,40 (16,70—22,70) Е/л, АЛТ – 16,60 (12,30—19,00) Е/л. Соответственно в группе «До лечения» активность АСТ имела значение 52,65 (36,95—83,70) Е/л, АЛТ – 42,30 (27,85—72,90) Е/л. После лечения обнаружено достоверное снижение обоих показателей по сравнению с группой «До лечения» как в группе с традиционной лекарственной терапией, так и в группе пациентов, дополнительно получавших КВЧ-терапию. В группе «Традиционная терапия» АСТ составила 23,70 (21,40—28,30) Е/л, АЛТ – 29,70 (24,25—47,00) Е/л; в группе «КВЧ-терапия» АСТ имела значение 27,40 (22,30—38,90) Е/л, АЛТ – 33,55 (30,10—39,70) Е/л.

Статистическая обработка полученных результатов показала, что после лечения активности аминотрансфераз в группе «Традиционная терапия» и «КВЧ-терапия» достоверно не различаются между собой. При этом значения как АЛТ, так и АСТ в группах пациентов оставались достоверно повышенными по отношению к контролю ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, у больных алкоголизмом в состоянии абстиненции обнаружено выраженное повышение активности аминотрансфераз сыворотки крови, что совпадает с данными литературы [3]. Традиционная медикаментозная терапия в течение 7 дней приводит к выраженному снижению как АСТ, так и АЛТ, однако эти значения остаются выше контроля. Дополнительная КВЧ-терапия не оказывает заметного влияния на аминотрансферазы плазмы крови: в группе «КВЧ-терапия» снижение исследуемых показателей было практически таким же, как в группе «Традиционная терапия».

Литература

1. *Патышева Е. В., Прокопьева В. Д., Кисель Н. И., Бохан Н. А.* Действие миллиметровых волн на клетку и ее компоненты в норме и при алкоголизме // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – С. 33—36.
2. *Патышева Е. В., Прокопьева В. Д., Бохан Н. А.* Влияние микроволновой резонансной терапии на белки и липиды эритроцитов и плазмы крови больных алкоголизмом // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2009. – Т. 148, № 7. – С. 46—48.
3. *Сиволап Ю. П.* Поражение печени у больных алкоголизмом // Наркология. – 2012. – № 3. – С. 76—83.

Тезисы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В. Я. Семке

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Аболонин А. Ф., Назарова И. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В современном понимании аутоагрессивным (связанным с самопоражением) поведением понимают такие формы психической (поведенческой) активности, при которой человек намеренно (осознанно или неосознанно) становится неблагополучным в различных сферах жизнедеятельности (Шустов Д. И., Валентик Ю. В., 2001).

Кроме того, под аутоагрессией понимают действия, направленные (сознательно или неосознанно) на причинение себе вреда в физической, психической, социальной или духовной областях; намеренная саморазрушающая активность, проявляющаяся на идеаторном, аффективном и поведенческом уровнях; отказ от активной жизнедеятельности, от своих гражданских обязанностей, долга, нежелание решать личностные и социальные вопросы (Бисалиев Р. В., Сараев М. А., 2007).

Злоупотребление алкоголем вообще может рассматриваться как одно из проявлений несуицидального аутоагрессивного поведения (Шустов Д. И., Новиков С. А., Шустов А. Д., 2014). У зависимых от алкоголя лиц саморазрушение принимает как классические суицидальные (суициды, парасуициды, самоповреждения, суицидальные мысли и тенденции), так и несуицидальные формы (саморазрушение в семейных отношениях, профессиональной сфере, соматическая аутоагрессия, рискованное и антисоциальное поведение) (Шустов Д. И., Новиков С. А., Шустов А. Д., 2014). Однако при интерпретации или соотнесении их к аутоагрессивным следует подчеркнуть, что они являются проявлениями и самой аддикции. В частности в работе Л. К. Шайдуковой, Е. В. Кобловой (2006) прямо указывается на то, что у больных алкогольной и наркотической зависимостями понятия «аддиктивное» и «саморазрушающее» поведение сливаются в одно целое, особенно когда речь идет о ранних, злокачественно протекающих формах заболевания. Несомненной группой риска, по мнению большинства авторов, являются больные алкоголизмом (Меринов А. В., Шустов Д. И., 2014; Селедцов А. М., Кокорина Н. П., Москвина Я. В., 2010).

Данные положения и легли в основу нашего исследования.

Исходя из этого **целью** нашего исследования стало изучение динамики психологических параметров аутодеструктивного поведения у больных алкогольной зависимостью в процессе проведения психотерапевтической коррекции.

Материал и методы. Для исследования оценки аутодеструктивного поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ было отобрано 32 больных алкоголизмом (F10.2), проходивших лечение в отделении аддиктивных состояний НИИ психического здоровья, средний возраст 42,7±7,5 года. В работе использованы методы психологического тестирования: методика О. О. Андроникова «Склонность к виктимному поведению» (Малкина-Пых И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. М., 2005), опросник «Ауто- и гетероагрессия» (Ильин Е. П. Психология агрессивного поведения. СПб: Питер, 2014. 368 с.), шкала безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Inventory – BHI), методика оценки ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

Обсуждение результатов. Диагностика склонности к виктимному поведению проводилась согласно методике О. О. Андронниковой. Результаты формализованной оценки стандартизованных значений по шкалам данной методики до и после персонализированной терапии свидетельствуют о гармонизации личностных установок в отношении реализации различных форм виктимного поведения. Так, усредненные показатели по шкале реализованной виктимности (4,3±0,2) при первом тестировании имели значения ниже нормы, что свидетельствует о внутренней готовности к виктимному способу поведения. Скорее всего, ощущая внутренний уровень напряжения, испытуемый стремится вообще избегать ситуации конфликта. При повторном тестировании данный параметр стал иметь значения в пределах нормы (3,25±0,15), что свидетельствует о повышении уровня стойкости испытуемых к конфликтным ситуациям.

Определены усредненные значения по шкалам: склонность к агрессивному виктимному поведению – средний балл 7,2±0,7, склонность к самоповреждающему и саморазрушительному поведению – средний балл 6,2±0,4, данные показатели стали ниже (6,25±0,3 и 5,1±0,31 балла), что свидетельствует о нормализации агрессивных, провоцирующих черт личности.

Направленность агрессии, выявляемая с помощью опросника «Ауто- и гетероагрессия», позволила установить, что значения гетероагрессивных тенденций по окончании терапии стали ниже, а показатели аутоагрессия остались на прежнем уровне.

Результаты по шкале безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Inventory), измеряющей выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему, выявили положительную динамику. Так, среднее значение по шкале безнадежности с 8,5±0,23 балла снизилось до 4±0,15 балла.

Оценка уровня тревожности пациентов с алкогольной зависимостью с использованием АППДК «Мультипсихометр» по методике ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина показала снижение средних значений личностной тревожности (26,17±4,35 – до терапии, 19,3±2,6 – после терапии) и повышение показателей ситуативной тревожности (23,5±2,14 – до терапии, 29,1±3,7 – после терапии).

Динамика изменений модели самоотношения теста В. В. Столина (выявленная с использованием АППДК «Мультипсихометр») до и после терапии позволила определить следующие изменения значений по шкалам. Глобальное самоотношение (внутренне недифференцированное чувство «за» и «против» самого себя): 68,7±6,15 – до терапии, 88,6±7,12 – после терапии; самоуважение (речь идет о том аспекте самоотношения, который эмоционально и содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей, способность контролировать собственную жизнь и быть самопоследовательным, понимание самого себя): 63,1±3,15 – до терапии, 88,3±4,12 – после терапии; аутосимпатия (в содержательном плане шкала на позитивном полюсе объединяет одобрение себя в целом, на негативном полюсе – видение в себе по преимуществу недостатков): 51,1±2,5 – до терапии, 65,5±3,2 – после терапии; самоуверенность (т. е. самопринятие; самопонимание после прохождения терапии повысилось); ожидание положительного отношения: 85,9±8,2 – до терапии, 77,1±5,1 – после терапии; ожидание симпатии других; самообвинение; самоинтерес: 81,4±2,3 – до терапии 71,3±5,4 – после терапии. Такое положение свидетельствует о принятии себя со всеми своими недостатками и меньшую зависимость от мнения окружающих, что является прогностически благоприятным фактором для сохранения трезвого образа жизни.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование выявило снижение агрессии, стабилизацию самооценки и личностной тревожности, а также стремление ориентироваться на собственное самоотношение к жизни у пациентов с алкогольной зависимостью после прохождения терапии, нормализацию состояния. В частности для пациентов стали доступны различные формы преодоления стрессовых ситуаций, помимо агрессивного и самодеструктивного спектра. Наличие такого рода взаимосвязи обусловливает необходимость включения в психотерапевтическое лечение алкогольной зависимости методик, направленных на дезактуализацию патологического влечения к алкоголю, коррекцию аутоагрессивных поведенческих паттернов, а также проведение работы, адресованной к личности больного.

Основные усилия во время психотерапии таких пациентов необходимо направлять на становление терапевтического альянса с формированием длительных доверительных отношений между психологом и пациентом, а также на коррекцию созависимых отношений в семьях данных пациентов.

Исследование аутодеструктивного компонента больных алкоголизмом позволяет установить степень выраженности агрессии как по отношению к себе, так и к окружающим. При сопоставлении полученных данных с данными о личностных изменениях составлено объективное представление о структуре и особенностях заболевания в каждом отдельном случае. Использование технологии оценки аутодеструктивного поведения позволяет разработать индивидуальные рекомендации для каждого больного с целью повышения его реабилитационного потенциала.

ПОПЫТКА КЛАССИФИКАЦИИ НАТУРАЛЬНЫХ И СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ СОГЛАСНО ИХ ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ. КРАТКИЙ ОБЗОР МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ

Асадуллин А. Р.[1], Галеева Е. Х.[2], Юлдашев В. Л.[1], Ахметова Э. А.[1], Филинова В. С.[1]

[1] ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа
[2] ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» Минздрава Республики Башкортостан, Уфа

Одна из острых социальных, медицинских и юридических проблем современности – рост и распространение наркомании совместно с ростом синтеза новых потенциально опасных психотропных веществ (НПОПВ). В среде наркопотребителей в последние годы повышается интерес к веществам из группы каннабиноидов. Примечательно то, что происходит замещение растительных каннабиноидов на синтетические производные.

Целью данной статьи является попытка систематизации и классификации натуральных и синтетических каннабиноидов согласно их химической структуре.

С целью анализа современных тенденций роста и распространения синтетических наркотических средств (НС) и психотропных веществ нами было проанализировано 64 обвинительных решения суда, находящихся в открытом доступе, по Статье 229.1 УК РФ «Контрабанда наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, растений, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, либо их частей, содержащих наркотические средства, психотропные вещества или их прекурсоры, инструментов или оборудования, находящихся под специальным контролем и используемых для изготовления наркотических средств или психотропных веществ».

В результате исследования определено, что основной транспорт НС на территорию РФ осуществляется из стран Юго-Восточной Азии (Китай), в основном вещества групп производных фенилэтиламина, 3,4-метилендиоксиметамфетамин, 4-метилтиоамфетамин, синтетические катиноны (MDPV), альфа-PVP, альфа-PVT, MHPH. Из этих стран поступают либо прекурсоры, либо готовое вещество «весом». Вторая группа по частоте доставки НС через почтовые отправления или бандероли – это бывшие страны Варшавского договора (Польша и др.). Пересылка из этих стран идет в основном в виде готового сырья в малом весе или в виде так называемых марок, пропитанных наркотическим средством. Среди пересылаемых НС в основном преобладают вещества групп синтетических катинонов и синтетических каннабиноидов. Третье место по частоте незаконной пересылки НС занимают страны Нидерландов и Британии, пересылка производится через почтовые вложения в конверт в виде марок или промокашек общим весом до грамма вещества из группы синтетических катинонов (СК) и синтетических каннабиноидов.

Все синтетические каннабиноиды можно разделить на следующие шесть подгрупп, представленных ниже:

1. Классические каннабиноиды – представляют собой производные дибензопирана, тетрагидроканнабинол, другие химические соединения, присутствующие в каннабисе, и структурно связанные с ними синтетические аналоги (например, HU-210).

2. Неклассические каннабиноиды – синтетические производные циклогексилфенола или 3-арилциклогексанола (например, CP 47497 и CP 55940).

3. Гибридные каннабиноиды – комбинации структурных особенностей классических и неклассических каннабиноидов (например, AM-4030).

4. Аминоалкилиндолы, которые можно дополнительно разделить на следующие группы: а) нафтоилиндолы (например, JWH-015, JWH-018, JWH-073, JWH-081, JWH-122, JWH-200, JWH-210, JWH-398); б) фенилацетилиндолы (например, JWH-250, JWH-251); в) бензоилиндолы (например, правадолин, AM-694, RSC-4); г) нафтилметилиндолы (например, JWH-184); д) циклопропоилиндолы (например, UR-144, XLR-11); е) адамантоилиндолы (например, AB-001, AM-1248); ж) индолкарбоксамиды (например, APICA, STS-135).

Данные соединения были получены в научной лаборатории профессора Дж. Хаффмана (J. W. Huffman) из университета в Клемсоне, в 90-х годах XX века с целью изучения химической структуры каннабиноидов и механизма их воздействия на CB1- и CB2-рецепторы. Одним из первых таких соединений был синтезирован JWH-007. Одновременно в университете Коннектикута под руководством профессора А. Макриянниса (A. Makriyannis) с аналогичной целью был синтезирован ряд веществ, получивших название AM (AM-1220, AM-2201). Впоследствии с аналогичной исследовательской целью была получена большая группа фенилацетилиндолов. К таковым относятся JWH-250 и JWH-203. Так, в 80-х годах был синтезирован правалидон, относящийся к группе бензоилиндолов. Но наиболее успешными в получении веществ данного ряда оказались вновь исследователи научной лаборатории университета Коннектикута. К таковым относятся AM-630 или 6-иодправадолин. Из группы адамантоилиндолов первым синтезированным и исследованным на каннабиноидную активность соединений можно считать AM-1248. Представители группы циклопропоилиндолы были синтезированы в лаборатории «Abbott» (США). Результатом этого стало открытие A-796260 – вещества, обладающим мощным обезболивающим действием. В 2011 г. синтезированы амиды индол-3-карбоновой кислоты, отличающиеся наличием карбоксамидной группы в третьем положении азотсодержащего гетероцикла (CBM-018, ACBM-2201, MEPIRAPIM, MMB-2201 и т. д.). Начиная с 2012 г. данные вещества широко распространены на нелегальном рынке среди наркопотребителей. С осени 2012 г. «дизайнерские» каннабиноиды пополнились структурными аналогами уже известных нелегальных психоактивных веществ, но не занесенных в список запрещенных. Эти новые соединения представляют собой сложные эфиры индол-3-карбоновой кислоты (QCBL-018, QCBL-2201, QCBL-CHM).

5. Эйкозаноиды – к ним относятся такие эндоканнабиноиды, как анандамид (AEA) и их синтетические аналоги (например, метанандамид – AM-356).

6. Прочие СК – охватывают такие структурные виды, как диарилпиразолы (например, Rimonabant®), нафтоилпирролы (например, JWH-307), нафтилметилиндены (например, JWH-176) и индазолкарбоксамиды (например, APINACA).

К синтетическим каннабимиметикам последнего поколения относятся: а) индазолкарбоксамиды: AB-PINACA, AB-FUBINACA, AB-CHMINACA, ADB-FUBINACA, ADB-PINACA, APINACA; б) индолилкарбоксамиды: APICA (ADM-018), STS-135 (ADM-2201), CBM-2201, ADBICA, ADBICA-F; в) индолилкетоны: UR-144, XLR-11, RCS-4, AM-2201, AM-1220, AM-1248.

Март 2012 г. ознаменован появлением еще одного вида новых ПАВ, также являющихся структурными аналогами уже имеющихся. Однако их отличительной особенностью является то, что базовым гетероциклом в них является индазол. Большое количество соединений с такой структурой получено и исследовано в научных лабораториях под руководством профессора А. Макриянниса фармацевтической компании Pfizer Inc. Большинство из этих соединений являются агонистами CB1-рецепторов (например, ACBM(N)-018, ACBM(N)-2201, MDMB(N)BZ-F). По аналогии индол-3-карбоксилатов, были синтезированы индазол-3-карбоксилаты, появившиеся на рынке нелегальных наркотических средств весной 2014 г. – QCBL(N)-018, QCBL(N)-2201, CBL(N)-2201.

Заключение. Вновь синтезируемые нелегальные синтетические наркотические средства и психотропные вещества несут большую потенциальную угрозу для всего общества, особенно для молодежи. Представленная попытка систематизации веществ группы каннабиноидов может оказаться полезной при определении и выделении нового нелегального синтетического каннабиметика.

ОЦЕНКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ

Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М., Шаикрамов Ш. Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. В современном представлении зависимость от интернета и мобильных средств доступа к нему занимает промежуточное положение между зависимостями и расстройствами влечений. Однако выраженность влияния социальной среды на формирование этого патологического состояния заставляет всё в большей степени склоняться к тому, что мы имеем дело преимущественно с аддиктивным типом патогенеза интернет-зависимости.

Как минимум, 4 фактора лежат в основе формирования зависимого поведения: информационный (иллюзия контакта с информированным источником), коммуникационный (анонимность, реальное время, множественность образов, мультипользовательская среда), идентификационный (утрата связи образа с личностью), сетевая социализация (сетевая субкультура, сообщества маргинальных групп, криминальная киберсреда). В то же время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью [1]. По данным Американской академии педиатров, зависимость отмечается у каждого десятого ребёнка [2]. Бесконтрольная игровая компьютерная деятельность сопровождается повышенной раздражительностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием окружающего мира. Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков [3].

Целью нашего исследования было изучение особенностей аффективных расстройств у подростков с зависимостью от ролевых компьютерных игр.

Материалы и методы. Объектом исследования были выбраны 56 посетителей интернет-клубов г. Ташкента в возрасте от 14 до 17 лет, играющих в ролевые компьютерные игры. В работе использовали специально разработанную анкету, содержавшую перечень вопросов для выявления стадии психологической зависимости от компьютерной игры. Для выявления тревожно-депрессивных нарушений применяли «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS). Первое тестирование по шкале HADS проводили после окончания игры, повторное – через день после последнего сеанса игры.

Результаты и обсуждения. В ходе исследования было установлено, что 60 % обследованных увлеклись компьютерными играми в возрасте 14 лет, 25 % опрошенных – в 15 лет, лишь 15 % подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16—17 лет. В ролевые компьютерные игры «от первого лица» играло 80 % опрошенных, остальные 20 % респондентов играли в ролевые компьютерные игры «от третьего лица. Потребность в этой форме игры опрошенные объясняли желанием уйти от реальности и желанием принятия более значимой социальной роли. У 14 исследуемых (25 %) выявлена социализированная форма зависимости. Эти подростки всегда играют с другими, мотивация игры носит соревновательный характер, в отсутствии компании в другие игры не играют, неудовлетворенность испытывают в случае проигрыша команды. 75 % исследованных имеют индивидуализированную форму зависимости, всегда играют в одиночку, потребность в игре высокая, в отсутствии игры испытывают неудовлетворенность, негативные эмоции, тревогу.

Исследование аффективных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с формой и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр. Так, у лиц с социализированной формой зависимости в 25 % случаев выявлена стадия легкой увлеченности компьютерными играми, в 75 % случаев – стадия увлечения. У подростков с этой формой зависимости аффективные расстройства выявлены у 25 опрошенных (44,6 %), эти лица отличались длительным игровым стажем. По шкале HADS субклинически выраженные тревога и депрессия выявлены у лиц со второй стадией зависимости от компьютерных игр.

У подростков с первой стадией зависимости отмечалось снижение настроения и появление чувства вины в случае проигрыша команды, при повторном тестировании по шкале HADS отмечалось наличие субклинически выраженной тревоги.

При второй стадии зависимости вне игры подростки жаловались на скуку, снижение настроения, подавленность, в случае появления возможности провести командную игру отмечались эйфория, усиление воображения, повышение настроения, фантазии об игре. У лиц со второй стадией зависимости повторное тестирование показало сохранение субклинически выраженных тревоги и депрессии.

У лиц с индивидуализированной формой зависимости в 100 % случаев выявлены эмоциональные расстройства. В соответствии со стадией интернет-зависимости меняется глубина выраженности эмоциональных расстройств. У 18 подростков была выявлена стадия увлечения от компьютерных игр, в 83 % случаев по шкале HADS в первом тестировании определялась субклинически выраженная тревога, в 27 % случаев выявлена субклинически выраженная депрессия. Эти подростки испытывали чувство тревоги из-за отсутствия возможности проводить время за компьютерными играми, при появлении такой возможности уровень тревоги значительно снижался. Повторное тестирование изменение уровня депрессивных расстройств не выявило, эти подростки связывали свое состояние с постоянными конфликтами с родителями, с их непониманием и завышенными требованиями к учебе.

У 3 подростков была выявлена третья стадия зависимости от компьютерных игр. В этой группе при первом и втором тестировании по шкале HADS выявлены клинически выраженные уровни тревоги и депрессии. Эти подростки плохо контролируют себя, становятся эмоционально неустойчивым, у них снижается критика к поведению, в случае прерывания компьютерной игры отмечаются агрессивность, грубость. Для обследуемых лиц из группы с третьей стадией интернет-зависимости характерными были частые уходы из дома, рассеянность, отмечались наличие импульсивности в поступках, склонность ко лжи, нарушения поведения, резкая смена эмоций в их крайнем проявлении, нежелание учиться, отсутствие полноценного сна, некоторые подростки отмечали наличие сновидений со сценами из компьютерных игр, навязчивые мысли об игре. У этих подростков отсутствовал эмоциональный и поведенческий самоконтроль. В ряде случаев у подростков с индивидуализированной формой зависимости отмечались астения, безразличие ко всему, что не касается непосредственно их увлечения, пропуски уроков, снижение успеваемости.

Выводы. Таким образом, аффективные расстройства являются ведущими в клинической картине зависимости и усиливаются по мере развития интернет-аддикции, приводят к уязвимости в развитии эмоциональной саморегуляции, неспособности справляться со стрессовыми ситуациями, развитию выраженных астенодепрессивных состояний и патологического формирования личности.

Литература

1. *Пережогин Л. О.* Интернет-аддикция и коморбидные ей состояния у детей и подростков // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии : материалы Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2015. – С. 174—176.
2. *Ernes C. E.* Is Mr. Pac Man eating our children? A review of the effect of video games on children // Can. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 42, № 4. – P. 409—414.
3. *Deckel A. W., Hesselbrock V., Baner L.* Antisocial personality disorder, childhood delinquency, and frontal brain functioning: EEG, and neuropsychological findings // J. Clin. Psychol. – 1996. – Vol. 52, № 6. – P. 639—650.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАЗОДОНА (ТРИТТИКО) В ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Баранов В. В., Синев В. Е.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Половая жизнь принадлежит к наиболее значимым аспектам человеческого существования. Каждый психически здоровый человек мечтает о любви и счастье, продлении своего рода и нуждается в сексе. Неудовлетворенные сексуальные потребности – источник сильнейших фрустраций для многих людей. По мнению руководителя Федерального центра медицинской сексологии и сексопатологии профессора Н. Д. Кибрика (1999), «Снижение половой функции у зрелого мужчины, равно как и сексуальное фиаско у молодого человека, только что вступившего в брак, воспринимается как крушение надежд на счастливую жизнь, как потенциальная угроза распада семьи или невозможность ее создания… Сексуальные расстройства и дисгармонии, сопровождаясь выраженной и часто пролонгированной аффективной реакцией, способствуют формированию пессимистической оценки личностной перспективы. Это приводит к возникновению кризиса в семейной и интимно-личностной сферах, а при условии неразрешенности ситуации и остроты реакции к формированию суицидального поведения». Поэтому эффективное устранение проблем, нарушающих полноценное сексуальное функционирование человека, является важной и весьма благодарной задачей (Доморацкий В. А., 2008).

Целью работы – анализ применения препарата тразодон в лечении психогенной эректильной дисфункции у молодых мужчин.

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (коитофобия) развивается по механизмам невротической фиксации у продромально тревожных, мнительных, неуверенных в себе мужчин на базе предшествующего негативного сексуального опыта. Развивается неврозоподобное состояние, сопровождающееся всеми характерными для этого кластера расстройств симптомами: пониженным фоном настроения, беспокойством, нарушением сна, постоянными сомнениями в своих силах, тревожным ожиданием близости, превращающейся в своеобразный «экзамен» на предмет сексуальной состоятельности. Помимо обязательной психотерапевтической нейтрализации травмирующего опыта путем применения методов краткосрочной психотерапии (нейролингвистического программирования, десенсибилизации и переработки движениями глаз), часто бывает необходима психофармакотерапия. В силу негативного влияния на эректильную функцию нецелесообразно назначение «малых» нейролептиков и транквилизаторов, то же можно сказать и про трициклические антидепрессанты, и про селективные ингибиторы реаптейка серотонина. В таких условиях препаратом выбора становится средство, способное быстро и эффективно устранить тревогу, беспокойство, улучшить сон, при этом не влияющее на потенцию, а в идеале, улучшающее её.

Таким препаратом является тразодон (триттико) – антидепрессант из группы атипичных трициклических, производное тиазолопиридина. Механизм его действия связан с высоким сродством к некоторым подтипам серотониновых рецепторов (в зависимости от подтипа рецепторов тразодон вступает в антагонистическое или агонистическое взаимодействие), а также со специфической способностью ингибировать обратный захват серотонина. Обладает антидепрессивным, седативным, анксиолитическим, гипнотическим, миорелаксирующим действием. Способствует восстановлению либидо и потенции как у депрессивных больных, так и у лиц, не страдающих депрессией (Басов А. Н., 2010).

Материал и методы. В исследование были включены 26 пациентов мужского пола в возрасте от 21 до 50 лет с диагностированной психогенной эректильной дисфункцией (F52.2 по МКБ-10). Пациенты не имели иных психических расстройств, также из исследования исключались пациенты с выявленной урологической патологией и изменениями в гормональном статусе. Обследование включало сбор жалоб и анамнеза, оценку психического статуса, сексологическое исследование (сексологический анамнез и состояние непосредственно на момент осмотра, состояние соматосексуальной сферы с антропометрией и оценкой половой конституции).

В исследование включались пациенты с результатом не менее 18 баллов по шкале HARS (шкала Гамильтона для оценки тревоги).

Проводилось исследование крови на общий тестостерон. Консультация уролога рекомендована при наличии жалоб дизурического характера и ускоренном семяизвержении.

Лечение психогенной эректильной дисфункции складывалось из психотерапии (применялись техники визуально-кинестетической диссоциации, интеграции якорей, «взмаха», модифицированный вариант десенсибилизации и переработки движениями глаз). Медикаментозную терапию проводили тразодоном, которую начинали с дозы 50 мг/сут однократно на ночь, с повышением через 4 дня до 100 мг, а в 10 случаях – до 150 мг/сут через 7 дней. К концу 2-й недели лечения выраженность тревожной симптоматики снизилась в 2 раза, восстановление нормальной глубины и продолжительности сна отметили у себя 92 % обследуемых (24), 73 % пациентов (19) заметили восстановление адекватной эрекции, что субъективно расценивалось ими как выздоровление. К исходу 4-й недели лечения положительный ответ на терапию был зафиксирован у 80 % пациентов (21), отсутствие ответа – у 20 % (5). Досрочного выхода из исследования в связи с непереносимостью препарата не наблюдалось. 15 % пациентов (4) в процессе терапии жаловались на повышенную седацию, сонливость. 11 % респондентов (3) отмечали сухость во рту. 74 % пациентов (19) не имели побочных эффектов терапии. Пациенты, отмечавшие вышеуказанные жалобы, получали тразодон в дозе 100 мг/сут. На дозе 150 мг/сут жалоб на нежелательные эффекты не было. Случаев приапизма в ходе лечения тразодоном в дозе до 150 мг/сут мы в ходе исследования не наблюдали.

Выводы. Таким образом, показана эффективность применения препарата тразодон (триттико) в отношении пациентов с психогенной эректильной дисфункцией. В ходе исследования отмечена хорошая переносимость препарата.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Безруких Т. С., Березин Е. Ю.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Одним из самых тяжелых поражений головного мозга является острое нарушение мозгового кровообращения. По данным статистики, в России заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких. Смертность от данной патологии занимает второе место в структуре общей смертности. Аффективные расстройства являются наиболее частым осложнением перенесенного инсульта. Актуальность изучения аффективной патологии прежде всего определяется тем, что она оказывает существенное влияние на течение восстановительного периода и конечный исход реабилитационных мероприятий: приводит к увеличению длительности госпитализаций, замедляет процесс восстановления утраченных неврологических функций, повышает смертность и риск развития повторного инсульта. Аффективные расстройства у больных, перенесших инсульт, имеют тяжелые клинические, медико-социальные и экономические последствия, так как приводят к увеличению числа случаев инвалидности. С экономической точки зрения, это особенно актуально в группе работоспособного населения, не достигшего пенсионного возраста.

По данным различных исследователей, распространенность аффективных расстройств в данном случае колеблется от 30 до 60 %. Наибольшая частота встречаемости данных психических расстройств выявлена в период с 3-го по 12-й месяцы после инсульта. Генез их возникновения недостаточно изучен. Можно выделить несколько этиологических факторов: психогенная реакция на нарушение неврологических функций и связанные с ними беспомощность, изменение социального статуса, потеря трудоспособности, социальных контактов и социальная изоляция, поражение определенных отделов головного мозга, связанных с регуляцией эмоций и психической деятельности человека, индивидуальные особенности личности, нарушение дофаминергической системы. В то же время аффективные расстройства сами могут являться факторами риска развития инсульта.

Спектр аффективных нарушений разнообразен. Наиболее часто встречается постинсультная депрессия, частота ее возникновения находится в пределах от 11 до 68 % от всех аффективных расстройств. Постинсультная депрессия проявляется разнообразием клинических проявлений и всегда протекает с астеническим синдромом вследствие органически неполноценного фона. По психопатологической картине можно выделить тревожные, тоскливые и апатические депрессии (Савина М. А., 2005). Среди них преобладает тревожная депрессия, проявляющаяся обеспокоенностью своей дальнейшей судьбой, угнетенностью и преобладанием тревожных опасений об утрате дальнейшей трудоспособности и способности к дальнейшему самообслуживанию. В структуре тоскливой депрессии преобладает аффект тоски, который воспринимается как мучительное физическое страдание, сопровождается тяжестью и «щемлением» за грудиной. Апатические депрессии встречаются реже остальных, клинически проявляются безучастностью ко всему окружающему, снижением жизненного тонуса и дефицитом побуждений.

Большая доля людей, перенесших инсульт и страдающих депрессией, – это люди пожилого возраста. Для них характерны особенности, которые нужно учитывать при обследовании и определении тактики лечения: значительное колебание симптоматики, маскированная депрессия, проявляющаяся соматическими жалобами, снижение распространенности большой депрессии в старших возрастных группах, неполное соответствие критериям большого депрессивного эпизода (отдельные симптомы депрессии). Проявления деменции могут затруднять диагностику депрессии. Выявлена тесная взаимосвязь между соматическими заболеваниями и развитием депрессии (Вейн А. М. и др., 1998; Александровский Ю. А. и др., 2006; Muller-Spahn F., Hock C.,1994).

Помимо депрессивного синдрома, в постинсультном периоде достаточно часто встречаются генерализованое тревожное расстройство (ГТР) и фобии. Характерно, что чаще ГТР возникает у лиц более молодого возраста. Несмотря на высокую коморбидность с депрессией, ГТР может приводить к увеличению длительности сопутствующих депрессивных расстройств и уменьшению эффективности лечения. Тревога обычно носит генерализованный, немотивированный ситуацией характер и сопровождается гипервентиляцией и другими вегетативными расстройствами. Пациенты жалуются на постоянное напряжение, неспособность расслабиться, боли в мышцах, чувство дискомфорта в эпигастральной области. Для диагностики ГТР необходимо наличие основного симптома – генерализованной тревоги и, кроме того, от 3 до 6 дополнительных признаков: неусидчивость, быстрая утомляемость, трудности сосредоточения, раздражительность, мышечное напряжение, нарушение сна.

Тревожно-фобические расстройства чаще возникают у женщин, причем при наличии наследственной отягощенности, а также у лиц с психоэмоциональными расстройствами в анамнезе. Клинические проявления тревоги у неврологических больных чаще носят соматический характер. Это обусловлено вегетативной дисрегуляцией с последующим нарушением адаптации к условиям внешней среды и формированием психовегетативного синдрома. Среди соматических проявлений тревоги выделяют: сердечно-сосудистые, дыхательные, мочеполовые, желудочно-кишечные, терморегуляторные и неврологические расстройства.

Маниакальные состояния при постинсультных аффективных расстройствах встречаются крайне редко и проявляются появлением фаз повышенного настроения, активностью, отсутствием усталости. При этом маниакальные состояния менее длительны и сочетаются с органическим фоном, который, постепенно нарастая, делает манию все более атипичной.

Таким образом, лечение аффективных расстройств у лиц, перенесших инсульт, предполагает реализацию активной реабилитационной программы как в отношении пациентов, так и их родственников. Помимо лечения основного заболевания, необходима своевременная диагностика тревожно-депрессивных расстройств, назначение транквилизаторов и антидепрессантов с учетом сопутствующей соматической патологии, психотерапия, активная работа с родственниками по оптимизации психологического климата в семье.

НЕКОТОРЫЕ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, С КОМОРБИДНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Березовская М. А., Коробицина Т. В., Находкин Е. Г.

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

Этнокультуральные аспекты проблемы психического благополучия населения России до настоящего времени сохраняют актуальность и вызывают научный интерес применительно к различным формам наркологических расстройств с учетом половозрастных и иных особенностей изучаемых контингентов. Свойственная мужскому гендеру большая распространенность психических и поведенческих расстройств, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, общеизвестна. Кроме того, мужчинами чаще совершаются деликты, сопряженные с преступлением против личности [Семке В. Я. и др., 2007; Ласый Е. В. и др., 2011] и наркопреступления [Готчина Л. В., 2011]. В последние годы наблюдается некоторое увеличение количества лиц с различными психическими расстройствами, привлекаемых к уголовной ответственности [Спасенников Б. А. и др., 2011], а распространенность наркологических заболеваний у осужденных в местах лишения свободы значительно превышает соответствующий показатель в общей популяции [Дмитриева Т. Б. и др., 2004; Казаковцев Б. А. и др., 2012; Малкин Д. А., 2014; Singleton N. et al., 1998]. Некоторые модели поведения, связанные с потреблением наркотиков, в частности обусловливающие заражение ВИЧ-инфекцией, в значительной степени осложняют проблему злоупотребления ими [Аликеева Э. А. и др., 2013; Рыбалко В. О. и др., 2013; Левина О. С. и др., 2013].

Поскольку изучение этнокультуральных особенностей мужчин с зависимостью от ПАВ с коморбидной ВИЧ-инфекцией, осужденных к лишению свободы, ранее не проводилось, такое исследование мы сочли представляющим определенный интерес.

Материал исследования. На базе мужской исправительной колонии № 16 (пос. Громадск, Красноярский край) и лечебно-исправительного учреждения № 37 (город Сосновоборск, Красноярский край) методом сплошной выборки обработаны медицинские карты и проведены клинические интервью с осужденными мужчинами в возрасте от 19 до 59 лет, страдающими зависимостью от опиоидов либо каннабиноидов и опиоидов, с коморбидной ВИЧ-инфекцией и без таковой. Из них была выделена группа исследования – 70 человек, критериями включения в которую стали положительный результат обследования на ВИЧ (ИФА, иммуноблот) и наличие синдрома зависимости в условиях, исключающих употребление (F11.21, F19.21). Группа контроля включала 100 человек с синдромом зависимости без ВИЧ.

Результаты. Осужденные основной группы были достоверно старше, чем в контрольной группе. Медиана их возраста составила 33,00 [29,00; 39,25] года, в контрольной группе – 28,00 [25,00; 35,00] года ($p<0,001$), что может объясняться более длительным по времени парентеральным употреблением опиоидов при одинаковом возрасте начала пробы наркотика (медиана в обеих группах составила 15,00 года), увеличивающим риск инфицирования ВИЧ, что реализовалось у мужчин основной группы.

При оценке криминологических характеристик осужденных выявлено, что лица основной группы до актуальной судимости, сопряженной с лишением свободы, достоверно чаще совершали преступления различной степени тяжести с осуждением к отбытию срока наказания условно (без изоляции от общества): медиана количества судимостей основной группы – 3, 00 [2,00; 5,00] раза, в контрольной – 1,50 [1,00; 2,00] раза ($p<0,001$).

По национальному составу группы были представлены следующим образом: русские превалировали в обеих группах и составили 85,71 % в основной группе и 74,00 % в контрольной группе; таджики – 2,86 % и 5,00 % человек соответственно. Остальные 11,43 % осужденных группы исследования и 21,00 % лиц контрольной группы относили себя к узбекам (4,12 %), цыганам (4,71 %), азербайджанцам (2,94 %), татарам (1,18 %), грузинам, корейцам, хакасам, чеченцам, молдаванам, немцам, украинцам (по 0,59 %).

В ходе исследования статистически значимых различий по национальному составу в группах мужчин с зависимостью от ПАВ с коморбидной ВИЧ-инфекцией, осужденных к лишению свободы, не выявлено. Продемонстрировано, что наркопотребители различных национальностей, практикующие рискованное поведение, оказались одинаково уязвимыми перед опасностью инфицирования ВИЧ. Однако обращает на себя внимание тот факт, что в целом ВИЧ-инфицированные осужденные превалировали в группе русских – 85,71 % ($p=0,066$), среди нерусских преобладали ВИЧ-негативные – 72,22 % ($p>0,05$). Таким образом, крайние проявления рискованного поведения менее свойственны представителям нерусских этносов.

Воспитание в семье, наличие, количество братьев и сестер, т. е. семейное окружение – всё это имеет важное значение в процессе социализации личности и в определенной мере определяется особенностями этноса. При анализе количества детей в родительских семьях обследованных было выявлено, что в семьях русских осужденных мужчин число воспитываемых детей было достоверно меньше, чем у нерусских: медиана братьев и сестер 2,00 [2,00; 3,00] и 5,00 [3,00; 6,00] человек соответственно ($p<0,001$), однако в собственных семьях нерусских обследованных детей было достоверно меньше 2,00 [2,00; 3,00] ($p<0,001$), что может рассматриваться не только как результат наличия наркологического заболевания и криминального анамнеза, но и предположительно являться свидетельством изменения семейного уклада, свойственного этносам обследованных, в их семьях. Поэтому должно трактоваться как дополнительный этнокультуральный фактор риска наркопотребления у обследованных.

При анализе особенностей раннего развития осужденных мужчин обращает на себя внимание, что родителей обследованных основной группы лишали родительских прав (либо осужденные не имели родителей) в 22,86 % случаев, что было вдвое чаще, нежели в контрольной группе – 11,00 % случаев ($p<0,005$). 7,14 % осужденных основной группы воспитывались в детском доме, в то время как в контрольной группе воспитанников детдомов не было. Среди осужденных мужчин основной и контрольной групп количество тех, кто не освоил уровень неполного общего образования, оказалось сравнимым (7,14 % и 8,00 % соответственно имели уровень образования ниже 9 классов). У тех же, кто освоил программу среднего общего образования, средний балл аттестата об образовании в группе наркопотребителей с ВИЧ был достоверно ниже – медиана 3,20 [3,10; 3,40] балла, чем в контрольной группе – 3,35 [3,20; 3,80] балла ($p<0,001$). В дальнейшем среди осужденных мужчин основной группы ни один из них не получил высшее образование, тогда как в контрольной группе 6,00 % лиц освоили программу высшего профессионального образования ($p<0,05$).

Корреляционный анализ показал достоверную положительную связь параметров, отражающих неблагоприятные условия воспитания в группах мужчин с зависимостью от ПАВ с коморбидной ВИЧ-инфекцией, осужденных к лишению свободы, в детском возрасте и низкий образовательный уровень, что можно рассматривать в качестве предикторов рискованного поведения в отношении ВИЧ, а также как факторы, препятствующие его коррекции. Однако социальное сиротство достоверно превалировало у русских осужденных мужчин, в то время как более низкий образовательный ценз чаще отмечался у нерусских осужденных.

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования на выборке осужденных мужчин, страдающих наркопатологией с коморбидной ВИЧ-инфекцией, выявлен ряд этнокультуральных особенностей, которые могут учитываться при проведении работы по ранней профилактике аддиктивного (в том числе сопряженного с риском инфицирования ВИЧ) и противоправного поведения не только в русской, но и иных этнических популяциях.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНДИКАТОРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ФИННО-УГОРСКОЙ ГРУППЕ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ И ФИНЛЯНДИИ)

Буркин М. М.[1], Молчанова Е. В.[2]

[1] Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск
[2] Институт экономики КарНЦ РАН, Петрозаводск

В настоящее время проблема высокой смертности и заболеваемости встает особенно остро в северных регионах России, к числу которых относится Республика Карелия. По состоянию на 1 января 2016 г. численность постоянного населения в республике составила 629,8 тысячи человек, удельный вес городского населения – 80 %. Демографическая ситуация на территории региона отличается особой остротой – за последние 15 лет население сократилось более чем на 90 тысяч человек, сохраняется естественная убыль населения, при этом показатели смертности существенно выше, чем в среднем по РФ.

Республика Карелия и Финляндия являются северными приграничными территориями, которые очень похожи между собой по экономико-географическому потенциалу, однако по социально-экономическим и демографическим характеристикам, а также качеству жизни населения наблюдаются существенные различия. В связи с вышесказанным при решении медико-демографических проблем для Республики Карелия интересен опыт внедрения социальных инноваций в области общественного здоровья в соседней Финляндии, в том числе в сфере психического здоровья (программа по снижению уровня суицидальной смертности и проект «Шизофрения»).

Значительное число самоубийств является актуальной проблемой, которая характерна не только для всей России, но и в особенности для Республики Карелия. Проблема суицида чрезвычайно сложна, и количество самоубийств в каждой стране зависит от множества характерных именно для этого народа факторов. Причины высокого уровня самоубийств в финно-угорской группе исследователи пытались выявить неоднократно, среди них назывались и смена сезонов (угнетающий климат, «невзрачная», «серая» погода), употребление алкоголя, экономическая нестабильность, тип личности, религиозные традиции. Показатели количества самоубийств в России заметно превышают среднемировые (10–20 случаев на 100 тысяч человек). Подобные негативные тенденции, безусловно, имеют место и в Республике Карелия. В регионе отмечается превышение общероссийского показателя по уровню зафиксированных самоубийств.

Финляндия стала первой страной в мире, разработавшей и внедрившей программу по предотвращению самоубийств в период с 1986 по 1996 г. При составлении программы тщательно изучался каждый случай самоубийства, были составлены отчеты о причинах смерти в отношении 1397 человек. В рамках этих мероприятий были изучены и предотвращены самоубийства по всей Финляндии (уровень суицидов сократился на 40 %). Программа является уникальной в масштабах всего мира, поскольку она давала рекомендации и оказывала помощь людям в сложной жизненной ситуации. В России подобная программа профилактики находится в стадии разработки, хотя специалисты не раз обращали внимание на необходимость ее создания, особенно в проблемных регионах (например, в Республике Карелия).

При исследовании проблемы на мезоуровне нами была выполнена оценка структуры суицидоопасных эмоциональных расстройств (на примере Республики Карелия) в их взаимосвязи с социально-экономическими и природно-климатическими факторами для разработки алгоритмов диагностики и превенции этого негативного явления. На материалах суицидологической службы Республиканского психоневрологического диспансера г. Петрозаводска (РПНД) была произведена математическая обработка выборки пациентов с незавершенными суицидальными действиями. Данные о пациентах представлены в виде специальной системы, включающей в себя семь блоков: дата суицида, общая информация о пациенте, личностные особенности, материальное положение, ситуация, повлекшая попытку суицида, состояние здоровья, семейное положение.

В рамках исследования удалось проанализировать клинические особенности суицидентов и выделить стержневые симптомы, повлекшие за собой попытку суицида. Чаще других выявлялся аффективный симптомокомплекс, а именно: тревога либо депрессия, либо чаще сочетание тревоги и депрессии. Показано, что как изолированно, так и в сочетании друг с другом тревога и депрессия резко снижают ценностное переживание жизни во всем ее многообразии и проблематичности. Таким образом, даже мягкие, субклинические формы аффективной патологии способствовали реализации суицидального поведения. Значительное влияние оказывала социальная среда, в которой жили пациенты: невысокий достаток, отсутствие прочных семейных взаимоотношений, скудность личностных интересов. Во многом это было определено сложной социально-экономической ситуацией, в которой человек не чувствовал себя востребованным, необходимым обществу и окружающим.

Национальный проект по лечению шизофрении в Финляндии осуществлялся с 1981 по 1987 г., в 1992 г. проводился мониторинг полученных результатов. Целью проекта являлась оптимизация терапии и повышение адаптации пациентов, больных шизофренией, в течение 10 лет. Наиболее важным направлением в решении этой проблемы стало внедрение новых методов лечения и реабилитации пациентов, участие в процессе лечения членов семьи и привлечение к нему ближайшего окружения пациента. Количественные цели проекта были полностью выполнены. Согласно результатам проведенного мониторинга, в период с 1982 по 1992 г. число старых пациентов, больных шизофренией, с длительным пребыванием в стационаре уменьшилось на 67 %, а количество коек в психиатрических больницах сократилось на 51 %.

В нашем исследовании при транскультуральной оценке группы больных шизофренией среди финского и карельского населения было обнаружено, что у финнов, больных шизофренией, выше удельный вес параноидной формы, а соотношение форм течения у карелов ближе к таковому у русскоязычного населения. Кроме того, у финнов можно отметить большую частоту систематизированных паранойяльных синдромов (бред ревности, преследования) и преобладание интерпретативного компонента над галлюцинаторным вариантом в структуре галлюцинаторно-параноидных состояний по сравнению с карелами и русскоязычными группами больных. Связь этих различий с культуральными особенностями хорошо согласуется с данными финских авторов (Ахте К., 1980). Анализ клиники аффективно-бредовых синдромов позволяет отметить меньшую выраженность в них аффективного компонента у финнов, большую сдержанность у них эмоциональных и моторных проявлений в аффективных состояниях.

Со временем происходит интеграция культур, в более молодой популяции больных шизофренией транскультуральные различия сглаживаются, что проявляется в большей представленности идеаторного компонента, в случаях формирования галлюцинаторно-параноидных расстройств иного клинического оформления бредовых психозов. С точки зрения бытующих представлений о культурально обусловленной «модели мира», включающей характерные для этноса представления об окружающем мире и себе самом, могут быть рассмотрены и другие клинические особенности, в частности, например, такие как фабула бреда: идеи колдовства у карелов, бред преследования у финнов. Клинический патоморфоз, наблюдающийся по мере интеграции культур, характеризуется появлением во всех исследованных этнических группах новых, обусловленных культурными инновациями, фабул бреда и уменьшением частоты некоторых синдромов, в частности кататонических.

Выводы. Таким образом, накопленные к настоящему времени сравнительные данные о распространенности, клинике и течении психических заболеваний в различных популяциях позволяют говорить о связи этих характеристик с условиями взаимодействия в системе «человек – среда» и определяют приоритетные направления для развития наиболее эффективных программ профилактики с использованием всего имеющегося отечественного и зарубежного опыта.

Работа подготовлена при финансовой поддержке РФФИ (проект № 15-06-03978-а).

ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА САМОСТИГМАТИЗАЦИИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Васильченко К. Ф., Дроздовский Ю. В.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Омск

В современной психиатрической науке возникла тенденция к смещению исследовательского внимания на личность пациента, а также на особенности его социального окружения (Tsang H. W., Leung A. Y., Chung R. C., Bell M., Cheung W. M., 2010). Существующая в настоящее время биопсихосоциальная модель психиатрической помощи свидетельствует об утверждении идей социальной психиатрии. Вместе с тем последняя имеет недостаточную теоретическую базу, что связано с редким обращением психиатров к социологической науке (Финзен А., 1993).

Образ психически больного человека наделен большим количеством негативных стереотипов. Нередко пациенты психиатрических стационаров встречаются с подобной ситуацией после выписки, сталкиваясь с предвзятым отношением окружающих к ним (Серебрейская Л. Я., 2005). В свою очередь, это приводит к снижению социальной адаптации (Ениколопов С. Н., 2013). Пациенты, сами будучи членами общества, имеющего отрицательные представления о психически больных, могут ожидать от других людей плохого отношения к себе. Данный феномен получил название самостигматизации (Финзен А., 2001; Byrne P., 1997; Link B., 2001).

Современные исследования доказывают отрицательное влияние самостигматизации на качество жизни пациентов (Holubova M., Prasko J., Latalova K., Ociskova M., Grambal A., Kamaradova D., Vrbova K., Hruby R., 2016). Этот же феномен может находить свое отражение и в клинической картине заболевания, а также негативно сказывается на комплаентности (Alvidrez J., 2008; Livingston J. D., Boyd J. E., 2010) вплоть до полного отказа пациента от приема лекарств (Семке А. В., Микелев Ф. Ф., Корнетова Е. Г., 2013, 2016).

Важным периодом в отношении прогноза для пациентов с шизофренией являются первые 5 лет заболевания, во время которых патологические процессы остаются пластичными при их наибольшей активности (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А., 2006). С целью сохранения удовлетворительного уровня социального функционирования таких пациентов именно на ранних этапах развития патологического процесса необходимо внедрение оптимальных терапевтических вмешательств (Но В. С., Andreasen N. C., Flaum M., 2000).

В отечественных и зарубежных работах, сосредоточенных на изучении проблем самостигматизации, определяется большое количество исследований, посвященных этому вопросу в рамках шизофрении. Вместе с тем ограничено число работ, направленных на исследование качества жизни, выраженности самостигматизации у пациентов с первым психотическим эпизодом.

Исходя из вышеизложенного, представляет интерес изучение самостигматизации и качества жизни вкупе с адаптационными возможностями у пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении.

Целью нашего исследования является разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий у пациентов, перенесших первый психотический эпизод при шизофрении, на основе оценки их самостигматизации, адаптации и качества жизни.

Материал и методы. Нами обследованы 36 пациентов, из них 17 мужчин, 19 женщин, в возрасте от 19 до 35 лет, болеющие 5 и менее лет, а также имеющие не более 3 госпитализаций в анамнезе (F20.096, F20.016, F25.19). У всех пациентов определено наличие переживаний стигматизационного плана. Диагностика наличия, а также выраженности самостигматизации проводилась с помощью «Опросника по самостигматизации», разработанного в отделе изучения систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН (Ястребов В. С., Михайлова И. И., 2005).

Инструментом изучения показателей качества жизни послужил опросник качества жизни С. Ю. Масловского, В. Л. Козловского (2009), разработанный на базе ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ. При изучении адаптации пациентов использовались методы, разработанные в НИИ психического здоровья (Томск) [Логвинович Г. В., Семке А. В., 1992, 1995]. Основным же инструментом исследования явилась разработанная нами «Базисная карта пациента, перенесшего первый психотический эпизод при шизофрении (изучение самостигматизации)».

Заключение. Предварительный анализ полученных данных свидетельствует о влиянии клинической картины заболевания на выраженность самостигматизации, а также на качество жизни и адаптационные возможности пациента. Кроме того, проявления данного феномена зависят от таких факторов, как личностные особенности, критичность мышления, а также взаимоотношения пациента с родными и близкими. Стоит отметить взаимосвязь показателей стигмы, её типологии и успешности проводимого комплексного лечения заболевания. Дальнейшего изучения требует исследование взаимодействия типов адаптации у пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении, типов самостигматизации и качества жизни. В свою очередь данное исследование позволит разработать реабилитационные программы, направленные на коррекцию показателей стигмы с последующим улучшением качества жизни пациентов и их адаптационных возможностей.

ГЕЛИОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ ДЕПРЕССИИ: ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИЛИ ПРЕВЕНТИВНЫЙ АГЕНТ

Герасимчук М. Ю.

ФГБОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России, Москва

Взаимодействие гелионаправленности (helios) и развития аффективных нарушений на протяжении многих веков подвергается историко-философскому, молекулярно-генетическому, нейрофизиологическому (гелиобиология, гелиомедицина) и экспериментально-психологическому анализу (гелиопсихология, «Black Sun: depression and melancholia») [Kristeva J., 1989]. А. Л. Чижевский разработал теорию «гелиотараксии» (1922), когда интеграция нервно-психической энергии масс находит свою разрядку в социальных поступках.

За последние годы получены данные как о распространенности отдельных заболеваний среди населения в этнически разнородных популяциях в разных географических зонах, так и установлено значение отдельных факторов в возникновении и особенностях прогноза психических заболеваний.

Оценки распространенности депрессий различаются в разных странах в зависимости от применяемых критериев и варьируют от 2,5—5 % до 10—15 % [Мосолов С. Н., 1995; Ustun T. B., Sartorius N., 1995]. Как зона проживания, так и изменения в окружающей среде могут влиять на настроение человека. Заболеваемость сезонным аффективным расстройством (CAP, SAD) колеблется в пределах 2—5 % от общего населения в умеренных зонах, значительно выше в северных регионах, которые характеризуются чрезвычайно коротким зимним фотопериодом с задержкой выработки мелатонина в организме [Bunney, Bunney, 2000; Albrecht, 2010; Salgado-Delgado et al., 2011]. Кроме того, замечено, что у пациентов, путешествующих с севера на юг, зимой отмечается кратковременное улучшение настроения.

Материал исследования. Нами проведено клиническое наблюдение за больными (n=60), проходящими стационарное лечение. В данной выборке в соответствии с критериями МКБ-10 верифицированы диагнозы: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии (F31.3–F31.4) (БАР); депрессивный эпизод (F32) (ДЭ); рекуррентное депрессивное расстройство (F33) (РДР). Полученные результаты подтверждают вышеописанные положения: среди «месяцев в году, когда пациент чувствует себя лучше всего», в подавляющем большинстве случаев предпочтение отдавалось летнему периоду.

В 1959 г. американский хронобиолог (от древнегреч. χρόνος – «время») F. Halberg ввел в употребление понятие циркадного ритма. Солнечно-суточный (24 часа) ритм свойствен большинству физиологических процессов. По данным разных авторов, колебания настроения при депрессии наблюдаются в пределах от 37 до 88 % случаев. Циркадианно-витальный симптомокомплекс включает в себя утренние ухудшения настроения. Нефармакогенные методы в психиатрической практике включают, наряду с депривацией сна и другими методиками, терапию светом (фототерапию), которая показана при биполярном аффективном расстройстве (БАР), САР, предменструальных, послеродовых и меланхолических депрессиях.

Выводы. Обобщая вышесказанное, необходимо отметить важнейшее значение солнца, как время задателя (Zeitgeber), формирующего определенный хронобиологический паттерн аффективных нарушений. Потенциал этого природного агента в качестве контролируемой экспозиции может быть использован в профилактических и лечебных целях.

ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОГРЕБАЛЬНОГО РИТУАЛА В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ УТРАТЫ

Гильбурд О. А., Самохвалов В. П.

БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет», Сургут
Ричмондское психосоциальное товарищество Чешской Республики, Прага, Чехия

На излёте прошлого века мы познакомились с хантыйским погребальным ритуалом под названием «у́ра» (Samokhvalov V., Gilburd O., 1999). Суть ритуала заключается в том, что отдельно от тела умершего, в небольшом амбарчике на свае, помещается кукла как изображение умершего. Самое поразительное в этом ритуале состояло в том, что кукла еще некоторое время после смерти находилась вместе с родственниками и лишь затем хоронилась. Удивительное своеобразие ритуала «ура» побудило нас задуматься о его контексте, выяснить его биологические корни и возможную психопрофилактическую функцию.

После смерти и похорон тела родственники изготавливают тряпичную куклу. Кукла первое время хранится в доме умершего (если умерла женщина – «срок хранения» 4 года, если мужчина – 5 лет). Все это время с куклой общаются, спят с ней, целуют ее – таким образом достигается постепенность расставания с умершим: вначале хоронят тело, а затем не спеша – долгие годы (включая цикл саморазрушения «у́ра») – прощаются с душой. Соблюдаемые сроки согласуются с культурально нормативными представлениями ханты о том, что у мужчины имеется 5 душ, а у женщины – 4 души (Гильбурд О. А., 1998), которые характерны для архаического мышления вообще (Самохвалов В. П., 1994; Tylor E. B., 1871). Куклу по прошествии означенного срока уносят из дома: северные (казымские) ханты помещают её непосредственно в амбары для «у́ра»; остальные – юганские, пимские, вахские и другие ханты – прячут в надгробье на могиле.

Амбарчики «у́ра» строят тогда же, когда выносят из дому куклу, т. е. спустя 4—5 лет после смерти. Ставят их неподалеку от кладбищенского места захоронения, но не на самом кладбище, а в тайге, на западе, на стороне захода солнца. Место, где установлены «у́ра», является священным, посещать его ни в коем случае нельзя, дабы не осквернить. Нельзя даже смотреть в их сторону. Можно в районе их расположения покурить, так как дым у ханты считается очищающей субстанцией; кроме того, можно рассыпать пепел или ружейную дробь – в знак того, что об умершем помнят. Один «у́ра» представляет собой вместилище для одной куклы, то есть одной души.

Сам погребальный обряд у ханты многостадийный и многокомпонентный, но основное захоронение производится в землю, в отличие от ямальских ненцев, которые пускают лодку с телом по течению реки. Мертворожденных и жертв выкидыша ханты и манси хоронят в дуплах засохших деревьев.

«Ура» сбоку, сверху, сзади и снизу сколочены наглухо. Впереди имеется проём для куклы или иных погребальных символов и обязательно небольшая горизонтальная площадка перед проходом, чтобы предметы не выпадали, – кстати, куклу часто оставляют рядом с проёмом на этой площадке. Проём иногда снабжается деревянной дверцей, но чаще – матерчатой занавеской. «Ура» подвергаются гниению и саморазрушению и в конце концов разваливаются полностью – вот на этом и ставится последняя точка в погребально-поминальном обряде, поскольку с этого момента душа умершего (точнее, последняя из душ) тоже считается мертвой.

Форма «амбарчиков» весьма напоминает древнетюркские захоронения. В частности они моделируют женские караимские надгробия, а караимы, как известно, генетически восходят к хазарам и алтайским тюркам, т. е. можно предполагать наличие общих этнических (а значит, и духовных) корней у караимов и ханты, предки которых в свое время мигрировали на север с предгорий Алтая и Саян (Соколова З. П., 1982). Форма женских надгробий, согласно эволюционной теории пола, должна считаться более архаичной. Душа у караимов, так же как у индоевропейцев, ассоциировалась с птицей, а путь на небо символически изображался как птица, сидящая на вершине священного дуба. Именно эти дубы и растут на Балта Тиймез (что в переводе означает «топор не коснется»). Аналогична форма древних европейских саркофагов и русских староверческих домовин. Именно такая форма ассоциируется с кроватью, накрытой балдахином, или домом, а престижность захоронения в саркофаге по сравнению с захоронением в земле связывалась с большей близостью души к небу (Wase G., 1998).

У некоторых объектов в новое время явно прослеживается аналогия их архитектуры с «амбарчиком»; к ним относятся скворечник и распространенный в США почтовый ящик. Эти объекты имеют и близкие к «у́ра» метапсихологические функции. Например, уход за птицами и переписка имеют явно выраженный контекст ритуального духовного общения, когда птица или письмо используются как символы общения с чем-либо или кем-либо невидимым, то есть духовным. Птица в архаической культуре является воплощением неба, а надгробный камень – духовной части человека, обращенной к небу. Однако существенное различие метапсихологии «у́ра» и сходных форм заключается в том, что последние являются прижизненными, а не посмертными, – как будто современный человек с их помощью бессознательно длительно готовится к ситуации утраты, в то время как ханты и, очевидно, архаические люди вообще были готовы к ней всегда в связи с высокой стрессорностью среды.

Изготовление куклы, которая остается с родственниками, способствует расщеплению объекта как способу защиты от страха и тревоги, возникающих при утрате. Такая кукла когда-то представляла собственно тело умершего, которое мумифицировалось после помещения его на специально обработанное дерево, как, например, у папуасов Новой Гвинеи (Schiefenhovel W., Uher J., Krell R., 1993). Обычаи сохранения мумифицированных тел умерших, которые специальным образом уменьшались и с которыми в дальнейшем общались живые, вызывают ассоциации с ритуализированным отношением к символическим изображениям умерших в ритуале «у́ра» и с обычаем презентации фотографий умершего.

Обычай и соответствующий ритуал «у́ра» связаны с этологией переживания утраты, сутью которой является удержание образа умершего с помощью символического изготовления его тела. Мы считаем, что в основе нормативного поведения утраты лежит дуплицирование образа суррогатом, возможно, по некоторым косвенным признакам напоминающим основной объект любви. К таким косвенным признакам могут относиться визуальные, тактильные, обонятельные характеристики. Дуплицирование объекта привязанности как проективное расщепление адаптивно и эволюционно закреплено, – именно оно позволяет избежать сепарационного стресса и депрессии. Если депрессия все же возникает, её можно объяснить отсутствием расщепления или неполным расщеплением.

Слово «переживание» содержит контекст, который указывает на эволюционный смысл данного понятия: «пере-жить» что-либо или кого-либо, т. е перетерпеть, перенести тяготы жизни, выдержать, выстоять, адаптироваться к стрессорным обстоятельствам, повысить жизнеспособность.

R. Nesse, A. T. Lloyd (1992) высказывают мысль, что практически все психодинамические механизмы, лежащие в основе переживаний, которые реализуются в конкретном поведении, связаны как с индивидуальным, так и групповым отбором и, соответственно, необходимы для адаптации. Будучи в своей основе психическим реликтом, дуплицирование как способ символического продления жизни в наши дни реализовано в технологии биологического клонирования, целевым объектом которого является человек.

Таким образом, существует нормативное поведение переживания, предполагающее испытание, которое укрепляет и позволяет жить дольше, оно эволюционно выгодно и поэтому ритуализируется. Такое нормативное поведение основано на филогенетической адаптации дуплицирования, расщепления объекта привязанности. Культура содержит и постоянно аккумулирует символические системы, позволяющие осуществить дуплицирование.

ВЛИЯНИЕ НАЛТРЕКСОНА ФВ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ И КАЧЕСТВО РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ, ВЫЗВАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ

Горбачева Е. А., Балакина О. Ю., Георгиевская О. В., Райх В. В.

ГБУЗ КО «Новокузнецкий наркологический диспансер», Новокузнецк

Одной из основных задач современной наркологии является изучение клинических закономерностей течения алкоголизма, наркоманий и токсикомании, а также эффективность их лечения. Клиника данных заболеваний характеризуется развитием двух основных синдромов: психической и физической зависимостей. Наиболее сложной задачей, на наш взгляд, на ранних этапах лечения синдрома зависимости от опиоидов является формирование и удерживание стабильной ремиссии и профилактика рецидивов.

Цели исследования. Определение терапевтической эффективности препарата налтрексона в постабстинентном периоде; определение влияния препарата на длительность и качество ремиссии при синдроме зависимости от опиоидов.

В данной работе нами была изучена эффективность препарата налтрексон ФВ, выпускаемого ЗАО «Московская фармацевтическая фабрика», в виде капсул, содержащих 50 мг налтрексона гидрохлорида. Препарат является антагонистом опиоидных рецепторов за счет блокады m-, k-, d-рецепторов, что значительно ослабляет или полностью подавляет действие экзогенно введенных опиатов. Схема введения препарата обеспечивает блокаду рецепторов в интервалах между введениями и соответствует достигнутому соглашению о лечении.

Материалы и методы. Для определения клинической эффективности препарата налтрексон ФВ использовался метод открытого сравнительного наблюдения. Клиническое исследование проводилось при участии 60 пациентов, в том числе 30 пациентов в основной группе и 30 пациентов в контрольной группе. У всех пациентов в соответствии с МКБ-10 выставлен диагноз: «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости». Разделение больных основной и контрольной групп по возрастно-половым характеристикам и длительности заболевания было равномерным. Возраст пациентов, участвующих в исследовании, составил 25—37 лет.

Применение препарата налтрексон ФВ начиналось сразу после завершения детоксикации и проведения теста с налоксоном. В основную группу включались пациенты, которые принимали налтрексон ФВ, при этом непременным условием было их согласие на терапию данным препаратом.

Пациенты основной группы принимали налтрексон ФВ на фоне симптоматической терапии (витамины, гепатопротекторы, нейролептики, антидепрессанты и др.). Пациенты контрольной группы получали только симптоматическую терапию. Из исследования нами были исключены пациенты, сочетающие прием опиатов с другими наркотическими средствами, а также пациенты с выраженными проявлениями синдрома отмены.

Все пациенты на момент исследования были обследованы в соответствии с приказом МЗ РФ от 4 сентября 2012 г. № 135н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

В терапии пациентов с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости» стандартная терапевтическая доза налтрексона ФВ составляет 50 мг в сутки. Лечение проводилось по следующей схеме: 100, 100 и 150 мг для приёма внутрь через 2 дня. Длительность терапии составляла 6 месяцев. В процессе наблюдения каждый пациент регулярно посещал врача психиатра-нарколога, проходил социально-психологическую реабилитацию. Кроме того, осуществлялся контроль трезвости путем проведения химико-токсикологического исследования на наличие наркотических средств и их метаболитов в организме. Терапевтическую эффективность и безопасность препарата налтрексона ФВ оценивали при помощи клинических и лабораторных методов исследования на момент начала терапии, затем на 7-й, 14-й и 30-й день, а в дальнейшем 1 раз в месяц в течение года.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования у 9 человек (30 %) основной группы отмечались однократные приемы опиоидов, преимущественно на 2-й или 3-й неделе терапии. Основным мотивом употребления наркотических средств являлось желание испытать эффективность действия налтрексона. Эти пациенты после проведенной беседы давали согласие на продолжение терапии налтрексоном ФВ.

Таблица 1

Влияние препарата налтрексон ФВ на сроки и качество ремиссии у пациентов с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости»

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Всего	30	100	30	100
Ремиссия до 1 года	21	70	8	26,7
Срыв ремиссии	9	30	22	23,3

Обнаружено, что к 60-му дню исследования трезвость отмечалась у всех пациентов основной группы. В процессе терапии препаратом налтрексон ФВ из 30 человек контрольной группы у 21 пациента (70 %) наблюдалось полное воздержание от приема опиатов на протяжении всего периода исследования. Показано, что в контрольной группе на протяжении всего исследования 22 (73,3 %) человека вернулись к приему опиоидов с различной частотой.

По нашему мнению, при лечении препаратом налтрексон важную роль имеет поддержка со стороны психологически значимых для пациентов лиц. Она дает возможность получить воздержание от приема опиоидов в раннем постабстинетном периоде.

Заключение. Налтрексон является высокоэффективным и безопасным лекарственным средством с целью использования в комплексном лечении пациентов с синдромом зависимости от опиоидов. Использование препарата налтрексон снижает частоту рецидивов. В случае срыва ремиссии в период ее становления интенсивность соматовегетативных и психопатологических нарушений менее выражена. Привлечение к процессу социореабилитации родственников в качестве лиц, обеспечивающих социально-психологическую поддержку пациентов, позволяет повысить эффективность терапии и улучшить качество ремиссии.

Литература

1. *Иванец Н. Н., Анохина И. П., Винникова М. А.* Основные биологические механизмы алкогольной и наркотической зависимости // Наркология: национальное руководство. – М., 2008.
2. *Ahamad K., Milloy M. J., Nguyen P., Uhlmann S., Johnson C., Korthuis T. P., Kerr T., Wood E.* Factors associated with willingness to take extended release naltrexone among injection drag users // Addiction Science and Clinical Practice. – 2015. – Vol. 10. – P. 12—15.
3. *Крупицкий Е. М., Илюк Р. Д., Ерышев О. Ф., Цой-Подосенин М. В.* Современные фармакологические методы стабилизации ремиссий и профилактики рецидивов в наркологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 12—28.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ПОДРОСТКОВ

Гусев С. И.[1], Аболонин А. Ф.[2]

[1] ФГБУО «Кемеровский государственный институт культуры», Кемерово
[2] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В последние годы наблюдается рост злоупотребления психоактивными веществами среди подростков (Кошкина Е. А., Шамота А. З., 2012; Кошкина Е. А. , Киржанова В. В., 2013). Множество исследований посвящено различным аспектам подростковой наркомании (Вишневская О. П., 2006; Мандель А. И. и др., 2006, 2013; Каширская Е. И., 2010; Аболонин А. Ф., Назарова И. А., Асланбекова Н. В., 2014). Отмечается частая взаимосвязь между аддиктивным и делинквентным поведением (Аболонин А. Ф., Асланбекова Н. В., 2013; Назарова И. А. и др., 2014; Бохан Н. А. и др., 2015). Основной современной тенденцией является изменение спектра потребляемых наркотиков.

Вместе с тем среди подростков, совершающих правонарушения и попадающих в поле зрения правоохранительных органов и органов опеки, преобладает употребление тяжёлых наркотиков или сочетанное употребление наркотических средств (Гусев С. И., 2006; Семке В. Я. и др., 2007; Кривулин Е. Н., Бохан Н. А., 2013). Подростки, зависимые от психоактивных веществ, представляют собой группу риска – потенциальных преступников. Они имеют объединяющие социальные признаки, субкультуральные особенности (татуировки, криминальный жаргон, жесты, криминальные стереотипы поведения) и сходные клинические симптомы развития наркотической зависимости.

В пенитенциарной психиатрии исследования проводились преимущественно среди взрослых осужденных (Зосименко А. В., 2004; Обросов И. Ф., 2004; Семке В. Я. и др., 2007) и только в отдельных исследованиях – у подростков (Лацис И. В., 2003; Кривулин Е. Н., 2011, 2013). Отсутствие комплексных исследований среди несовершеннолетних осужденных, зависимых от ПАВ, усложняет проведение терапевтических, реабилитационных мероприятий и целенаправленную профилактику.

В соответствии с изложенным, **целью** нашего исследования стало изучение особенностей криминальной активности подростков – потребителей различных психоактивных веществ.

Материал исследования. В соответствии с поставленной целью проведён комплексный анализ клинических и криминологических параметров 150 подростков мужского пола. Средний возраст подростков составлял 16,0,±1,6 года. Все обследованные имели диагноз наркотической зависимости и отбывали наказание в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей.

Результаты. До 17 лет в места лишения свободы подростки попадают, как правило, только за тяжкие или повторные преступления. Обычно они уже имеют в прошлом от одной до трех судимостей условно. Из обследованных 61,3 % ранее привлекались к уголовной ответственности, 38,7 % привлекались впервые. По статьям Уголовного кодекса РФ установлено распределение преступлений несовершеннолетних правонарушителей. Среди подростков преобладает совершение насильственных преступлений. которые составили 71 % (ст. 102, 105 – убийство, ст. 111 – умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, ст. 131 и 132 – действия сексуального характера, ст. 161 – грабёж, ст. 162 – разбой, ст. 166 – угон автотранспорта). Корыстные преступления выявлены в 25,3 % случаев (ст. 158 – кража), хранение наркотических средств – в 4,7 % (ст. 228).

В процессе исследования установлено, что наиболее часто подростки употребляли каннабиноиды, опиоиды или принимали их одновременно. Исходя из этого они были разделены на три группы. В первую группу отнесены 75 подростков с зависимостью от каннабиноидов (шифр по МКБ-10 F12). Во вторую группу вошли 34 зависимых от опиоидов (шифр по МКБ-10 F11). Третья группа состояла из 41 осужденного с зависимостью от нескольких веществ (шифр по МКБ-10 F19).

При анализе характера употребления наркотиков установлено, что в первой группе на начальных этапах употребления характерны групповые формы приема наркотиков периодом до 3—6 месяцев, в дальнейшем происходит переход на употребление в одиночку. Для несовершеннолетних осужденных из второй группы характерно начало употребления наркотических веществ в возрасте до 14 лет (78 %) с кратковременным (до 1 месяца) периодом приема каннабиноидов, только в 32 % случаев опиаты употреблялись сразу внутривенно. В третьей группе подростков в 82 % случаев приему наркотиков предшествовал период потребления органических растворителей и алкоголя, затем в возрасте до 12 лет (35 %) произошел переход к сочетанному употреблению наркотиков.

Далее нами при помощи дискриминантного анализа были уточнены клинические характеристики, позволяющие с достаточной степенью достоверности дифференцировать между собой выделенные в качестве модели клинические группы. По комплексу приведенных значений выбранные группы – потребителей гашиша, потребителей опиатов и полинаркоманов достоверно различаются ($p<0,002$).

Первый фактор дискриминации составили несколько переменных: выраженность дисфорического компонента первичного патологического влечения к ПАВ, длительность абстиненции, преобладание аффективных проявлений в абстиненции, наличие передозировок, факторы рецидивов, вес пациента.

Комплекс переменных отражает взаимосвязь аффективных расстройств и патологического влечения с передозировками, длительностью абстиненции и возобновлением потребления. Исходя из совокупности этих переменных первый фактор дискриминации был условно назван «Аффект – рецидив».

Во второй фактор дискриминации вошли следующие переменные: количество суицидов, выраженность идеаторного компонента первичного патологического влечения к ПАВ, наличие делириев, наличие психозов, количество ремиссий, длительность ремиссий. Комплекс переменных отражает взаимосвязь количества попыток суицидов с навязчивым патологическим влечением, психотическим компонентом и ремиссиями. Исходя из совокупности этих переменных второй фактор дискриминации получил название «Психозы и ремиссии» Исходя из группировки переменных возможно можно привести описание некоторых клинических особенностей выделенных групп.

Группа потребителей гашиша характеризовалась невысокой суицидальной активностью (1,764±0,56 случая), наиболее слабо выраженными дисфорическим и идеаторным компонентами патологического влечения (1,722±0,712 и 1,593±0,619 случая), малой длительностью абстиненции (3,96±2,45), наличием передозировок в 4 % случаев, наличием делириев в 12 % случаев, малым числом ремиссий (0,73±0,62 случая на 1 обследованного), небольшой средней продолжительностью (1,44±1,32 месяца), преобладанием дисфории с агрессией в абстиненции и небольшой массой тела (56,3±9,40 кг).

Группа потребителей опия характеризовалась более высокой суицидальной активностью (1,875±0,83 случая), более выраженными дисфорическим (2,30±0,702) и идеаторным (2,10±0,712) компонентами патологического влечения, достоверно большей ($p<0,05$) длительностью абстиненции (5,90±3,70), наличием передозировок в 41 % случаев, делириев в 30 % случаев, интоксикационных психозов в 32,35 % случаев, достоверно большими (при $p<0,01$) по отношению к первой группе количеством ремиссий (1,11±0,76) и средней продолжительности (2,41±1,13 месяца на 1 обследованного), преобладанием депрессивного аффекта в абстиненции и наибольшей массой тела (63,5±7,26 кг).

Группа полинаркоманов характеризовалась наиболее высокой суицидальной активностью (2,625±1,30 случая), менее выраженным по сравнению с опийной группой дисфорическим (2,12±0,769) и более выраженным идеаторным (2,29±2,023) компонентами патологического влечения, несколько меньшей по сравнению с предыдущей группой длительностью абстиненции (5,21±1,99), наличием передозировок в 24,4 % случаев, наличием делириев в 14,64 % случаев, отсутствием интоксикационных психозов, наибольшими количеством ремиссий (1,20±1,04) и средней продолжительностью (1,98±1,02 месяца на 1 обследованного), преобладанием дисфорического и агрессивного аффекта в абстиненции и средней массой тела (59,9±7,85).

На следующем этапе была дана оценка взаимосвязи предпочитаемого употребления наркотических веществ и характера совершенных деяний у криминальных подростков.

Подростки, зависимые от каннабиноидов, в 41,3 % случаев совершили насильственные преступления, зависимые от опиатов – 32,4 %, с полинаркоманией – 24,4 %. В первой группе тяжесть совершенных преступлений связана с употреблением алкоголя и канабиса и совершение преступлений происходило в состоянии опьянения. В третьей группе преобладали грабежи и разбои (43,9 %) и преступления совершались в группе, при этом потребители наркотиков играли роль лидеров или наиболее активных участников. Важно отметить, что более 85 % подростков совершили насильственные преступления, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Преступления, прямо связанные с наркотиками (продажа, хранение), в подростковой выборке составили 4,7 %; опосредованно связанные с наркотиками (добывание средств на очередную дозу или в состоянии опьянения) – 33,3 %. В основном преобладал срок наказания от 2 до 4 лет, составляя 52,9 % у зависимых от опиоидов. Более длительные сроки наказания (от 4 до 6 лет) характерны для подростков третьей группы (29,3 %).

Выводы. Таким образом, нами выявлено, что клинические проявления наркотической аддикции у подростков с наркотической зависимостью, отбывающих наказание в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей, имеют свои особенности, а характер криминального поведения изменяется в зависимости от предпочитаемого наркотического вещества. Все это должно учитываться при проведении профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ. Знание особенностей потребления наркотических средств, адекватная терапия, индивидуализированная психотерапия и воспитательная работа способствуют повышению качества превентивных мероприятий, предупреждению срывов и дезадаптаций, формированию адаптационных ресурсов, осознанию проблем, связанных с возникновением аддиктивного «стиля жизни», созданию мотивации на терапию и формированию стойкой ремиссии.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЕЙ И АНТИРЕЦИДИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Гуткевич Е. В., Семке А. В., Лебедева В. Ф., Мальцева Ю. Л., Каткова М. Н., Владимирова С. В.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Реабилитация всегда занимала важное место в системе специализированной психиатрической помощи (Мелехов Д. Е., 1981; Кабанов М. М., 1985, 1998; Красик Е. Д., Потапов А. И., Логвинович Г. В., 1998; Liberman R. P., 1988). В последние десятилетия реабилитация обозначается как психосоциальная; развитие психосоциальной терапии – актуальная проблема современной психиатрии (Семке В. Я., 1996—2011; Казаковцев Б. А. и др., 1998—2014; WHO, 2004; Zhao S, Sampson S. et al., 2015). Психосоциальный подход в сфере психического здоровья обеспечивает равновесие между психической жизнью человека и социальными отношениями, влияющими на его жизнедеятельность. Максимум социального снижения при шизофрении наблюдается в области брака или стабильного сожительства, отрицательно сказываясь на возможности формирования антирецидивного поведения у больных. Поэтому немаловажным аспектом психосоциальных практик является работа с семьей, родственниками, ближайшим окружением пациентов.

Цель исследования – установление качественных и количественных параметров психосоциального функционирования больного, тестирование антирецидивного поведения для эффективной оптимизации состояний и системы отношений больных шизофренией.

Материалы и методы. Клинико-психопатологический, клинико-генеалогический, анкетирование (с использованием методического комплекса «Паспорт здоровья семьи» и анкеты по антирецидивному поведению), статистический. Исследовано 327 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (по МКБ-10 F2) и 36 родственников из 51 семьи.

Результаты и обсуждение. Установлены основные особенности психосоциального функционирования больных шизофреническими расстройствами в зависимости от клинических, психологических параметров, семейного функционирования. Определены следующие параметры психосоциального функционирования больных шизофреническими расстройствами с преобладанием истероформной, негативной и ипохондрической симптоматики: семейное положение – холост (от 45,3 до 81,8 % случаев); семейное проживание – совместно с родственниками, родителями (от 5,9 до 26,4—80,2 %); одинок (от 7,6 до 12 %); наличие группы инвалидности (от 32,0 до 75,7 %); образование: среднее (от 16 до 33,3 %), высшее (от 5,9 до 47,2 %); социальный статус: безработные (от 6,1 до 41,2 %), учащиеся, студенты (от 5,9 до 18,8 %), работники бюджетной сферы (от 6,1 до 62,3 %). Семейный анамнез: не отягощен психическими расстройствами (от 37,8 до 72,9 % семей), отягощен – родственники первой степени родства страдают психическими расстройствами (от 10 до 50 %), другие родственники – (от 0 до 10 %).

Основной базисной стратегией поведения больные выбирали стратегии избегания и поиска социальной поддержки, практически не используя стратегию решения проблем. При оценке социальной интеграции, доверительных связей и удовлетворенности социальной поддержкой выявлено, что чаще всего у пациентов эмоциональных контактов и доверительных отношений практически нет, резко ограничены контакты вне семьи, часто они «чувствуют себя аутсайдерами» и «хотели бы больше понимания и внимания от других людей». При этом есть достаточные знания о своей психической болезни, недостаточные – об обострении и поведении при этом, о формах помощи. Только у половины пациентов нет желания обсуждать опыт и участвовать в группе, а также получать сведения о службах и формах помощи при психических расстройствах. Получена 41 анкета по превенции рецидивов заболевания. В большинстве случаев пациенты к отрицательным стрессам отнесли «ссору с кем-нибудь» и «разрыв близких отношений или потерю друга», указав в ежедневной деятельности, в которой они будут участвовать чаще «разговаривать с другом или членом семьи» и «получать помощь от людей, занимающихся их лечением».

Установлены параметры «семейного бремени» при шизофренических расстройствах с использованием системного подхода и методического комплекса («Паспорт здоровья семьи»). Так, родственники отмечают изменения семейных взаимоотношений – ограничение контактов, ухудшение собственного здоровья, испытывают чувства одиночества, подавленности, эмоционального истощения, появление опасений за здоровье других членов семьи; бремя ухода за больным родственником – текущие проблемы и основные обязанности, постоянное наблюдение, что вызывает эмоциональное истощение, сужение социального круга, снижение выполнения обязанностей на работе, обида на других родственников, которые не понимают и не хотят помогать, иногда стыд и обида на больного.

Определены основные технологии психосоциальных воздействий (психотерапия и психологическое консультирование пациентов и родственников), социальная работа. Существует определенная этапность психосоциальной реабилитации: этап активных воздействий (психосоциальная терапия); этап практического освоения ролевых функций и социальных позиций пациента; этап закрепления и поддержки социального восстановления. Предложена функциональная модель психосоциальной реабилитации с выделением параметров, действий, результатов и эффективности. Психосоциальные вмешательства должны осуществляться на индивидуальном, семейном, популяционном уровнях.

Показано значение популяционной стратегии психосоциальной реабилитации. Анализ 20-летнего (с 1993 по 2012 г.) проведения Дня психического здоровья в г. Томске при сравнении двух периодов (первый – 2000, 2002, 2003 гг.; второй – 2009, 2011 гг.) показал, что число обратившихся во второй период (после кризиса 2008 г.) увеличилось в 1,4 раза по сравнению с количеством обратившихся в периоды 2000-х гг., в 1,1 раза выросло число обратившихся за помощью женщин. В оба периода преобладали лица зрелого и пожилого возрастов. В 3/4 случаев были диагностированы непсихотические психические расстройства, среди них невротические, аффективные, органические и личностные расстройства, наркомании и алкоголизм определены в 15 % случаев, эндогенные психические расстройства – в 4—10 %.

Однако во втором периоде наблюдений консультативная, срочная помощь оказана почти в 2/3 случаев по сравнению с первым периодом, что может характеризовать тяжесть психического состояния обратившихся. При этом решаются проблемы идентификации индивидуальной чувствительности к факторам окружающей среды, как внутренней, так и внешней; межнациональной толерантности; латентной наркотизации и квалификации донозологических форм психических расстройств в населении.

Рис. Психосоциальная реабилитация семей пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Выводы. Перспективы работы состоят в продолжении комплексного системного исследования различных аспектов психосоциального функционирования и реабилитации при шизофренических расстройствах с оценкой их эффективности.

ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССОГЛАСОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дашиева Б. А., Куприянова И. Е.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В полиэтническом мультикультурном обществе этническая специфичность накладывает свой отпечаток на все аспекты жизнедеятельности человека. Тем более под таким влиянием находится такой сложный феномен – как психическое здоровье. Ранее в исследованиях этнокультурного направления раскрывались отдельные аспекты формирования психических расстройств у представителей различных этносов: взрослых и лиц детско-подросткового возраста. Представлениям о механизмах опосредования процессов преодоления конституционально-биологических ограничений этнокультурными факторами в пато- и саногенезе психических расстройств уделялось меньше внимания. На современном этапе состояние психического здоровья подростков рассматривается как сложный многоуровневый феномен, в структуре которого большое значение приобретает субъективная составляющая. Наибольшую тропность к содержаниям культуры имеют субъективные аспекты, описываемые за пределами медицинского дискурса в таких терминах как представления о психологическом или субъективном благополучии, которое во многом определяется и вкладом этнокультурных факторов.

При этом имеется дефицит подходов, позволяющих мобилизовать этничность как ресурс психического благополучия личности. Ограничения существующей методологии, ориентированной на усреднённые показатели, отвлечённо описывающие наиболее общие этнокультурные аспекты жизни сообщества, исключают возможность выявления индивидуальной специфичности мировосприятия пациента как единичного носителя этнических содержаний культуры. Соответственно, ограничивается их применимость в практической работе психиатра, пациентом которого является не популяция в целом, но её отдельный представитель, в частности подросток с инвалидизирующим заболеванием.

Как наиболее обеспеченная методически выделяется концепция архегенеза (Сухарев А. В., 1998), согласно которой все стадии своего развития психика проходит в соответствии с содержанием и последовательностью стадий этногенеза человека, родившегося и проживающего в ландшафтно-климатических условиях собственного этноса или этнической системы. Дезинтеграция этничности индивидуума рассматривается как фактор риска психической дезадаптации (снижения благополучия) и как фактор, отягощающий течение психических и соматических расстройств (Сухарев А. В. и др., 2004, 2015). В рамках исследования, реализуемого с целью изучения влияния этнокультурных аспектов жизнедеятельности на состояние психического здоровья подростков с инвалидизирующими заболеваниями, выявлены этнофункциональные установки (рассогласования) с помощью опросника А. В. Сухарева (1998).

Обнаруженные этнофункциональные рассогласования элементов психики респондентов рассматриваются как препятствие в обеспечении доступа подростка и представителей его семьи к саногенному и реабилитационному потенциалу аутентичного этноса. При этом отношение к признакам этничности, как к смыслообразующему фактору культурно-исторического развития ребёнка, может быть ресурсным фактором, оптимизирующим степень психической адаптации, и фактором риска прогрессирующей психической дезадаптации, возникающий за счёт отчуждения от этноспецифичных антропобиологических, социокультурных и климатогеографических аспектов бытия его социальной группы.

Обследовано 138 подростков 15—18 лет, учащиеся старших классов школы № 60 социальной адаптации детей-инвалидов (Улан-Удэ), 43 % – лица бурятской национальности.

В группе подростков выявлены следующие этнофункциональные рассогласования: 1) в большей степени касаются климатогеографических факторов (35 %), в меньшей степени – антропобиологических (14 %) и социокультурных (5 %) факторов; 2) касаются содержания сказочно-мифологической стадии. Рассказываемые сказки не относились к аутентичным бурятским народным сказкам, это были авторские сказки русских писателей, а также зарубежные авторские сказки и сказки народов мира, содержащие те или иные этнофункционально рассогласованные элементы; 3) процентная доля этнофункциональных рассогласований, как по стадиям этнофункционального генеза, так и по группам факторов, менее выражена по сравнению с русскими подростками. С точки зрения этнофункционального подхода, этнофункциональные рассогласования рассматриваются как следствие нарушения психического развития, которые могут обусловливать снижение психической адаптации. Кроме того, невозможность интеграции содержаний родственной этнической культуры сама по себе может явиться фактором, снижающим адаптивный потенциал личности (Сухарев А. В., 1998).

Таким образом, в группе подростков бурятской национальности с инвалидизирующими заболеваниями отмечаются две противоположные тенденции. С одной стороны, подросток, находясь в семье, где взрослые ещё являются носителями традиционных этнокультурных ценностей, оказывается более защищённым в обстоятельствах хронически затрудненной наличием инвалидизирующего заболевания ситуации развития. Однако сами подростки усваивают мировоззренческие и поведенческие стереотипы, не согласованные с реальной этнокультурной средой, только частично являются носителями целительного потенциала культуры, отчуждаются от него.

При организации реабилитационного процесса для конкретного подростка следует учитывать выявленные у него этнофункциональные рассогласования, которые оказывают влияние на субъективные показатели здоровья.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Долгунов В. А.[1], Иготти Е. А.[1], Хоютанова Н. В.[2], Матвеева Н. П.[2]

[1] ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский наркологический диспансер», Якутск
[2] ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем», Якутск

Актуальность. Наркомания – болезнь, которая меняет не только тело, но и мозг, нарушая нормальную иерархию потребностей и желаний и подставляя вместо них новые приоритеты, связанные с приобретением и использованием наркотиков. Наиболее распространенные психические расстройства, вызванные наркоманией, включают депрессию, биополярное расстройство, нарушения мышления и антисоциальное расстройство личности.

Цель. Анализ формирования психологических аспектов при синдроме зависимости от психоактивных веществ.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты, проходившие стационарное лечение в I наркологическом отделении ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский наркологический диспансер» и направленные лечащими врачами на выявление зависимости от наркотических веществ для врачебной комиссии. В исследуемую группу включены 30 мужчин, проходивших стационарное лечение за 2014—2016 гг., не достигших 40 лет и имеющих синдром зависимости от психоактивных веществ (ПАВ).

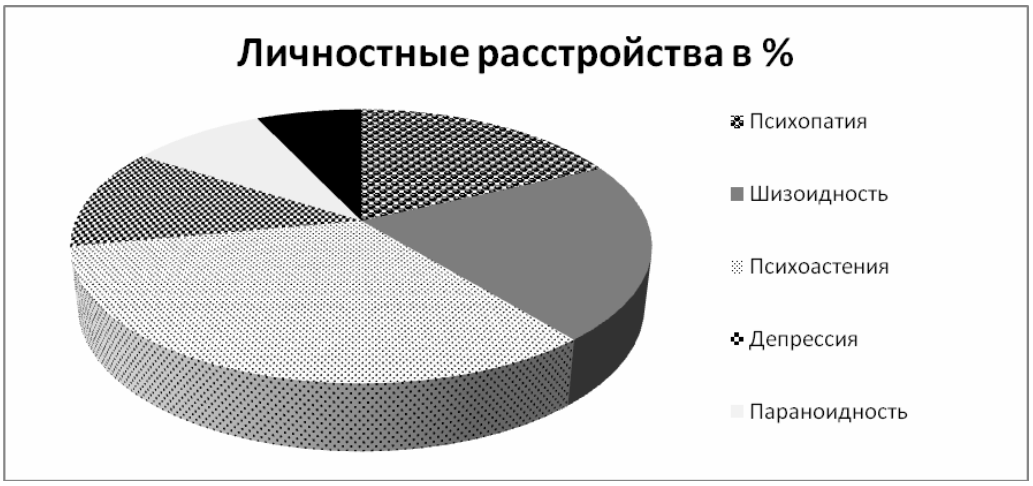
Для выявления зависимости от психоактивных веществ применены следующие диагностические методики: тест «Склонность к зависимому поведению» (В. Д. Менделевич), позволяющий выявить психологическую склонность индивида к развитию у него алкогольной или наркотической зависимости; скрининг-тест на злоупотребление наркотиками DAST (Drug Abuse Screening Test); CAGE – вероятность алкогольной или наркотической зависимости, скрининговый тест на диагностику алкогольной и/или наркотической зависимости. Название данного опросника составлено из первые букв английских ключевых слов четырех следующих вопросов: Cut, Annoyed, Guilty, Eye-opener.

Для выявления психических расстройств использовались психологические методики: тест MMPI (многофакторная личностная методика, ориентированная на определение широкого круга характеристик, разработана для оценки структурных особенностей личности и уточнения характера эмоциональных расстройств; характерологический опросник Леонгарда (оценка типа акцентуации личности). Акцентуация – понятие, введенное К. Леонгардом и означающее чрезмерную выраженность отдельных характеристик и их сочетаний, представляющую крайние варианты нормы, граничащие с психопатиями.

Результаты. За период с декабря 2014 г. до конца августа 2016 г. прошли обследование на употребление наркотических средств в I наркологическом отделении 30 пациентов мужского пола, из них самостоятельно обратились за помощью только 9 человек (27 %), все остальные направлены по решению суда. В группе обследованных выявлено живущих в браке и в сожительстве – 6 (18 %), разведенных – 8 (24 %); имеющих детей – 13 (39 %); несовершеннолетних – 2 (6 %). Этническое составляющее в группе определено с преобладанием славян (48 %) над якутами (30 %). Число изъявивших желание пройти реабилитацию составляет только 18 %.

В соответствии с проведенной оценкой типов акцентуации по характерологическому опроснику Леонгарда выявлены следующие типы акцентуации: экзальтированный, циклотимный, эмотивный, застревающий, гипертимный. Типы акцентуации характера определены как смешанные в большинстве случаев (с пиками больше 20—21 балла), граничащие с психопатиями.

По оценкам с применением опросника MMPI у пациентов с эмоциональными расстройствами наблюдались пики по следующим шкалам: психастения (33 %), шизоидность (21 %), психопатия (18 %), депрессия (12 %), параноидность (9 %). Обнаружено, что только 7 % обследованных не имели отклонений от нормы. В то же время 36 % обследованных имели более двух видов эмоциональных расстройств.



Выводы. По материалам исследования мужчин до 40 лет, проходивших стационарное лечение по поводу синдрома зависимости от ПАВ, выявлено преобладание лиц, имеющих акцентуации смешанного типа с экзальтированностью, демонстративностью и застреванием, а также личностные расстройства (психоастения, шизоидность и психопатия).

СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ НАД ЖЕНЩИНОЙ

Егорова С. А.[1], Рудницкий В. А.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск
[2] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Насилие – распространенная социальная, медицинская, в частности психиатрическая, проблема современного мира [5, 6, 7]. Его последствия многолики, продолжительны во времени, глубоко проникают в социальную среду и не ограничиваются тем промежутком времени, в который оно происходило. Сценарный характер насилия, его связь социально-психологическими факторами, негативные последствия для психики человека, проявляющиеся и через годы у его жертвы и его потомков, особенно характерны для бытового насилия, социальной ареной которого чаще всего выступает семья [1, 2].

Бытовое насилие встречается во всех странах (см. таблицу), социальных и этнических группах, среди людей различного пола и возраста, имеющих различное образование. Но наиболее страдают от него женщины и дети.

Таблица

Процентное количество случаев насилия над женщинами со стороны их партнеров в различных регионах мира (по данным ВОЗ)

Страна или регион	Количество случаев
Регионы западного побережья Тихого океана	24,6 %
Западная Европа	25,4 %
Северная и Южная Америки	29,8 %
Западная Африка	36,6 %
Восточное Средиземноморье	37 %
Юго-Восточная Азия	37,7 %

По данным российских НКО (некоммерческих организаций), в Российской Федерации 36 тысяч женщин ежедневно подвергаются побоям со стороны супругов или сожителей. Исследование «Насилие против женщин: международная перспектива» (Violence Against Women: An International Prospective) показало, что 27,9 % женщин в Германии подверглись физическому насилию, в Италии – 12,2 %, в Швеции – 11 %, в Швейцарии – 9,95 %. Другие национальные исследования показали, что уровень насилия в Дании достиг 22,19 %, в Норвегии – 26,8 %, в Великобритании – 18,9 %. В Канаде ущерб от домашнего насилия достигает 1,6 миллиарда долларов США в год. В США каждые 15 секунд женщина подвергается побоям (как правило, со стороны партнера), а каждые 90 секунд изнасилованию – и это при том, что Канада и США являются развитыми странами. Еще более тяжелая ситуация складывается в странах Латинской Америки, Ближнего и Дальнего Востока и Африки (см. таблицу). Из всего вышеописанного можно сделать вывод, что совершение насилия над женщинами полностью не зависит от степени развития страны. Оно происходит по всей земле и регулируется, скорее, качеством воспитания, и национальными традициями и господствующей культурой.

Нами проанализированы литературные данные и результаты собственных наблюдений за женщинами, подвергающимися насилию в семье, жительницами Томской области.

Работа проводилась студентами и преподавателями факультета поведенческой медицины и менеджмента СибГМУ на базе Томского кризисного центра для женщин, оказавшихся в кризисной ситуации. На базе данного центра группой студентов проводится научно-исследовательская и практическая работа с женщинами, подвергшимися бытовому насилию, обратившимися в Центр за помощью.

Материал исследования. Было проведено анкетирование 25 женщин, подвергшихся насилию в семьях, с целью изучения социального и психологического статуса женщин. Студенты участвовали в проведении профилактических и реабилитационных мероприятий различного характера – социальных, медицинских, психологических, правовых и т. д., результаты данной работы отражены в отчетах по практике, курсовых и дипломных работах.

Согласно полученным нами данным, домашнее насилие по отношению к женщине приводит к медицинским, социальным и психологическим проблемам, снижает их устойчивость к стрессам, приводит к неврозам, тяжёлым депрессивным состояниям, самоизоляции от общества, суицидальным попыткам. Наши наблюдения и литературные источники свидетельствуют, что в социальных этнических и культуральных сообществах, в которых существует традиционное гендерное неравноправие, наблюдается более высокий уровень насилия над женщинами. Толерантное отношение общества к насилию также способствует более высокому уровню гендерного насилия во всех социальных подгруппах. Негативные социально-экономические и социально-медицинские явления (в том числе психические болезни) не являются причиной бытового насилия, но, ослабляя функции социального и индивидуального контроля, они способствуют его проявлениям и дальнейшему росту [1, 2, 3, 4].

Профилактика негативных последствий бытового насилия должна сочетаться с преодолением его культуральных традиций и формированием нетерпимого, осуждаемого отношения общества к насилию, как социальному явлению. Это общая задача государства и общества, культуры и воспитания нового поколения. Реабилитация должна строиться по пути сочетания медицинских, медико-социальных, социально-психологических, правовых и социально-педагогических направлений работы. По мнению томских специалистов [1, 2, 3], психотерапия и адресные образовательные программы являются инструментами для реализации эффективных моделей оказания помощи данным категориям населения.

Литература

1. *Авдеенок Л. Н., Гуткевич Е. В.* Бытовое насилие и агрессивность – причины, влияние на психическое и физическое здоровье, психокоррекционная помощь // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4 (55). – С. 50—54.
2. *Авдеенок Л. Н., Рудницкий В. А.* Некоторые аспекты психокоррекции агрессивного поведения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 1 (56). – С. 60—64.
3. *Рудницкий В. А.* Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии : дис. … д-ра мед. наук. – Томск, 2011. – 350 с.
4. *Семке В. Я., Рудницкий В. А., Гуткевич Е. В.* Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4 (55). – С. 83—87.
5. *Фажжионато Дж.* Убийства женщин: чрезвычайная ситуация в мире / перевод ИноСМИ.ру. – 2013. – Сентябрь. – http://inosmi.ru/world/20130906/212664605.html
6. Насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2016. – Январь. – № 239. – http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ru/
7. Making violence against women count // Amnesty International. – 2004. – Mar. – http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/ff/$file/factsfigures.doc

ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Канзычакова Н. Г.

ГБНИУ РХ «Хакасский научно-исследовательский институт языка, литературы и истории» Республика Хакасия, Абакан

Проблема добровольного ухода из жизни всегда будет волновать человечество. Уход из жизни – это несчастье, трагедия, но когда уровень самоубийства достигает величины 31 случай на 100 тысяч населения [4], это свидетельствует, по мнению Г. В. Осипова, о «фрустрации массового сознания населения» [1, с. 189]. Так, по данным Федеральной службы государственной статистики, в 2015 г. Республика Хакасия заняла второе место в Сибирском федеральном округе (СФО) по динамике роста числа самоубийств. В 2015 г. добровольно лишили себя жизни 168 жителей Республики Хакасия, на 22 человека, или на 15,1 % больше, чем в 2014 г. С этой проблемой столкнулись в минувшем году 4 региона СФО. Лидирует по динамике суицидов Тува (133,3 %), третье и четвертое места оставили за собой Иркутская область и Забайкальский край – 110,1 % и 106,4 % соответственно [3]. Республику Хакасия в настоящее время можно отнести к регионам с повышенной суицидальностью, которая имеет стойкую динамику к росту.

Проблема суицида среди несовершеннолетних вызывает серьезные опасения, так как в последние годы участились случаи суицидальных попыток. В марте 2016 г. произошел случай суицида, совершенный 15-летним подростком в Бейском районе Республики Хакасия. Следует отметить, что наиболее проблемными территориями с повышенными коэффициентами асоциальных проявлений являются территории компактного проживания коренного населения республики – Аскизский и Таштыпский районы, а также г. Абакан. В Аскизском районе преобладает численность коренного населения – хакасов (66 %), их доля ниже в Таштыпском районе (21,2 %) и в Абакане (30 %) [5, с. 7].

Материал исследования. В 2014 г. нами было проведено практическое исследование суицидальных наклонностей учащихся 3 школ Аскизского района и 2 школ Таштыпского района.

Результаты исследования. По итогам собственного исследования выявлено, что у 23 % опрошенных респондентов наблюдается высокий уровень тревожности, у 74,3 % – умеренная тревожность, у 2,6 % – низкий уровень тревожности. Подростки с высокой тревожностью в первую очередь попадают в группу риска. Высокотревожные подростки отличаются такими индивидуальными психологическими особенностями, как ранимость, острота переживаний, склонность к самоанализу, застенчивость, робость, повышенная чувствительность, недостаток самоконтроля, импульсивность, склонность к сомнениям, неустойчивость эмоциональной сферы, неуверенность в себе, неадекватная самооценка [2, с. 64].

Причины и формы добровольного ухода из жизни не зависят от этнической принадлежности и социальных условий. Тем не менее количество самоубийств среди лиц хакасской национальности выше, чем в других этносах, так как подростки-хакасы наиболее обидчивы, замкнуты, медлительны, стеснительны, сдержаны в проявлениях эмоций, более подвержены фрустрации.

Важнейшими составляющими по профилактике суицидов являются организация социальной работы, информирование населения, социальное обучение социально важным навыкам, организация здорового образа жизни и т. д.

Выводы. Таким образом, для решения проблемы подростковой суицидальности нужен комплексный подход, что представляет собой весьма непростую задачу, решение которой возможно при взаимодействии различных структур общества (социальный сектор, государственные органы, учреждения образования, охраны правопорядка и здравоохранения, религиозные организации).

Литература

1. *Анисимова С. Г., Колбина Е. Ю., Унарова Л. Д.* Проблемы суицида в Республике Саха (Якутия) // Этносоциальные процессы в Сибири : тематический сборник. – Новосибирск, 2006. – Вып. 7. – С. 189—191.
2. *Карпенюк К. В.* Подростковый суицид. Общая характеристика работы в образовательных учреждениях после завершенного суицида // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики : сборник материалов международной научно-практической конференции. – М., 2013. – С. 64—66.
3. Очередная жертва суицида в Хакасии обозначила масштаб проблемы [Электронный ресурс] // Абакан сегодня. – 2016. – Режим доступа : http://Abakan–news.ru/2016/03/11 (дата обращения 17.05.16).
4. Распределение умерших по причинам смерти [Электронный ресурс] // Хакасстат. – 2016. – Режим доступа : http://hakasstat.gks.ru/wps/connect/rosstat_ts/hakasstat/resources/ (дата обращения 17.05.16).
5. *Тугужекова В. Н. и др.* Суицидальные проявления в молодежной среде титульного этноса Республики Хакасия: состояние, организация работы по ее профилактике (по материалам исследований) / отв. ред. В. Н. Тугужекова. – Абакан, 2014. – 100 с.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ

Кибардина А. С.[1], Рудницкий В. А.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

[2] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность проблемы. На сегодняшний день насилие над женщинами в семье встречается абсолютно в разных народах и культурах, этот факт свидетельствует о том, что женское насилие является наиболее острой проблемой во всем мире. Примечательно то, что насилие не имеет никаких классовых, социальных, религиозных или территориальных ограничений. Феномен семейного насилия влечёт за собой негативные последствия как для всех его участников, так и в целом для общества. Одной причин постоянного возобновления насилия в семье от поколения к поколению является гендерная тенденция воспитания, когда поведение девочек ограничивается в большей степени, чем мальчиков. Именно девочкам прививается гендерная неполноценность, а в мальчиках развивают чувство превосходства. Девочку воспитывают физически беззащитной, беспомощной.

Одним из важных направлений в изучении домашнего насилия является исследование психологии жертв насилия.

Нами проведен анализ литературных данных по данной проблеме.

Методы исследования. Социально-психологическое исследование: наблюдение, анкетирование, тестирование; анализ, обобщение и интерпретация полученных данных.

В работе использован ряд тестовых методик: Анкета «Отношение к семейному насилию в обществе»; Анкета «Социально-психологические проблемы женщин-жертв насилия в семье»; Диагностика социально-психологической адаптации (К. Роджерс, Р. Даймонд); Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина.

Материал исследования. В исследовании приняли участие 27 женщин в возрасте 18—50 лет, состоящие в браке и подвергавшиеся насилию в семье. Работа проводилась на базе Томского кризисного центра для женщин, оказавшихся в кризисной ситуации. В ходе анкетирования были получены данные по видам и особенностям насилия, также мы выяснили субъективное отношение женщин к данной проблеме.

Результаты. Наше исследование позволило нам составить психологический «портрет» жертв насилия. Наиболее характерными для них личностными чертами являлись: низкая самооценка; приверженность традиционным представлениям о семье, роли женщины в семье и обществе, «женском предназначении»; присвоение себе ответственности за действия обидчика; чувство вины и отрицание; чувства гнева, которое они испытывают по отношению к обидчику; выраженные реакции на стресс и психофизиологические жалобы; вера в то, что сексуальные отношения могут стабилизировать отношения в целом; чувство беспомощности и неверие в то, что кто-то может им помочь; психологическая зависимость от партнера.

Выводы. По итогам проведенного исследования следует констатировать, что домашнее насилие является проблемой, вследствие которой возникают негативные последствия: изменение социальной активности женщины-жертвы как члена общества; закрепление существующих и появление новых психопатологических черт характера; ухудшение здоровья; хронизация насилия, способствующая формированию и закреплению патологического сценария поведения, повторяющегося в течение жизни и способного воспроизводиться у потомков.

В обследованной нами выборке женщин, у которых в течение жизни отмечались повторяющиеся эпизоды бытового насилия над ними, в индивидуально-личностной структуре характерно преобладание истерических, зависимых или астенических черт. К факторам риска следует отнести случаи повторяющегося насилия семьях их родителей по отношению к супругам или детям; недостаточность социальных связей, сенсорный дефицит, недостаточность психологической и социальной поддержки как со стороны близкого окружения, так и специальных служб.

Литература

1. *Авдеенок Л. Н., Гуткевич Е. В.* Бытовое насилие и агрессивность – причины, влияние на психическое и физическое здоровье, психокоррекционная помощь // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4 (55). – С. 50—54.
2. *Авдеенок Л. Н., Рудницкий В. А.* Некоторые аспекты психокоррекции агрессивного поведения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 1 (56). – С. 60—64.
3. *Рудницкий В. А.* Клинические и реабилитационные проблемы экологической психиатрии : дис. … д-ра мед. наук. – Томск, 2011. – 350 с.
4. *Семке В. Я., Рудницкий В. А., Гуткевич Е. В.* Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 4 (55). – С. 83—87.
5. *Фажжионато Дж.* Убийства женщин: чрезвычайная ситуация в мире / перевод ИноСМИ.ру. – 2013. – Сентябрь. – http://inosmi.ru/world/20130906/212664605.html
6. Насилие со стороны интимного партнера и сексуальное насилие в отношении женщин // Информационный бюллетень Всемирной организации здравоохранения. – 2016. – Январь. – № 239. – http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ru/
7. Making violence against women count // Amnesty International. – 2004. – Mar. – http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/ff/$file/factsfigures.doc

ПАТОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кияниченко Ю. И., Вишневская Э. С.

ФГБОУ ВО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России, Кемерово

По данным за 2015 г., в Кузбассе на учете в центрах занятости состоит 3 685 инвалидов), из их числа за 6 месяцев 2015 г. прошли переобучение 78 инвалидов, т. е. лишь 50-я часть. Хотя за тот же период профессиональное переобучение прошли более 3 000 тысяч безработных граждан Кузбасса, включая такие категории, как молодые матери, одинокие родители, выпускники специальных образовательных учреждений. Причина в том, что госпредприятия и частные предприниматели неохотно берут на работу людей с ограниченными возможностями здоровья.

Цель исследования: изучить социальные и патобиологические факторы, препятствующие трудовой адаптации больных психическими расстройствами.

Материалы и методы. Проанализировано 100 историй болезни пациентов общепсихиатрического отделения КОКПБ. Поступили на лечение – 51 больной, на МСЭ – 33, по направлению РВК – 16, первично поступили – 53, повторно – 47. На каждого пациента заполнялась карта обследования. В карте отражены социальные (возраст пациента, образование, специальность, наличие инвалидности, трудоустройство) и патобиологические (наследственность, постнатальный период жизни, дизонтогенез, ночные страхи, олиго-плюс, школьный сенситивный бред отношения, особые интересы, гебоидность, галлюцинации, бред, эмоционально-волевой дефект, психопатоподобный дефект) факторы. Каждый симптом мы оценивали в 1 балл. Затем те же симптомы оценивали в процентах. Подгруппы больных зачастую были малочисленными («депрессивный эпизод», «расстройство личности», «невроз», «здоров»). Большая подгруппа больных с диагнозом «шизофрения у взрослых», поступавших в КОКПБ повторно, не вызывала сомнения в том, что заниматься трудовой деятельностью они не могут. Детальное обследование проведено в отношении трех подгрупп (всего 59 пациентов): «детская шизофрения» (ДШ), «умственная отсталость» (УО), «органическое психическое расстройство» (ОПР), это было обусловлено рядом причин (например, в связи со сменой диагноза).

Результаты. Проведенный анализ больных с диагнозами ДШ, УО и ОПР по возрастному распределению показал преобладание подростков, молодых взрослых и лиц старше 45 лет, пациентов среднего возраста поступало значительно меньше. Общеизвестна плохая приспосабливаемость к труду подростков и молодых взрослых в силу присущего им инфантилизма, усиления влечений, оппозиционной позиции по отношению ко взрослым. У пациентов старше 45 лет с диагностированными ОПР и УО выявлена сочетанность с органической неполноценной почвой (повторные ЧМТ, токсический фактор, сосудистые заболевания и т. д.). Изучение образовательного уровня пациентов из подгрупп ДШ, УО, ОПР показало, что из 59 пациентов было 7 неграмотных, 23 обучались во вспомогательной школе, профтехуччилище закончили только 3, нигде не работают и не учатся 44. Таковы социальные факторы, препятствующие адаптации к труду.

Переходим к патобиологическим факторам. Средний балл по этим симптомам (факторам) в подгруппах ДШ, УО, ОПР был 11,2; 6,3 и 7,1 соответственно. При ДШ встречалась полиморфная симптоматика, о чем свидетельствует перечень баллов. Наследственная отягощенность по подгруппам ДШ, УО и ОПР зафиксирована в 95,4 %, 90,3 %, 91,6 %. Дизонтогенез встречался у 90,5 %, 63,6 % и 58 % пациентов. ПЭП констатировали (по а/к) в 85 %, 54,5 % и 25,0 %; когнитивные расстройства – в 71 %, 100 %, 10,1 %; школьный бред отношения – в 100 %, 45,5 %, 33,3 %; нежелание учиться – в 100 %, 100 %, 91,6 %; особые интересы – в 76,2 %, 27,3 %, 18,2 %; гебоидность – в 61,9 %, 63,6%, 50 %; галлюцинации и бред – в 100 %, 36,4 %, 41,6 %; эмоционально-волевой дефект – в 95,2 %, 81,8 %, 75 %; психопатоподобный дефект – в 90,5 %, 90,9 % и 83,3 %.

Выводы. Проведенное исследование показало, что выявленные в обследованной выборке социальные и патобиологические факторы являются препятствием в процессе трудовой адаптации больных психическими расстройствами.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кондратов А. Ю., Шибанов А. Р., Романенко В. Н., Усов В. П.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Музыка является универсальным «языком» души и тела, инструментом выражения сакрального состояния и «глубинного» влияния людей с древнейших времён существования человечества. Специфика воздействия музыки связана с активацией различных систем организма и психики: физиологической, сенсорной, двигательной, эмоциональной, когнитивной. Основные эффекты музыкального воздействия связаны с коррекцией нарушенного психоэмоционального статуса индивида (снятием негативных психоэмоциональных состояний, формированием позитивных) и, соответственно, смягчением или снятием психосоматических симптомов таких нарушений. Музыка способна снижать болевые ощущения, вызывать мышечную релаксацию, уменьшать психоэмоциональное напряжение и повышать общий психоэмоциональный тонус. Такое многогранное влияние музыки на психофизическое состояние человека с давних времен используется в психиатрической практике в качестве психотерапевтического метода – музыкотерапии, которая подразделяется на два основных вида: активную и пассивную. Пассивная музыкотерапия заключается в прослушивании пациентом музыкальных произведений, а активная – подразумевает участие самого пациента в процессе воспроизведения музыки.

В декабре 2012 г. в Новокузнецкой психиатрической больнице авторами данной статьи был создан вокально-инструментальный ансамбль «Серотонин». Приобретены музыкальные инструменты и аппаратура, налажены связи с музыкальной общественностью города. Администрацией лечебного учреждения выделен актовый зал для репетиций и концертной деятельности. Помимо врачей-музыкантов в музыкальную группу были приглашены пациенты психиатрической больницы для активных занятий музыкой.

Пассивная (рецептивная) музыкотерапия активно применяется в отделении неврозов достаточно давно. Используется, как правило, классическая музыка, а также записи звуков природы (шум моря, пение птиц и т. д.). Музыка используется как во время групповых занятий, так и в индивидуальной работе. Так, по признаниям самих пациентов, под музыку легче воспринимаются и выполняются упражнения и тренинги, предлагаемые психотерапевтом, создается фон, позволяющий отвлечься от тревожных мыслей, помогающий сосредоточиться на словах врача. Дополнительно к пассивной музыкотерапии нередко используют движение, в том числе дыхательные упражнения, гипнотическое воздействие, аутотренинг, рисование. Выработалась традиция завершать групповые занятия медитативной музыкой с элементами аутотренинга. Многие пациенты копируют используемые музыкальные произведения для использования музыкотерапии в домашних условиях. Наряду с аутотренингом в качестве профилактического средства такие процедуры оказались достаточно результативными.

Активная психотерапия, а точнее, одна из ее разновидностей – вокалотерапия, также используется в нашей клинике достаточно давно. В качестве тренинга уверенности, «раскрепощения», тренировки воли, для преодоления стеснения и комплексов вокалотерапия для некоторых пациентов оказалась более эффективным средством, чем другие «традиционные» психотерапевтические техники. Разумеется, к пациентам не предъявлялись требования к профессионализму исполнения; в случае необходимости песня подхватывалась другими участниками психотерапевтической группы.

С появлением в нашей клинике вокально-инструментального ансамбля активная музыкотерапия вышла на новый уровень. К участию в ансамбле привлекались пациенты, как имеющие опыт в музицировании, так и дилетанты. К пациентам первой группы не предъявлялись какие-либо повышенные требования к исполнительскому мастерству, так как большинство из них оставили занятия музыкой достаточно давно, иногда 15 и более лет назад; более того, это нецелесообразно с психологической и педагогической точек зрения.

Пациенты-дилетанты привлекались в качестве подпевки, или им выдавались музыкальные инструменты, не требующие специальных навыков: бубны, треугольник, трещотки, маракасы. Репертуар подбирался таким образом, чтобы песни были понятны и знакомы большинству участников, чаще это оказывались песни советского периода, песни из популярных отечественных кинофильмов. Основными критериями выбора той или иной композиции являлись простота исполнения (учитывая непрофессионализм участников), легкость усвоения, предпочтительно «позитивный» характер мелодии и текстов песен. В ряде случаев именно музыкотерапия стала решающим фактором для лечебно-реабилитационного воздействия.

Пример № 1. Пациент С., 44 года. Наследственность явно психопатологически не отягощена. Беременность и роды у матери протекали без особенностей. Рос тихим, послушным. Наблюдался у логопеда и невролога в связи с логоневрозом, лечение без эффекта. К общению особо не стремился, предпочитал играть один. В школе учился посредственно, друзей почти не было. Посещал музыкальную школу по классу «фортепиано». После окончания 9-го класса поступил в металлургический техникум. В поле зрения психиатра с 1989 г., когда самостоятельно пришел в психиатрическую больницу с жалобами на сниженное настроение, суицидальные мысли. Находился на стационарном лечении с 13.11.1989 г. по 05.12.1989 г. с диагнозом: «Шизоидная психопатия. Депрессивное состояние». В армии не служил, был признан ограниченно годным по ст. 5б Приказа МО СССР № 235. Неоднократно лечился в ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница» с тревожно-депрессивной симптоматикой, с суицидальными высказываниями. Дважды был женат, развелся. Выработал горячий стаж на металлургическом производстве. Нет места жительства, так как квартиру оставил прежней жене. Жил у немногочисленных друзей и родственников. Пациенту трудно находиться в обществе и общаться с людьми, из-за чего испытывает тревогу, подавленное настроение. Принимал поддерживающее лечение амитриптилином, хлорпротиксеном, без особого улучшения. В 2013 г. ему была определена II группа инвалидности. Дважды в 2014 г. находился на стационарном лечении с диагнозом: «Шизофрения малопрогредиентная, со стойкими неврозоподобными расстройствами, тревожной, обсессивной, депрессивной симптоматикой». Предъявлял жалобы на тревогу, сниженное настроение, плохой сон, навязчивые мысли, мысли о бессмысленности жизни, неуверенность в будущем, чувство вины; ощущение, что никому не нужен. В последнюю госпитализацию ему было предложено поучаствовать в репетициях созданного в больнице вокально-инструментального ансамбля в качестве клавишника. Первое время испытывал трудности в коммуникации среди участников группы, состоящей из врачей, «стеснялся», формально подходил к своим обязанностям, несмотря на благоприятный психологический климат, созданный внутри коллектива. Постепенно становился все более уверенным, стал заметно активнее участвовать в репетициях, предлагал свои интерпретации песен. Следует отметить, что ранний репертуар нашей музыкальной группы в большей степени состоял из песен, предложенных именно нашим пациентом, или с заметным влиянием его творческих идей. В настоящее время пациент является постоянным членом ансамбля, играет на синтезаторе и исполняет большинство песен; охотно импровизирует. И если раньше он боялся без приглашения зайти в репетиционную комнату, то сейчас3 спокойно выступает перед публикой, участвует в выступлениях и конкурсах самодеятельности, в том числе регионального уровня. Завел семью, подрабатывает санитаром в доме для инвалидов и престарелых. Интересное наблюдение: у данного пациента стойкий логоневроз, усиливающийся при волнении, однако без запинки и остановок поет перед публикой!

Вышеуказанный случай отчетливо демонстрирует лечебно-реабилитационный потенциал активной музыкотерапии. Вместе с тем активная музыкотерапия оказывает благоприятное влияние на течение психических расстройств и в краткосрочной перспективе.

Пример № 2. Пациентка Е., 42 года. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась, росла и развивалась без особенностей. В раннем детстве болела редко. ЧМТ, снохождения, судорожные припадки отрицает. По характеру с детства росла общительной, активной, жизнерадостной, любила быть в центре внимания. Окончила школу, затем мединститут. Будучи студенткой, участвовала в художественной самодеятельности. Работала зав. статистическим отделом, затем медицинским представителем. В настоящее время не работает. Была замужем, развелись около года назад; от брака имеет 2 детей, отношения в семье сложные.

Ухудшение состояния после ряда психотравм – развод с мужем, сложности с начальством на работе, увольнение. Стала жаловаться на сниженное настроение, плохой сон, апатию, раздражительность, подавленность, тревогу, мысли о бессмысленности жизни, переживала за детей. Обратилась к психотерапевту. Принимала лечение антидепрессантами, с незначительным улучшением. Направлена в отделение неврозов. В стационаре: правильно ориентирована в месте, времени, собственной личности. Лицо грустное. Фон настроения снижен, тревожна. Ищет помощи у врача. Сообщила: «Сама всё понимаю, но ничего не хочется, ничего не радует. Плохой сон. Дети болеют, за всё переживаю, виню себя во всём». Галлюцинаторно-бредовых расстройств не выявляет. Критика сохранена. Назначены венлафаксин, хлорпротиксен, поливитамины. Находясь в отделении пограничных состояний, поссорилась по телефону с бывшим мужем, стала высказывать суицидальные мысли. В связи с этим решался вопрос о переводе пациентки в острое психиатрическое отделение. Заглянув в репетиционную комнату, сухо сообщила, что давно, ещё в студенчестве, участвовала в самодеятельности, пела в хоре. После предложения поучаствовать в репетиции в качестве бэк-вокалистки неохотно согласилась. К концу репетиции заметно оживилась, давала дельные предложения и советы. Через 3 дня участия в репетициях заметно улучшилось настроение, уменьшился уровень тревоги, ушли суицидальные мысли. Продемонстрировала неплохие вокальные данные, голос стал насыщеннее и увереннее. Через 3 недели выписалась со значительным улучшением, вернулась к работе, наладились отношения с окружающими. По признанию пациентки, именно занятие музыкой дало необходимый стимул для выздоровления.

Музыкотерапия не ограничивается применением в клинике пограничных состояний. Так, один из пациентов, страдающий параноидной шизофренией, увидел в кабинете врача электрогитару. Сообщил, что до болезни играл в школьной рок-группе. Попросил поиграть на гитаре в подходящее время, с использованием гитарных эффектов. Продемонстрировал неплохую технику игры, быстро восстановил навыки. После выписки продолжал приходить «потренироваться». Стал более общительным, одевался как «рокер». Пациента не удалось привлечь ни к репетициям в группе, ни к выступлениям. Однако у него значительно выросла степень доверия к лечащему врачу, обнажил свои болезненные переживания; находясь в терапевтической ремиссии, часто консультировался по поводу своего состояния и лечения. До этого он негативно относился к лечению, был крайне формальным, малодоступным. Нами отмечено, что большинство пациентов, побывавших на наших концертах, поменяли свое отношение к врачам и медперсоналу больницы. Как пассивная, так и активная музыкотерапия снимает барьеры, способствует установлению контакта, открытости, непринужденному общению. И как уже отмечалось, способствует росту доверия к врачам.

Таким образом, музыкотерапия оказывает разностороннее гармоничное воздействие на терапевтический процесс в психиатрической практике, способствует активизации внутренних творческих ресурсов, «пробуждает» сохранную часть личности. Этот метод воздействия можно рассматривать не только как систему психосоматической регуляции функций организма человека, как собственно психотерапевтическую методику, но и как высокоадаптивный способ взаимодействия между медработниками и пациентами. Помимо вышеуказанного, занятие музыкой в стенах медицинского учреждения является эффективной профилактикой синдрома «профессионального выгорания».

Развитие в нашей стране столь сравнительно нового направления в лечебно-реабилитационной работе, как музыкотерапия, связано с рядом общих тенденций, касающихся совершенствования системы психиатрического и психотерапевтического обслуживания населения в изменяющихся социально-экономических условиях. Оценивая имеющийся опыт использования музыкотерапии и других форм психотерапии искусством в лечебно-профилактических учреждениях разных стран мира, можно признать, что данные методы обладают значительным потенциалом и во многих случаях приносят ощутимую пользу. Вместе с тем музыкотерапия, как и арттерапия в целом, продолжает зачастую рассматриваться как преимущественно эмпирический метод лечебного воздействия с недостаточно разработанной теоретико-методологической базой, отсутствием конкретных рекомендаций по ее использованию при разных психических расстройствах.

Организация любого вида арттерапии в ЛПУ на современном этапе неизбежно сталкивается с рядом сложностей как организационно-экономического, так и методологического характера. Во-первых, необходимо организовать специально выделенное место для проведения арттерапевтических занятий (индивидуальных, семейных и групповых). Во-вторых, внедрение арттерапии в психиатрических учреждениях в РФ чаще осуществляется врачами-психиатрами, психотерапевтами, психологами, а не прошедшими специальную подготовку арттерапевтами. Привлечение профессиональных музыкальных педагогов и музыкантов в нашем случае быстро стало носить чисто консультативный характер, так как специалистам было трудно учитывать специфический контингент, врачам-участникам приходилось быть своеобразным «буфером» между консультантами и пациентами. В-третьих, низкий уровень арттерапевтических исследований как в нашей стране, так и за рубежом, отвечающих требованиям доказательной медицины, является основной причиной того, что показания и противопоказания к назначению арттерапии и ее отдельных форм и методов при разных видах психической патологии пока четко не определены, а методы арттерапии продолжают оставаться слабо дифференцированными относительно разных психических заболеваний. В-четвертых, арттерапия требует определенных экономических затрат – покупка инструментов, костюмов, красок и других предметов искусства, организация выступлений, выставок.

Подводя итоги, можно сказать, что, несмотря на относительно длительную историю культивирования творческой активности психически больных и использование музыкотерапии в психиатрии, на сегодняшний день она нередко продолжает рассматриваться как вспомогательный лечебный прием, ее влияние на реабилитацию недооценено. Наш опыт показал, что музыкотерапия в некоторых случаях способна оказать заметное влияние на процесс лечения и реабилитации, а также в профилактике обострений и рецидивов психических расстройств, а в большинстве случаев является неинвазивным, недирективными универсальным методом психотерапевтического воздействия.

Литература

1. *Богданова Л. П.* Музыкотерапия в реабилитации больных // Вестник ЮУрГУ. – 2006. – № 3.
2. *Бурно М. Е.* Терапия творческим самовыражением. – М. : Медицина, 1989. – 303 с.
3. *Ионов О. А.* Арттерапия в комплексной реабилитации психически больных : автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2004.
4. *Копытин А. И.* Арттерапия : Хрестоматия. – СПб. : Питер, 2001.
5. *Копытин А. И.* Арттерапия. Новые горизонты. – М. : Когито-Центр, 2006.
6. *Копытин А. И.* Практикум по арттерапии. – СПб. : Питер, 2000.
7. *Крылова А. А., Маничева С. А.* Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии. – СПб. : Питер, 2000.
8. *Лебедева Л. А.* Практика арттерапии: подходы, диагностика, система занятий. – СПб. : Речь, 2003.
9. *Шушарджан С. В.* Здоровье по нотам. Практикум пути к духовному совершенству и бодрому долголетию. – М., 1994.
10. *Энтони В., Коэн М., Фаркас М.* Психиатрическая реабилитация. – Киев : Сфера, 2001.

РЕЛИГИОЗНАЯ ПАРАДИГМА И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Короленко Ц. П., Мухомедзянов Х. М.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск

В современной России отмечается рост религиозности. Влияние религиозных верований обнаруживается в содержании бредовых идей, галлюцинаций и убеждённости в необходимости обращения в религиозные организации для избавления от болезни. Человек рождается с определённым религиозным чувством, по природе своей сравнимым с иными драйвами и инстинктами. Многие пациенты, имеющие психологические и психиатрические проблемы, посещают местных знахарей, использующих в своей практике магические формулы и некоторые шаманские целительские ритуалы. В общем, имеет место возрождение традиционного знахарства с элементами шаманских ритуалов, отвергавшихся и запрещавшихся в советский период.

Это согласуется с данными W. Jilek и W. Jilek-Aal (1978), W. Jilek (2005), касающимися западных взглядов на шаманизм и изменённые состояния сознания. В шаманизме бесы бывают злые и добрые (по верованиям караимов, Духи плохие и Духи хорошие подчиняются Богу) и служат Тэнгри-Богу. Поэтому тема «сатанизма» звучит в идее «вселения Духов». В славянской традиции существуют дохристианские мифы, которые активизировались в России за последние 15–20 лет. Седьмого июля, или в день летнего солнцестояния по Юлианскому календарю, в последние годы в большинстве регионов России празднуется славянский языческий праздник День Ивана Купала. Мифологическое объяснение этому следующее: после длительного проливного дождя Дух-Дождя чувствует себя Хозяином местности и может вселяться в людей, и тогда возникает заболевание «прытка», которое впервые описано в данном наблюдении как «феномен овладения Духом Дождя». В этом летнем месяце, когда обильно идут дожди и самое тёплое время года, у некоторых людей может развиться психическое расстройство, которое в народной традиции славян называют «прытка» – это обозначает прыжок в водоём.

За последнее время психиатры Сибири наблюдали пациентов, которые под влиянием православия стали выражать идеи и убеждения о влиянии Сатаны на людей, а также случаи вселения «бесов или одержимости», которые в православии исходят от Сатаны. Возрождение интереса к старинным дохристианским традициям выражается в содержании психопатологический симптоматики пациентов с расстройствами ментальной сферы. Наблюдается увеличение количества клинических случаев, когда параноидные идеи связываются с популярными языческими мифологическими верованиями.

Знание психиатрами и психологами местной мифологии, в соответствии с нашим опытом, важно для установления эмпатичных терапевтических отношений при работе с такого рода клиентами. В психиатрической практике представления о «вселении бесов» часто ошибочно интерпретируются как мании или подобные маниям расстройства, и этим пациентам зачастую выносится диагноз параноидной шизофрении или шизотипического личностного расстройства.

Авторами данного исследования в трактовке психических расстройств использовалась религиозная парадигма, которая описывала различные психические расстройства, наблюдаемые в классической психиатрии, и использовала «траскрипции» модели «двойного диагноза», не останавливаясь подробно на описании данных состояний в рамках классификационных регистров (использовались МКБ-9 и МКБ-10), как наиболее приемлемых в описании религиозных психических расстройств в России.

Материал исследования. Нами исследовано 9 клинических случаев таких состояний, когда женщины, состоящие на учёте у психиатров от 1 до 16 лет, в возрасте от 23 до 64 лет, имели диагнозы по МКБ-9: истерическая психопатия, сосудистый психоз, реактивное состояние, МДП и 3 случая шизофрении (обострение).

Результаты. Выявлено распределение по национальному признаку: 6 русских, 1 белорус, 1 чувашка, 1 мордвинка.

Клиническое наблюдение 1. В клинике неврозов мы наблюдали пациентку А. с гистрионическим личностным расстройством. Была проконсультирована психиатром только после нескольких безуспешных попыток обращения в частные целительские центры. Её состояние, связанное с «выпадением» из благополучного социума, вызвано приёмом больших доз алкоголя. Это она связывала с наличием снов, когда она превращалась в большую кошку и ела сырое мясо», и это состояние злобы и дисфории «купировал» только алкоголь. Кроме того, она стала отмечать, что в повседневной жизни стала употреблять мясо в сыром виде. Данное состояние можно интерпретировать как «овладение Духом дикого животного», в данном случае из семейства кошачьих, как современное проявление «ликантропии», широко распространенное в Средние века.

Клиническое наблюдение 2. Психическое расстройство языческого происхождения, связанное с Духом Дождя, представлено в данном клиническом наблюдении. Пациентка М., 40 лет, проживала в сельской местности, в котором практиковало большое количество народных целителей (бабки, знахарки, ведуньи). Из анамнеза известно, что заболела внезапно, после длительного проливного дождя, когда пошла на улицу и после, возвращаясь к себе домой, проходила мимо большой лужи, которая образовалась после дождя.

Внезапно для себя самой бросилась в лужу и стала там плескаться и кататься по грязи. Со слов пациентки, «словно неведомая сила схватила её и бросила туда». Когда она барахталась в луже, то почувствовала, что в неё кто-то вселился и управляет её поведением (меняет её походку, движения туловища). Когда выбралась из одной лужи, неизвестная сила потянула её к другой луже, но родственники воспрепятствовали этому. По мифологической парадигме «Дух Дождя», овладев женщиной, стал «показывать ей животных», которые любят болото – это «лягушка, которая пряталась в углу её дома». Затем Дух Дождя стал «вселять в неё мелких бесов», которые говорили в ней на разные голоса (это металлический голос и детский голос), этим они испортили её «естественный голос». Для лечения (изгнания) Духа Дождя знахари в деревне рекомендовали ей прыгать вечером через огонь костра. Данная пациентка наблюдалась с шизофреническим расстройством (по МКБ-10).

Следующее наблюдение связано с архетипической фигурой злой ведьмы (Баба Яги). В традиционных русских сказках и былинах Баба Яга околдовывает, убивает и съедает детей. Она использует все виды чёрной магии и обычно имеет чёрного кота, как компаньона и посредника в своих злых деяниях.

Клиническое наблюдение 3. Нами наблюдалась женщина, 46 лет, долгое время лечившаяся у знахарки (пожилой женщины, помогающей обратившимся к ней с помощью магии). Пациентка поступила в психиатрическую клинику с жалобами на боли в различных местах, чувство отчуждённости от реальности, на голоса, периодически слышимые у неё в голове. Пациентка верила, что находится под психическим воздействием знахарки, мотивируя тем, что знахарка подарила ей чёрного кота, сказав, что якобы он обладает способностью излучать позитивную энергию. Пациентка поведала, что с самого начала сомневалась насчёт способностей этого кота. Почувствовала, что животное порочно и опасно. Постепенно под её подозрение попала и сама знахарка, воздействовавшая на своих пациентов «чёрной магией», получавшая информацию о ней через кота-пособника и оказывавшая на неё «плохое воздействие», «насылая» боли и галлюцинации. В результате пациентка задушила кота, а после этого положила ему на рот маленькую иконку.

Поступок с иконой отражает синкретическую совокупность языческих и христианских верований. Данная пациентка наблюдалась в рамках МКБ-10 с диагнозом: шизотипическое расстройство.

В популяции народов Сибири, как правило, у славян и среди малых народов (мордва, чуваши, удмурты) довольно распространены психические нарушения, которые получили название «кликушество». Больных с такой патологией называют «кликушами», «порченными», «бесноватыми». В связи с тем, что среди этих групп населения велика вера в беса, то эти состояния, по мифологическим поверьям, возникают из-за того, что «держатель»-бес вселяется в человека, и тот страдает «одержанием», попадает под влияние «держателя», или из-за того, что колдун навёл на них «порчу» в связи с их порочным поведением.

По наблюдениям исследователей данной проблемы, чаще всего эти состояния возникают у женщин из образованных семей, реже наблюдаются в среде служителей культа (так утверждают они сами, по-видимому, связывая это с тем, что чтение молитв препятствует проникновению беса в их среду). Для лечения этих состояний ранее приглашали колдунов, которые купали «порченных» в проруби, прижигали пятки железом, сжигали их нательное бельё. Иногда родственники больной, чтобы узнать имя колдуна, который навел «порчу», надевали на больную хомут, снятый с лошади, тогда она якобы могла назвать имя того, кто навёл на неё болезнь, к этому человеку обращались за помощью. Служители культа при обращении к ним проводили специфичный религиозный ритуал с целью излечения таких больных – «читка бесноватых».

По нашим наблюдениям, «кликуши», как правило, женщины молодые и красивые, с хорошими манерами поведения, образованные, с утончённым вкусом, любящие музыку. Это люди умственного труда: актрисы, педагоги, врачи, студентки, высокие, стройные, чаще астенического телосложения, с правильными утончёнными чертами лица, длинными ресницами, со своеобразной походкой и манерой общения.

Периодически в виде приступов у больных возникает состояние «кликушеского» пения, при котором у них меняется голос, становится огрубевшим, причем окружающие отмечают, что говорит не сама женщина, а кто-то чужой, поселившийся внутри неё. Все больные условно делятся на две группы. В первую группу входят лица с «одержанием» агрессивным буйным бесом, они могут представлять опасность для окружающих – поджигать дома, совершать насилие над другими. Во время приступа болезни больные громко кричат, гримасничают, нецензурно выражаются, дерутся, убегают из дома, у них появляется большая физическая сила (часто худенькую женщину не могут удержать даже несколько мужчин). Больные пожилого возраста приобретают во время приступа большую ловкость (могут запрыгивать на высокую печь). В зависимости от того, какой «держатель» находится в человеке, меняется поведение больных. Иногда у одного больного могут возникать приступы «кликушеского пения» в виде пения дуэтом (согласно мифологии, в него вселяются два «держателя). Данное психопатологическое состояние по клинической картине напоминает состояние «минэрийтер», но имеет другое этнокультуральное обоснование (Короленко Ц., Мухомедзянов Х., 1999). Во вторую группу входят лица без признаков болезни, но в них находится «держатель», который способен проявить себя при неблагоприятных ситуациях.

В классической психиатрии такие состояния относят или к эндогенным заболеваниям, или к истерическим состояниям, но они не получили отражения в современных психиатрических классификациях (ICD-10, DSM-IV).

Клиническое наблюдение 4. Пациентка Е., 27 лет, впервые заболела, находясь в Москве, где занималась торговлей. Была госпитализирована в связи с совершением вооружённого нападения на врача-психиатра (приставила нож к горлу). Диагностирована шизофрения, параноидная форма. По религиозной парадигме в неё вселились два «держателя». Один из них представлялся ей в виде Дьявола, который доставляет сексуальное удовлетворение, которое она никогда до этого не испытывала с обычными мужчинами. А второй «держатель» представлялся в виде Цезаря, который управляет её поведением, отдавая ей команды «мужским голосом», приказам которого она «не может противиться». Сама пациентка во время приступов «одержания» становится недоступной контакту с окружающими и находится в полном подчинении у своих «держателей». Во время этого «одержания» она выглядит эмоционально напряжённой, не может владеть своими мыслями и руководить поступками. Со слов самой пациентки, в такие моменты смотрит на окружающих отстраненно, «как через стену».

Как правило, применявшееся в терапевтической тактике лечение таких больных нейролептиками и транквилизаторами не приносило улучшения психического состояния, поэтому их относили к разряду некурабельных пациентов. Так, в одном случае у постели больной зачитывали отрывки из Библии, после чего, со слов родственников, наступало временное улучшение психического состояния, что отражает значение психологического фактора и религиозной парадигмы в психиатрии.

Знание психиатрами и психологами местной мифологии, обогащающее клиническое мировоззрение и практической опыт, важно для установления эмпатичных терапевтических отношений при работе с такого рода клиентами.

Литература

1. *Елеонская А. К.* К изучению заговора и колдовства в России. – Вып. I / Издание Комиссии по Народной словесности при Этнографическом отделе И.О.Л.Е.А. и Э.Б.м.: Типография Шамординской Пустыни, 1917. – 64 с.
2. *Зиновьев В.* Мифологические сказки российских народов. – Новосибирск, Наука, 1987.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manua IV-TR. – Washington, DC : American Psychiatric Press, 2000.
4. *Hufford D. J.* The Terror that comes in the Night. An Experience-Centered Study of Supernatural Assault Traditions. – Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 1982.
5. *Jilek W. G., Jilek-Aall L.* The Psychiatrist and his Shaman Colleague: Cross-Cultural Collaboration with Traditional Amerindian Therapist // Journal of Operational Psychiatry. – 1978. – V. 9. – P. 32—39.
6. *Jilek W. G.* Transforming the Shaman: Changing Western Views of shamanism and Altered States of Consciousness // Investigation en Salud. – 2005. – V. 7. – P. 8—15.
7. *Madsen W.* The Mexican-Americans of South Texas. – New York : Holt Rinehart & Winston, 1964.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУИЦИДОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСЛОВИЯХ РЫНКА

Лазебник А. И.

БУЗ и СПЭ УР «Республиканская клиническая психиатрическая больница» Минздрава Удмуртской Республики, Ижевск

С началом вхождения в рыночную экономику в Удмуртской Республике (УР), так же как и в других регионах нашей страны, отмечен резкий рост самоубийств под воздействием стрессов вследствие падения производства, появления безработицы, потери доходов, явлений духовного кризиса. Однако эпидемиологические исследования распространенности суицидов в основном выполнены в регионах, отличающихся от УР национальной структурой населения. Поэтому их результаты не могут быть полностью перенесены на популяцию УР без учета местных условий, в частности этнокультуральных и иных особенностей национального образования.

Цель исследования: установление влияния этнических и некоторых других факторов на частоту суицидов среди населения УР в переходный период адаптации российского общества к введению рыночных отношений.

Материал и методы. Проведен эпидемиологический анализ на основе официальной статистики завершенных суицидов в УР за 3 года (1992—1994 гг.). За указанный период всего было зарегистрировано 3 101 случай самоубийства, в том числе у лиц моложе трудоспособного возраста – 38 (1,2 %), у лиц трудоспособного возраста – 2436 (78,6 %), у лиц старше трудоспособного возраста – 627 (20,2 %). Среди всех лиц, совершивших самоубийство, мужчин было 2 552 (82,3 %), женщин – 549 (17,7 %). По национальному составу они распределились следующим образом: удмурты (коренное финно-угорское население) – 1367 (44,1 %), русские – 1442 (45,9 %), татары – 170 (5,8 %), прочие – 133 (4,3 %).

Полученные данные обработаны статистически, все расчеты приведены на 100 000 человек соответствующих групп населения.

Результаты. Анализ данных показал, что в УР за период 1992—1994 гг. имел место значительный подъем суицидов (с 48,9±1,7 до 74,7±2,1; $t=9,5$; $p<0,001$). Такой уровень самоубийств по градации ВОЗ считается высоким. Очевидно, что наряду с другими свой вклад в него вносит и этнокультуральный фактор. По мере увеличения возраста число случаев самоубийств нарастало. Так, среди лиц моложе трудоспособного возраста уровень суицидов был равен 5,8±0,3. У лиц трудоспособного возраста этот показатель вырос более чем в 12 раз и составил 71,6±3,2 ($t=9,5$; $p<0,001$). Среди лиц старше трудоспособного возраста уровень суицидов увеличился до 74,0±2,8 ($t=9,5$; $p<0,001$) по сравнению с лицами моложе трудоспособного возраста.

Что касается гендерных различий, то мужчины совершали самоубийства чаще, чем женщины (соответственно 111,1±3,9 и 21,0±1,4; $t=9,5$; $p<0,001$). Как у первых, так и у вторых количество случаев суицидов возросло за анализируемый период более чем в 1,5 раза, в том числе у мужчин с 85,4±3,8 до 130,0±4,1 ($t=8,5$; $p<0,001$), у женщин с 16,8±1,4 до 26,0±1,7 ($t=4,5$; $p<0,01$). Аналогичные тенденции отмечались во всех возрастных группах. Среди лиц моложе трудоспособного возраста на 4 мальчиков, лишивших себя жизни, приходилась только 1 девочка. В трудоспособном возрасте имело место наиболее выраженное гендерное различие в частоте суицидов. Показано, что мужчины совершали самоубийство в 7,5 раза чаще, чем женщины. Среди лиц старше трудоспособного возраста соотношение мужчин и женщин, совершивших суициды, составило 3,9:1. По-видимому, женщины всех возрастных групп более устойчивы к стрессам переходного периода.

За анализируемый период у лиц моложе трудоспособного возраста распространенность самоубийств оставалась стабильной со статистической тенденцией к снижению. Особенно четко эта тенденция проявлялась у мальчиков, у которых частота суицидов снизилась с 11,9±0,6 до 2,7±0,1 ($t=4,5$; $p<0,01$).

Среди лиц трудоспособного возраста по сравнению с предыдущими возрастными категориями число случаев самоубийств у мужчин возросло в 13,2 раза, а у женщин – в 7,6 раза, что было связано с резким ростом безработицы и значительным спадом производства в УР. У лиц старше трудоспособного возраста темп частоты суицидов заметно снизился. Среди них у мужчин количество случаев самоубийств увеличилось всего в 1,3 раза, у женщин – в 2,6 раза. Следует отметить повышение распространенности суицидов среди женщин-удмурток старше трудоспособного возраста.

Обращает на себя внимание, что ежегодно в течение 1992—1994 гг. наиболее высокой неизменно оказывалась частота суицидов у лиц удмуртской национальности. За анализируемые 3 года частота самоубийств составила в среднем у удмуртов 90,1±4,3, у русских – 49,2±1,8, у татар – 52,8±2,1, у представителей прочих национальностей – 82,1±4,1. Средние показатели распространенности суицидов среди удмуртов превышали аналогичные показатели у русских в 1,8 раза ($t=9,5$; $p<0,001$), у татар – в 1,7 раза ($t=8,4$; $p<0,001$), у прочих – в 1,1 раза ($t=0,2$; $p<0,05$). Приводимые показатели указывают на этнокультуральные особенности распространенности суицидов, свойственных каждой национальной группе.

В сопоставляемых этнических группах соотношение между частотой самоубийств у мужчин и женщин оказалось неодинаковым. Среди удмуртов, совершивших суицид, на 10 мужчин приходилось 1 женщина, среди русских это соотношение равнялось 6,7:1, среди татар – 11,4:1, среди представителей прочих национальностей – 5,7:1. Наиболее высокие показатели уровня суицидов обнаружены у мужчин-удмуртов трудоспособного возраста и составили в среднем за 3 года 174,3±4,8, что свидетельствует об их крайней уязвимости к стрессам переходного периода.

Выводы. Проведенное исследование продемонстрировало значительные этнические различия в уровне суицидов населения УР. Установлено, что распространенность суицидов у представителей коренной национальности почти вдвое превышала таковую у русских и татар, постоянно проживавших на территории данного национального образования. Выявлена наиболее суицидоопасная группа населения, к ней относены мужчины-удмурты трудоспособного возраста. Возможно, это связано с присущей им сенситивностью и культурально обусловленными копинг-стратегиями (типа «избегания»), не способствующими ожесточенной конкуренции на рынке труда. В свою очередь, низкая конкурентоспособность делает таких мужчин восприимчивыми и подверженными влиянию стресса безработицы. Результаты могут служить основанием разработки дифференцированных мероприятий по превенции суицидов в УР с учетом этнокультурального фактора. Ее компонентом будут интернет-технологии (онлайн-консультирование и электронная почта), успешно внедряемые в настоящее время в РКПБ МЗ УР. Новый формат общения при необходимости на родном языке не только сделает привлекательным данный способ коммуникации, но и повысит внутреннюю личную доступность клиентов-сенситивов.

ЭТНОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА ВИЛЮЙСКИХ ЯКУТОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Матвеева Н. П.[1], Хоютанова Н. В.[1], Никитин Е. В.[2], Томский М. И.[1]

[1] ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем», Якутск
[2] ГБУ РС (Я) «Булунская центральная районная больница», п. Тикси

Вопросы происхождения якутов обсуждены во многих работах известных ученых, этнографов, историков, археологов (Окладников А. П., 1949, 1955; Ксенофонтов Г. В., 1999; Серошевский В. Л., 1993). Якутский этнос сформировался путем смешения тюркоязычных племен с местным аборигенным населением. В последующем популяция якутов преобразовалась в несколько этногеографических групп якутов – центральные якуты Лено-Амгинского междуречья, якуты бассейна р. Вилюй, северные якуты, олекминские якуты.

Этногенетическое разнообразие 4 групп якутов, особенности их питания и климато-географические факторы определяют наличие клинического полиморфизма при формировании и течении хронической патологии, в том числе алкоголизма.

Целью исследования явилось выделение клинических особенностей формирования и течения алкоголизма у якутов вилюйской группы районов Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Основной инструмент исследования – 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., проф. Н. А. Бохан, д. м. н., проф. А. И. Мандель). Исследование проводили согласно этическим принципам ведения исследований человека по протоколу, утвержденному комитетом по Биомедицинской этике НИИ психического здоровья. Обследовано 60 мужчин-якутов вилюйской группы, жителей районов РС (Я), с диагнозом синдром алкогольной зависимости, II стадия, в возрасте от 23 до 75 лет. Статистическую обработку результатов проводили по программе SPSS 19 для Windows.

В работе использованы основные положения работ сибирских психиатров (1—4).

Результаты. Обследовано 60 мужчин-якутов с алкогольной зависимостью из вилюйской группы районов РС (Я). Средний возраст обследованных составил 41,66±1,5 года. Возраст первой пробы алкоголя составил 16,4±0,4 года. Систематическое употребление алкоголя отмечается в среднем 24,6±0,9 грамма. Утрата количественного контроля наступала в среднем возрасте 28,7±1,1 года. Средний возраст начала амнестических форм опьянения составил 27,9±1,8 года. Запойная форма пьянства формировалась в среднем в возрасте 33,6±1,3 года, длительность в среднем достигала 28,2±6,9 дня. 48,4 % обследованных отмечали перемежающееся пьянство, 43,3 % респондентов употребляли алкоголь в псевдозапойной форме пьянства, 5 % употребляли алкоголь ежедневно на фоне высокой толерантности. Достоверно дольше самокупирование похмельного абстинентного синдрома продолжалось у лиц с перемежающейся формой пьянства (от 3 до 10 и более суток) (p=0,02). Светлые промежутки длились в среднем 65,9±12,8 дня.

Выводы. Таким образом, в среднем через 4,1 года развивалось патологическое влечение к алкоголю, которое в последующем определило более длительное продолжение запоев, в виде перемежающегося пьянства и ежедневного употребления алкоголя в высоких дозах, что предполагает наличие отличий в клинической динамике алкоголизма у вилюйских и центральных якутов.

Литература

1. *Бохан Н. А., Коробицина Т. В.* Коморбидность алкоголизма и терапевтической патологии в общемедицинской практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 11—17.
2. *Бохан Н. А., Семке В. Я.* Коморбидность в наркологии. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. – 510 с.
3. *Семке В. Я., Чухрова М. Г., Бохан Н. А., Куприянова И. Е., Рахмазова Л. Д.* Психическое здоровье коренного населения восточного региона России. – Томск, Новосибирск: Изд-во «Наука», 2009. – 360 с.
4. *Bokhan N. A., Ovchinnikov A. A.* Dissociative model of addictions formation. – Saint-Louis, MO, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2014. – 324 p.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА

Микилев Ф. Ф.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность. Конституциональные особенности пациентов являются не только фоном развития шизофрении, но и факторами, входящими в характеристики процесса, определяющими его реактивность. В разное время в психиатрии предпринимались попытки формирования целостного конституционально-биологического взгляда на природу, клинику, течение и прогноз шизофрении, изучались особенности типов телосложения, аномалий развития, встречавшихся у данной группы пациентов.

На сегодняшний день дано подробное и разностороннее психопатологическое описание расстройств шизофренического спектра. При этом без должного рассмотрения остаются клинико-конституциональные особенности пациентов, страдающих данными расстройствами, в достаточной мере не изучено их влияние на клиническую картину заболевания и их прогноз. Сохраняется дефицит работ, посвященных проблемам адаптации, социо- и психотерапевтической реабилитации данных пациентов на современном методологическом уровне, подразумевающем интегрированную биопсихосоциальную модель терапии данных расстройств. В связи с этим нами было проведено настоящее научное исследование.

Целью данной работы являлось изучение клинико-динамических характеристик и показателей адаптации пациентов с шизофренией в зависимости от их конституционально-морфологического типа.

Материал и методы. Проведено обследование 86 пациентов, страдающих шизофренией, проходивших стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья. В исследование включались лица 18–65 лет с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. В качестве основных методов исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, клинико-терапевтический, антропометрический и статистический. На всех пациентов заполнялись модифицированный вариант Базисной карты стандартизированного описания больного шизофренией и родственника, Шкала позитивных и негативных синдромов (Positive and negative syndrome scale – PANSS), Шкала общего клинического впечатления (Clinical global impression – CGI), пациентам проводилось антропометрическое обследование по методике В. В. Бунака.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования пациенты были разделены на три группы по конституционально-морфологическому типу. Из них астенический тип оказался у 17 пациентов, мезостенический – у 47, гиперстенический – у 22. Проведенное исследование не выявило статистически значимых различий по длительности заболевания ($p=0,1842$) и возрасту манифестации заболевания ($p=0,3953$) между пациентами с различным типом телосложения. Обнаружено, что во всех группах преобладали пациенты с эпизодическим типом течения шизофрении ($p>0,05$). В клинической картине заболевания у пациентов с астеническим конституционально-морфологическим типом превалировали негативные нарушения, а у пациентов остальных групп – позитивные. При этом различия между группами пациентов с астеническим и мезостеническим соматотипами, пациентов с астеническим и гиперстеническим соматотипами были статистически значимыми ($p=0,0476$ и $p=0,0071$ соответственно).

Для изучения происходящего в ходе течения заболевания изменения адаптационных возможностей пациентов исследуемой выборки нами производилось определение прогноза заболевания, а также изучение таких показателей их социальной адаптации, как трудоспособность и семейное положение. Полученные данные свидетельствовали о том, что среди пациентов с различным соматотипом преобладали лица, у которых отмечалось прогрессирующее снижение адаптационных возможностей в ходе заболевания и неблагоприятный его прогноз. При этом различия между группами не имели статистических различий ($p=0,73149$). Анализ трудоспособности исследуемых пациентов на момент обследования выявил, что во всех группах преобладали лица, у которых трудоспособность была снижена, при этом различия между группами не имели статистической значимости ($p=0,73401$). Подавляющее число пациентов в исследуемых группах на момент обследования не состояли в браке, при этом различия между группами не имели статистической значимости ($p=0,50909$).

Среди комплекса факторов, характеризующих клинику, течение и прогноз шизофрении, значимыми являются частота госпитализаций в психиатрические стационары в связи с обострением заболевания и длительность приема антипсихотической терапии. Во всех группах преобладали пациенты, госпитализировавшиеся в стационар в течение последних 2 лет реже 1 раза в год, при этом различия между группами не имели статистической значимости ($p=0,0575$).

В ряду показателей адаптационных возможностей больных шизофренией одно из важных мест занимает способность к управлению своим эмоциональным состоянием и контролированию поведения. Это, с одной стороны, снижает интенсивность поведенческих расстройств, а с другой – препятствует развитию аутоагрессивных тенденций. Частота возникновения суицидальных мыслей и риск попыток суицида могут быть обусловлены чувством безысходности, возникшим в качестве реакции на длительность, интенсивность и стойкость побочных эффектов антипсихотической терапии. В связи с этим нами проводилось исследование распространенности парасуицидов среди пациентов исследуемых групп. При анализе суицидального поведения в анамнезе было выявлено, что среди астеников было статистически значимо наибольшим число лиц, совершавших в прошлом попытки суицида (астеники и мезостеники – $p<0,001$; астеники и гиперстеники – $p=0,0087$).

По типу антипсихотической фармакотерапии между пациентами с различными соматотипами не было выявлено статистической значимости ($p=0,69225$): во всех группах более половины пациентов принимали атипичные антипсихотики (оланзапин и рисперидон) в терапевтических дозах. При этом у подавляющего числа пациентов резистентность к проводимому лечению не отмечалась ($p=0,67555$). При оценке эффективности терапии по шкале CGI было выявлено, что среди пациентов с астеническим соматотипом у наименьшего числа лиц отмечается существенное улучшение (астеники и мезостеники – $p=0,0007$) и у наибольшего числа произошло незначительное улучшение (мезостеники и гиперстеники – $p=0,0158$). При оценке эффективности проводимого лечения по шкале CGI внутри групп пациентов с различными соматотипами в зависимости от варианта антипсихотической терапии статистически значимые различия не выявлялись ($p>0,05$).

Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что конституционально-морфологический тип пациентов оказывает влияние на клинику и течение шизофрении. Астенический конституционально-морфологический тип фактически выступает фактором неблагоприятной клинической динамики шизофрении. Применительно к исследованной выборке можно отметить его ассоциацию со стойкими негативными нарушениями как ведущим профилем симптоматики, с низким уровнем позитивных симптомов, а также с суицидальными действиями.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У СИБИРСКИХ ТЮРКОВ

Мухомедзянов Х. М.

МСЧ-54 ГУ ФСИН РФ, Новосибирск

Этнокультуральные исследования психического здоровья в настоящее время являются одними из наиболее актуальных и перспективных направлений в социальной психиатрии и эпидемиологии психических расстройств (Миневич В. Б., 1995; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 1994—2004; Короленко Ц. П., 1996—2002; Семке В. Я., Бохан Н. А., 1999). Все это вызывает насущную необходимость разработки дифференцированных подходов к диагностике и лечению психических заболеваний с учетом этнокультуральных факторов. Этнокультуральные особенности поведения у тюркских этносов Сибири и их отношение к психопатологическим проявлениям при параноидной шизофрении оказывают влияние на клиническое проявление данного заболевания с учётом описания их в рамках диагностических критериев (МКБ-10), что улучшает диагностику и способствует своевременной коррекции больных с шизофреническими расстройствами.

Целью данного исследования явилось изучение больных шизофренией из сельских районов Новосибирской области, относящиеся к тюркскому этносу.

Материал и методы. Всего в обследование было включено 12 пациентов, относящиеся к тюркскому этносу. Всем обследованным был установлен диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Результаты. Проведённый социально-клинический анализ данного контингента больных выявил следующее. В обследованную выборку из 12 пациентов входило 5 мужчин, 7 женщин. По возрастным характеристикам преобладал средний возраст (от 25 до 55 лет). Распределение по социальному положению: работают – 3 человека, ведут домашнее хозяйство – 4, являются учащимися – 1, получают пособие по инвалидности – 4.

Клинические проявления параноидной шизофрении представлены в основном особенностями формирования бредовых расстройств. При описании «внутреннего голоса» респонденты часто ссылаются на зооморфные образы (Медведь, Лягушка, Волк и т. д.) из антропологических образов (Охотник, Хозяйка леса и т. д.). Поведение данного контингента больных связано с клиническими проявления симптома «овладения». При симптомах психического автоматизма пациенты неожиданно для всех начинают непроизвольно повторять за кем-то его жесты и реагировать на всё необычное подражанием животным. При клиническом наблюдении: взгляд пристальный, немигающий, с расширенными от испуга зрачками, с выражением беспомощности и покорности. Голос может быть громким, интонации с агрессивными нотками и чувством недовольства – это относится к тем образам, которые спровоцировали это состояние.

Перед приступами болезни у пациентов часто возникают головные боли, появляются повышенная чувствительность к шумам и звукам, вялость, чувство тяжести во всём теле. Во время приступа они стонут, ощущают уколы, удары, ожоги, жгучую боль в голове. При этом их поведение похоже на поведение диких зверей: они оскаливают зубы, сжимают кулаки, наклоняются вперёд, прячут свой взгляд. Мимика лица постоянно меняется: то появляется улыбка, то яростное выражение, они что-то постоянно сплёвывают. Если смотрят кому-то в глаза, то выражение их глаз пугает: по мифологии «Злой Дух выпускает свою энергию», которая может поразить окружающих. После приступа болезни они плохо спят по ночам и испытывают сильную жажду. При этих состояниях Духи из «Нижних миров» вселяются в женщин, и они начинают петь, при этом поёт не сам человека, а якобы вселившийся в него Дух. В зависимости от того, какой это Дух, а он, как правило, бывает злым, голос больной становится грубым, необычным по звучанию.

Помимо того, во время приступа «овладения» больные могут вращать головой в разные стороны в ритм своему пению. Это сопровождается ритмичными выкриками, когда темп и сила голоса варьируют, с ослаблением и усилением тональности. Иногда их голос становится напряжённым, кажется, что это может привести к разрыву голосовых связок или разрыву лёгких (местные жители сравнивают данное состояние с бешеной скачкой лошади по пересечённой местности). Хотя песня может иметь и конкретное содержание, но последнее утрачивается за счёт того, что в песню входят слова, междометия, которые на языке этого народа имеют неизвестное происхождение. Пение у больных отнимает много энергии, так как они постоянно неожиданно вскакивают, совершают движения в разные стороны, а если сидят на стуле, то вынуждены обхватывать колени руками, чтобы не упасть. Избегают взгляда, смотрят в разные стороны. Показательна мимика: дрожащие губы, рот растягивается в попытке заговорить, петь, брови приподняты, выражение глаз тусклое, печальное, с влажной поволокой. Больные могут напевать ночь напролет, полностью погружаясь в свои переживания. Иногда охрипший голос может звучать монотонно, без пауз и фиксированных ударений. Иногда поющие могут делать резкие движения в разные стороны головой и теребить при этом складки одежды. На лице блуждает блаженная улыбка, характерны жесты смущения (якобы Дух хвалит за исполнение песни). Содержание песен отражает мимика пациентов в виде сострадания, отвращения, ужаса, изумления, тревоги, ожидания, депрессии. Взгляд зачастую бывает отрешённым, немигающим. Больные при этом вслушиваются в содержание песен. В возбужденном состоянии они не спят по ночам, сидят на кровати, покачиваясь в такт песни, отказываются от приёма пищи, пьют только воду. Контакт с больными в такие эпизоды практически невозможен. По окончании приступа болезни долгое время не могут прийти в обычное состояние из-за выраженной слабости, не могут разговаривать, так как голос охрипший или на некоторое время утрачен совсем. Приступы состояния «овладения» могут протекать до недели.

Поведение пациентов-тюрков с диагностированной параноидной формой шизофрении отличается тем, что симптомы «овладения» проявляются менее интенсивно, так как у данного контингента больных существует убеждённость, что это в них вселяются силы, которые присутствуют в природе, причем этого нельзя избежать никому из тех, кто проживает или проживал в данной местности. В популяции сибирских тюрков из-за культуральной обособленности в местах их компактного проживания прослеживается возврат к архаическим традициям и мифам (вера в Духов, в шаманизм), что способствует более позитивному течению психических расстройств.

Литература

1. *Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В.* Социодинамическая психиатрия. – Новосибирск, 1999. – 418 с.
2. *Семке В. Я., Бохан Н. А., Галактионов О. К.* Очерки этнопсихологии и этнопсихотерапии / под гл. редакцией В. Я. Семке. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 158 с.
3. *Pfeiffer W.* Transkulturelle Psychiatrie. – Stuttgart, Germany : Georg Thieme, 1971.

ПРОБЛЕМА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ПРИ ТЕРАПИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

Павлова Е. Н., Завьялова Н. Е.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

В настоящее время существует достаточное количество средств и методов терапии больных с психическими расстройствами. Вместе с тем поиск новых лекарственных препаратов продолжается. Не в последнюю очередь это обусловлено одной из важнейших задач современного этапа развития психофармакотерапии – обеспечение безопасности и переносимости приема нейролептических препаратов, поиск путей расширения возможностей их применения как в стационарной, так и в амбулаторной практике.

В связи с этим перед психиатрами поставлены задачи купирования психопатологической симптоматики (за счет расширения спектра действия и эффективности нейролептиков), обеспечения высокого уровня социальной адаптации и функционирования психически больных, улучшения качества их жизни, установления комплаенса между пациентом и врачом, что невозможно осуществить без учета развивающихся побочных эффектов и осложнений (нейроэндокринных дисфункций), их выявления и коррекции.

Гиперпролактинемия (ГПТ) – рост уровня пролактина в крови – является биохимическим маркером гипоталамо-гипофизарной дисфункции. Синдром нейролептической ГПТ относится к патологическим формам ГПТ, являясь побочным эффектом психофармакотерапии; это сочетание гиперпролактинемии с бесплодием, нарушениями менструального цикла, галактореей у женщин, снижением либидо и потенции, бесплодием у мужчин. Нередко у женщин наблюдаются симптомы гиперандрогении – гипертрихоз, акне, себорея волосистой части головы, поредение волос. Гиперандрогения обусловлена гиперпродукцией надпочечниками дегидроэпиандростерона сульфата под влиянием избытка пролактина [Клиническая эндокринология / под ред. Н. П. Старковой. М., 1991].

Показано, что при длительном существовании ГПТ развиваются остеопороз [Кушнир О. Н., 2007; Abraham G., Friedman R. H., Verghese C., de Leon J., 1995], сердечно-сосудистые расстройства, а в некоторых случаях возможно развитие рака молочной железы [Adams J. B., Bernstein L., Ross R. K., 1999], макропролактиномы [Mortensen P. B., 1987]. Возможны неспецифические симптомы в виде повышения массы тела и аппетита.

Существует ошибочное мнение о том, что ГПТ при приеме антипсихотиков не влечет за собой серьезных последствий [Яничак Ф. Д., Девис Д. М., Прескорн Ш. Х., Айд Ф. Д. Мл., 1999]. На приеме у врача-психиатра пациенты редко жалуются на нарушения менструального цикла, снижение потенции, бесплодие, вероятно, не связывая эти явления с приемом антипсихотических препаратов. В то же время психиатры редко активно расспрашивают пациентов об этих проблемах, больше обращая внимание на экстрапирамидные побочные эффекты. Этим можно объяснить низкую выявляемость данного синдрома (менее 5 %) в практической деятельности психиатров. Однако если бы каждый врач проверял наличие симптомов ГПТ, то частота выявленных случаев составила бы 20–40 % [Dickson R. A., Glazer W. M., 1999].

В литературе опубликовано немного сведений о распространенности ГПТ, связанной с приемом антипсихотиков, которая, согласно разным источникам, находится в пределах от 15 до 91 % и чаще наблюдается у женщин [Marder S. R., Essock S. M., Miller A. L., 2004]. По данным K. Windgassen, U. Wesselmann, H. Schulze Monking (1996), галакторея наблюдалась у 19 % женщин, больных шизофренией, принимавших нейролептики. По данным других исследователей, после 2-летнего приема антипсихотиков у 75 % женщин и у 34 % мужчин отмечалось значительное повышение пролактина в сыворотке крови [Santoni J. P., Saubadu S., 1990; Wieck A., Haddad P., 2002]. По данным литературы, при проведении нейролептической терапии ГПТ встречается у женщин репродуктивного возраста в 48–93 % случаев. У мужчин частота встречаемости указанного синдрома варьирует от 42 до 47 % [Вакс В. В., 2001].

Механизм возникновения ГПТ при применении нейролептиков можно представить следующим образом. В результате блокады D_2-рецепторов в тубероинфундибулярной области происходит снижение уровня гипоталамического дофамина, который оказывает ингибирующее действие на секрецию пролактина лактотропными клетками гипофиза, что и приводит к неконтролируемому усилению их секреторной активности. При этом препараты с высоким сродством к D_2-рецепторам оказывают более выраженный эффект на секрецию пролактина, тогда как нейролептики с низким сродством к этим рецепторам вызывают ее в меньшей степени или характеризуются ее полным отсутствием [Лаакман Г., Эрентраут З., Кун К, 1998]. Все фенотиазины, бутирофеноны, тиоксантены вызывают увеличение уровня пролактина [Мосолов С. Н., 1998]. В свою очередь генерация современных атипичных нейролептиков также не лишена этого побочного действия. Препараты нового поколения по способности вызывать повышение секреции пролактина (в сторону убывания) можно расположить следующим образом: амисульприд (солиан) → сульпирид (эглонил) → рисперидон (рисполепт, инвега, конста) → оланзапин (зипрекса) → клозапин (азалептин, лепонекс) → кветиапин (сероквель) → зипрасидон (зелдокс) → сертиндол (сердолект) → арипипразол (абилифай) [Горобец Л. Н., 2007].

Существует несколько подходов для минимизации указанного побочного эффекта: постепенная титрация дозировок препаратов, снижение дозировок антипсихотиков при наличии высокого уровня пролактина, изменение основной антипсихотической терапии (назначение нейролептика, у которого отсутствует пролактогенный эффект), назначение корректирующей терапии. Применение вышеуказанных методов зависит от многих обстоятельств, но чаще в случае адекватной антипсихотической терапии купирование ГПТ следует начинать с назначения корректирующих препаратов [Горобец Л. Н., 2007]. С другой стороны, если принято решение о целесообразности медикаментозной коррекции ГПТ, следует учитывать, что агонисты D_2-рецепторов (препараты, наиболее часто применяемые для коррекции ГПТ) могут способствовать экзацербации психопатологического процесса за счет повышения содержания дофамина и в свою очередь имеют побочные эффекты. С учетом этих моментов проведение коррекционных мероприятий по купированию нейролептической ГПТ в психиатрической практике имеет ряд особенностей (постепенное наращивание доз корректора, применение умеренных доз препаратов, ежемесячный мониторинг уровня пролактина и т. д.) [Горобец Л. Н., 2007].

Следует подчеркнуть, что приоритет в разработке коррекции патологических форм ГПТ принадлежит эндокринологам в связи с тем, что повышение секреции пролактина уже длительное время является большой и труднокурабельной проблемой ряда эндокринных заболеваний (опухоли гипоталамо-гипофизарной области, первичный гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников и др.). В настоящее время оптимальным методом лечения ГПТ является применение стимуляторов дофаминовых рецепторов [Вакс В. В., 2001]. Препараты, способные снижать секрецию пролактина, можно разделить на 2 группы: 1) производные алкалоидов спорыньи – эрголиновые (бромокриптин, абергин, каберголин); 2) препараты, не относящиеся к производным алкалоидов спорыньи – неэрголиновые (хвинаголид). Бромокриптин – первый полусинтетический алкалоид спорыньи, нашедший широкое применение в клинической практике с 1972 г. Бромокриптин является препаратом первого ряда, с назначения которого начинается терапия ГПТ-состояний, требующих медикаментозного лечения [Кушнир О. Н., 2007].

Прием бромокриптина позволяет восстанавливать нормальный уровень пролактина и функцию гонад у больных в 80–85 % случаев. Средняя терапевтическая доза бромокриптина составляет от 2,5 до 15 мг/сут, в редких случаях – до 30 мг/сут.

Из побочных действий препарата в течение первых нескольких дней лечения у некоторых больных отмечают тошноту, реже – головокружение, слабость или рвоту, которые не требуют прекращения терапии. В редких случаях бромокриптин вызывает ортостатическую гипотонию, которая иногда может приводить к коллапсу, поэтому в первые дни лечения рекомендуется контролировать артериальное давление. Обычно эти побочные действия зависят от дозы препарата.

Абергин обладает более продолжительной пролактинингибирующей активностью. Режим назначения препарата такой же, как и у бромокриптина, средняя дозировка при ГПТ составляет от 4 до 16 мг/сут в 2–3 приема во время еды. В целом данный препарат не имеет реальных преимуществ перед бромокриптином. В случаях индивидуальной непереносимости препаратов бромокриптина, наличия серьезных побочных эффектов, нечувствительности к препарату (5–17 % больных) назначаются селективные стимуляторы дофаминовых рецепторов – препараты хвинаголида или каберголина.

Необходимо также остановиться на общих вопросах, связанных с профилактикой НЭД у больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством. В первую очередь это касается соблюдения принципа информированного согласия пациентов на проведение терапии антипсихотиками. До начала лечения следует объективно информировать больного о спектре нежелательных явлений, т. е. побочных эндокринных эффектах, развивающихся при нейролептической терапии, методах их профилактики, диагностики и коррекции. Важное значение имеет обучение больных доступным методам самоконтроля физического состояния. Так, при появлении НМЦ, снижении полового влечения, выделениях из молочных желез, гинекомастии, увеличении веса и повышении аппетита необходимо рекомендовать больному немедленно сообщить об этих симптомах лечащему врачу.

Все большее значение приобретает необходимость регулярных профилактических осмотров у психоэндокринолога с обязательным гормональным (пролактин, гормоны ГГГ-оси), эндокринологическим и антропометрическим (выявление клинической симптоматики синдрома ГПТ) обследованиями больных в процессе как купирующей, так и длительной противорецидивной терапии.

В тех случаях, когда возможность консультации у психоэндокринолога отсутствует, врач-психиатр должен сам осматривать больного с целью выявления симптомов, характерных для нейроэндокринных дисфункций, оценивать их выраженность и значимость. Своевременное выявление ГПТ, проведение диагностических, а при необходимости коррекционных мероприятий, а также выбор оптимальной терапевтической тактики (снижение дозы препарата, замена антипсихотика и т. п.) – всё это позволяет улучшить качество жизни пациента, обеспечить соблюдение режима приема нейролептика и повысить комплаентность.

На Синайской конференции (Нью-Йорк, октябрь 2002 г.) были разработаны рекомендации для систематического мониторинга физического здоровья пациентов с шизофренией, длительно принимающих антипсихотики [Marder S. R., Essock S. M., Miller A. L., 2002]. Для профилактики ГПТ участниками конференции были одобрены следующие рекомендации.

Врачи-психиатры должны иметь информацию о симптомах, связанных с повышением уровня пролактина; целесообразно разработать специальные опросники для выявления симптомов ГПТ для женщин и мужчин.

При каждом посещении больного следует активно расспрашивать о симптомах ГПТ.

При расспросе женщин следует обращать внимание на изменения менструального цикла, либидо и наличие галактореи. При отсутствии спонтанной галактореи следует активно проверять наличие выделений из молочных желез.

Мужчин следует активно расспрашивать об изменениях либидо, эрекции и эякуляции.

При назначении типичных антипсихотиков, рисперидона, замещенных бензамидов (сульпирид, амисульпирид) и по клиническим показаниям необходимо регулярно контролировать уровень пролактина в плазме.

Если у пациента появились симптомы, указывающие на ГПТ (аменорея, галакторея, сексуальная дисфункция), целесообразно рассмотреть вопрос о смене антипсихотика или назначении дофаминомиметиков (бромокриптина) [Melkersson K., 2005].

Выводы. Соблюдение вышеперечисленных рекомендаций позволит минимизировать явления гиперпролактинемии при лечении атипичными антипсихотиками и будет способствовать приверженности терапии.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Петренко Н. В., Завьялова Н. Е., Романенко В. Н., Кондратов А. Ю., Коковина Л. И.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Психотерапия – активно развивающее направление в терапии психических расстройств. Основная цель психотерапии заключается в переструктурировании личности, активизации внутренних ресурсов, обращении внимания пациента к высшим человеческим ценностям (Ялом И., 2011).

Групповая психотерапия является необходимой формой стационарной терапии, в которой пациенты могут получать пользу от групповой работы, специально организованной в соответствии с их потребностями и уровнем функционирования. Основной целью групповой психотерапии в стационаре является вовлечение пациентов в конструктивно-лечебный процесс, который бы воспринимался как позитивный ресурс в течение длительного времени после выписки из стационара. Следует отметить, что для многих пациентов опыт получения психотерапевтической помощи в психиатрическом стационаре является первым опытом получения психотерапии вообще. Нами было выявлено, что если опыт пациента, полученный в стационаре, был достаточно позитивным, если пациент получил ощутимую поддержку, то он приходил к выводу о необходимости посещения группы поддерживающей психотерапии.

Материал и методы. На базе пограничного отделения ГБУЗ КО НКПБ на протяжении 3 лет проводилась индивидуальная и групповая психотерапия пациентов с невротическими расстройствами и неврозоподобными состояниями вследствие остаточных явлений органического поражения центральной нервной системы.

Обсуждение результатов. За 3-летний период пролечено 280 пациентов, в том числе с невротическими расстройствами – 180 человек; с расстройством адаптации с тревожно-депрессивными синдромом – 64 человека; с тревожно-фобическими расстройствами – 83 пациента; с соматоформными расстройствами – 35 человек; с неврозоподобными состояниями, обусловленными остаточными явления органического поражения центральной нервной системы – 102 человека; с шизофренией – 50 человек; с биполярным аффективным расстройством – 8 человек.

В психотерапевтической работе с пациентами были использованы техники снижения тревожности, физические и дыхательные упражнения. Групповая психотерапия проводилась в атмосфере безопасности, эмпатийной поддержки. Пациентам предлагались задания, замаскированные под игры, которые особенно полезны для вовлечения в работу при серьезной регрессии. Психотерапевтическая группа помогала пациентам понять, что доверять другим и говорить о своих проблемах с заинтересованным в них людьми полезно. Пациенты начинали осознавать, что эмпатическое переживание облегчает душевную боль. Выслушивая участников психотерапевтической группы, пациенты узнавали, что и другие люди могут испытывать сходные переживания, в связи с чем у них исчезало чувство уникальности собственного страдания. Другими словами, в психотерапевтической группе пациенты впервые соприкасались с психотерапевтическими факторами сплоченности и универсальности человеческих переживаний.

Групповая психотерапия проводилась с частотой 3 раза в неделю в течение 90 минут (группы смешанные, открытые). Мы считаем, что время однократного пребывания в психотерапевтической группе стационара недостаточно для того, чтобы пациенты могли глубоко проработать свои проблемы. Однако, как обнаружилось при анализе нашего материала, первичная группа помогала пациентам выявить те или другие проблемы, которые они потом прорабатывали при дальнейшем получении психотерапевтической помощи (как во время пребывания в психиатрической клинике, так и после выписки). Стационарная группа способствовала разрушению барьеров, отгораживающих пациентов друг от друга. Пребывание в группе способствовало в приобретении бесценного опыта, помогающего пациентам оптимизировать навыки общения, преодолевать изоляцию. Групповая психотерапия способствовала ослаблению тревоги, связанной в пребыванием в психиатрическом стационаре. Часто пациенты успокаивались, если узнавали, что другие участники разделяют их страхи и сомнения.

Следует отметить важнейшую роль психотерапевта в проведении групповой психотерапии в условиях психиатрического стационара. Для создания необходимых и достаточных условий протекания эффективного психотерапевтического процесса необходима искренняя, безопасная атмосфера, чувство принятия друг друга со всеми достоинствами и недостатками, эмпатического сопереживания. Терапевт должен помогать жить здесь и сейчас, раскрывать истоки скрытых проблем пациентов, видеть позитивные стороны межличностных взаимоотношений, честно формулировать свои мысли и желания, достигать близости с другими людьми, учиться выражать свои чувства.

Особо следует сказать о психотерапевтическом лечении больных эндогенными психозами. Методы групповой и индивидуальной психотерапии были применены к 58 больным шизофренией и биполярными аффективными расстройствами.

Чрезмерное увлечение психиатров психотропными препаратами, достигшее апогея в 60—70-х годах прошлого столетия, постепенно стало спадать, так как стало понятно, что большинство лекарственных средств при лечении шизофрении не дают глубоких и стойких ремиссий, вызывают вялость и апатию больных, депрессивное состояние. Приступая к лечению больного, мы применяли оптимальные дозы в остром периоде заболевания с внесением в лечение элементов психотерапии в виде сочувствия, принятия его как личности, несмотря на актуальные психопатологические переживания. По мере лечения на фоне седативного и частичного антипсихотического эффекта у больного возникало сомнение в реальности его патологических переживаний. В этот период работы с некоторыми больными удается продемонстрировать противоречие его патологических переживаний и реальности. Большое значение придается коррекции негативного влияния на пациента больничной среды и осложнений психофармакотерапии. В процессе ежедневного общения выявляются сохранные формы личностного реагирования, противопоставляемые болезненному процессу. Характерологические особенности пациента, различные проявления компенсации и адаптации, психологической защиты оказывают патопластическое влияние на клинические проявления. Известно, что многие больные сознательно сопротивляются выздоровлению, стремясь остаться в своей болезненной нише, опасаясь выйти в чуждый для них мир окружающей действительности. В таких случаях мы пытаемся помочь пациенту найти свое применение в жизни, вспомнить прежние интересы и увлечения, трудовые навыки или привить новые, научить его общению и соотнесению своего поведения с общепринятыми нормами.

Наиболее частое состояние при большинстве психических заболеваний – тревога, от которой полностью избавиться трудно, а порой и невозможно. Терапевт предлагает пациенту составить список тревожных ситуаций и способов ее уменьшения. В процессе психотерапии врач обучает больного методам релаксации с помощью музыки, принятия ванны, прогулки, чтения, медитации, занятий в бассейне, в зависимости от индивидуальных предпочтений, советует браться одновременно только за одно, а не несколько дел, чтобы излишне не напрягаться, а также составить расписание и список дел на каждый день. Кроме того, убеждает больного при тревоге, стрессовых ситуациях не прибегать к спиртному, наркотикам, чаю, кофе и другим излишне тонирующим напиткам.

Врач разъясняет пациенту необходимость смириться с диагнозом и научиться жить в новом качестве, а также понять, что диагноз шизофрении – не приговор, а лишь особенность характера, мышления, эмоций, миропонимания, которые в ряде случаев не слишком влияют на его уклад жизни. Следует напомнить пациенту, что среди великих ученых, писателей и поэтов много лиц с психическими заболеваниями, и именно благодаря неординарности их мышления они совершили мировые открытия и написали свои знаменитые произведения.

Психотерапевтическое лечение больных шизофренией чаще осуществляется в психотерапевтических группах с участием пациентов с другими психозами и пограничными состояниями, которые в процессе работы могут оказать активирующее влияние. Психотерапия при шизофрении является важным звеном лечебно-реабилитационных программ, а в целом в терапии шизофрении необходимо сочетание биологических, психотерапевтических и социальных методов. Психотерапия больных шизофренией должна быть гибкой и включать разные техники: поведенческая терапия, переформирование, элементы психоанализа, метод интервьюирования в рамках нейролингвистического программирования. Все это ведет к улучшению психического состояния и ослаблению психопатологических симптомов. Наилучший отдаленный результат при шизофрении достигнут при сочетании психотерапии с социально-трудовой реабилитацией и психофармакотерапией. Это комбинация оказывается эффективной даже при лечении больных с выраженным эмоционально-волевым дефектом, а в ряде случаев позволяет снизить прогредиентность течения шизофренического процесса, стабилизировать и вызвать позитивную динамику.

Результаты. В результате проделанной работы нами было отмечено стойкое улучшение состояния у 57 % пациентов с восстановлением трудоспособности и социального функционирования, значительное улучшение – у 34 % пациентов с нерезко выраженными нарушениями социального функционирование, незначительное улучшение – у 9 % пациентов (пациенты с эндогенными расстройствами, длительным течением заболевания). Таким образом, психотерапия в комплексном лечении пациентов в психиатрической клинике эффективна, актуальна и существенно улучшает качество жизни данной категории больных.

СТРУКТУРНЫЕ И ГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИСУНКА КАК КОРРЕЛЯТЫ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Пешковская А. Г., Мандель А. И.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

В патоморфозе алкогольной зависимости отражаются неблагоприятные сдвиги, обусловленные отрицательным влиянием комплекса факторов – биологических, социокультуральных, личностных. Результаты многих исследований свидетельствуют о существенном влиянии этнокультуральных особенностей на динамические характеристики заболевания. Высокий уровень употребления алкоголя с вредными последствиями, рост алкоголизма, в том числе с психотической формой заболевания, отмечается среди тувинцев – коренного населения Республики Тыва.

На наркологическом учете в республике состоит 3,2 % населения трудоспособного возраста, регистрируется рост заболеваемости наркологическими расстройствами «новой волны», определяющий структуру региональной наркологической ситуации (Бадыргы И. О., 2015). Симптомы алкогольной зависимости у употребляющих алкоголь тувинцев формируются прогредиентно, а последствия алкоголизма, в частности когнитивные нарушения, оказываются более тяжелыми для представителей тувинского этноса (Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г. и др., 2013; Mandel A. et al., 2015; Bokhan N. et al., 2015).

В этом контексте изучение клинико-психологических взаимосвязей при алкогольной зависимости у лиц тувинской и русской национальностей с целью расширения этнических границ предметного поля реабилитационных технологий и стабилизации терапевтических ремиссий в высшей степени актуально, что и явилось **целью** исследования.

Материалы и методы исследования. Клинико-психопатологическому, клинико-динамическому и экспериментально-психологическому обследованию было подвергнуто 155 больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих на учете в Республиканском наркологическом диспансере (г. Кызыл). Общая исследовательская группа состояла из 91 человека тувинской национальности (средний возраст 44,3±10,0 года, давность заболевания 9,7 года) и 64 человек русской национальности (средний возраст 42,6±10,23 года, давность заболевания 10,2 года), постоянно проживающих в Республике Тыва. Наряду с клинико-психопатологическим методом применяли методику пиктограмм (Венгер А. Л., 2007). Сопоставление групп проводилось с использованием U-критерия Манна-Уитни. Анализ корреляций осуществлялся при помощи критериев коэффициента корреляции r-Спирмена, коэффициента конкордации τ-Кендалла.

Результаты исследования. Тяжесть клинических проявлений алкогольной зависимости обнаруживает связь со структурными и графическими особенностями рисунков больных алкоголизмом. Так, повторение человеческих фигур или мелких деталей человеческого тела, предметов, символов – типическая и атипическая стереотипия – имеет связь с продолжительностью синдрома отмены ($r=0,41$, $p=0,035$ в группе тувинцев). Стереотипия выражена в протоколах 40,3 % тувинцев и 31,8 % русских с алкогольными психозами, что характеризует снижение доступного уровня обобщения, однообразие ассоциативных связей, а также выступает одним из признаков, указывающих на наличие органического поражения головного мозга. При люцидном алкоголизме подобное усиление стереотипизирующей установки встречается в 2 раза реже (в 21,4 % и 12,5 % пиктограммах соответственно).

Использование предыдущего рисунка для построения образа на последующее понятие пиктограммы – феномен «единой системы», отражающий смещение стереотипизирующей установки, коррелирует с количеством предпринятых попыток лечения в группе русских ($\tau=0,68$, $p=0,032$) и продолжительностью синдрома отмены у тувинцев ($\tau=0,30$, $p=0,029$). Показано, что чем дольше длительность систематического употребления алкоголя, тем чаще имеет место персеверация – прямое повторение идентичных изображений на два и более понятия пиктограммы ($\tau=0,26$, $p=0,034$ для всей выборки).

С нарастанием тяжести проявлений алкогольной зависимости снижается метафоричность мышления ($\tau=-0,26$, $p=0,040$), чаще наблюдаются нарушения мышления: растет неадекватная графическая символика ($r=0,42$, $p=0,043$ в группе тувинцев); увеличивается число «конфабулятивных» пиктографических образов, при которых смысловое поле понятия не связано со смысловым полем соответствующего ему рисунка, а связь придумывается самим испытуемым ($\tau=0,57$, $p=0,034$ в группе русских).

Индикаторами интеллектуальных нарушений, наряду с содержательными и структурными особенностями изображения, являются композиционные характеристики рисунка, или его графическая стабильность. Под стабильностью понимается выбор размера рисунка, адекватного размеру листка и характеру задания (необходимость размещения нескольких рисунков на одном листке), правильное расположение рисунков на листке, соблюдение приблизительно одинаковых размеров рисунков и расстояний между ними, отсутствие значительных колебаний нажима линий.

При нарушениях, имеющих органическую основу, наблюдается дестабилизация графических характеристик – вариабельность нажима, размеров, расстояний, неупорядоченность композиции рисунков (Венгер А. Л., 2007). Так, доля подобных дестабилизированных рисунков у больных с алкогольными психозами достаточно высока и составляет 72,6 % у тувинцев и 77,3 % у русских, в то время как в группах пациентов с люцидным алкоголизмом она не превышает 50,0 %. Вместе с тем графические феномены-индикаторы органического поражения головного мозга преобладают в рисунках больных с алкогольными психозами вне зависимости от этнической принадлежности ($p>0,05$).

Таким образом, тяжесть алкогольной зависимости, проявляющаяся в органических нарушениях головного мозга, находит свое выражение в особенностях выполнения рисуночных тестов больных алкоголизмом. Более тяжелые клинические проявления алкогольной зависимости сопровождаются снижением интеллектуальных характеристик рисунка. Дестабилизация композиционной структуры является отражением нарушений, имеющих органический характер и проявляющихся более ярко в пиктографических тестах больных с алкогольными психозами вне зависимости от этнической принадлежности ($p>0,05$).

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 14-06-00531а «Психосоциальные, этнокультуральные и генетические детерминанты алкогольной зависимости у представителей коренного населения Сибири».

Литература

1. *Бадыргы И. О*. Особенности формирования алкоголизма и алкогольных психозов у коренного населения Республики Тыва : автореф. дис. … канд. мед. наук. – Томск, 2015. – 22 с.
2. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г. и др*. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Вып. 6. – С. 9—14.
3. *Венгер А. Л.* Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М. : ВЛАДОС-ПРЕСС, 2007. – 160 с.
4. *Mandel A., Peshkovskaya A., Bokhan T., Badyrgy I.* Ethno-cultural context of clinical-psychological interrelationships in alcohol dependence // World Cultural Psychiatry Research Review (WCPR). – 2015. – Vol. 10, № 2. – P. 74—78. – http://www.wcprr.org/volumes/volume-10-number-2/
5. *Bokhan N., Peshkovskaya A., Mandel A., Badyrgy I., Mikhalickaya E.* The Influence of Alcohol Addiction on Cognitive Functions of the Representatives of Indigenous Population of Siberia // Mediterranean Journal of Social Sciences MCSER Publishing. – Rome, Italy, 2015. – Dec. – Vol. 6, № 6. – P. 337—344.

ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Плетнева Т. Г.[1], Дроздовский Ю. В.[2]

[1] БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова», Омск
[2] ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск

Актуальность изучения взаимоотношения и взаимовлияния микросоциально-средовых, конституционально-биологических, экзогенно-органических и соматогенных факторов, участвующих в развитии пограничных психических расстройств у детей и подростков, обнаруживающих школьную дезадаптацию, обусловлена высокими показателями распространённости непсихотических психических нарушений в детско-подростковом возрасте (Семке В. Я., Агарков А. П., Логунцова О. Н., 2004; Елисеев А. В., 2006; Назарова Л. Н., 2009; Сухарева Л. М., 2009; Гончарова Г. А., 2009; Филлипова Е. А., 2010; Ткачук Е. А., Филлипов Е. С., 2012). В 1991—2012 гг. на фоне снижения численности детского и подросткового населения повысилась распространённость психических расстройств у детей и подростков (Макушкин Е. В., Демчева Н. К., Творогова Н. А., 2014) с одновременным увеличением доли непсихотических психических расстройств в этот период. Около 40 % детей и подростков страдают психосоматическими расстройствами, более 70 % затрудняются в усвоении базовой школьной программы обучения (Аппенянский А. И., Шевченко Ю. С., 2011).

Цель исследования. Разработка принципов диагностики, реабилитации и профилактических мероприятий при пограничных психических расстройствах у детей и подростков младшей возрастной группы на основе изучения клинических закономерностей формирования, типологии и динамики обнаруженных психических нарушений и качества жизни в связи со школьной дезадаптацией.

Материалы исследования. Всего обследовано 155 детей и подростков, из них 108 мальчиков и 47 девочек, обнаруживших признаки школьной дезадаптации, проходивших лечение в психиатрическом дневном стационаре для детей и подростков в период с 2012 по 2015 г.

Методы исследования. В работе использованы клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, психологический, статистический методы исследования. Наличие школьной дезадаптации подтверждалось заполнением карты оценки степени выраженности школьной дезадаптации (Мазаева Н. А., Шмакова О. П., 2005) на основании данных клинического обследования.

Результаты. В основную группу исследования были включены дети и подростки в возрасте от 10 до 15 лет с астеническими проявлениями, эмоциональной лабильностью, нарушениями поведения, невротическими реакциями, лёгкими когнитивными нарушениями. Средний их возраст составил 11,97±0,24 года.

Наследственная отягощенность у детей и подростков с пограничными психическими расстройствами изучалась у родственников первой и второй степеней родства по таким нервно-психическим заболеваниям, как алкоголизм, эпилепсия, шизофрения, умственная отсталость, неврозы, психопатии, депрессии, наркомании, самоубийства. Наследственная отягощённость по нервно-психическим заболеваниям в нашем исследовании наблюдается у 50 % пациентов. Наследственная отягощенность выявлена по всем исследуемым параметрам. Особенно высок показатель по заболеванию алкоголизмом у родственников, который встречается более чем в 32 % случаев, причём 2/3 от этого числа – родители (один или оба). У отцов алкоголизм встречается в 57 % случаев, у матерей – в 43 %.

Резидуально-органические проявления в исследуемой группе, как клинико-патогенетический фактор, оказались значимыми. Так, анализ имеющихся данных показал, что у 147 пациентов (94,8 %) на первом году отмечались проявления перинатальной энцефалопатии (ПЭП). В 72 случаях (46,4 %) ПЭП в дошкольном возрасте сочеталась с задержкой психического развития (ЗПР); в 35 случаях (22,6 %) отмечалось сочетание ПЭП с вегетососудистой дистонией (ВСД) в школьном возрасте; в 16 случаях (10,3 %) обнаруживались проявления ПЭП, ЗПР и ВСД; у 17 пациентов (10,9 %) отмечалось сочетание ПЭП и энцефалопатии вследствие перенесенных ЧМТ. Во многих случаях «органическая предиспозиция» способствовала развитию и декомпенсации болезненных проявлений.

Одним из факторов, создающих предпосылки к развитию школьной дезадаптации, явилась соматическая ослабленность, встречавшаяся у 95 детей и подростков (61,3 %).

В исследуемой группе детей и подростков был проведён анализ социально-психологических влияний: состава семьи, типов воспитания в различных семьях, образовательного уровня родителей и их производственно-т рудовой занятости.

В полных семьях воспитывались 74 (47,4 %) ребёнка и подростка, в неполных семьях, где воспитанием занималась только мать, воспитывались 44 пациента (28,4 %), в неполных семьях, где воспитанием занимался отец, – 3 (1,94 %), в семьях с изменённой структурой с наличием мачехи – 2 (1,29 %), с наличием отчима – 21 (13,5 %), в гражданском браке состояла 1 пара родителей (0,65 %). В единичным случаях (2 – 1,29 %) детей и подростков воспитывали опекуны, не являющиеся родственниками. В 8 (5,16 %) случаях опекунами являлись близкие родственники.

При анализе внутрисемейных отношений в полных семьях гармоничное воспитание встречалось в 43,2 % случаев. В неполных семьях, семьях с изменённой структурой гармоничное воспитание выявлено в 25,9 % наблюдений.

При анализе уровня образования родителей преобладали отцы и матери со средним специальным образованием (45,5 %). Высшее образование получили 25,8 % родителей, среднее – 23,2 %. Родители, имеющие незаконченное среднее образование, вели асоциальный образ жизни, не выполняли своих родительских обязанностей, в связи с чем их дети находились под опекой.

При исследовании были выявлены и особенности трудовой занятости родителей. В 58 % случаев оба родителя работали. Анализ трудовой занятости отцов показал следующее: по специальности работали 77 (49,6 %), не по специальности – 37 (23,8 %), были безработными – 13 (8,4 %), находились в местах лишения свободы – 6 (3,9 %), имели инвалидность – 2 (1,3 %), 4 (2,6 %) являлись пенсионерами.

Анализ производственно-трудовой занятости матерей выявил, что по специальности работали 77 (49,6 %), работали не по специальности – 19 (12,2 %), были домохозяйками – 23 (14,8 %), были безработными – 10 (6,5 %), находились в отпуске по уходу за ребёнком – 15 (9,7 %), находились на инвалидности – 2 (1,3 %), 1 (0,6 %) пенсионерка, 3 (1,9 %) матерей находились в местах лишения свободы.

На каждого ребёнка заполнялась карта оценки степени проявлений выраженности школьной дезадаптации (Мазаева Н. А., Шмакова О. П., 2005). Наиболее представленной оказалась группа детей и подростков с наличием школьной дезадаптации – 90 чел. (58,1 %), выраженные проявления школьной дезадаптации отмечались у 26 чел. (16,7 %), лёгкие проявления школьной дезадаптации обнаружены у 39 чел. (25,2 %).

При распределении пациентов на группы по возрасту (с 10 до 15 лет) были выявлены следующие особенности. Так, максимальное количество пациентов были в возрасте 10 лет – 34 чел. (21,9 %), 31 (20 %) – в возрасте 11 лет, 33 (21,3 %) – 12 лет, 29 (18,7 %) – 13 лет, 19 (12,3 %) – 14 лет, 9 (5,8 %) – 15 лет. Количественно группы уменьшались равномерно к 15 годам.

Всем детям и подросткам с признаками школьной дезадаптации, пролеченным в психиатрическом дневном стационаре, оказана комплексная медико-психолого-педагогическая помощь в рамках индивидуально составленного плана работы полипрофессиональной бригады психиатрического детского дневного стационара для детей и подростков.

Выводы. Наследственная отягощённость по нервно-психическим заболеваниям по итогам проведенного исследовании наблюдается у 50 % пациентов независимо от половой принадлежности. У 147 пациентов (94,8 %) отмечались резидуально-органические проявления. Соматическая ослабленность встречалась у 95 детей и подростков (61,3 %). Проведён анализ социально-психологических составляющих: состава семьи, типов воспитания в различных семьях, образовательного уровня родителей и их трудовой занятости. Показано, что пограничные психические расстройства у детей и подростков, обнаруживших проявления школьной дезадаптации, формируются на основе сложных патогенетических механизмов, в том числе биологических (органических) и психогенных (невротических), от которых зависит выбор лечебно-реабилитационных и профилактических программ.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА

Рахмазова Л. Д.[1], Макарова Е. М.[2]

[1] НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск
[2] ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Изучение распространенности психических заболеваний среди населения Сибири показало стабильно высокие показатели в сравнении с республиканскими значениями, как первичной, так и общей заболеваемости всех психических расстройств, неравномерность их темпов прироста по административным территориям, разнонаправленность корреляционных взаимосвязей с экономическими детерминантами территорий и низкие показатели распространенности психических заболеваний в полиэтнических популяциях (республики Бурятия, Хакасия, Тува, Алтай). Коренное население Сибири и Дальнего Востока представлено национальностями с различной эволюцией, историей, культурой, мировоззрением, стереотипами поведения, общения, представлениями о норме и патологии, различным отношением к проявлениям психических заболеваний, которое может колебаться от пермиссивного до выражено ограничительного, что определяет необходимость изучения взаимоотношений характеристик этнокультурного пространства и психических расстройств. При этом этнокультурное пространство может иметь как объединяющую, так и дезинтегрирующую направленность, что, без сомнения, будет находить отражение на психическом здоровье данной популяции.

Изменяющаяся социально-экономическая ситуация в стране в целом, присущее территориальное своеобразие каждой конкретной территории также являются факторами, влияющими на показатели психического здоровья субпопуляций. Во многом психическое здоровье популяции определяется и фактом совместного проживания на одной территории представителей разных национальностей, когда в силу вступают законы метизации, аккультурации. Более того, под техногенным давлением у некоторых представителей коренного населения происходит ломка жизненных, нутрификационных стереотипов, религиозных и морально-этических представлений, что отражается на биосоциальном уровне личности и может привести к явлениям психофизической дезадаптации.

По мнению R. Lewis-Fernandes, A. Kleinman (1994), изучение личности и психопатологии через «призму культуры, в совокупности с изучением социальных процессов» будет способствовать установлению причинно-следственных взаимоотношений «эндогенного» и «экзогенного» компонентов в природе мультифакториальных заболеваний. Только в таком случае изучение психического здоровья населения в рамках его социокультурного пространства будет оптимальным. О. В. Естрина (2014) определяет социокультурное пространство как специфическую пространственно-временную целостность, являющуюся результатом генезиса и функционирования культуры во взаимосвязи с социальными параметрами.

В данном контексте изучение психического здоровья следует решать с использованием кросскультурального (изучение психических симптомов и заболеваний у народов и этносов с учетом их социокультуральных паттернов и этнографических данных) и транскультурального (сравнительная оценка психических расстройств, выбора лечебных методов, организационных форм и других аспектов психической жизни народов) подходов, что позволяет получить результаты как по горизонтали (собственно сравнительные исследования), так и по вертикали (длительное проспективное изучение феномена в изменяющихся социальных условиях). Определение факторов, влияющих на психическое здоровье той или иной группы, популяции, причинно-следственных взаимоотношений в развитии болезненных состояний возможно при использовании комплекса методов клинической эпидемиологии, социологии, клинической психологии, статистики с определением необходимых и достаточных детерминант для выбранного объекта исследования.

СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СУИЦИДОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА В ТАЙМЫРСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ

Рылев А. В., Рылева В. А., Мороз В. В., Березовская М. А.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5», Норильск
ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск

Последние годы научное сообщество планеты стало уделять особое внимание проблемам аутоагрессивного поведения. По данным ВОЗ, число суицидов в мире составляет около 1 млн в год. Лидерами по этому показателю являются Южная Корея, страны Балтии, Белоруссия и Россия. В 2015 г. в России суицидологический показатель достиг 50-летнего минимума (17,1 на 100 000 населения), но количество суицидов остается достаточно высоким. В отчете Росстата говорится, что за 11 месяцев 2015 г. от самоубийств погибло больше россиян, чем в результате дорожно-транспортных происшествий. Показатели суицидальной активности колеблются в значительных пределах в зависимости от региона, социально-экономических условий проживания, политики, культурных традиций, религии, психологии и т. д. В некоторых регионах России суицидологический показатель остается эпидемиологическим (Корякский автономный округ, Удмуртия, Таймыр), в других регионах (Кавказ) на протяжении многих лет он остается низким, составляя 0,8 случая на 100 000 населения. Такие крайние различия требуют глубокого междисциплинарного изучения этого феномена.

При переезде на Крайний Север человек подвергается воздействию целого ряда экологических факторов, которые с учетом их физических и химических характеристик можно разделить на специфические и неспецифические. К неспецифическим факторам относят холод, тяжелый аэродинамический режим, особенности питания, т. е. те факторы, которые встречаются в других регионах. К специфическим факторам, играющим большую роль в адаптации человека, следует относить изменение фотопериодизма и явления электромагнитной природы. Влияя на организм, эти факторы формируют своеобразный «экологический портрет» жителя Крайнего Севера.

По данным исследований Норильской Лаборатории полярной медицины Сибирского отделения РАМН, на Севере в основе дезадаптивных расстройств лежит состояние истощения защитных резервов организма человека, названное В. П. Казначеевым (1980) «синдромом полярного напряжения». Одним из его составляющих является синдром психоэмоционального напряжения. По данным Ф. Б. Березина и Е. Д. Соколовой, клинически выраженные психические нарушения возникают в первые 3 года пребывания на Севере в 2 раза чаще, чем в последующие 6 лет. Количество нарушений вновь возрастает при длительном (10—15 лет) пребывании на Севере. Частота психических нарушений (особенно в форме невротических реакций и психопатических состояний) выявляется значительно реже среди коренного населения в сравнении с пришлым. Одним из вариантов патологии, возникающей на основе психоэмоционального напряжения, является алкоголизм. С наличием этих заболеваний связаны показатели самоубийств, убийств, травматизма, которые в большинстве своем приходятся на первые годы жизни на Севере.

В 2015 г. ученые доказали генетическую причину сезонной депрессии, связанной с сезонными изменениями освещенности и наиболее часто встречающуюся в зимние месяцы. Предрасположенность этому состоянию может быть обусловлена мутацией в гене PER3, влияющем на циркадные ритмы. Установлено, что при длительности дня 4 часа, а ночи 20 часов появляются признаки депрессии. При полном выключении гена PER3 симптомы депрессии усугублялись. Сезонная депрессия поражает до 3 % населения и наиболее часто встречается в возрасте 18—30 лет.

Изучение динамики частоты суицидов в Таймырском муниципальном районе выявило следующее: в 1990 г. число суицидов составило 19,7 на 100 000 населения с дальнейшим постепенным ростом: в 1997 г. – 60 на 100 000, в 2005 г. – 69,3 на 100 000 и незначительным снижением в 2015 г. – 54 на 100000. Полученные данные свидетельствуют о критической обстановке суицидальной активности.

На материалах Таймыра нами проведен анализ завершенных суицидов помесячно на протяжении ряда лет: в 1995, 2000, 2005, 2008, 2015 гг. Исследование проводилось клинико-эпидемиологическим методом и «психологической аутопсии» путем сбора информации из танатологических карт в патолого-анатомическом центре г. Дудинки. Выяснилось, что самоубийства встречались у 62,7 % лиц приезжего населения (преимущественно у славян) и среди 37,3 % субпопуляций коренного населения.

По результатам анализа максимальное среднее число суицидов приходится на январь (10 человек), апрель (8 человек), август (9 человек). Следует отметить, что январь является месяцем выхода из полярной ночи, а август – месяцем выхода из белой ночи. Несмотря на такую особенность, остается высоким число суицидов в другие месяцы года.

Гендерный анализ распределения числа самоубийств показал, что суицидов в период 1990–2005 гг. и в 2015 г. среди мужчин было в среднем 87,7 %, среди женщин – 12,3 %. Соотношение мужчин и женщин составило 7:1, что соответствует общемировым и российским показателям. По данным исследований Лаборатории полярной медицины, в 2000 г. смертность от самоубийств и алкогольного отравления у мужчин в первые 5 лет жизни в экстремальных условиях составляет 56,2 %, а у женщин – 28,5 % от всей смертности на Севере.

Резюмируя вышеизложенное, следует констатировать, что суицидологическая ситуация на Таймыре, несмотря на его малочисленность, сложилась критической (54 случая на 100 000 населения в 2015 г.). В связи с этим возникает крайняя необходимость создания в регионе суицидологической службы с учетом региональных клинических и этнокультуральных особенностей.

В структуре суицидологической службы необходимо организовать кризисный центр с телефоном доверия, активно и корректно освещать проблемы суицидов в СМИ, привлекать врача-психиатра в медицинскую комиссию во время проведения профилактических осмотров и диспансеризации, осуществлять наблюдение и оказание консультативно-психологической помощи в психоневрологическом диспансере пациентам с парасуицидами.

Поскольку освоение Крайнего Севера осуществляется преимущественно приезжими жителями, проблема адаптации человека к экстремальным условиям обитания до настоящего времени остается актуальной. Изучение феноменов соматической и психической дезадаптации и в последующем их коррекции требует междисциплинарного исследования.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ ТИПИЧНЫМИ И АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ

Сахаров Ю. Н., Завьялова Н. Е.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

В последние годы у практических врачей-психиатров появилась возможность назначать своим пациентам атипичные нейролептики, которые уже являлись основными в алгоритме использования врачами зарубежных стран в силу их высокой эффективности и хорошей переносимости. Сегодня и мы имеем достаточный опыт применения этих лекарственных средств, поэтому можем представить собственные выводы об их положительных свойствах.

Целью исследования явилось сравнение результатов лечения обследованной выборки пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная» типичными нейролептиками пролонгированного действия (модитен-депо и галоперидол деканоат) (первая группа) и атипичными нейролептиками-пролонгами (рисполепт конста) (вторая группа).

Материал и методы. В первую группу вошло 42 пациента (мужчин – 20, женщин – 22), вторая группа включала 52 пациента (мужчин – 25, женщин – 27), из них недееспособными в первой группе являлись 8 пациентов (19 %): мужчин – 2, женщин – 6; во второй группе недееспособными были 6 пациентов (11,5 %): мужчин – 4, женщин – 2. У всех пациентов наблюдалась активность заболевания разной степени выраженности, что приводило к необходимости частого лечения в стационарных условиях.

Все пациенты являлись инвалидами. В первой группе вторую группу инвалидности имели 35 (83 %) пациентов (мужчин – 16, женщин – 19), во второй группе – 41 (79 %) пациент (мужчин – 17, женщин – 24). Инвалидами первой группы были 7 (17 %) пациентов в первой группе (мужчин – 5, женщин – 2) и 11 (21 %) пациентов во второй группе (мужчин – 8, женщин – 3). Преобладающее число пациентов находились в трудоспособном возрасте – 29 (69 %) (мужчин –16, женщин –13) и 46 (88 %) (мужчин – 24, женщин – 22) соответственно. Пациенты обеих групп наблюдались и получали лечение у психиатра не менее 10 лет (в среднем 8±2,3 года). Всем пациентам на протяжении года проводилось лечение типичными и атипичными нейролептиками пролонгированного действия.

Результаты и обсуждение. В первой группе с ремиссией менее 1 года было госпитализировано 16 38 %) пациентов (мужчин – 11, женщин – 5) при среднем возрасте 45,4 года у мужчин и 44,8 года у женщин; во второй группе – 18 (34,6 %) пациентов (мужчин – 6 и женщин – 12) при среднем возрасте 36,5 года у мужчин и 38,1 года у женщин. Поступления в стационар в первой группе были связаны с негативным отношением пациентов к лечению – 15 (94 %) (мужчин – 10, женщин – 5) и с неблагоприятными семейными условиями – 1 (6 %). Во второй группе причинами госпитализации были неблагоприятное течение заболевания – 18 (81,8 %) пациентов (мужчин – 6, женщин – 12), недостаточная доза лекарства – у 3 пациентов (15,8 %). Повышение дозы рисполепта консты с 25 мг до 37,5 мг привело к заметному улучшению психического состояния пациента.

Изучение признаков нейролептического синдрома показало, что в первой группе пациентов, получавших лечение типичными нейролептиками пролонгированного действия, явления нейролепсии наблюдались у 17 (40 %) пациентов (мужчин – 8, женщин – 9), в то время как во второй группе пациентов, принимавших атипичные нейролептики пролонгированного действия, – только в 2 случаях (3,8 %) у мужчин.

Выводы. Сравнительный анализ показал, что несмотря на тяжесть шизофренического процесса у пациентов, приведшего к инвалидизации, а в ряде случаев к лишению дееспособности, эффективность лечения традиционными и атипичными нейролептиками пролонгированного действия не выявила существенной разницы в действии на галлюцинаторно-параноидную симптоматику. Однако предпочтительным выбором всё же оказывается назначение атипичных нейролептиков ввиду наличия у них значительно меньшего количества побочных эффектов, в частности проявлений нейролептического синдрома.

ОТКРЫТЫЕ УРОКИ ЭТНОПСИХОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО МУЛЬТИКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Селезнёв С. Б.

Анапский филиал ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Анапа

Глобальная активизация миграционных процессов уже давно превратила современное российское образовательное пространство в этномультикультурное. Причем во многих регионах РФ в силу известных социально-экономических причин в последние 15 лет особо активизировалась внутрироссийская (межрегиональная) миграция, которая чрезвычайно быстро видоизменила этнокультурный состав традиционной (региональной) российской образовательной среды. И несмотря на накопленный в советское время опыт «интернациональной» педагогической работы, этнографическая трансформация высшей школы преподносит немало неожиданных проблем, эффективное преодоление которых позволяет сформировать новый, не менее полезный педагогический опыт.

В данном ретроспективном сообщении нам бы хотелось остановиться на трех основных проблемах, которые извлечены из специфических условий работы в изменившемся (этнографическая трансформация) мультикультурном образовательном пространстве вуза. Речь идет о престижном в ЮФО медицинском вузе – ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» (АГМА, сегодня – АГМУ, г. Астрахань), в котором в 2007—2008 учебному году на 9 факультетах обучалось более 3,5 тысячи студентов.

Транскультуральной особенностью образовательного пространства АГМА данного периода являлась значительная этнографическая динамика (по сути, этнографическая трансформация) с достаточно быстрым ростом в студенческой среде (в 3,5 раза за период 2003—2005 гг.) представителей северокавказских этносов (Республика Дагестан, Чеченская Республика, Республика Ингушетия и др.). Это обстоятельство связано, с одной стороны, с наличием соответствующих договоров с руководством здравоохранения этих регионов по восстановлению их кадрового медицинского потенциала, понесшего большие потери в ходе недавних военных событий на Северном Кавказе; с другой стороны – с массой социально-экономических проблем, где особое место занимали вопросы молодёжной политики, возможности обучения в вузах, последующего трудоустройства.

Первое, с чем реально столкнулись преподаватели АГМА, – эта крайне низкая базовая подготовка северокавказских «детей войны», среди которых лишь единицы могли успешно справиться с традиционными учебными нагрузками и требованиями вузовских учебных программ. Многие не знали таблицу умножения, столиц соседних республик и ведущих мировых держав. Был низок уровень морально-нравственной мотивации к будущей врачебной деятельности – большинство основным мотивом выбора профессии считали материальный достаток, а не возможность помогать людям, спасать их жизни, восстанавливать здоровье (многим даже не было известно понятие «гуманизм»). В результате, на первых же студенческих сессиях «срезалось» до 70 % студентов, чего ещё никогда не наблюдалось ни в истории этого вуза, ни в других вузах РФ и бывшего СССР.

Решение этого вопроса потребовало от вуза пересмотреть традиционные пути и требования по повышению учебной успеваемости и позволить «проблемным студентам» дать не один шанс (до 3 попыток) для более успешной пересдачи экзаменов. При этом активно использовались дополнительные занятия и репетиторство на договорных началах. Детально отработав этот новый и крайне энергозатратный алгоритм повышения успеваемости, к 2008 г. в АГМА удалось констатировать положительную тенденцию по сдаче студентами первых переводных сессий и довести порог успешной сдачи экзаменов до 75 %. Учитывая то, что в настоящее время в АГМУ также обучается более 70 % студентов из северокавказских республик (Астраханская область – 7—10 %), данный опыт продолжает активно использоваться, что позволяет в этот непростой для высшего образования период сохранить на необходимом уровне студенческий бюджетный и внебюджетный контингент.

Второе, с чем реально столкнулись кураторы и педагоги-воспитатели первокурсников, – это серьёзные этнопсихологические барьеры понимания (языковой, понятийный, культурный, коммуникативный уровни), в которых находила отражение и накопленная молодыми людьми неотреагированная «военная» агрессивная психическая энергия. Причем она не проявляла себя постоянно и открыто, а находилась достаточно длительное время в форме «скрытой агрессии», которая без труда выявлялась у этих студентов с помощью специального психологического тестирования. Но в дополнительных стрессирующих ситуациях (бытовые конфликты, семейные неурядицы, серьезные затруднения в учебе, трудности в сдаче экзаменов) агрессивная энергетика зачастую проявляла себя достаточно открыто, что нередко шокировало преподавателей и ближайшее окружение. Иногда она трансформировалась (чаще у девушек) в истерические нарушения в виде психогенных обмороков и припадков, а у юношей могла носить агрессивно-разрушающий и реже саморазрушающий характер. И это третья серьёзная проблема. Поначалу такие психогенные реакции нередко требовали экстренных вызовов СМП или сотрудников правоохранительных органов. Но это не устраняло их причины…

Выявляемый высокий уровень скрытой агрессии у подавляющего количества северокавказских студентов (до 80—85 %) позволил нам в 2003—2005 гг. прогнозировать не только их психогенные «выплески», но и возможные негативные социальные последствия в отношении агрессивного взаимодействия с коренными этносами. Однако наши предположения по этому поводу, к счастью, не подтвердились. Причиной тому стал высокий уровень терпимости и этнотолерантности у коренных этносов (татары, казахи, калмыки, русские – «старые мигранты»), которые попросту не отвечали на эмоциональные выпады и провокации со стороны более агрессивно настроенных сверстников-кавказцев. Но все же накопленная в военные годы неаотреагированная «детская военная агрессия» нашла свое воплощение внутри самой полиэтнической группы северокавказских студентов.

В конце 2006 г. в АГМА имел место достаточно серьезный межэтнический конфликт, истоки которого уходили корнями в историческое противостояние двух соседствующих, но часто враждующих между собой этносов. Это противостояние особенно остро заявило о себе уже в конце «второй Чеченской войны». Но видимо, молодому поколению эти пройденные их отцами военные уроки показались недостаточными. Поначалу конфликт возник на бытовой почве: один из студентов, несмотря на предварительную договоренность с соседями по комнате в общежитии, не смог сдать вовремя деньги на ремонт комнаты. Кто-то из ребят по этому поводу бросил обидную обобщающую фразу в адрес его рода. Должником это было расценено как оскорбление его рода и представителей его этноса. Началась словесная перепалка, а затем в ход пошли кулаки и угроза применения холодного оружия. Несмотря на то что в конфликт вовремя вмешались правоохранительные органы и руководство вуза, остановить противостояние было уже практически невозможно. В течение 1—2 дней каждая сторона собрала около себя несколько десятков сторонников, а когда количество пока еще «относительно мирно конфликтующих» молодых людей перевалило за сотни, пришлось достаточно оперативно поработать и спецслужбам.

Для нейтрализации нарастающей конфликтной ситуации достаточно быстро были привлечены авторитетные переговорщики, представители соответствующих национальных диаспор, духовенства, родители зачинщиков конфликта и даже (парадокс!) этнические криминальные авторитеты. Переговоры длились более суток, студенческая толпа долго не унималась, были попытки угроз применения оружия и взрывчатых веществ. Но в итоге здравый смысл восторжествовал, а опасное 3-дневное противостояние пошло на спад без единой серьезной жертвы. В результате ребята помирились, а их родственники в присутствии старейшин дали друг другу слово решать все споры только мирным путем.

Данные негативные реалии заставили руководство вуза пойти на активизацию психопрофилактической работы с данным студенческим контингентом вплоть до создания специализированного Центра социально-психологической адаптации студентов (Центр «СПАС» АГМА) и усиления воспитательной, спортивной и культурно-массовой работы в вузе. Практически одновременно с Центром «СПАС» был создан «Клуб межнациональных отношений», активизирована работа других студенческих общественных институтов и движений (Клуб «Коллега», «КВН», спортивные секции и соревнования по футболу и др.). В результате к периоду 2008 г. мы уже имели в АГМА достаточно толерантную и далеко неагрессивную студенческую среду, что подтверждалось объективными скрининговыми психологическими исследованиями на предмет выявления «скрытой агрессии».

Однако самой сложной сферой во всей этой представленной ситуации мультикультурного образования остается психологическая мировоззренческая перестройка социально-педагогических стереотипов самих преподавателей. Как это ни парадоксально, но лучше к этой этнокультуральной трансформации адаптируются преподаватели более старшего возраста, у которых психоадаптационные возможности по возрасту считаются более низкими. А более молодые преподаватели вуза зачастую не могли смириться с описанными выше этнопсихологическими реалиями мультикультурного образовательного пространства и нередко по собственной инициативе покидали вуз в поисках более легких путей своей профессиональной адаптации. Это обстоятельство также поставило перед руководством вуза новые задачи по повышению уровня этнопсихологических знаний и социальной адаптации у молодых преподавателей, что не менее важно, чем эффективная социальная адаптация астраханских и других российских студентов независимо от их национальности.

ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Собенников В. С., Винокуров Е. В.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск

Культуральные идиомы дистресса могут способствовать проявлению психопатологических расстройств в форме, отличной от характерной феноменологии (Семке В. Я. и др., 2001; Iwata N. et al., 1996; Kirmayer L. J. et al., 2001). У представителей незападных культур чаще обнаруживается доминирование телесных перцепций, соматизация (Kirmayer L. J., 2001; Keyes C. L. et al., 2003). В первичном медицинском звене существенную распространенность имеют расстройства с наличием пароксизмальной тревоги (панические и паникоподобные), которые обобщенно определяют как пограничные психические расстройства с пароксизмально-подобными состояниями (ППР с ПС). В условиях полиэтнического состава населения РФ диагностические и терапевтические подходы при подобных нарушениях могут потребовать учета этнокультуральных влияний.

Целью работы являлось уточнение диагностических и прогностических критериев ППР с ПС у пациентов общесоматической сети основных (якутской и славянской) этнических групп населения Республики Саха (Якутия) для оптимизации медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Обследованная выборка включала 101 пациента в возрасте от 18 до 60 лет с наличием в клинической картине психических расстройств пароксизмально-подобных состояний, послуживших поводом к обращению в учреждения общесоматической сети г. Якутска. Испытуемые распределялись по двум группам: первую группу составили 53 пациента, являющиеся представителями якутского этноса, вторую группу составили 48 пациентов славянской национальности. Основным методом исследования являлся клинический, дополненный применением клинических шкал и опросников. В работе использовались клиническая шкала тревоги Гамильтона, шкала депрессии Гамильтона (версия с 17 пунктами), шкала алекситимии TAS-20, шкала диссоциации DES, опросник соматизации SOMS.

Результаты. Психопатологические проявления ППР с ПС у пациентов в общесоматической сети отличает клинический полиморфизм. В большинстве случаев (86 %) наблюдаемые у этих больных пароксизмально-подобные нарушения квалифицировались как панические атаки, проявляющиеся в рамках панического расстройства (8 % всей выборки), агорафобии с паническим расстройством (31 %), агорафобии с паническим расстройством, коморбидным с депрессивным эпизодом (35 %), а также как паникоподобные состояния в структуре недифференцированного соматоформного расстройства, сочетающегося с депрессивным эпизодом (12 %). Гораздо реже (14,0 % выборки) наблюдались пароксизмально-подобные состояния в структуре диссоциативно-конверсионных расстройств, представленных смешанными диссоциативными (конверсионными) расстройствами (5 %) и посттравматическим стрессовым расстройством (9 %). У всех 14 пациентов с диссоциативно-конверсионными расстройствами также были выражены субсиндромальные депрессивные нарушения.

Клинико-психопатологическая структура изученных состояний анализировалась с позиций этнокультуральных влияний. Установлено преобладание соматизации психопатологических расстройств в якутской группе, проявляющееся, однако, дифференцированно, в зависимости от этапа наблюдения. Так, исследование по шкале SOMS-2 (соматизированные симптомы на протяжении 2 лет) выявило достоверное превышение суммарного показателя в якутской группе относительно славянской группы ($p<0,05$), но по шкале SOMS-7 (симптомы на протяжении 1 недели, предшествующей исследованию) выявленные более высокие показатели якутской группы были лишь на уровне тенденции ($p<0,1$). Это свидетельствовало о преимущественной выраженности соматизации среди представителей якутского этноса лишь на начальном этапе заболевания, на фоне наиболее выраженного дистресса и первичной реакции на болезнь. Существенных различий в распространенности отдельных соматоформных симптомов между исследуемыми этническими группами пациентов не установлено, кроме более частой регистрации у пациентов славянской группы такого признака, как «затруднения в дыхании» ($p<0,05$) и относительно большей распространенности болевых симптомов («головные боли», «боли в животе», «боли в спине и конечностях») в якутской группе.

Более высоким показателям соматизации в якутской группе сопутствовали и установленные превышающие суммарные показатели при исследовании с применением шкалы алекситимии (TAS-20). При этом сравнительный анализ показателей трех составляющих конструкта алекситимии обнаружил статистически достоверные различия между группами лишь по фактору «затруднения в описании чувств». Показатели двух других факторов («затруднения в различении чувств и телесных сенсаций», «экстернальный когнитивный стиль») между этническими группами достоверных различий не имели. Такие особенности не исключают значения лингвистических интеракций у представителей билингвального якутского этноса.

Выводы. ППР с ПС у пациентов общесоматической сети отличает клинический полиморфизм. В большинстве случаев пароксизмально-подобные состояния представлены паническими атаками и паникоподобными состояниями в структуре тревожно-фобических и соматоформных расстройств. Гораздо реже пароксизмально-подобные состояния являются выражением диссоциативно-конверсионных нарушений. В клиническом оформлении ППР с ПС можно выделить значение этнокультуральных влияний.

В частности установлена большая выраженность соматизации у больных, принадлежащих к якутскому этносу, особенно на инициальном этапе заболевания, что сочетается с превалированием такого фактора алекситимии, как «затруднения в описании чувств». Подобного рода особенности способствуют более продолжительному додиагностическому этапу и поздней обращаемости за психиатрической помощью. Полученные данные могут использоваться с целью оптимизации диагностики и ранней адекватной терапии при ППР с ПС в условиях полиэтнического состава населения.

Литература

1. *Семке В. Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н. А.* Транскультуральная наркология и психотерапия. – Томск, 2001. – 162 с
2. *Kirmayer L. J., Groleau D.* Affective disorders in cultural context // Psychiatr. Clin. North Am. – 2001. – Vol. 24, № 3. – P. 465—478.
3. *Kirmayer L. J.* Cultural Validations in Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment // J. Clin. Psychiatry. – 2001. – Vol. 62. – Suppl. 13. – P. 22—28.
4. *Iwata N., Roberts R. E.* Age differences among Japanese on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: an ethnocultural perspective on somatization // Soc. Sci. Med. – 1996. – Vol. 43, № 6. – P. 967—974.
5. *Keyes C. L., Ryff C. D*. Somatization and mental health: a comparative study of the idiom of distress hypothesis // Soc. Sci. Med. – 2003. – Vol. 57, № 10. – P. 1833—1846.

КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Султанова А. Н., Овчинников А. А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Новосибирск

В современном обществе с его всё более ускоряющимися процессами глобализации происходят изменения социальных процессов, разрушающие сложившиеся системы жизненных стереотипов, привычную социальную среду, возникают все новые зоны конфликтов, создающие угрозу стабильности, благополучию и в результате повышаются требования к адаптационному потенциалу человека. В результате прослеживается нарастание роли социально-психологических факторов в возникновении невротических и психосоматических расстройств.

О более высоком риске невротических расстройств среди мигрирующего населения сообщают исследователи из датского центра по изучению миграции, этничности и здоровья (Norredam M., Garcia-Lopez A., Keiding N., Krasnik A., 2010). По результатам сравнительного клинико-эпидемиологического исследования, целью которого являлось изучить структуру психопатологических состояний у мобильного населения, в частности у мигрантов, выявлено, что лица с пограничными психопатологиями, с медленно прогрессирующими психическими заболеваниями и субъекты, предрасположенные к этим расстройствам, проявляют активное участие в миграционном процессе (Sokolova E. D., Barlas T. V., 1989).

Материалы и методы. В нашем исследовании общее количество пациентов с невротическими расстройствами составило 172 человека. Из них в группе зависимых диагностировано максимальное количество относительно всех пациентов с невротическими расстройствами – 71,5 % (123 человека), в группе доминирующих – 7,6 % (13 человек) и в выборке мигрантов-соотечественников – 20,9 % (36 мигрантов).

Для оценки достоверности различий заболевания невротическими расстройствами в изучаемых выборках (группах) применялся критерий φ* углового преобразования Фишера. Полученное значение ($\varphi^*_{эмп}$=1,8 при p<0,03) между группой зависимых мигрантов и выборкой мигрантов-соотечественников свидетельствует о достоверности выявленных различий в уровне невротических расстройств.

Результаты. Тревожно-фобические расстройства в общей структуре невротических расстройств составили 85 человек, из них максимальное количество пациентов с данной патологией – это пациенты из группы зависимых мигрантов – 71,76 % (61 человек); 1,18 % (1 мигрант) – в группе доминирующих мигрантов и 27,06 % (23 человека) – в выборке мигрантов-соотечественников.

Для оценки достоверности различий заболевания тревожно-фобическими расстройствами в изучаемых выборках (группах зависимых, доминирующих и в выборке мигрантов-соотечественников) применялся критерий φ* углового преобразования Фишера.

Полученное значение ($\varphi^*_{эмп}$=3,9 при p<0,01) между группой доминирующих мигрантов и выборкой мигрантов-соотечественников свидетельствует о достоверности различий по уровню тревожно-фобических расстройств. Выявлена достоверность различий между группой доминирующих и группой зависимых мигрантов в выборке трудовых мигрантов ($\varphi^*_{эмп}$=2,849 при p<0,01). Кроме того, обнаружена достоверность различий между группой зависимых мигрантов в выборке трудовых мигрантов и группой мигрантов-соотечественников ($\varphi^*_{эмп}$=2,3 при p<0,01).

Соматоформные расстройства в общей структуре невротических расстройств были зафиксированы у 87 человек, из них максимальное количество пациентов с данной патологией – это пациенты из группы зависимых мигрантов – 79,3 % (69 человек); 5,7 % (5 мигрантов) – в группе доминирующих мигрантов, 14,9 % (13 человек) – в выборке мигрантов-соотечественников.

Для оценки достоверности различий заболевания соматоформными расстройствами в изучаемых выборках (группах зависимых, доминирующих и в выборке мигрантов-соотечественников) применялся критерий φ* углового преобразования Фишера.

Полученные значения ($\varphi^*_{эмп}$=0,4, $\varphi^*_{эмп}$=0,38 и $\varphi^*_{эмп}$=0,8 при p>0,1) между изучаемыми группами в общей выборке свидетельствуют о недостоверности различий в уровне соматоформных расстройств.

Наши собственные результаты подтверждают данные кросскультуральных исследований последних десятилетий (Ustun T. B., Sartorius N. E., 1995; Krueger R. F., Chentsova-Dutton Y. E., Markon K. E., Goldberg D., Ormel J., 2003) о кросскультуральной взаимосвязи психопатологических синдромов. В этих исследованиях проведена идентификация вариантов коморбидности семи синдромов: депрессии, соматизации, ипохондрии, неврастении, состояния тревоги, тревожной ажитации и злоупотребления алкоголем. В результате авторами была предложена двухфакторная модель, в которой дифференцировались интернальные синдромы, такие как депрессия, соматизация, ипохондрия, неврастения, тревожное состояние, тревожная ажитация и экстернальный синдром: злоупотребление алкоголем. Интересно, что исследование было проведено в 14 странах мира: Бразилия, Чили, Китай, Франция, Германия, Индия, Италия, Япония, Нидерланды, Нигерия, Турция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, США. Полученные итоги показали тесную взаимосвязь интернализующих синдромов, независимо от культурной среды. Средняя выраженность каждого психопатологического синдрома значительно варьировала в зависимости от страны. Резюмируя результаты исследования, можно констатировать, что культура имеет важное влияние на уровень симптоматических проявлений.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании показано, что самыми уязвимыми для развития невротических расстройств, а также тревожно-фобических и соматоформных расстройств в общей структуре невротических расстройств стали трудовые мигранты в группе зависимых мигрантов. Известно, что трудовые мигранты – это представители коллективистических культур, для которых характерно вербализовать основные проявления психологического дискомфорта в виде соматических жалоб, вегетативной симптоматики, нарушений сна и аппетита, чувства истощения.

В настоящее время среди специалистов-психиатров существует практически единодушное мнение о том, что бессмысленно рассматривать психолого-психиатрические проблемы в отрыве от особенностей культуры и культуральной среды. Любое психическое или психологическое расстройство можно понять, только приняв в расчет культуральный контекст.

КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДИСТИМИИ И РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Счастный Е. Д., Смирнова Н. С., Стоянова И. Я., Суровцева А. К.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

За последние годы наблюдается значительное снижение заболеваемости и смертности от соматических заболеваний. При этом успехи медицины практически не коснулись психических расстройств, распространенность которых осталась на прежнем уровне (Archer J. S., 2000). По оценкам отдельных исследователей, психические расстройства составляют 8,1 % от общего числа заболеваний, а расстройства настроения занимают самое большое место (17,3 %) среди всех психических заболеваний (Сметник В. П., 2006). Многочисленные исследования зарубежных авторов (Kessler R. C. et al., 2003; Posternak M. A. et al., 2006) показывают крайне высокий процент случаев (около 12 %) хронификации острых депрессивных расстройств.

Неблагоприятные жизненные события повышают вероятность развития хронических депрессивных расстройств. Личностные дисфункциональные когнитивные установки, процессы самоконтроля и саморегулирования, негативный стиль атрибуции, недостаточно развитые социальные навыки занимают ведущую роль в структуре условий возникновения расстройств депрессивного спектра (Beck A. T., 1972; Newton-Howes G. et al., 2006). Личность пациента с наличием депрессивных расстройств является одним из определяющих факторов как в развитии, так и в лечении, прежде всего с применением психотерапии (Филимонова А. Н., 2010). В этой связи особое место в лечении больных с расстройствами настроения занимает когнитивно-поведенческая психотерапия – КППТ (Бек А., 1996; Холмогорова А. Б. и др., 2015). Важным является то, что КППТ может использоваться в лечебной практике как самостоятельно, так и в комбинации с медикаментозной терапией (Butleret al., 2006).

Нами использована кратковременная (3—4 недели) методика КППТ, включающая как индивидуальную, так и групповую формы работы, в условиях стационарного лечения, при этом содержание КППТ определяется в соответствии с симптомами, индивидуально-личностными параметрами больных и представлениями о негативных событиях, приведших к расстройству. Групповая форма работы позволяет оказать помощь большему количеству пациентов, получающих терапию в один промежуток времени, что, помимо прочего, позволяет снизить финансовые затраты на лечение.

Когнитивные теории исходят из представления о формировании когнитивных ответов на действие негативной жизненной ситуации, в результате чего формируются устойчивые индивидуальные депрессогенные схемы, которые, увязываясь с характеристиками личности, устойчиво влияют на самооценку, представления о себе, окружающем мире и будущем (Бек Дж., 2006). При этом аффект начинает носить автоматизированный характер, а содержательная связь со стрессором утрачивается, в результате чего когнитивные ошибки дисфункциональных схем перестают осознаваться, а депрессогенные схемы становятся стабильными. Типичными ошибками в таких схемах являются: произвольный вывод; избирательная фиксация на негативных компонентах ситуации; преувеличение значимости негативных моментов с одновременным преуменьшением положительных; использование незначительных эпизодов для формирования генерализованного представления о реальности; персонализация; дихотомичность мышления. Отмечается склонность считать причинный фактор скорее стабильным, чем временным и действующим глобально, а не в ограниченном количестве ситуаций. КППТ дистимии и расстройств адаптации депрессивного спектра в первую очередь направлена на отреагирование негативных эмоций, изменение отношения пациента к стрессовой ситуации и принятие ее как части жизненного опыта. Важна переоценка собственной роли в психотравмирующей ситуации, с принятием на себя ответственности и формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств.

Применение комплексной антидепрессивной и психотерапевтической терапии позволило провести сравнение эффективности рациональной и когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов, страдающих дистимией и расстройствами адаптации депрессивного спектра, на основе стандартизированной оценки динамики уровня депрессии и социальной адаптации до и после проведения психотерапии.

Материал и методы. Клинико-психопатологически и психологически обследованы пациенты отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья с дистимией (n=25) и расстройствами адаптации депрессивного спектра (n=25). Средний возраст больных дистимией составил 53 (39÷57) года, средний возраст больных с расстройствами адаптации депрессивного спектра – 39 (32÷45) лет.

Для оценки уровня депрессии использовалась шкала депрессии Бека (BeckA. T., 1961). Для исследования уровня социальной адаптации применялась шкала самооценки социальной адаптации депрессивных больных (Bosc M. et al., 1997).

Результаты. Все пациенты заполняли шкалы при поступлении и на 28-й день нахождения в стационаре. Первое заполнение шкал в изучаемых группах больных выявляет плохую социальную адаптацию и выраженный уровень депрессии. Средний балл по шкале социальной адаптации в выборке пациентов, где проводилась рациональная психотерапия, составил 25 (22÷29) и 26 (22÷30) соответственно, в группе пациентов, где проводилась когнитивная психотерапия, 20 (16÷24) и 20 (14÷26) соответственно, что свидетельствует о затрудненной адаптации ($p<0,05$). По шкале депрессии Бека выявился высокий уровень депрессии, в выборке, где проводилась рациональная психотерапия, – 30 (27÷38) и 29 (22÷37) соответственно, в группе, где проводилась когнитивная психотерапия, – 35 (32÷38) и 35 (27÷42) соответственно. Повторное заполнение шкал на 4-й неделе показало изменение изучаемых характеристик в лучшую сторону в обеих выборках. Средний балл по шкале социальной адаптации в выборке пациентов, где проводилась рациональная психотерапия, составил 32 (29÷35) и 32 (27÷36) соответственно, в выборке пациентов, где проводилась когнитивная психотерапия, – 36 (34÷39) и 37 (32÷42) соответственно. По шкале Бека средний балл составил в выборке, где проводилась рациональная психотерапия, – 26 (24÷28) и 23 (15÷30) соответственно, в выборке, где проводилась когнитивная психотерапия, – 27 (25÷30) и 22 (14÷29) соответственно ($p<0,05$).

Выводы. Таким образом, когнитивно-поведенческая терапия в отличие от психотерапевтических методов, базирующихся на частных однолинейных концепциях заболевания, на примере рациональной психотерапии, учитывает многомерность переживаний пациента. Когнитивный подход предполагает выбор специфической проблемы для вмешательства, и при понимании системности депрессивных расстройств позволяет ожидать, что изменение в одной проблемной области приведет к улучшению в других и распространится на расстройство в целом, способствуя повышению социальной адаптации.

Работа выполнена в рамках медицинской технологии № 14 «Технология психофармакологической и когнитивно-поведенческой терапии при расстройствах адаптации депрессивного спектра» и медицинской технологии № 15 «Технология персонализированной психофармако- и психотерапии при дистимии».

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Ткаченко Г. В.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Предсказанное в конце XX века наступление новой эпохи «века меланхолии» сегодня является одной из печальных реалий нашей жизни. Всемирная организация здравоохранения сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество. Депрессия уже вышла на первое место в мире среди причин неявки на работу и занимает второе место среди болезней, приводящих к потере трудоспособности.

По драматическим прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессия выйдет на первое место в мире, обогнав сегодняшних лидеров – инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания. Среди женщин депрессия уже сегодня является самым распространенным заболеванием. По данным Американской психиатрической ассоциации, распространенность депрессивных расстройств составляет 26 % среди женщин и 8—12 % среди мужчин. По данным МЗ РФ, в России депрессия стала самым распространенным психическим расстройством, ею страдает примерно 10 % населения в возрасте до 40 лет. В результате реализуемых на государственном уровне комплексных мер по улучшению социально-экономической и демографической ситуации в РФ средняя продолжительность жизни увеличилась, достигнув 70,3 года. Вместе с этим, учитывая демографический провал прошлых десятилетий, стабильно высокой остается доля пожилых людей среди населения – 23 %.

Вышеописанные факторы приводят к увеличению обращений пожилых лиц в медицинские учреждения, в том числе психиатрического профиля. В Новокузнецкой клинической психиатрической больнице функционирует дневной стационар, рассчитанный на 150 мест. Статистически в течение последних лет отмечается стабильно высокое количество пожилых пациентов, получавших лечение в дневном стационаре, в среднем насчитывающее 15—20 % от общего числа пролеченных больных.

У пожилых лиц депрессивные расстройства выявляются в 3 раза чаще, чем в молодом и среднем возрастах. Так, за период 2013—2014 гг. 34 % из обратившихся за помощью в дневной стационар пожилых пациентов получали лечение по поводу депрессивных расстройств. У данного контингента пациентов нами были отмечены следующие особенности депрессивных расстройств: сочетание депрессии с тревогой (у всех пациентов по шкале HADS выявлены клинически выраженные тревога и депрессия); частая встречаемость и большая выраженность болевого синдрома (миалгии, артралгии, кардиалгии – в большей части случаев без сопутствующей соматической патологии); разнообразные соматические нарушения и ипохондрическая симптоматика; усиление имеющихся когнитивных нарушений.

Пожилые пациенты попадают на прием к психиатрам зачастую после длительного и малоэффективного лечения у интернистов, так как проявления депрессии расцениваются ими в свете уже имеющихся в пожилом возрасте соматических заболеваний, таких как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, бронхиальная астма, цереброваскулярная болезнь и последствия нарушений мозгового кровообращения. Лечение данного контингента пациентов с депрессивными расстройствами непсихотического уровня и без суицидальных тенденций в дневном стационаре имеет ряд преимуществ по сравнению со стационарным лечением: 1) способствует сохранению на достаточном уровне физической активности, социального и бытового функционирования без явлений госпитализма, часто возникающих после стационарного лечения, когда пожилые люди боятся возобновления симптомов депрессии в привычных условиях своей жизни – вне стен больницы; 2) позволяет врачу дифференцированно подходить к выбору антидепрессивных препаратов с учетом имеющихся соматических заболеваний после консультаций узкими специалистами; 3) дает возможность длительного применения психофармакологических препаратов с титрованием доз в зависимости от выраженности психопатологической симптоматики, что позволяет избежать рецидива депрессивных расстройств, связанного с ранней отменой препарата, когда пациенты на фоне хорошего самочувствия самостоятельно прекращают прием лекарств; 4) посещения врача пациентами и их родственниками сопровождаются разъяснительными психообразовательными беседами с целью психосоциальной реадаптации, создания адекватного уровня социальной и семейной поддержки; 5) общение в условиях дневного стационара пациентов, начинающих лечение, и пациентов, уже имеющих положительные эффекты от лечения, приводит к улучшению комплаентности и вере в благоприятный исход терапии.

Выводы. Таким образом, лечение пожилых пациентов с аффективными расстройствами в дневном стационаре имеет ряд преимуществ, что особенно актуально в условиях расширения стационарзамещающих форм оказания психиатрической помощи на современном этапе.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Труфанов С. Н.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

В современных условиях на фоне изменившейся социально-экономической ситуации возросла социальная и правовая активность граждан, увеличивалось число совершаемых ими юридических действий, в том числе и в области имущественного права.

Как показывает судебно-психиатрическая практика, в последние годы существенно возросло количество гражданских дел, возбужденных по поводу признания сделок недействительными, и соответственно, число судебно-психиатрических экспертиз, назначенных судом для определения психического состояния лица при совершении сделки и его способности понимать значение своих действий и руководить ими в соответствии со ст. 177 ГК РФ. Среднегодовой прирост числа судебно-психиатрических экспертиз по гражданским экспертизам в течение последних 10 лет, согласно проведенному анализу литературы, составляет 6 %. Основанием для направления на экспертизу служат как возрастной фактор (пожилой и старческий возрасты), так и тяжелые соматические недуги, нередко в терминальной стадии заболевания. Поскольку, как отмечают многие авторы, нет соматических болезней без вытекающих из них психических отклонений, как нет и психических заболеваний, изолированных от соматических недугов.

Одной из категорий граждан, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу по гражданским делам, являются лица со злокачественными новообразованиями различной локализации.

Обсуждение результатов. Согласно отчетным данным за последние 5 лет экспертным отделением нашей больницы было проведено 54 экспертизы по гражданским делам лицам, страдающим онкологическими заболеваниями, по признанию сделок недействительными. Локализация злокачественных новообразований была различной: 7 – желудка, 11 – кишечника, 8 – поджелуждочной железы, 6 – предстательной железы, 10 – легких, 12 – молочной железы. У подавляющего числа пациентов данная соматическая патология выявлялась на ранних незапущенных стадиях, своевременно проводилось комплексное лечение. Из этого числа пациентов психические расстройства невротического уровня выявлены в 8 случаях; астенические проявления той или иной степени выраженности – в 30 случаях; расстройства психотического уровня – в 7; состояния с эпизодами мерцающего сознания – в 2, без психических расстройств – в 7. Как показал анализ полученных данных, психопатологические нарушения при онкологической патологии отличаются большим многообразием и полиморфизмом клинических проявлений и могут проявляться на невротическом, астеническом и психотическом (депрессивно-параноидные расстройства и транзиторные нарушения сознания) уровнях.

Невротические расстройства на ранних этапах заболевания возникают, как правило, по психогенному механизму, в ряде случаев имеют незначительную продолжительность, в их структуре отсутствуют глубокие болезненные изменения личности, характер клинических проявлений нестоек с тенденцией к самопроизвольной редукции, критика пациентов к своему состоянию сохранена. Психогенные состояния, возникающие при онкологических заболеваниях, характеризуются большим многообразием клинически проявлений. На ранних стадиях возникают преимущественно депрессивные расстройства, в структуре которых преобладают либо тревожно-ипохондрические, либо истероидно-дисфорические и обсессивно-фобические проявления. Особенности клинической картины депрессивных расстройств во многом определяются индивидуально-личностными особенностями онкологических больных. При психогенных депрессивных расстройствах, не достигающих психотического уровня, сохранности основных интеллектуально-мнестических функций и критических способностей больные не утрачивают способности правильно оценивать окружающую действительность и, следовательно, могут понимать значение своих действий и руководить ими при заключении юридических сделок.

По мере углубления депрессивных расстройств связь с психогенным фактором становится менее заметной, депрессия утрачивает тревожный оттенок, более четко выражена идеаторная и моторная заторможенность, что, однако, не лишает онкологических больных способности понимать значение своих действий и руководить ими при оформлении гражданских актов. Экспертная оценка психического состояния онкологических больных с тяжелыми формами депрессии является более сложной, поскольку необходимо оценить не только глубину и выраженность депрессивных проявлений, но и появляющиеся в структуре депрессии повышенную внушаемость и пассивную подчиняемость, что может быть использовано заинтересованными лицами при оформлении того или иного гражданского акта. При наличии депрессии с тоской, витализацией аффекта, выраженной ассоциативной заторможенностью, сверхценными идеями самообвинения, самоуничижения или греховности суицидальными мыслями и тенденциями, нарушением целостности мировосприятия, фрагментарностью, снижением уровня критики вплоть до ее утраты онкологические больные не могут понимать значения своих действий и руководить ими.

Астенический симптомокомплекс возникает обычно на отдаленных этапах заболевания и определяется преимущественно раздражительной дистимией. В этих случаях наблюдается истощаемость с затруднениями мыслительного усилия, уменьшением способности к целенаправленному вниманию и психомоторной заторможенностью. Раздражительная дистимия всегда возникает вместе с нарушениями сна. Иногда отмечается присоединение к астеническому симптомокомплексу депрессивных и ипохондрических симптомов. При выраженной астении, не сопровождающейся психотическими расстройствами, сохранности ориентировки в окружающей обстановке, критическом отношении к происходящему и оформляемому гражданскому акту, онкологические больные, несмотря на тяжелое соматическое состояние и наличие раковой интоксикации, не лишены способности понимать значения своих действий и адекватно руководить ими.

Достаточно сложной является судебно-психиатрическая экспертная оценка астенических расстройств в терминальной стадии онкологического заболевания. Психопатологическая картина астенических расстройств сопровождается замедлением реакции на внешние стимулы в сочетании с гиперестезией, нарушением памяти, повышенной внушаемостью, затрудненным осмыслением сложившейся ситуации. Эмоциональные нарушения характеризуются значительным полиморфизмом и проявляются ситуационно обусловленными аффективными вспышками, сочетанием благодушия с раздражительностью, гневливостью, слезливостью. У ряда больных отмечаются бредовые идеи ущерба, отравления на фоне изменения личности с аффективными и интеллектуально-мнестическими нарушениями. Выраженные изменения личности, глубина психических расстройств, в том числе и выраженные нарушения критики, позволяют сделать вывод о неспособности этими больными понимать значение своих действий и руководить ими. При вынесении экспертного заключения следует учитывать, что на фоне выраженной астении вследствие интоксикации могут наблюдаться преходящие расстройства сознания с элементами дезориентировки, при которых больные лишены способности понимать значение своих действий и руководить ими. Однако при глубокой астении без нарушенного сознания может быть вынесено решение о способности понимать значение своих действий и руководить ими, если имеется соответствие между конкретными реальными обстоятельствами и волеизъявлением больных в раннем периоде заболевания. При утяжелении соматического состояния у онкологических больных появляются ипохондрические и сенестопатические расстройства, сверхценные идеи отношения, которые в последующем в ряде случаев принимают параноидный характер, сопровождаются патологической интерпретацией реальных обстоятельств. Указанные расстройства психики исключают способность таких больных понимать значение своих действий и руководить ими при оформлении гражданских актов. Иногда поведение больных со злокачественными образованиями отличается непоследовательностью, своеобразной парциальной внушаемостью, которые усугубляются у пожилых и престарелых людей в силу их болезни и физической немощи, зависимости от других лиц, что доставляет им дополнительные трудности при распоряжении своим имуществом.

Такие больные, испытывая разочарование в медицинском персонале и ближайшем окружении, часто проявляют выраженную внушаемость и подчиняемость случайным посторонним лицам, меняют свои личные привязанности и интересы, их поведение носит непоследовательный и часто малопонятный характер. При решении вопросов о способности таких больных понимать значение своих действий и руководить ими необходимо учитывать отношения завещателей с микросоциальной средой и ее влияние на совершение ими гражданского акта. В таких случаях целесообразно проводить комплексные психолого-психиатрические экспертизы. О неспособности понимать значение своих действий и руководить ими свидетельствуют такие признаки, как утрата прежних эмоциональных привязанностей, безмотивность поступков и зависимость их от случайных обстоятельств, явная противоречивость принимаемых в разное время решений. Так, в силу повышенной внушаемости и подчиняемости некоторые больные могут пассивно соглашаться с разными вариантами сделок и недооценивать характер совершенных ими гражданских актов, тем самым причиняя ущерб близким родственникам. Такие больные, как правило, беспомощны, нуждаются в постоянном уходе и часто используются окружающими в корыстных целях.

В терминальной стадии онкологического заболевания удельный вес невротических расстройств в целом уменьшается, одновременно углубляются астенические проявления, и на этом фоне возникают психопатологические расстройства психотического регистра: депрессивно-параноидные и транзиторные нарушения сознания. При депрессивно-параноидных расстройствах, наряду с обманами восприятия (иллюзии, парейдолии), появляются бредовые расстройства в форме рудиментарных бредовых идей отношения, отравления, преследования, ущерба. Как правило, параноидные расстройства нестойки и динамичны, внезапно обрываются, и на первый план у больных выступает выраженная астения. В целом проявления параноидной симптоматики свидетельствуют о неспособности онкологических больных правильно понимать значение своих действий и руководить ими. В случаях квалификации переживаний как бредовых выносится заключение о неспособности больных понимать значение своих действий и руководить ими при оформлении гражданского акта.

У онкологических больных эпизодически возникают расстройства сознания в виде оглушения, делириозно-онейроидных и аментивных состояний. Наряду с этим у таких больных имеют место стойкие деперсонализационные переживания, депрессивно или дисфорически окрашенные, несистематизированные идеи отношения. Сложные картины расстроенного сознания наблюдаются у онкологических больных в терминальной стадии заболевания при регулярном приеме наркотических и седативных препаратов. При состояниях оглушения больные воспринимают окружающее фрагментарно, они легко внушаемы, малодоступны продуктивному контакту. Эпизодически на фоне тяжелого соматического состояния происходит смена оглушения обнубиляцией и наоборот. Проявления делириозно-онейроидного синдрома могут сопровождаться незначительным двигательным беспокойством в пределах постели, иллюзорными и отрывочными галлюцинаторными расстройствами обыденного содержания. Продуктивному контакту такие больные малодоступны. В терминальной стадии онкологического заболевания возможно и аментивное помрачение сознания с отдельными зрительными галлюцинациями и иллюзиями, склонностью к персеверациям, бессвязной речью. После обратного развития аментивного синдрома на первый план, как и при других психотических расстройствах, выступает тяжелое соматическое состояние больных с резкой астенией и нарушением критики к перенесенному психотическому эпизоду.

Психотические расстройства при онкологических заболеваниях являются следствием интоксикации, возникают на фоне выраженной астении, носят ундулирующий характер, отсутствуют «брутальность», «гротескность» проявлений, выраженное психомоторное возбуждение, что имеет место при сугубо интоксикационных психозах. Решение экспертных вопросов в отношении онкологических больных с транзиторными нарушениями сознания (делириозно-онейроидные и аментивные) имеет свою специфику.

При решении экспертных вопросов в этих случаях учитывается то обстоятельство, что нарушения сознания, носящие «мерцающий» характер и наблюдающиеся в основном в вечернее и ночное время, сменяются «светлыми промежутками», когда больные апатичны, адинамичны, оглушены, критически не оценивают перенесенные психотические эпизоды и потому повышенно внушаемы и подчиняемы, а следовательно, не могут понимать значения своих действий и руководить ими. Наиболее легкая степень расстройства сознания, несмотря на сложность в плане судебно-психиатрического анализа, тем не менее, как правило, свидетельствует о состоянии выраженного оглушения у онкологического больного и соответственно о его неспособности понимать значение своих действий и руководить ими при заключении юридических сделок. Еще одна сложность возникает при оценке психического состояния у пациентов, принимающих различные обезболивающие (наркотические и ненаркотические анальгетики) и седативные препараты. В таких случаях возможно привлечение специалистов других профилей (фармакологов, наркологов).

Таким образом, обобщая изложенное, можно сказать, что проведение судебно-психиатрической экспертизы по определению сделкоспособности у лиц с онкологическими заболеваниями базируется на комплексной оценке всей совокупности клинических, личностных, соматических и социальных факторов.

ВКЛАД ГЕНА ТРИПТОФАН-ПИРРОЛАЗЫ В РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛИЗМА У ТУВИНЦЕВ

Федоренко О. Ю., Полтавская Е. Г., Иванова С. А.

НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск

Актуальность. Распространенность алкоголизма в Российской Федерации попрежнему остается высокой и составляет 1,6 % от общей численности населения, или 1344,1 человек на 100 тысяч населения. При этом в ряде российских регионов этот показатель остается стабильным на уровне 3—5 % от общей численности населения (Кошкина Е. А. и др., 2013; Меркер В., Иванова С. А., 2013). По данным официальной статистической отчетности Республиканского наркологического диспансера, на территории Республики Тыва в 2014 г. зарегистрировано 6 644 больных с наркологическими расстройствами. Показатель распространенности наркологических расстройств составил 2131,1 на 100 тысяч населения, что составляет 2,1 % от общей численности населения республики.

Результаты многих опубликованных исследований доказывают существенное влияние этнокультуральных факторов на клинико-динамические характеристики основных психических расстройств и аддиктивного поведения (Мишкинд А. Д., 1992; Бохан Н. А. и др., 1998, 2013; Семке В. Я., Бохан Н. А., 2008; Кузнецов В. Н. и др., 2012).

Наличие «генетической» компоненты в патогенезе алкоголизма в настоящее время не подвергается сомнению. Многие авторы говорят о существовании биологической предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ, в том числе к алкогольной зависимости, закрепленной на генетическом уровне (Анохин И. П. и др., 2008; Comings D. E., Blum K., 2000), однако механизмы и природа наследования всё ещё остаются неясными.

Целью нашего исследования было выявление взаимосвязи полиморфизма гена триптофан-пирролазы с развитием алкогольной зависимости у лиц тувинской национальной принадлежности.

Материалы и методы. Клинико-генетическому обследованию были подвергнуты 118 больных алкоголизмом тувинской национальности (средний возраст составил 42,9±10,27 года, давность заболевания составляла 9,8 года). Также набрана контрольная группа здоровых мужчин тувинской национальности (153 человека), соответствующих по возрасту, социально-демографическим параметрам группам больных алкоголизмом.

Критериями включения в исследование служили:1) установленный диагноз психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости (F10.2); 2) установленный диагноз алкогольного психоза: синдром отмены с делирием (F10.4), психотическое расстройство преимущественно галлюцинаторное (алкогольный галлюциноз) (F10.52); 3) подписанное больным информированное согласие на обследование и использование сведений, содержащихся в истории болезни, в научных целях.

Критерием исключения из исследования являлось наличие другого психического заболевания (шизофрения, биполярное расстройство, олигофрения).

Клинический диагноз больным был выставлен в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (Психические расстройства и расстройства поведения, класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации. – М. : МЗ РФ, 1998).

Генотипирование выполняли методом ПЦР в реальном времени с помощью набора TaqMan1 Validated SNP Genotyping Assay фирмы «Life Technologies» на приборе «StepOnePlus» (Life Technologies, USA). Статистическая обработка результатов произведена с помощью программы SPSS, версия 15,0.

Результаты и обсуждение. При анализе распределения частот аллелей и генотипов rs2271537 гена триптофан-пирролазы были выявлены статистически значимые различия. Обнаруженные нами значимые различия в распределении частот аллелей (χ^2=4,87, p=0,03) rs2271537 между больными алкоголизмом и здоровыми лицами в тувинской популяции указывают на взаимосвязь данного гена с формированием алкогольной зависимости в исследуемой популяции. Отношение шансов (OR) для аллеля А составляет 1,56 (95 %, Cl=1,05–2,31).

Выводы. Таким образом, выявленная нами ассоциация аллеля Ars2271537 гена триптофан-пирролазы с алкоголизмом и его наличие у индивидуума делает более вероятным развитие у него алкогольной зависимости по отношению к другим людям, не имеющим в генотипе данного аллеля. Обнаруженная нами ассоциация подтверждает важность наследственной компоненты в формировании алкогольной зависимости и вклад гена триптофан-пирролазы в патогенез данного заболевания.

Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ № 14-06-00531 «Психосоциальные, этнокультуральные и генетические детерминанты алкогольной зависимости у представителей коренного населения Сибири».

Литература

1. *Анохин И. П., Кибитов А. О., Шамакина И. Ю.* Генетика зависимости от психоактивных веществ // Наркология. Национальное руководство. – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – С. 52—84.
2. *Бохан Н. А., Галактионов О. К., Артемьев И. А., Ветлугина Т. П., Солонский А. В., Агарков А. П.* Мультиаксиальная модель изучения региональных проблем алкоголизма: основные итоги комплексных исследований // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1—2. – С. 20—24.
3. *Бохан Н. А., Мандель А. И., Пешковская А. Г., Бадыргы И. О., Асланбекова Н. В.* Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – № 6, вып. 2. – Алкоголизм. – С. 9—14.
4. *Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Сидорюк О. В., Григорова Н. И., Ванисова Н. Г.* Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011—2012 годах // Статистический сборник. – М., 2013.
5. *Кузнецов В. Н., Бохан Н. А., Мандель А. И.* Формирование алкогольной зависимости у нарымских селькупов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 3. – С. 97—100.
6. *Меркер В., Иванова С. А.* Этнокультуральные исследования психического здоровья Сибири: 15 лет Международной Ассоциации этнопсихологов и этнопсихотерапевтов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 5 (80). – С. 83—86.
7. *Мишкинд А. Д.* О формах алкогольного опьянения в различных национально- этнических группах Севера Западной Сибири // Сборник научных трудов, посвященный 100-летию кафедры нервных и душевных болезней Императорского Томского Университета (1892—1992). – Томск, 1992. – С. 214—216.
8. *Семке В. Я., Бохан Н. А.* Транскультуральная аддиктология. – Томск : Изд-во Том. ун-та, 2008. – 558 с.
9. *Comings D. E., Blum K.* Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders // Prog. Brain Res. – 2000. – № 126. – P. 325—341.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРКТИЧЕСКИХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Хоютанова Н. В.[1], Матвеева Н. П.[1], Васильева М. Р.[2], Никитин Е. В.[3], Томский М. И.[1]

[1] ФГБНУ «Якутский научный центр комплексных медицинских проблем», Якутск
[2] ГБУ РС(Я) «Якутский республиканский наркологический диспансер», Якутск
[3] ГБУ РС(Я) «Булунская центральная районная больница», п. Тикси

Актуальность. Высокий риск возникновения наркологических расстройств и трансформация клиники заболевания в условиях Крайнего Севера притягивает пристальное внимание исследователей этнокультуральнойаддиктологии на территории Сибири и Дальнего Востока. Анализ эпидемиологической обстановки наркологических расстройств позволит разработать комплекс мер противодействия распространения наркологической патологии с учетом региональных особенностей.

Цель. Провести сравнительный анализ распространенности алкоголизма среди женского населения арктических районов Республики Саха (Якутия).

Материалы и методы. Для сравнительного анализа использованы показатели заболеваемости и болезненности алкоголизмом, алкогольными психозами и по употреблению алкоголя с вредными последствиями для здоровья среди женщин арктических районов Республики Саха (Якутия) на период с 2005 по 2015 г.

Результаты. Высокие показатели общей заболеваемости алкоголизмом среди женского населения зарегистрированы в Жиганском (6171,5 на 100 тысяч соответствующего населения), Аллаиховском (3605,0), Булунском (3594,3) и Верхнеколымском (3389,8) районах (рис. 1).

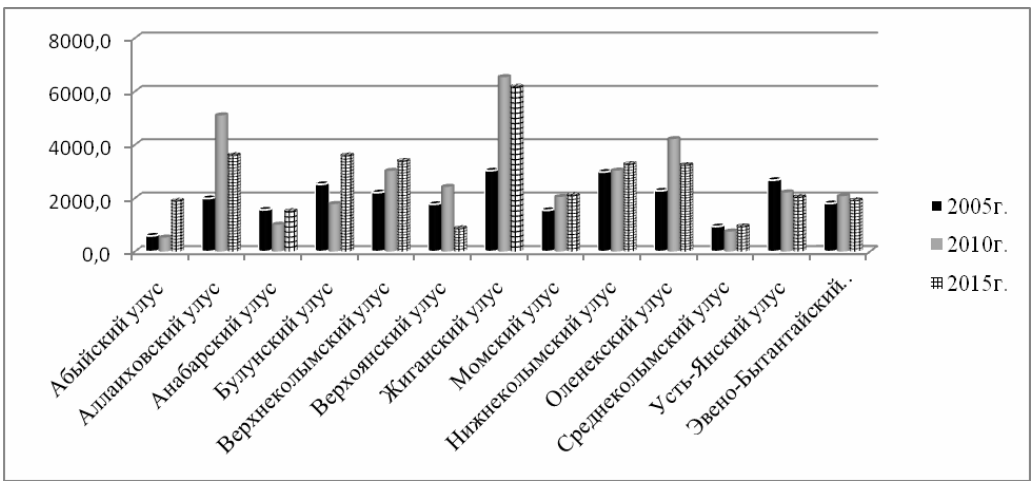


Рис. 1. Общая заболеваемость алкоголизмом среди женского населения северных и арктических районов на 100 тысяч соответствующего населения

Показатели общей заболеваемости алкогольными психозами среди женского населения имеют высокий уровень в Верхнеколымском и Абыйском районах, составляя 529,7 и 105,6 на 100 тысяч женского населения соответственно.

В 2015 г. первичная заболеваемость алкоголизмом среди женщин зарегистрирована в Булунском, Абыйском, Момском, Верхоянском и Среднеколымском районах. Заболеваемость алкоголизмом среди женского населения Булунского района имеет тенденцию неуклонного роста, причем в 2015 г. по сравнению с 2005 г. данный показатель имел повышение в 5,6 раза (рис. 2).

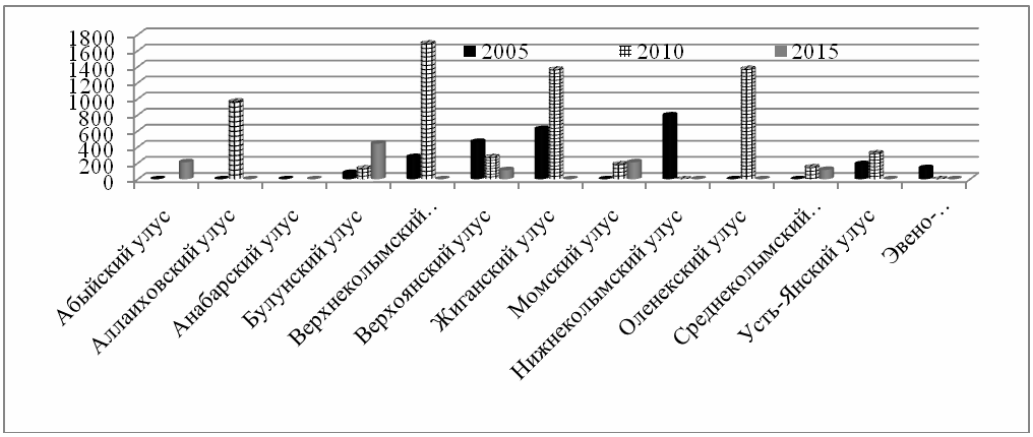


Рис. 2. Первичная заболеваемость алкоголизмом среди женского населения арктических районов РС (Я) на 100 тысяч соответствующего населения

В соответствии с полученными результатами за 10-летний период высокий уровень алкогольных психозов среди женщин зарегистрирован в 2010 г. в Аллаиховском (137,9 на 100 тысяч соответствующего населения), Оленекском (88,9), Нижнеколымском (44,5) районах. В 2015 г. случаев первичной заболеваемости алкогольными психозами среди женского населения арктических районов не выявлено.

Таблица

Сведения о зарегистрированных наркологической службой пациентах, употребляющих алкоголь с вредными последствиями (пагубное употребление) на 100 тысяч населения

Пагубное употребление алкоголя на 100 тысяч населения	2005 г.		2010 г.		2015 г.	
	Население	Женщины	Население	Женщины	Население	Женщины
Абыйский улус	1373,8	420,5	457,9	209,0	1289,5	739,2
Аллаиховский улус	1881,6	331,9	957,9	413,8	0	0
Анабарский улус	802,8	460,0	642,2	558,0	0	0
Булунский улус	455,5	197,0	911,1	1602,8	751,3	689,3
Верхнеколымский улус	507,2	483,8	760,8	533,3	443,2	0
Верхоянский улус	185,5	174,5	995,0	648,9	751,1	225,4
Жиганский улус	2790,2	2584,7	1220,7	878,0	705,6	523,0
Момский улус	0	0	0	0	0	0
Нижнеколымский улус	0	0	527,4	983,6	0	0
Оленекский улус	0	0	0	0	0	0
Среднеколымский улус	128,7	44,8	630,6	448,9	518,8	585,1
Усть-Янский улус	0	0	119,6	0	0	0
Эвено-Бытантайский улус	71,5	138,7	0	0	215,2	441,8

Как выяснилось, по итогам 2015 г. высокий уровень пагубного употребления алкоголя среди женщин, зарегистрированный наркологической службой республики, был выявлен в Абыйском, Булунском, Жиганском, Среднеколымском и Эвено-Бытантайском районах, что является свидетельством систематического проведения профилактической работы районным наркологом.

Заключение. Выявлены высокие показатели общей заболеваемости алкоголизмом среди женского населения в Жиганском, Аллаиховском, Булунском и Верхнеколымском районах. Высокая первичная заболеваемость алкоголизмом среди женского населения арктических районов по показателям 2015 г. наблюдалась в Булунском, Абыйском, Момском районах. Следует констатировать, что низкие показатели заболеваемости наркологической патологии в некоторых арктических районах Республики Саха (Якутия) требуют более углубленного изучения работы наркологической службы с целью исключения недостаточной диспансеризации населения.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АДАПТИВНОСТЬ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ К УСЛОВИЯМ УЧЕБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Чухрова М. Г., Пронин С. В., Никитина Е. А.

ФГБУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Новосибирск

В настоящее время в связи с увеличивающимся общемировым миграционным трендом в Новосибирском государственном педагогическом университете обучаются студенты из республик Средней Азии и из Китая. Студенческий возраст – это период кристаллизации «картины мира», при котором становление образа мира у человека выходит за пределы «непосредственно чувственной картинки», строительный материал … соткан из другой чувственной ткани. Поэтому сохраняет свою симультанность» (Леонтьев А. Н., 1983).

Целью исследования было изучение индекса этнической сплоченности и психоэмоциональная адаптивность к новым условиям учебы студентов – выходцев из республик Средней Азии и из Китая.

Материал исследования. В исследование были включены студенты из Китая (всего 52 испытуемых, из них 34 юноши и 18 девушек) и студенты – граждане Российской Федерации (РФ) из дальних и близлежащих городов (всего 30 испытуемых, из них 10 юношей и 20 девушек), проживающие в общежитии НГПУ, студенты-мигранты из Средней Азии (Таджикистан, Казахстан), проживающие там же (всего 28 испытуемых, из них 18 юношей и 10 девушек).

Все студенты знают русский язык, исследование проводилось на русском языке. Возраст испытуемых составлял от 18 лет до 21 года.

Методы исследования. В работе применяли структурированное психологическое интервью, методику диагностики профессионального выгорания «MBI» (К. Маслач и С. Джексон в адаптации Н. Е. Водопьяновой) и специально разработанную социально-психологическую анкету «Вдали от дома», включающую вопросы в соответствии с целью исследования и позволяющую вычислить условную интегральную величину «индекс этнической сплоченности» (ИЭС). Кроме того, в работе использовались проективная методика «Картина мира» (Г. Рид, Е. С. Романова), методика «Оценивание пятилетних интервалов» (А. А. Кроник).

Критерий включения в исследование: добровольное информированное согласие.

Обсуждение. Все китайские студенты были единственными детьми в своей семье во втором поколении (государственная политика Китая «одна семья – один ребенок»), все студенты из Средней Азии были из многодетных семей (не менее 3 детей), студенты Российской Федерации были из семей с 1–3 детьми.

Анализ эмпирических данных свидетельствует, что большинство студентов русской национальности придерживались интернационального стиля общения и могли свободно общаться с представителями всех наций, находящихся в ближайшем окружении (94 %), их показатель ИЭС составил 42 %. Некоторое опасение и недоверие проявлялось к выходцам из Средней Азии, причем к незнакомым. У китайцев выявлялось завуалированное равнодушие, незаинтересованное отношение к другим этносам. Выходцы из Средней Азии предпочитали интернациональный стиль общения (75 %), однако отмечали, что довольно часто испытывают на себе негативное отношение со стороны русских студентов; чаще проявляли этническую солидарность, в отличие от русских студентов, активно старались занять более высокий социальный статус, не стеснялись подчеркивать свою этническую специфику, что было совершенно не характерно для русских. Показатель ИЭС в этой группе испытуемых составил 72 %.

Предпочитаемый интернационализированный тип этнических взаимодействий, характерный как для русских, так и для среднеазиатов, более продуктивен для дальнейшего совершенствования межнациональных отношений. Высокий индекс этнической сплоченности совместно со склонностью к интернационализированному типу этнических взаимодействий свидетельствует о высокой адаптивной способности среднеазиатов.

Адаптивность китайских студентов носила совершенно другой характер. При нежелании тесно общаться с представителями других этносов они выявляли, тем не менее, хорошую социальную адаптацию, были не склонны вступать в конфликты и проявлять какое-либо недовольство, а также были предупредительны в группе, эмпатичны, незаметны, сдержанны и не создавали неудобных ситуаций. В противовес студентам из среднеазиатских республик, которые проявляли яркую индивидуальность по малейшему поводу и не боялись конфронтации, китайские студенты следили за тем, какое впечатление они производят, стремились к сохранению целостности своей группы, проявляли большую групповую сплоченность и взаимозависимость, чего совершенно не наблюдалось среди российских студентов, которые проявляли выраженную индивидуальность, активность, независимость и инициативность, основываясь на своих собственных желаниях.

По данным теста «MBI» выявлено, что представители китайской нации мужского пола более подвержены эмоциональному истощению (42 % – высокие показатели, 58 % – средние), чем юноши Российской Федерации (25 % – высокие, 50 % – средние, 25 % – низкие). Самые низкие показатели по «MBI» получили студенты Китая женского пола (65 % – низкие показатели, 35 % – средние) по сравнению с показателями у российских девушек: 23 % – высокие и 76 % – средние.

Таким образом, эмоциональное истощение у представителей китайской национальности выражено и проявляется сильнее, преимущественно у мужчин. Однако подверженность студентов из Китая стрессу, вызванному разноязычием, расставанием с близкими членами семьи и культурными различиями, в большей степени была выражена у девушек.

Недовольство своими личными достижениями высказали 75 % китайских юношей и 25 % китайских девушек, причем на фоне объективных очень хороших результатов. Среди российских студентов этот показатель и у юношей, и у девушек был равнозначным (по 45 %).

Анализ полученных результатов по методике «Картина мира» позволяет сделать вывод о наличии значимых различий между русскими и другими студентами по видам: «Планетарная», «Пейзажная», «Ситуативная», «Абстрактная» картина мира, а также о наметившейся тенденции к различиям по шкале «Метафорическая картина мира». Планетарное видение мира русскими студентами по сравнению с ситуативным отношением к миру у китайских студентов объясняет социальную адаптивность китайцев и их приверженность занятиям, а также объясняет непрактичность и надежду на «счастливый случай» среди русских студентов. Не исключено, что это объясняется большей общей образованностью русских студентов. Почти каждый четвертый китайский студент метафорически воспринимает мир, что может указывать на скрытность либо на смысловое, содержательно-субъективное восприятие.

В заключение необходимо заметить, что взаимоотношения в студенческой среде представляют образцы кросскультурной психологической феноменологии с большим полем исследовательской деятельности. Этническое своеобразие проявляется в особенностях адаптации обследованных иностранных студентов к условиям новой этнической среды, во взаимоотношениях со сверстниками, преподавателями. Представляется возможность лучше понять другой народ через изучение наиболее активной его части – учащейся молодежи.

Выводы. Выявленные особенности психосоциального поведения студентов-мигрантов, проходящих обучение в России, необходимо учитывать при планировании учебно-воспитательной работы с иногородними и иностранными студентами.

Литература

1. *Хаснулин В. И., Леутин В. П., Чухрова М. Г., Гафаров В. В.* Этнокультуральные факторы психической адаптации коренных жителей Сибири и Севера в современных условиях // Мир науки, культуры, образования. – 2009. – № 6. – С. 248—254.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АДАПТИВНОСТЬ И УКЛАДНОСТЬ МАЛЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Чухрова М. Г., Пронин С. В., Павлова Н. В.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Новосибирск

Необходимо отметить, что авторами приводятся данные о повышении активации правого полушария у лиц с достаточно длительными сроками проживания на Севере – 6—9 лет (Чухрова М. Г., 2015). Однако с усилением влияния правого полушария связывают проявление беспокойства, тревожности, наряду с низким уровнем эмоционально-интеллектуальной устойчивости, которая наблюдалась у 40 % обследуемых со стажем проживания на Севере 6—8 лет. Все это указывает на сниженную адаптированность и повышенный риск пограничных, преневротических состояний.

Северные народы – нганасаны и долганы – проживают на территории полуострова Таймыр, за полярным кругом. Нганаса́ны (с нган. нганаса́ны – «люди», самоназвание: няа, ня – «товарищ») – коренной самодийский народ в Сибири. Принадлежат на 92 % к гаплогруппе N1b («самодийской») и на 5 % принадлежат к гаплогруппе C. Можно сказать, что нганасаны являются генетически «самым самодийским» народом из всех. Население нганасан в России – 862 человека (Всероссийская перепись населения 2010 г.). Основное место проживания: посёлок Усть-Авам.

Долга́ны (самоназвание: долган, тыа-кихи, саха) – тюркоязычный народ в России (всего долган насчитывается 7900 человек, в Таймырском Долгано-Ненецком муниципальном районе Красноярского края проживает около 5500 человек, в Якутии около 1900 человек), коренное население Таймыра. Этнос долган сформировался в XVIII веке путем ассимилирования якутами на Таймыре тунгусов и русских. Сейчас (2016) в поселке Усть-Авам проживает 398 человек, из них коренной национальности – 379 человек, из них долгане – 208, нганасане – 170, ненцы – 1. В поселке работает 26 предприятий и организаций (http://www.gorod-dudinka. ru/ust-avam/o-poselke).

Цель исследования. Изучить особенности проявления функциональной межполушарной асимметрии, психоэмоциональной адаптивности и укладности жизни среди малых народов Севера (нганасаны, долганы), компактно проживающих в поселке Усть-Авам (ретроспективный анализ).

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач была сформирована база данных (Павлова Н. В., 2013) по коренным народам Севера. Всего в обследование было включено 181 человек из 601 жителя поселка, или 30 % от переписи 2010 г. Среди них было 93 женщины, в том числе долган – 48, нганасан – 44, эвенкийка – 1; 68 мужчин, из них долган – 39, нганасан – 23, эвенк – 1, русских (вахтовиков) – 5. Средний возраст обследованных составил 30,24±15,34 года (возраст обследованных варьировал в диапазоне от 14 до 77 лет).

Далее был проведен корреляционный анализ связи национальности жителей поселка Усть-Авам с рядом психофизиологических параметров. Мощность выборки с помощью статистического бутстрепа, который основан на многократной генерации данных методом Монте–Карло и на базе имеющейся выборки поднята до 650 наблюдений, т. е. приближена к количеству жителей, которые были в поселке в 2010 г. Отличий по возрасту между национальными группами среди участников исследования не выявлено ($F=1,264$; $p=0,289$).

Из всего набора тестовых методик для диагностики психофизиологических особенностей личности были выбраны относительно простые (без применения сложной аппаратуры) и доступные (динамометр, тонометр, секундомер) методики. Диагностика абсолютной работоспособности проводилась по методике В. В. Розенблата (1975). Для диагностики психологического состояния испытуемых использовался 8-цветовой тест Люшера (Люшер М., 2002). В процессе обработки полученных от испытуемых цветовых выборов были использованы интерпретационные коэффициенты, разработанные Г. А. Аминевым (1982).

Всего нами в ретроспективной обработке были использованы 50 переменных. Исходно имелись данные различных тестов, проводимых правой/левой рукой испытуемых (динамометрия, скорость нейромышечной реакции, показатели центральной гемодинамики и т. п.), без выделения функциональной мозговой асимметрии. Мы использовали следующую методику определения праворукости/леворукости – суммирование стандартизованных z-расчетных оценок результатов психофизиологического тестирований. Лица, имеющие расчетный индекс по скориальным оценкам ≥0,1, отнесены к праворуким. Среди всех протестированных таковых выявлено 42,2 % (z=-0,39±0,2). С отрицательными значениями зарегистрировано 57,8 % леворуких (z=0,48±0,37, p=0,0001, F=296).

Результаты исследования. Из обследованного населения на момент исследования 2/3 вели традиционный образ жизни (оленеводство, охота, рыбалка и т. п.), 1/3 населения вела оседлый образ жизни (выделка шкур, меховое производство, заготовка продуктов, сувенирная продукция, домашнее хозяйство, работа в сфере обслуживания и т. п.). Среди изученной популяции традиционный уклад жизни вели 40,3 % (21,7±9,5 года) нганасан и 34,5 % (возраст 27,4±15,4 года) долган. Цивилизованный уклад выявлен в 35,8 % (30,3±18,4 года) и 10,3 % (27,1±12,4 года). Уклад жизни без уточнений зарегистрировали в 23,9 % (36,1±17,0 года) и 55,2 % (34,3±15,1 года).

Можно видеть, что с возрастом проявления оседлой укладности чаще отмечались у долган, среди которых 55,2 % в большей степени ориентированы на работу в поселке и в домашнем хозяйстве. Также заметно более ранее вхождение в традиционный рабочий уклад: например, в 21 год у нганасан и несколько позднее – у долган (только в 27 лет). Возможно предположить, что на такое различие влияет желание получить дополнительное образование, отправка детей на учебу в города и естественно более позднее вхождение в производственную жизнь поселка, при условии, если они вернутся назад. Вероятно, многоукладность долган позволяет им лучше адаптироваться к условиям жизни в поселке.

Изучен такой показатель, как зависимость от внешних условий. У жителей поселка Усть-Авам выявлено стремление к автономности (-0,82±2,5). При этом продемонстрировано, что чем ниже психофизическая выносливость, тем более выражена тенденция к гетерономности, что характерно для нганасан (rp=-0,255; p=0,01). У долган здесь больше влияет снижение силы рук, и это приводит к возрастанию гетерономности (rp=-0,214; p=0,01). Изучена также концентричность как определенная заинтересованность своим окружением (-1,13±3,0). Обнаружено, что чем ниже ЧСС (у нганасан), тем выше будет эксцентричность поведения.

В целом для всех этносов отмечается сбалансированность индивидуально-личностных свойств (0,05±2,7). Наблюдается преобладание тонуса симпатической нервной системы с мобилизацией всех функций (4,3±3,4). Для всех групп коренных народов Севера диагностируется высокая работоспособность (19,1±2,05). При этом отличий между праворукими/леворукими не отмечено (p>0,5). Хорошая адаптивность отмечена у 72,5 %; тенденция к стрессу – у 26,2 %, выраженный стресс – в 1,6 %.

Выводы. В заключение необходимо подчеркнуть, что в определенной степени межполушарная асимметрия с доминированием леворукости связана с преобладанием традиционных промыслов у компактно проживающих народов малого Севера и определяется их лучшей психофизической адаптивностью к условиям Крайнего Севера. Цивилизованный уклад неизбежно приведет к повышению уровня стресса, гетерономности отношений и большей степени зависимости от благ цивилизации. Наверное, правополушарная асимметрия позволяет получать определенные преимущества в такой жизни. Разработанный нами подход позволяет прогнозировать миграционные тенденции малых этносов, дает возможность разрабатывать психофизиологические программы поддержки здоровья и сохранять комфортную среду проживания.

Литература

1. *Чухрова М. Г., Собольников В. В., Хаснулин В. И.* Стратегия этнокультуральных исследований в восточном регионе России // Понять другого: Межкультурное взаимопонимание в современном глобальном мире : сборник материалов пятой Всероссийской научно-практической конференция «Практическая этнопсихология: актуальные проблемы и перспективы развития». – М., 2015. – С. 141—143.

РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В РАМКАХ УК РФ

Шибанов А. Р.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Реактивными состояниями называются временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие как реакция в ответ на воздействие психической травмы. Развиваясь на основе одного итого же патофизиологического механизма (срыва высшей нервной деятельности), реактивные состояния проявляются в разных клинических картинах и составляют две основные подгруппы: неврозы и реактивные психозы.

При неврозах не бывает бреда, галлюцинаций, нарушенного сознания, имеется критическое отношение к болезни. Важной особенностью неврозов является сохранность интеллекта и важнейших психологических характеристик личности, а также обратимость патологической симптоматики. К неврозам относятся неврастении, невроз навязчивых состояний и истерический невроз. Невроз, выраженный в любой степени, не влечет невменяемости, не лишает способности давать показания и не является основанием для досрочного освобождения от наказания из учреждений уголовно-исполнительной системы.

Основным клиническим признаком реактивных психозов является продуктивная (обратимая) психотическая симптоматика, которая отсутствует при неврозах. Реактивные психозы по клинической картине, остроте, характеру и длительности течения можно разделить на острые шоковые реактивные психозы, подострые реактивные психозы и затяжные реактивные психозы.

Острые шоковые реактивные психозы клинически проявляются в двух формах: гипокинетической и гиперкинетической. Острые шоковые реакции встречаются достаточно редко.

В судебно-психиатрической практике наиболее часто встречаются подострые и затяжные реактивные психозы. Длительность подострых реактивных психозов от 2—3 недель до 2— 3 месяцев. К ним относятся: психогенная депрессия, психогенный параноид, галлюциноз, истерические психозы. Понятие затяжного реактивного психоза определяется не только длительностью течения (6 месяцев, 1 год и до 5 лет), но также и клиническими особенностями отдельных форм и характерными закономерностями динамики заболевания.

Совершение криминальных действий в состоянии реактивного психоза встречается редко. В случаях, когда правонарушение совершено в состоянии реактивного психоза, экспертам-психиатрам необходимо установить его глубину. Если оно было настолько глубоким, что правонарушитель не мог осознавать фактический характер своих действий и его общественную опасность в этот период, отдавать отчет в своем поведении и руководить им, обвиняемый признается в отношении данного общественно опасного деяния невменяемым. Психическое состояние таких лиц подпадает под понятие временного психического расстройства, упоминаемого в ст. 21 УК РФ. Обычно реактивные состояния возникают после совершения правонарушения во время следствия, а также по его окончании до или после вынесения приговора и в период отбывания наказания. Поэтому перед экспертизой ставится вопрос об оценке психического состояния лица после совершения правонарушения в указанные временные периоды. В соответствии с ч. 1 ст. 81 УК РФ установление реактивного состояния, развившегося после совершения криминальных действий, может быть основанием для освобождения от наказания, но не от уголовной ответственности. Лицам, заболевшим психическим расстройством до вынесения судом приговора, невозможно назначение наказания. Для тех, у кого расстройство наступило после вынесения приговора, невозможно исполнение или дальнейшее осуществление уже назначенного наказания. Суд может назначить таким лицам принудительные меры медицинского характера (ст. 97, 99 УК РФ).

Поскольку реактивные состояния относятся к временным болезненным психическим расстройствам, принудительное лечение назначается до выхода из болезненного состояния, т. е. до восстановления способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Именно эти качества необходимы для участия в производстве по делу, а также для понимания смысла назначаемого наказания. В соответствии с ч. 4 ст. 81 УК эти лица при выздоровлении могут подлежать уголовной ответственности и наказанию. При острых и подострых реактивных психозах, которые носят кратковременный, полностью обратимый характер, выздоровление обычно наступает в условиях экспертного стационара. Поэтому решение вопроса о возможности продолжения следствия, участия подэкспертного в судебном процессе или о пребывании в местах лишения свободы не вызывает затруднений.

Трудности возникают при решении тех же вопросов в отношении лиц с затяжными реактивными психозами. Основной задачей экспертизы в этих случаях является определение глубины и тяжести болезненного состояния и возможного его прогноза. Затяжные реактивные психозы, клиническая картина которых характеризуется истерической депрессией, иногда с отдельными псевдодементно-пуэрильными включениями, несмотря на затяжное, нередко волнообразное течение, являются прогностически благоприятными. В то же время эти состояния не вызывают затруднений при их отграничении от других психических расстройств. Поэтому в подобных случаях может решаться вопрос о возможности лица во время совершения правонарушения осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

Однако ввиду длительности течения реактивного состояния больных, согласно п. «б» ч. 1 и ч. 2 ст. 97 УК РФ и с учетом показаний, сформулированных в ст. 101 УК, следует направлять на принудительное лечение. Прекращение принудительного лечения больным с депрессивными и параноидными реакциями можно рекомендовать только после полного выздоровления с исчезновением постреактивной астении и восстановлением критики к болезненным переживаниям. О таком выходе с достоверностью можно судить лишь после отмены активной терапии, даже поддерживающих доз. По выздоровлении лица, находящиеся под следствием, могут подлежать уголовной ответственности, а осужденные – продолжать отбывать наказание. Трудности в судебно-психиатрической практике могут возникать в отношении лиц, у которых реактивное состояние принимает глубокий и слишком затяжной характер. В отдельных редких случаях такие состояния достигают степени тяжелой неизлечимой болезни, зачастую с необратимыми изменениями в соматической сфере.

Содержание

Раздел I.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Тезисы Юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии»

Аболонин А. Ф., Белокрылов И. И. (Томск) ВЫЯВЛЕНИЕ СУБКЛИНИЧЕСКИХ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МРТ-ТЕРАПИИ …… 5

Агаркова О. В., Агарков А. П. (Томск) АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ В ТОМСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ …… 6

Аксенов М. М., Перчаткина О. Э., Скрипачева Е. Н. (Томск) СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ЖЕНЩИН ПРИ НОРМАТИВНОМ КРИЗИСЕ ЗРЕЛОСТИ …… 7

Алексеева Н. С. (Новокузнецк) НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ …… 9

Арапиев Ю. У., Уманский А. В. (Красноярск) АНАЛИТИЧЕСКИ-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ С ИДЕНТИФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТОМ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ТЕОРИИ РЕФЛЕКСИВНЫХ ИГР …… 10

Арсланова А. В., Арсланов Д. Р. (Омск) ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ В ДЕБЮТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПСИХОТИЧЕСКУЮ МАНИЮ …… 11

Артемьев И. А. (Томск) ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ ПРИ ТЕСНОЙ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ ЗАВИСИМОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ … 13

Ахметова Э. А., Асадуллин А. Р., Галеева Е. Х., Николаев И. В. (Уфа) ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ «ДИЗАЙНЕРСКИХ» НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И НОВЫХ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОПАСНЫХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ (КРАТКИЙ ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ) …… 15

Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М., Шаикрамов Ш. Ш. (Ташкент, Республика Узбекистан) ГРУППОВЫЕ ТРЕНИНГИ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН …… 16

Баранов И. В., Баранова М. А. (Юрга) ЗНАЧЕНИЕ ТЕРРИТОРИИ ОПЕРЕЖАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В Г. ЮРГЕ: ВЫЗОВЫ И ВОЗМОЖНОСТИ …… 18

Богушевская Ю. В. (Курск) СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ И ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖКТ …… 20

Бойко А. С., Лосенков И. С., Корнетова Е. Г. (Томск) СОДЕРЖАНИЕ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ …… 22

Буркин М. М., Чабан Ч. (Петрозаводск) КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИЙ БИПОЛЯРНОГО СПЕКТРА …… 24

Бухаров В. Г., Семин И. Р. (Томск) КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ …… 25

Буцко М. Р. (Томск) СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА КАК СОСТОЯНИЕ, АКТУАЛИЗИРУЮЩЕЕ ПИЩЕВУЮ ЗАВИСИМОСТЬ …… 26

Васильева Н. А. (Томск) ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА …… 28

Васильева С. Н., Симуткин Г. Г. (Томск) ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ АФФЕКТИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ …… 29

Васина Е. Ю., Селедцов А. М., Устьянцев Л. Г. (Кемерово) ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ …… 30

Велиева С. В. (Чебоксары) КОМПЛЕКСНАЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННАЯ РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ ……. 31

Вертугина Е. А. (Алматы, Казахстан) ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ …… 33

Ветлугина Т. П., Никитина В. Б., Мандель А. И., Менявцева Т. А., Ляшенко Г. П., Рощина О. В. (Томск) СТРЕССРЕАЛИЗУЮЩИЕ ГОРМОНЫ В ДИНАМИКЕ СИНДРОМА ОТМЕНЫ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ …… 35

Воробьев Е. С., Дроздовский Ю. В. (Омск) ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ, КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ …… 36

Герасимчук М. Ю. (Москва) ХРОНОФАКТОР: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДЕПРЕССИИ …… 38

Гизатулина Л. В., Зерникова А. А., Кирина Ю. Ю., Красноперова А. О., Селедцов А. М. (Кемерово) СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ РИСПЕРИДОНА И ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОБОСТРЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ …… 39

Гильбурд О. А. (Сургут) ТЕОРИЯ ВЫРОЖДЕНИЯ БЕНЕДИКТИНА ОГЮСТЕНА МОРЕЛЯ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ …… 40

Гранкина И. В., Иванова Т. И. (Омск) БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ …… 42

Гусев С. И. (Кемерово) ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ У СТУДЕНТОВ …… 44

Диденко А. В. (Томск) ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЛОЗИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ОСУЖДЕННЫХ, ОТБЫВАЮЩИХ УГОЛОВНЫЕ НАКАЗАНИЯ В ВИДЕ ПОЖИЗНЕННОГО ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ …… 46

Дмитриева Е. Г., Бородюк Ю. Н. (Томск) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ КОМПЛАЕНС-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НЕГАТИВНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ …. 47

Дралюк Н. М. (Красноярск) СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ (актуальность и разработанность проблемы) …… 49

Евсеев В. Д. (Томск) МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНДЕКС ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ …… 51

Егорова Л. С., Гребенкина И. Г., Пронин С. В., Чухрова М. Г. (Новосибирск) ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ …… 52

Епанчинцева Е. М., Рудницкий В. А., Мальцев В. С., Иванова А. А., Лебедева В. Ф., Павлова О. А., Сорокин А. П. (Томск) ДИНАМИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, УЧАСТВОВАВШИХ В АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ (КОМБАТАНТОВ) …… 54

Зайцева А. О., Стоянова И. Я. (Томск) ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ …… 56

Жукова Д. И., Балин В. Д., Джанаева Л. В. (Санкт-Петербург) ПЕРФЕКЦИОНИЗМ И НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ …… 58

Зеркалина Е. И., Артемьева А. В. (Ярославль) ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ РИСКА ВСТУПЛЕНИЯ В СОЗАВИСИМЫЕ ОТНОШЕНИЯ СТУДЕНТОВ ЯГПУ …… 60

Зяблицев Д. В., Шибанов А. Р. (Новокузнецк) АЛКОГОЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ …… 61

Кадачегов А. С. (Красноярск) СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ ИНВАЛИДНОСТЬ …… 62

Кадочникова С. В. (Томск) ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, УЧАСТВУЮЩИХ В ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЯХ …… 63

Каймонова Е. Н., Корнетов Н. А. (Томск) КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УМЕРЕННОГО ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 65

Караваева Е. В., Тюкпеева И. П. (Томск) ИССЛЕДОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, НЕСУЩИМИ ВИТАЛЬНУЮ УГРОЗУ 66

Караваева Е. В., Шинкаренко А. А. (Томск) ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ 68

Карауш И. С., Куприянова И. Е. (Томск) ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ 69

Карепина Е. К., Ащук О. А. (Томск) ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКАМИ РАЗВИТИЯ 71

Картавых К. В. (Барнаул) ДИАГНОСТИКА ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ 73

Козлова С. М., Каткова М. Н. (Томск) РОЛЬ АРТТЕРАПИИ В УКРЕПЛЕНИИ КОМПЛАЕНСА ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ 74

Коломыцев Д. Ю., Дроздовский Ю. В. (Омск) РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В РАМКАХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА 76

Корнетов Н. А. (Томск) СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ 78

Корнетов Н. А., Семин И. Р., Старинская Е. О., Кальченко И. А. (Томск) КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОСТОЯЩИХ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ 81

Корнетова Е. Г., Микилев Ф. Ф., Семке А. В. (Томск) ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ СТРАТЕГИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С НЕГАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 83

Костин А. К., Иванова А. А., Епанчинцева Е. М. (Томск) СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 85

Краснятова Ю. А., Выскочков В. С., Прудовиков И. О. (Томск) ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ЛИЦ 86

Крахмалева О. Е., Иванова Т. И., Гранкина И. В. (Омск) НОЗОЛОГИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СУЩЕСТВУЮЩЕГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА (НА ПРИМЕРЕ ПСИХОПАТОПОДОБНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ) 88

Кудрявцева О. В. (Томск) ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА ЗДОРОВЬЯ КАК МИШЕНЬ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 89

Кулешова Е. О., Строганов А. Е. (Барнаул) РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ ПОЛИМОРФНОЕ РАССТРОЙСТВО 91

Куликова О. С. (Оренбург) ВЗАИМОСВЯЗЬ КОГНИТИВНО-СТИЛЕВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЩИТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ НА ИНИЦИАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ 92

Куприянова И. Е., Кривоногова Т. С., Бабикова Ю. А. (Томск) ДИНАМИКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, И ИХ РОДИТЕЛЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ 94

Лахонина А. А., Соловьева И. Г., Буслаев А. С. (Новосибирск) ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПОДРОСТКОВ 95

Левчук Л. А., Бойко А. С., Лосенков И. С., Лебедева Е. В., Симуткин Г. Г., Иванова С. А. (Томск) НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР МОЗГА И ОТВЕТ НА АНТИДЕПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ 96

Лейдерман М. В., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) СООТНОШЕНИЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ И КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ДЕМЕНЦИЯХ 98

Лесников О. И. (Курск, Тула) АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (КЛИНИКА, ПАТОМОРФОЗ, ТЕРАПИЯ) ……. 99

Лисовская М. Я. (Томск) ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ …….. 101

Лобачева О. А., Корнетова Е. Г., Никитина В. Б., Менявцева Т. А., Каткова М. Н., Козлова С. М., Мальцева Ю. Л. (Томск) ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ……. 103

Лосенков И. С., Пожидаев И. В., Османова Д. З., Симуткин Г. Г. (Томск) АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *DRD2* С НАЛИЧИЕМ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА …… 105

Лукашева В. В., Иванова А. А., Боргоякова И. С. (Томск) ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ……. 106

Лукьянова Е. В., Лебедева В. Ф. (Томск) РОЛЬ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ЖЕНЩИН В ФИКСАЦИИ ИСТЕРИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ФОРМИРОВАНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ПРАВОМЕРНОСТЬ И ОБОСНОВАННОСТЬ ПРОБЛЕМЫ) ……. 108

Максимова И. В. (Красноярск) ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА И АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЛЬШОЙ СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК …. 111

Мамышева Н. Л., Руденко Л. С. (Томск) ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ С САДОМАЗОХИСТСКИМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ В РАМКАХ БДСМ-КУЛЬТУРЫ ……. 112

Микилев Ф. Ф., Лобачева О. А. (Томск) КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА БОЛЬНЫХ ……. 114

Михалицкая Е. В., Полтавская Е. Г., Мандель А. И. (Томск) RS2271537 ГЕНА ТРИПТОФАН-ПИРРОЛАЗЫ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ….. 116

Моор Л. В. (Омск) УРОВЕНЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЖИЗНЬЮ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ….. 117

Морева С. А. (Томск) ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ИНТЕРНОВ И АСПИРАНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОСТРАНСТВО ИХ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ……. 118

Москвитин П. Н. (Новосибирск, Новокузнецк) ЗАДАЧИ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ …… 120

Никитина В. Б., Костин А. К., Менявцева Т.А., Ветлугина Т. П., Аксенов М. М. (Томск) ПРОГНОЗ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ …….. 122

Очилов У. У., Хидиров Л. Ф., Тураев Б. Т. (Самарканд, Узбекистан) ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ, С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ……. 124

Паршукова Д. А. (Томск) ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ОСНОВНОМУ БЕЛКУ МИЕЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ……. 125

Патрикеева О. Н., Овчинников А. А., Кормилина О. М., Соловьева И. Г., Иксанова Д. Д. (Новосибирск) МОТИВАЦИЯ ВОЗДЕРЖАНИЯ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КАК ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МИШЕНЬ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ ……. 127

Петракова А. В., Тарханов В. С., Ягупова Н. Х. (Астрахань**)** ПРОЦЕДУРА НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ – ТОЧКА ЗРЕНИЯ ПСИХИАТРОВ ……. 128

Пичугина Ю. А., Березовская М. А., Коробицина Т. В., Афанасьева Н. А. (Красноярск) СОВРЕМЕННАЯ ДИНАМИКА СИТУАЦИИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ ……. 130

Плотникова Н. С., Раева Т. В. (Тюмень) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ……. 132

Погосов А. В., Николаевская А. О. (Курск) ДИАГНОСТИКА НАЧАЛЬНОГО ЭТАПА СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ 134

Погосова И. А. (Курск) КЛИНИЧЕСКОЕ СВОЕОБРАЗИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ТРЕВОЖНЫМИ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 135

Полтавская Е. Г., Федоренко О. Ю., Иванова С. А. (Томск) ВКЛАД ГЕНА PIP5K2A В РАЗВИТИЕ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 136

Приленская А. В., Приленский Б. Ю., Федорова И. И. (Тюмень) РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ 137

Приленский Б. Ю., Приленская А. В. (Тюмень) ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ 139

Прокопьева М. Л., Собенников В. С. (Иркутск) КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ДИАГНОСТИКА СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ В СВЕТЕ МНОГОЛЕТНЕГО КАТАМНЕЗА 140

Пронин С. В., Волкова С. В., Чухрова М. Г., Пронина Н. А., Дресвянников В. Л. (Новосибирск) РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ СТАЦИОНАРНОЙ РЕСОЦИАЛИЗИАЦИИ 142

Пронин С. В., Филлипова Ю. С., Чухрова М. Г. (Новосибирск) ОЦЕНКА РЕВАРД-СИСТЕМЫ У ЗАНИМАЮЩИХСЯ В СПОРТИВНЫХ СЕКЦИЯХ ДЕТЕЙ И ПРОГНОЗ ЛАТЕНТНОЙ АУТОАГРЕССИВНОСТИ 144

Пронин С. В., Чухрова М. Г., Сидорова Е. А., Пронина Н. А. (Новосибирск) КОНТЕНТ-АНАЛИЗ САМООТЧЕТОВ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 146

Прядухина Н. И., Андреева Е. Ю. (Томск) ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ САМОСОЗНАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ 148

Прядухина Н. И., Сербо Е. П. (Томск) ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИИ К УСПЕХУ И УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ГОТОВНОСТИ К РИСКУ НА РАННЮЮ АЛКОГОЛИЗАЦИЮ 151

Рожков С. А., Сериков А. Л. (Томск) ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПСИХОТЕРАПЕВТ: ПРОБЛЕМЫ ИДЕНТИЧНОСТИ 153

Розина А. С. (Томск) ОСОБЕННОСТИ КОМПЛАЕНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ 155

Ротова И. А. (Томск) ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ 156

Рудницкий В. А. (Томск) РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА 157

Салмина-Хвостова О. И. (Новокузнецк) ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ 158

Сахаров А. В., Голыгина С. Е., Казыкин Р. Н., Герасимова Я. В. (Чита) АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ 160

Селезнёв С. Б. (Анапа) ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ И МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Г-К. АНАПА 161

Селезнёв С. Б., Гундаренко С. В. (Анапа) КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ 164

Сердюк О. В., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) ОРГАНИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ГОРОЖАНАМ С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ЦЕНТРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ 167

Сиденкова А. П., Лейдерман М. В. (Екатеринбург) МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ ПСИХОПРОДУКТИВНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА 168

Сиденкова А. П., Сердюк О. В. (Екатеринбург) СОЦИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОПУЛЯЦИИ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА …… 169

Симуткин Г. Г., Яковлева А. Л. (Томск) ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ НА ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ …… 170

Собенников В. С., Прокопьева М. Л. (Иркутск) ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ПРЕДИКТОРЫ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ …… 172

Солодкая Е. В., Логинов И. П. (Хабаровск) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ …… 173

Солонский А. В., Кудренко А. С., Логвинов С. В., Шушпанова Т. В. (Томск) ФОРМИРОВАНИЕ КОРЫ И ТАЛАМУСА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ГИПОКСИИ И ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ …… 175

Стоянова И. Я., Смирнова Н. С., Иванова А. А., Цыбульская Е. В., Терехина О. В. (Томск) ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 176
……..

Стреминский С. Ю., Строганов А. Е. (Барнаул) СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМБАТАНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ….. 178

Султанова А. Н., Овчинников А. А. (Новосибирск) СОМАТИЗАЦИЯ АФФЕКТА КАК ОДИН ИЗ ЗАЩИТНЫХ МЕХАНИЗМОВ АДАПТАЦИИ МИГРАНТОВ …… 180

Счастный Е. Д., Украинцев И. И. (Томск) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НАЛМЕФЕНОМ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ И КОМОРБИДНЫМИ АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ …… 182

Фисик М. В., Пичугин И. Н., Шумилов К. А. (Ачинск) СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК ЗА ПЕРИОД РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ В СТРУКТУРЕ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГОРОДА …… 183

Хоменко О. П., Агарков А. А., Погорелова Т. В., Чернышева К. Г. (Томск) ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ …… 185

Черенков А. А., Обухов Н. Г., Филатова Т. В. (Ижевск) НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЛПУ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ «ДИЗАЙНЕРСКИМИ» НАРКОТИКАМИ …….. 187

Черткова О. А., Селедцов А. М., Иванец И. В. (Кемерово) ИЗМЕНЕНИЕ БАЗОВЫХ УСТАНОВОК, ФОРМИРУЮЩИХ СТЕРЕОТИПЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ …… 188

Шабанова Л. С., Соловьева И. Г., Барановская Л. Н., Шарапова Т. В. (Новосибирск) ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА …… 190

Шереметьева И. И., Плотников А. В. (Барнаул) ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ……. 192

Шкляев А. Е., Валиева Р. А., Галялиева Л. А. (Ижевск) ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ …… 193

Юков О. С. (Красноярск) ШИЗОФРЕНИЯ, СПРОВОЦИРОВАННАЯ ПРИЕМОМ НОВЫХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ …… 195

Юркшат К. Ф. (Курск) К ПРОБЛЕМЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ …… 196

Ягупова Н. Х., Хрящев А. В., Андреев М. К., Петракова А. В. (Астрахань) ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП …… 198

Языков К. Г., Корнетов А. Н. (Томск) ГЕНЕТИКО-СЕМИОТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ОПИСАНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ …… 200

Языкова И. М., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) ИЗМЕНЕНИЕ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ДЕМЕНЦИЯМИ …… 202

Языкова И. М., Сиденкова А. П. (Екатеринбург) ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЕМЕНЦИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ …… 203

Ярыгина Е. Г., Прокопьева В. Д., Гончикова И. А., Попова Т. А., Кисель Н. И. (Томск) ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КВЧ-ТЕРАПИИ ДЛЯ НОРМАЛИЗАЦИИ АМИНОТРАНСФЕРАЗ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ …… 204

Раздел II. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Тезисы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященной памяти академика В. Я. Семке

Аболонин А. Ф., Назарова И. А. (Томск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АУТОДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ …… 207

Асадуллин А. Р., Галеева Е. Х., Юлдашев В. Л., Ахметова Э. А., Филинова В. С. (Уфа) ПОПЫТКА КЛАССИФИКАЦИИ НАТУРАЛЬНЫХ И СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ СОГЛАСНО ИХ ХИМИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ. КРАТКИЙ ОБЗОР МЕХАНИЗМОВ ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ …… 209

Бабарахимова С. Б., Искандарова Ж. М., Шаикрамов Ш. Ш. (Ташкент, Республика Узбекистан) ОЦЕНКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИЕЙ …… 211

Баранов В. В., Синев В. Е. (Новокузнецк) ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАЗОДОНА (ТРИТТИКО) В ТЕРАПИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ …… 213

Безруких Т. С., Березин Е. Ю. (Новокузнецк) АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ …… 214

Березовская М. А., Коробицина Т. В., Находкин Е. Г. (Красноярск) НЕКОТОРЫЕ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, ОСУЖДЕННЫХ К ЛИШЕНИЮ СВОБОДЫ, СТРАДАЮЩИХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, С КОМОРБИДНОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ …… 216

Буркин М. М., Молчанова Е. В. (Петрозаводск) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНДИКАТОРОВ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ФИННО-УГОРСКОЙ ГРУППЕ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ И ФИНЛЯНДИИ) …… 218

Васильченко К. Ф., Дроздовский Ю. В. (Омск) ИЗУЧЕНИЕ ФЕНОМЕНА САМОСТИГМАТИЗАЦИИ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ …… 220

Герасимчук М. Ю. (Москва) ГЕЛИОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПРИ ДЕПРЕССИИ: ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИЛИ ПРЕВЕНТИВНЫЙ АГЕНТ …… 221

Гильбурд О. А., Самохвалов В. П. (Сургут, Прага, Чехия) ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОГРЕБАЛЬНОГО РИТУАЛА В КОНТЕКСТЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ УТРАТЫ …… 222

Горбачева Е. А., Балакина О. Ю., Георгиевская О. В., Райх В. В. (Новокузнецк) ВЛИЯНИЕ НАЛТРЕКСОНА ФВ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ И КАЧЕСТВО РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ, ВЫЗВАННЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ОПИОИДОВ …… 224

Гусев С. И., Аболонин А. Ф. (Кемерово, Томск) КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ ДЕЛИНКВЕНТНЫХ ПОДРОСТКОВ …… 226

Гуткевич Е. В., Семке А. В., Лебедева В. Ф., Мальцева Ю. Л., Каткова М. Н., Владимирова С. В. (Томск) ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЕЙ И АНТИРЕЦИДИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ …… 228

Дашиева Б. А., Куприянова И. Е. (Томск) ЭТНОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССОГЛАСОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ БЛАГОПОЛУЧИЯ ПОДРОСТКОВ С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 230

Долгунов В. А., Иготти Е. А., Хоютанова Н. В., Матвеева Н. П. (Якутск) ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ 232

Егорова С. А., Рудницкий В. А. (Томск) СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЫТОВОГО НАСИЛИЯ НАД ЖЕНЩИНОЙ 233

Канзычакова Н. Г. (Абакан) ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА 235

Кибардина А. С., Рудницкий В. А. (Томск) СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ 236

Кияниченко Ю. И., Вишневская Э. С. (Кемерово) ПАТОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 238

Кондратов А. Ю., Шибанов А. Р., Романенко В. Н., Усов В. П. (Новокузнецк) ПРИМЕНЕНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ 239

Короленко Ц. П., Мухомедзянов Х. М. (Новосибирск) РЕЛИГИОЗНАЯ ПАРАДИГМА И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ 242

Лазебник А. И. (Ижевск) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СУИЦИДОВ В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ В УСЛОВИЯХ РЫНКА 246

Матвеева Н. П., Хоютанова Н. В., Никитин Е. В., Томский М. И. (Якутск, п. Тикси) ЭТНОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА ВИЛЮЙСКИХ ЯКУТОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) 247

Микилев Ф. Ф. (Томск) КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТИПА 248

Мухомедзянов Х. М. (Новосибирск) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У СИБИРСКИХ ТЮРКОВ 250

Павлова Е. Н., Завьялова Н. Е. (Новокузнецк) ПРОБЛЕМА ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ ПРИ ТЕРАПИИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ 252

Петренко Н. В., Завьялова Н. Е., Романенко В. Н., Кондратов А. Ю., Коковина Л. И. (Новокузнецк) ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ 255

Пешковская А. Г., Мандель А. И. (Томск) СТРУКТУРНЫЕ И ГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РИСУНКА КАК КОРРЕЛЯТЫ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ) 257

Плетнева Т. Г., Дроздовский Ю. В. (Омск) ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 259

Рахмазова Л. Д., Макарова Е. М. (Томск) ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА 261

Рылев А. В., Рылева В. А., Мороз В. В., Березовская М. А. (Норильск, Красноярск) СРЕДНЯЯ ЧАСТОТА СУИЦИДОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА В ТАЙМЫРСКОМ МУНИЦИПАЛЬНОМ РАЙОНЕ 262

Сахаров Ю. Н., Завьялова Н. Е. (Новокузнецк) СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ ТИПИЧНЫМИ И АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ... 264

Селезнёв С. Б. (Анапа) ОТКРЫТЫЕ УРОКИ ЭТНОПСИХОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО МУЛЬТИКУЛЬТУРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ 265

Собенников В. С., Винокуров Е. В. (Иркутск) ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ ФАКТОР ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА 267

Султанова А. Н., Овчинников А. А. (Новосибирск) КРОССКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ……. 269

Счастный Е. Д., Смирнова Н. С., Стоянова И. Я., Суровцева А. К. (Томск) КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДИСТИМИИ И РАССТРОЙСТВАХ АДАПТАЦИИ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА ……. 271

Ткаченко Г. В. (Новокузнецк) АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ ……... 272

Труфанов С. Н. (Новокузнецк) СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ……... 274

Федоренко О. Ю., Полтавская Е. Г., Иванова С. А. (Томск) ВКЛАД ГЕНА ТРИПТОФАНПИРРОЛАЗЫ В РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛИЗМА У ТУВИНЦЕВ …….. 277

Хоютанова Н. В., Матвеева Н. П., Васильева М. Р., Никитин Е. В., Томский М. И. (Якутск, п. Тикси) АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРКТИЧЕСКИХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) …… 279

Чухрова М. Г., Пронин С. В., Никитина Е. А. (Новосибирск) ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АДАПТИВНОСТЬ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ К УСЛОВИЯМ УЧЕБЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ …… 281

Чухрова М. Г., Пронин С. В., Павлова Н. В. (Новосибирск) ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ АДАПТИВНОСТЬ И УКЛАДНОСТЬ МАЛЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ) …….. 283

Шибанов А. Р. (Новокузнецк) РЕАКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ И ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА В РАМКАХ УК РФ …… 285

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

сборник тезисов

Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии» (Томск, 1 ноября 2016 г.)

II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Современные проблемы этнокультуральной психиатрии и наркологии», посвященная памяти академика В. Я. Семке (Томск, 2 ноября 2016 г.)

под редакцией члена-корреспондента РАН Н. А. Бохана

Редактор И. А. Зеленская

Подписано в печать 10.10.2016 г.
Формат 70x100 1/16.
Бумага офсетная № 1.
Печать ризография.
Печ. л.18,50; усл. печ. л. 23,87; уч.-изд. л. 28,28.
Тираж 500. Заказ № 16544

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

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ КОНФЕРЕНЦИЙ:

ООО «Пфайзер»
БЕЛУПО, лекарства и косметика

СПОНСОРЫ:

ООО «Герофарм»
«Эвер Нейрофарма»
ООО «Биокодекс»
ООО «КРКА ФАРМА»

ISBN 978-5-91701-120-2