

Министерство здравоохранения Алтайского края
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница
им. Эрдмана Юрия Карловича»
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»
Научно-исследовательский институт психического здоровья

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Сборник тезисов

межрегиональной научно-практической конференции, посвященной
70-летию алтайской психиатрии и 60-летию кафедры психиатрии,
медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО АГМУ

(Барнаул, 10–11 октября 2018 года)

Под научной редакцией

академика РАН Н.А. Бохана
профессора И.И. Шереметьевой

Издательство Томского университета

Барнаул
Томск

2018

УДК 616.891:616.8-008.64:616.895.8:616.89-008.441.13:615.099.084:616.071:616.214
ББК 56.145.81+56.14-324+56.145.51+56.145.11+52.817.105+53.57
С568

Р е ц е н з е н т ы:

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

А.А. Овчинников – д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии
и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России

С568 Современные подходы к профилактике, диагностике, терапии и реабилитации психических расстройств [Электронный ресурс]: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию алтайской психиатрии и 60-летию кафедры психиатрии, медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО АГМУ (Барнаул 10–11 октября 2018 г.) / под ред. Н.А. Бохана, И.И. Шереметьевой. – Барнаул, Томск: Издательство Томского университета, 2018. – 136 с. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

ISBN 978-5-7511-2565-3

В рамках конференции планируется обмен научными достижениями и практическим опытом между специалистами в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии, психофармакологии, охраны психического здоровья, организации специализированной помощи лицам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами. В сборник тезисов конференции включены статьи по актуальной проблематике: региональные модели развития психиатрической помощи; региональные тренды развития психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации; современные подходы к терапии психических расстройств; современный взгляд и подходы к превенции психических расстройств; современные подходы к терапии резистентных форм психических расстройств; стандартизация в процессе оказания психиатрической помощи; вопросы биологических (клинических и экспериментальных) исследований в психиатрии и наркологии; охрана психического здоровья детей и подростков. Обсуждаемые проблемы представляют интерес для научных сотрудников, работающих в области биологической психиатрии и наркологии, для психиатров, наркологов, психологов, психотерапевтов, врачей различных специальностей.

Сопредседатели оргкомитета конференции:

Бохан Николай Александрович – академик РАМН, профессор, заслуженный
деятель науки РФ, директор НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Вдовина Марина Геннадьевна – главный специалист психиатр Алтайского края.

Шереметьева Ирина Игоревна – заведующая кафедрой психиатрии, медицинской
психологии и неврологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «АГМУ» Минздрава России,
д.м.н., профессор, главный детский специалист-психиатр Алтайского края.

Нарожнов Владимир Дмитриевич – главный врач КГБУЗ «АККПБ
им. Эрдмана Ю.К.», к.м.н.

УДК 616.891:616.8-008.64:616.895.8:616.89-008.441.13:615.099.084:616.071:616.214
ББК 56.145.81+56.14-324+56.145.51+56.145.11+52.817.105+53.57

© Современные подходы к профилактике, диагностике,
терапии и реабилитации психических расстройств, 2018

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАСКРЫТИИ ПОТЕНЦИАЛА ПЕРЕЖИВАНИЙ

Авдеенко А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Согласно мнению С. Грофа (1996), несмотря на широкое распространение надличностных переживаний и на их очевидную причастность ко многим областям человеческой жизни, до сих пор не предпринималось серьезных попыток ввести их в теорию и практику современной психиатрии и психологии. В данной работе предприняты шаги к анализу роли переживания (П) в современных психотерапевтических методиках.

Многие исследователи усматривают общность П с сознанием, поскольку как то, так и другое первичны и не могут быть выведены из каких-то то других реалий, они менее всего относятся к психическим процессам и им более присуще божественное начало (Юнг К.Г., 1992; Лэнг Р., 1995; Фахрутдинова Л.Р., 1998). Отмечают их связь с психикой, трансперсональными состояниями, космическим разумом (Брюин Г., 1923; Кант И., 1994; Гуссель Э., 1994; Рубинштейн Л., 1998; Дмитриева Н.Б., 2001).

Сознание, как волновая субстанция, неотъемлемый фрагмент Вселенной, может напрямую устанавливать непосредственную связь с первосознанием. В.Н. Волченко (1997) считает, что сознание – это полевая информационная форма жизни, высшая форма развития информации, творящая информацию, программирует развитие молекулярно-нуклеиновой формы жизни, которой придает частичку себя, наделяет сознанием, но в той мере, в которой необходимо ее развитие. П же есть отражение значимости осознаваемого эмоционально окрашиваемого психического процесса (образа, восприятия, представления, воспоминания), создающего психическую напряженность, подготавливающую условия к вхождению в резонанс с напряженностью полевой формой информации для восприятия (импринтинга) знаний, необходимых для построения адекватных умозаключений, нового осознания бытия, картины мира, осмысленности существования, реализации психического потенциала. П выводит сознание на контакт с космической духовностью, с энергоинформационным полем, дающим возможность внечувственного получения информации. Во время вхождения индивидуального сознания в область энергоинформационного поля переживанию присущи ощущения отгороженности от реального бытия, утрачивающего качества предметности, а духовность, напротив, приобре-

тает черты материальной весомости, значимости. Ф.Е. Василюк (2005) подобное состояние оценивает как готовность к трансцендированию.

Анализ возможностей П на примере гештальттерапии и исцеления молчанием дает основание полагать, что гештальттерапия ограничивает возможности П. Психологическая цепочка гештальта выглядит следующим образом: осознание проблемы – переживание проблемы – осознание необходимости решать проблему – подключение мышления к решению проблемы. Энергия П идет на активацию психических процессов с целью достижения ими какого-то понимания и смирения с тем, что произошло. Человек ищет выход исходя из своих ресурсов, из своего разума. По выражению С. Кернейц (1920), «мысль отражается от себя самой».

П в технологическом процессе молчания включено в более сложный алгоритм. Осознание проблемы – переживание проблемы – осознание себя частичкой Вселенной (энергоинформационного поля) – духовное присоединение к первоисточнику жизни – получение внечувственным путем необходимой информации (знания) – осмысление нового знания. Безмолвие – это не пассивное состояние, а самая активная умственная деятельность, но протекающая в тишине и спокойствии, погружении в свой внутренний мир. Осуществляется связь осознаваемого «Я» с неосознаваемыми структурами субъективного мира. П, стоящее на границе психического и духовного, позволяет психике через духовность более эффективно выполнять свою функцию.

ВЕРА И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Авдеенко А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Веру принято рассматривать с позиций, альтернативных научному знанию, что неизменно приводит к отождествлению веры с религией и уводит от изучения сути вопроса. Психиатрическая наука определение веры не дает. Психология определяет ее как психический акт, особое состояние психики, психический ресурс, как характеристику человеческого бытия, что не вносит ясности в понимание этого «психического феномена».

В структуре психических проявлений веру можно трактовать как функцию мышления, устанавливающую соответствие достигнутого результата с первоначально поставленной целью. Мышление ставит задачу, решает ее, если ответ совпадает с ожидаемым и определяемым через цель желанием, мышление оценивает его как верный, истинный.

Вера, таким образом, является умозаключением, лишенным сомнения и подтвержденным внутренним чувством достоверности, что отражает уровень критичности того же мышления.

Вера, в основе которой лежат доводы мышления, зависит от этих доводов и меняется в соответствии с появлением новых научных знаний, дополнительной информации о предмете веры. Вера, чтобы стать верой, должна быть кем-то или чем-то признанной, утвержденной. Верить или не верить определяется соглашением узкого круга «авторитетных» лиц. Поэтому предмет веры не только недолговечен, но и спекулятивен.

Есть вера, которая не выводится логическим мышлением и не вписывается в привычный, общепринятый алгоритм миропонимания. Необходимая информация приходит сама, как бы ниоткуда. Происходит не только понимание, но и осознание полученной информации как верной, истинной. Утверждает ее таковой сознание, а не мнение авторитетов. Ее нельзя утвердить голосованием. Исходя из этого, следует признать, что вера, основанная на доводах рассудка, не является таковой.

Вера зарождается в духовной сфере, дается человеку высшим сознанием. Опираясь на теорию градации физической реальности, предложенной академиком Г.И. Шиповым (1992), при определенных состояниях человека информация, исходящая из торсионных полей, физического вакуума, энергоинформационного поля физического пространства, воспринимается им непосредственно при соприкосновении его сознания с сознанием вселенского пространства, поскольку они родственны по своему происхождению.

Такая вера помогает человеку выживать и адаптироваться в реальном мире, поскольку она несет ему необходимые знания, которые не может обеспечить интеллект. Эти знания приходят тогда, когда они действительно ему необходимы. Поэтому веру можно определить как прогностически необходимые знания, проистекающие из гармонизирующей энергии Высшего Начала и воспринимаемые человеком внеопытным путем, выходящим за пределы привычного восприятия мира.

Поскольку энергоинформационное поле пространства содержит не только нужную для развития человечества информацию, то сознание человека может подключаться и к информационному смогу, программирующему его деградацию.

Теоретические рассуждения о вере в применении к психиатрии могут иметь прикладное значение. Очевидно, переживание горя и утраты не совсем то, что обычно относят к депрессиям, а выделенные В. Франклом ноогенные неврозы, проистекающие из утраты сове-

сти и экзистенциальной фрустрации, отличаются от классических неврозов. Симптом «уже виденного» может быть оценен с совершенно других позиций, нежели проявление бреда инсценировки с элементами ложного узнавания. Возможно, есть смысл пересмотреть свое отношение к бреду. Бредовая система, построена на вере, однако врачи-психиатры лечат рассудок, пытаясь изменить веру. Бредовые высказывания зависят от веры, а не от рассудка, поэтому делать рассудок судьей веры нельзя.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ТЕРАПИЯ ИНСОМНИЙ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Сорокин А.П.

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

Инсомнии возникают на любом этапе течения пограничных состояний – остром, подостром и затяжном. Как правило, превалирует одно-временное развитие инсомний с другими симптомами основного заболевания (40%); в 46,9% случаях они присоединяются к имеющимся расстройствам («вторичная инсомния») Реже (13,1%) «бессонница» является первым симптомом заболевания («первичная» инсомния). Дебют нарушений сна зависит от характера и длительности воздействия патогенного фактора, его значимости для пациента, а также особенностей его реагирования на инсомнию. Обнаружена определенная этапность последовательного нарастания инсомнической симптоматики: появление острых, ситуационных, преходящих нарушений сна (инициальные инсомнии), для которых характерны нестойкость, кратковременность, мозаичность симптомов, их малая выраженность, зависимость от личностных особенностей, полная устранимость после ликвидации патогенного фактора. Для подострых реакций характерно структурирование нарушений сна с последующим выделением ведущих сомнологических жалоб, «кристаллизацией» определенного стереотипа заболевания («инсомническое состояние»). При затяжных реакциях имеют место длительные нарушения сна с формированием стойкого агрипнического синдрома («инсомническое развитие») с относительной самостоятельностью и синдромальной очерченностью инсомний.

Формированию стойких инсомнических расстройств способствуют следующие факторы: наличие повторных, затяжных или хронических психотравмирующих ситуаций; «усложняющиеся» конфликты, имеющие личностную значимость и неразрешимость для индивида; закреп-

ление инсомнического реагирования на психогении; присоединение дополнительных астенизирующих, соматогенных, экзогенно-органических и психогенных вредностей; усугубление личностной дисгармоничности; влияние десинхронизирующих факторов; рост толерантности к снотворным; отсутствие своевременной квалифицированной помощи на предыдущих этапах.

От выраженных инсомний следует дифференцировать наиболее ранние феномены со стороны цикла «сон – бодрствование» донозологического уровня, представляющие собой уровень «предболезни». Они обозначаются как аномальные сомнологические реакции (АСР), или преинсомнические расстройства. Их основными критериями являются следующие: ригидность цикла «сон – бодрствование»; снижение адаптивно-приспособительных свойств личности и механизмов психологической защиты; фиксация на нарушениях сна и появление сверхценного отношения ко сну; появление тревожности вследствие личностного реагирования. В целом вырисовывается определенный континуум инсомнических расстройств, предусматривающий постепенный переход от нормальных, эпизодических «сбоев» ритма сна к состоянию субнормы в виде АСР, далее к инициальным инсомническим нарушениям, затем к «инсомническому состоянию» и, наконец, к «инсомническому развитию».

Клинико-динамическое изучение обнаруживает три типа течения инсомний при пограничных состояниях. На первом месте (46,9%) отмечается довольно стабильное состояние с наличием непостоянных нарушений сна, при этом имеется равномерное чередование инсомнических и светлых промежутков («волнообразное течение»). Состояние нарушений сна четко ограничивается от предыдущего и последующего состояний «благополучия». Манифестация нарушений сна представляется взаимообъединением инсомнической и иной клинической симптоматики. При прогрессивном типе течения (40%), как правило, отсутствуют «светлые промежутки», нарушения сна весьма устойчивы, нарастают по тяжести, проявляясь «стойким агрипническим синдромом». Чаще всего он коррелирует с неблагоприятным течением пограничных состояний – в рамках невротического, патологического и патохарактерологического развития личности. Указанный тип течения обусловлен не только экзогенным фактором, но и возрастанием эндогенных влияний (дисгармония личности, астенизация, эндокринные перестройки организма). Положительная динамика с ремиттирующим типом течения (13,1%) характеризуется постепенным сглаживанием инсомнических проявлений.

Невротическим инсомниям наиболее свойственна стабильная динамика с волнообразным типом течения (68,9%). Прогрессивный и ремиттирующий типы течения наблюдаются в 13,3% и 17,8% соответственно. При психопатической инсомнии волнообразное течение имеет место в 40% наблюдений, при невротической – в 33,3%. Ремиттирующий вариант динамики встречается в 13,3% случаев невротических инсомний, при психопатическом – в 4%. Общими прогностически неблагоприятными критериями в динамике пограничных состояний служат нарастание неудовлетворенности качеством сна; отсутствие «чувства сна» (сомнагнозия); извращение цикла «сон – бодрствование»; усложнение парасомний; резистентность к медикаментозной коррекции сна; рост толерантности к снотворным препаратам. Для невротической группы наиболее значимы учащение ранних окончательных утренних пробуждений, усиление утренней астении с преобладанием психопатологической симптоматики (особенно тревожно-депрессивного уровня), увеличение встречаемости кошмарных сновидений. Для невротической группы весьма характерны затрудненные утренние пробуждения, протекающие с выраженными психопатологическими проявлениями (особенно по типу «дисфории» или «эйфории пробуждения»), нарастающая гиперсомния. Для психопатической группы более характерны инсомнические формы реагирования на повседневные, обыденные раздражители, возникающие спонтанно, «врастание» нарушений сна в структуру личности, усиление инсомнических расстройств с присоединением соматовегетативных компонентов, неадекватность инсомнического реагирования.

В целом нарушения сна оказывают как патогенное, так и патофизиологическое и хронифицирующее действие на основное заболевание, являясь провоцирующим фактором. Инсомнии усугубляют субъективное переживание болезни, снижают компенсаторные и адаптационные функции организма, утяжеляют течение основного заболевания и препятствуют полному выздоровлению.

Обнаружение взаимосвязи нарушений сна у больных с пограничными психическими состояниями, связанными с психофизиологическими и психологическими факторами, диктует необходимость разработки новых комплексных программ ранней превенции и реабилитации при диссомнических расстройствах, поскольку традиционные терапевтические воздействия остаются малоэффективными. Это побуждает искать принципиально иные формы коррекции нарушений сна: созданная нами система объединяет два новых подхода к устранению инсомний – патогенетический и симптоматический, при ведущей роли первого.

Соотношение методов коррекции расстройств сна существенно меняется в зависимости от клинической динамики, стадии, особенностей места и роли инсомний в структуре основного заболевания.

Основные принципы превенции и реабилитации инсомний. Ведущий принцип клинико-терапевтического подхода состоит в устранении этиопатогенетических звеньев, что приводит к нормализации цикла «сон – бодрствование» без применения «гипнотиков», далеко не безразличных для организма. Другими принципами являются дифференцированность воздействия, комплексность и поэтапность мероприятий с учетом стадии заболевания, клинического прогноза, а также индивидуально-типологических особенностей личности. Существенным следует признать принцип динамического наблюдения за изменениями паттерна количественных и качественных показателей цикла «сон – бодрствование» в ходе осуществляемой превенции и реабилитации: болезнь и синдром диссомнии связаны между собой не односторонними (болезнь вызывает нарушения сна), а, несомненно, двусторонними связями.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Андреева А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

За период работы в стационаре накоплен обширный опыт по психотерапии и реабилитации, охватывающий разные возрастные категории, различных психических расстройств. Психотерапевтическая работа включала в себя самые разнообразные направления, такие как индивидуальная, групповая, коллективная, семейная формы.

Детское отделение. Собственный опыт ведения групп в качестве психотерапевта выявил, что наиболее эффективными оказались методы сказкотерапии, арттерапии, элементы танцевально-двигательной терапии, психогимнастики у детей при тревожно-фобическом синдроме, при расстройствах поведения, при эмоционально-волевых нарушениях. Одной из основных задач данной работы была возможность проведения групповой психотерапии с больными вялотекущей шизофренией в детском возрасте. Наиболее целесообразно введение в группу одного или двух пациентов с данным диагнозом.

Экспертное отделение (лица призывного и допризывного возрастов, военнослужащие). В данном случае выявлена результативность сочетания индивидуального и группового форматов психотерапии.

Идея проведения терапевтических групп возникла при учете особенностей, характерных для стационарной работы экспертного отделения: ограниченность пребывания больного по срокам, цель проводимого обследования, ригидность некоторых психопатологических состояний из-за наличия «вторичной выгоды», высокий уровень психического напряжения пациента. Основную часть составили лица с диагнозом «расстройства личности». Оказалось, что клинико-терапевтический результат зависит от долгосрочной природы характерологических проблем, из-за видимого нежелания (определенного круга психопатий) или неспособности меняться именно они являются наиболее трудными пациентами и нуждаются в определенном психотерапевтическом подходе. В целом требуют большей работы в пределах индивидуальных сессий, более продолжительного времени для психотерапевтических занятий или более интенсивного лечения (в рамках групповой работы, опыта работы с ко-терапевтом), большего напряжения сил, энергии и терпения психотерапевта.

Общепсихиатрическое отделение, медико-реабилитационное отделение. В работе используются адаптированные методики ускоренного обучения приемам саморегуляции, погружение в состояние транса, элементам медитации при невротических состояниях. В процессе психотерапии пациентов психотического уровня метод и выбор психотерапевтического подхода зависят от психического состояния, диагноза, актуальных проблем, конкретно поставленной цели и задач терапии. Наиболее постоянными задачами в терапевтической работе с больными шизофренией являются успокоение больного, предоставление и обсуждение с ним основных значимых положений заболевания, создание правильного доверительного отношения к обследованию и лечению, оказание психологической помощи в изменении отношений с ближайшим социальным окружением, помощь в достижении личностной интеграции.

Выбор психотерапевтического воздействия индивидуален и зависит от психического состояния пациента, актуальных проблем, личностных характеристик пациента, откликаемости на ту или иную психотерапевтическую технику, сроков госпитализации. Эффективно ведение групп двумя психотерапевтами (ко-терапевтами могут быть как психологи, так и психиатры), что дает возможность более объективно оценивать и моделировать реальные ситуации, позволяет осуществить супервизию непосредственно в клинической практике, а также отчасти является профилактикой развития синдрома эмоционального выгорания.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Аносова Е.В., Мишагин М.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

В условиях введения порядков и стандартов при оказании специализированной психиатрической помощи, жесткой экономии денежных средств, меняющихся взглядов общества на психиатрическую службу лечебные учреждения психиатрического профиля нуждаются в проведении оптимизации структурных подразделений; и особое значение приобретают вопросы реабилитационного сопровождения, централизованного на пациенте и его микросоциальном окружении. В связи с чем с января 2013 г. в КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Ю.К.» (далее АККПБ) была проведена модернизация сети дневных стационаров при круглосуточном стационаре с перепрофилированием 75 мест дневного стационара в медико-реабилитационное отделение, в состав которого были введены и 10 мест КПЭ.

С января 2015 г. количество мест в отделении было увеличено до 85. В соответствии с принципами ВОЗ медико-реабилитационное отделение реализует задачи второго этапа реабилитации, называемого реадaptацией, то есть приспособление больного к условиям внешней среды, восстановление приспособляемости: мотивация пациента к труду, к активному образу жизни, межличностным отношениям и т.д.

На этом этапе преобладают психосоциальные действия, среди которых на первое место выдвигается стимуляция социальной активности больных разными методами. Для каждого пациента, поступающего на лечение, в отделении составляется индивидуальная программа реабилитации в соответствии с принадлежностью к той или иной функциональной группе. Выделены 4 функциональные группы, сформированные в зависимости от реабилитационного потенциала: от 1-й группы – пациенты с самым низким реабилитационным потенциалом до 4-й группы – пациенты с самым высоким реабилитационным потенциалом. Все психосоциальные вмешательства носят адресный характер, не перегружая пациента малоэффективными мероприятиями. Основными реабилитационными формами, применяемыми в отделении, являются групповые (арттерапия, психообразование (клиника первого эпизода), психообразование для родственников длительно болеющих пациентов, когнитивный тренинг (клиника первого эпизода), когнитивный тренинг

для длительно болеющих пациентов, коммуникативный тренинг, социальный тренинг, лечебная физкультура (в том числе адаптивная гимнастика), иппотерапия. Индивидуальные: психокоррекция и психотерапия (рациональная, поведенческая, семейная, релаксация, в том числе по Джекобсону). Трудотерапия в условиях лечебно-трудовых мастерских (швейный цех, уборка территории). Работа с пациентами, проводимая специалистами медико-реабилитационного отделения (2016–2017 гг.), привела к экономии денежных средств лечебного учреждения за счет сокращения повторности поступления в отделение с 4,6% в 2016 г. до 3,5% в 2017 г. Значителен социальный эффект от проводимых реабилитационных мероприятий: снижение бремени на семейное окружение, уменьшение стигматизации психиатрической службы, сохранение социального статуса пациентов, уменьшение социальных потерь, снижение социальной опасности психически больных. В 2015 г. работа специалистов отделения была отмечена дипломом второй степени Восьмого Всероссийского конкурса «За подвижность в области душевного здоровья» им. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой в номинации «Психореабилитация».

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ, ВОЗНИКШИЕ ПРИ РАБОТЕ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ

Бакеева Е.Г., Горелкин А.О., Лопатин А.А., Зорохович И.И.

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

Химико-токсикологическая лаборатория (ХТЛ) была организована в 2001 г. на базе ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», при этом на момент открытия соответствовала всем требованиям действующего законодательства и обслуживала всю Кемеровскую область. После проведения модернизационных программ в 2012 г. в ХТЛ благодаря введению в работу нового современного оборудования появилась возможность обнаруживать новые дизайнерские наркотики (синтетические каннабимиметики и катиноны), которые стали повсеместно распространяться на территории всех российских регионов.

Растущий спрос потребителей на психоактивные вещества формирует предпосылки для постоянного расширения ассортимента новых дизайнерских наркотиков и психоактивных веществ, что также поднимает проблему финансирования наркологической службы для постоянного обновления приборного парка лабораторий. Успешному распро-

странению каннабимиметиков и катинонов на рынке наркотических средств в значительной степени способствуют как сравнительная простота их синтеза, так и отсутствие достоверной возможности лабораторной диагностики факта их приёма доступными методами иммунохимии на предварительном этапе исследования. Часть медицинских организаций, даже определяя клиническую картину употребления психоактивных веществ, не отправляет на подтверждающие ХТИ, если результаты предварительного испытания были отрицательными, некоторые организации, наоборот, по положительным результатам предварительных ХТИ выносят заключение «установлено состояние опьянения». Необходимое организационное усовершенствование лабораторной службы, а также адекватное целесообразное использование поступающего оборудования позволят внедрять в практику методики определения новых синтетических наркотических средств, тем самым раскрывать истинную доказательную картину потребления наркотических и психоактивных веществ.

В работе химико-токсикологической лаборатории имеются всё ещё не решенные организационные вопросы. Так, согласно Приказу МЗ РФ от 30.12.2015 г. № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ», установлены штатные нормативы химико-токсикологической лаборатории, но в то же время отсутствуют нагрузки на одну единицу врача химико-токсикологической лаборатории. Какой объём исследований должен проводить специалист нигде не указано.

Оставляет много вопросов информация о том, каковы пороговые концентрации для предварительных и подтверждающих ХТИ, как проводить калибровку приборов для подтверждающих методов, если отсутствуют утвержденные калибровочные стандарты, а любые иные в суде могут опровергнуть адвокаты. Расхождения также имеются в приказах относительно сроков хранения контрольных материалов, используемых методов, новые приказы не отменяют пункты в действующих старых изданиях.

Таким образом, для успешной работы химико-токсикологической лаборатории наркологического диспансера в настоящее время необходимо стабильное финансирование для ее текущей работы, в том числе для постоянного обновления приборного парка, а также упорядочение нормативных документов, касающихся деятельности ХТЛ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ НУЖДАЕМОСТИ В ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В 2015–2018 ГГ. ИНВАЛИДАМ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Балабанова Н.Ю., Вязанкин А.И., Дектеренко С.С.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России, Барнаул, Россия

Конституцией Российской Федерации гарантировано равенство прав и свобод всех граждан Российской Федерации (глава 11 Конституции РФ). Для граждан с ограниченными возможностями здоровья реализация этого права означает предоставление им «равных возможностей» со здоровыми людьми, которое осуществляется с помощью экономических, финансовых, социальных мероприятий на основе действующего законодательства федерального и регионального уровня.

Большую роль в создании «равных возможностей» играет обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации (ТСР). Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее Закон) является важнейшим нормативным актом, регулирующим предоставление ТСР. Согласно статье 10 Закона, государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение ТСР и услуг, предусмотренных Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской Федерации. *Статьей 11.1 Закона решение о нуждаемости в обеспечении инвалидов ТСР принимается специалистами бюро медико-социальной экспертизы при установлении медицинских показаний и противопоказаний на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, травмами и дефектами, используемых с целью компенсации или устранения ограничений жизнедеятельности инвалида.*

Перечень медицинских показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов ТСР определяется уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время действует перечень, утвержденный приказом Министрства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 29 декабря 2017 г. № 888н. При этом ТСР передаются инвалидам в безвозмездное пользование.

Предоставление ТСР инвалиду непосредственно осуществляется уполномоченным органом (в Алтайском крае – региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации) по месту жительства в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалидов (ИПРА). Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду (утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 г. № 2347-р), содержит различные виды изделий, направленных на компенсацию установленных при проведении медико-социальной экспертизы ограничений жизнедеятельности. Так, например, для компенсации самообслуживания определяется нуждаемость в противопролежневых изделиях, абсорбирующем белье, приспособлениях для одевания, раздевания и захватов предметов, специальная одежда и т.п. Для компенсации самостоятельного передвижения определяется нуждаемость больных в средствах дополнительной опоры (трости, костыли, ходунки и т.п.), кресло-коляски, протезы и ортезы, ортопедическая обувь. Также предоставляются тифлосредства и сурдосредства для компенсации ограничения жизнедеятельности в способности к общению, ориентации.

В соответствии с требованиями действующего законодательства каждому гражданину, признанному инвалидом, разрабатывается индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА), одним из разделов которой является рекомендации по необходимым ТСР.

Целью данного исследования явилось определение нуждаемости в ТСР у граждан, признанных инвалидами вследствие психических заболеваний, в Алтайском крае в 2015–2018 гг.

Материалами исследования послужили данные официальной статистической отчетности ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России по результатам освидетельствования лиц с психическими заболеваниями.

В Алтайском крае инвалидами вследствие психической патологии в 2015 г. признано 3381 граждан, в 2016 г. – 3287 граждан, в 2017 г. – 3383 граждан, за шесть месяцев 2018 г. – 1693 гражданина. При этом доля программ реабилитации, в которых содержатся рекомендации по ТСР, остается стабильной и не превышает 30% (в 2015 г. – 24,2%; в 2016 г. – 26,7%; в 2017 – 27,6%, за шесть месяцев 2018 г. – 26,2%). Аналогичный краевой показатель в этот временной период остается неизменным на уровне 40–43,2%.

Нуждаемость в ТСР в разбивке по видам, указанным согласно Федеральному перечню реабилитационных мероприятий, определенная инвалидам вследствие психической патологии по временным периодам приведена далее в таблице.

Т а б л и ц а

**Нуждаемость в обеспечении ТСР инвалидов
вследствие психических расстройств в Алтайском крае, %**

Вид ТСР по федеральному перечню	Доля рекомендованных ТСР в ИПРА по годам							
	2015		2016		2017		1-е полугодие 2018	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выдано ИПР/ИПРА инвалида	3381	100%	3287	100	3383	100	1693	100
ИПР/ИПРА с ТСР	817	24,2%	878	26,7%	935	27,6%	443	26,2%
Трости, костыли, опоры, поручни	158	20,8%	173	16,7%	140	4,8%	83	10,7%
Кресло-коляски комнатные и прогулочные	126	16,5%	151	14,6%	293	10%	137	17,6%
Протезы и ортезы	11	1,5%	11	1,1%	11	0,3%	6	0,8%
Ортопедическая обувь	16	2,1%	32	3,1%	13	0,4%	7	0,9%
Противопролежневые матрасы и подушки	151	19,8%	194	18,8%	282	9,6%	104	13,4%
Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов	0	0	0	0	0	0	0	0
Специальная одежда	0	0	0	0	0	0	0	0
Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения	0	0	0	0	0	0	0	0
Собаки-проводники	0	0	0	0	0	0	0	0
Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом	0	0	0	0	0	0	0	0
Сигнализаторы звука световые и вибрационные	18	2,4%	21	2,0%	18	0,6%	14	1,8%
Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами	24	3,2%	27	2,6%	22	0,7%	15	1,9%
Телевизоры с телетекстом	9	1,2%	13	1,3%	8	0,3%	10	1,3%
Телефонные устройства с текстовым выходом	9	1,2%	13	1,3%	8	0,3%	10	1,3%
Голосообразующие аппараты	0	0	0	0	0	0	0	0
Специальные устройства при нарушениях функции выделения (мочеи калоприемники, в том числе средства по уходу за стомой)	9	1,2%	11	1,1%	22	0,7%	4	0,5%
Абсорбирующее белье, подгузники	195	25,6%	348	33,7%	727	24,9%	362	46,7%
Кресла-стулья с санитарным оснащением	44	5,8%	38	3,7%	89	3,0%	22	2,8%

По данным таблицы, на первом месте у инвалидов вследствие психических нарушений находится нуждаемость в абсорбирующем белье, отмечается рост в динамике за 2015 г. – полугодие 2018 г. (от 25,6% в 2015 г. до 46,7% за 6 месяцев в 2018 г.). Второе место занимает потребность в кресло-колясках (от 10% до 17,6%), на третьем месте – потребность в противопролежневых матрасах и подушках (отмечается снижение с 19,8% в 2015 г. до 9,6% в 2017 году). На четвертом месте определение нуждаемости в тростях опорных, костылях, опорах, поручнях (от 20,8% до 4,8%). Таким образом, отмечается наибольшая потребность в ТСР, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности в способности к самообслуживанию и передвижению.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ДЕМОНСТРАТИВНО-ШАНТАЖНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ СУИЦИДА

Башева О.А., Краснова А.Д., Андреева А.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Суицидальное поведение – широкое понятие, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся смертью по причине, не зависящей от воли и намерений суицидента (обрыв веревки, своевременно проведенные реанимационные мероприятия и т.д.). Особый интерес представляет демонстративно-шантажное поведение, которое применяется для оказания давления на окружающих, извлечения каких-либо выгод, манипулирования чувствами других людей. Демонстративно-шантажное поведение своей целью предполагает не лишение себя жизни, а демонстрацию этого настроения и относится к суицидальному с некоторой долей условности, лишь постольку, поскольку здесь имеет место сознательная манипуляция жизнеопасными действиями.

Была проведена выборка больных с шантажно-демонстративным поведением в структуре суицида, поступивших на лечение в АККПБ в общепсихиатрическое отделение с палатой интенсивной терапии № 5 (мужское), за 2017 г. Получены следующие результаты: всего за год поступило 998 больных, из них шантажно-демонстративное поведение с суицидальными тенденциями имело место у 167 человек (16,8%). Из них поступивших впервые с диагнозом психопатоподобного поведения в алкогольном опьянении – 109 (11%), в структуре эмоционального расстройства личности – 33 (3,3%), других расстройств личности – 13 (1,3%), депрессивного расстройства – 9 (0,9%), в структуре расстрой-

ства адаптации – 3 (0,3%). 154 (92%) поступивших использовали такую модель поведения, находившись под воздействием алкоголя и других психоактивных веществ.

Шантажно-демонстративное поведение практически не встречалось в рамках шизофрении и других эндогенных психических расстройств. Также характерно сезонное колебание «ложных» суицидов: наибольший пик активности приходится на зимнее и летнее время. Обращает на себя внимание возрастной диапазон всех поступивших с подобным поведением пациентов мужского отделения – это 20–39 лет. На демонстративно-шантажный характер суицидальных действий указывают и способы их реализации, среди которых преобладают самопорезы предплечий (как правило, множественные и поверхностные). Для подобного рода попыток характерны ускоренная динамика, отсутствие глубокой рациональной разработки. Но даже в условиях реальных переживаний аффект не достигает силы, свойственной истинным суицидентам. Тем не менее кажущийся «спектакль» нередко приводит к трагическим последствиям (серьезным увечьям и даже к смертельному исходу), когда различного рода случайности и неправильный расчет определяют конечный результат попытки. К подобного рода пациентам применяется бригадный подход ведения, совместно с психотерапевтом и психологом. Выбор психотерапевтического воздействия индивидуален и зависит от психического состояния пациента, актуальных проблем, личностных характеристик пациента, откликаемости на ту или иную психотерапевтическую технику, сроков госпитализации. В условиях психиатрического стационара с его ограниченными сроками пребывания возможна только краткосрочная психотерапия, хотя, безусловно, необходимо продолжение психотерапии на амбулаторном этапе в последующем.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДНО-УГЛЕВОДНОГО СПЕКТРА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

**Бойко А.С.¹, Меднова И.А.¹, Дубровская В.В.¹,
Липина А.В.², Попова Т.А.¹, Гашков С.И.²**

¹ НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

² БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой», Омск, Россия

Актуальность исследования. Проблема метаболических нарушений у пациентов с шизофренией занимает одно из ведущих мест среди побочных эффектов антипсихотических препаратов, снижает качество

жизни пациента и нередко является причиной отказа от терапии (Мо-солов С.Н. и др., 2008; Yogaratnam J., 2013; Padmavati R., 2016). Вклад в развитие метаболических нарушений при шизофрении вносит непосредственно как сама психопатологическая симптоматика шизофрении: высокий уровень стресса с гиперактивацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового пути, негативная симптоматика, ведущая к гиподинамии, снижение инициативности в заботе о здоровье, злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами, неправильное питание, увеличение веса, так и терапия атипичными антипсихотиками (Мартьянихин И.А., 2009).

Целью данного исследования является изучение биохимических изменений углеводного и липидного обменов сыворотки крови больных шизофренией.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клиническое и лабораторное обследование 94 больных шизофренией (рубрика F20 согласно МКБ-10), поступивших на лечение в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000). Критериями включения в группу исследования являлись: возраст пациентов от 18 до 60 лет, наличие подписанной формы информированного согласия на участие в исследовании, верифицированный диагноз шизофрении согласно МКБ-10 (F20). Группу контроля для лабораторных исследований составили 43 психически и соматически условно здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту.

Определение концентрации холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови проводилось колориметрическими, энзиматическими методами с использованием коммерческих наборов производителя Cormay (Польша). Концентрацию липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле Фридвальда (Friedewald W., 1972). Определение глюкозы в сыворотке крови проводилось колориметрическим, энзиматическим методом с оксидазой глюкозы с использованием диагностического набора Liquick Cor-GLUCOSE (Cormay, Польша). Концентрацию инсулина в сыворотке крови определяли твердофазным «сэндвич»-методом иммуноферментного анализа с использованием наборов Инсулин-ИФА-БЕСТ (Вектор-Бест, Россия).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ SPSS Statistic для Windows.

Результаты и обсуждение. Проведенное распределение по полу выявило следующие результаты: мужчин оказалось 43 человека (45,7%), женщин – 51 (53,3%). Медиана возраста пациентов составила 35 [28,5; 42,5] лет. Длительность основного психического заболевания составляла 13,5 [4; 20,8] года.

При анализе концентрации глюкозы и инсулина в сыворотке крови больных шизофренией и здоровых лиц значимых различий выявлено не было ($p=0,240$ и $p=0,244$ соответственно). Аналогичная ситуация наблюдается и с уровнями холестерина и липопротеинов низкой плотности ($p=0,461$ и $p=0,078$). Различия относительно ЛПНП не являются значимыми, однако находятся на уровне статистической тенденции. Было выявлено значимое повышение уровня триглицеридов ($p=0,040$), а также понижение концентрации липопротеинов высокой плотности ($p<0,001$) в сыворотке крови больных лиц по сравнению с показателями в контрольной группе. В группе больных шизофренией концентрация ТГ составила 1,4 [0,9; 1,9] ммоль/л, ЛПВП – $1,11\pm 0,31$ ммоль/л. У лиц контрольной группы эти показатели составили 1,2 [1; 1,3] ммоль/л и $1,5\pm 0,26$ ммоль/л соответственно.

Таким образом, при поступлении в клинику у больных шизофренией обнаружены нарушения в липидном спектре сыворотки крови. Сыворотка крови больных шизофренией отличается повышенной атерогенностью, что объясняется увеличением фракций триглицеридов и снижением липопротеинов высокой плотности. Данные нарушения повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза у больных шизофренией, в связи с чем необходим мониторинг липидного спектра больных в процессе терапии антипсихотическими препаратами.

Исследование выполнено при поддержке гранта РНФ № 18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клинико-конституциональные факторы и молекулярные маркеры».

УРОВЕНЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ НА ДОМУ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ведяшкин В.Н., Гарбузова Е.Е.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», Барнаул, Россия

Существующие объективные причины в полной мере позволяют считать, что одной из ведущих задач психиатрической помощи несовершеннолетним является обнаружение возможностей компенсации,

имеющихся психопатологических нарушений, тем самым с их помощью способствовать социальной адаптации больного ребенка. В научной литературе встречается весьма распространенное мнение, что сохранение работоспособности психически больных либо их инвалидизация не всегда напрямую зависит только лишь от клинической формы заболевания и его течения (Д.Е. Мелехов). Значительным резервом профилактики инвалидности несовершеннолетним, страдающим психическими расстройствами, является адекватно обоснованный выбор их образовательного маршрута и формы обучения.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» для детей, нуждающихся в длительном лечении, а также детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, школами может быть организовано обучение на дому или в медицинских организациях (ст. 41, 66).

Перечень заболеваний детей школьного возраста, при которых необходима организация их индивидуального обучения на дому, утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 июня 2016 г. № 436н «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому». В соответствии с пояснительным письмом Министерства здравоохранения РФ от 14.09.2016 г. № 15-3/10/2-2810 врачебная комиссия медицинской организации, в которой наблюдается ребенок, может принять решение о наличии медицинских показаний у ребенка для обучения по основным образовательным программам на дому, исходя из индивидуальных особенностей состояния здоровья ребенка вне зависимости от того внесено или нет данное заболевание в перечень приказа МЗ РФ от 30.06.2016 г. № 436н.

В амбулаторном отделении КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей» (далее – диспансер) был проведен анализ выданных медицинских рекомендаций на индивидуальное обучение на дому по основным образовательным программам несовершеннолетним с психическими расстройствами за период с ноября 2016 г. по ноябрь 2017 г. Все заключения с подобными рекомендациями выдавались на основании протоколов заседания врачебной комиссии диспансера, в рамках существующего законодательства.

Всего за прошедший период рекомендации на индивидуальное обучение на дому были выданы 351 ребенку (из них число мальчиков преобладало над числом девочек – 72,6% против 27,4%). Удельный вес таких пациентов от общего количества наблюдающихся в диспансере составляет 2,8%.

Из общего количества выданных рекомендаций по надомному обучению таковые были предоставлены 273 детям (77,8%) в возрасте от 7 до 14 лет и 78 подросткам (22,2%) в возрасте от 15 до 17 лет. Повторно обратились за рекомендацией по надомному обучению 201 человек (57,3%) – данный показатель может служить косвенным свидетельством о формировании хронической школьной дезадаптации этой категории детей.

На момент обращения обучались в школе по общеобразовательной программе 107 человек (30,4%), по программе седьмого вида – 59 человек (16,8%), по программе восьмого вида – 139 человек (39,6%), 46 пациентов (13,1%) обучалось по программе для детей с глубокой умственной отсталостью.

Для 146 пациентов (41,6%) поводом обращения за получением рекомендации на прохождение индивидуального обучения на дому являлась выраженная позитивная либо негативная симптоматика при шизофреноподобных состояниях или эмоционально-волевых нарушениях аутистического спектра. В связи с декомпенсацией нарушений поведенческих реакций были выведены на надомное обучение 145 несовершеннолетних (8,5%). Выраженная астеническая симптоматика являлась причиной для индивидуального обучения на дому у 30 (8,5%) пациентов, страдающих психическими расстройствами. Ещё 30 (8,5%) пациентам диспансера было рекомендовано индивидуальное обучение на дому из-за обострения пограничных психических расстройств с ведущей аффективной, депрессивной или невротоподобной симптоматикой.

Главным достоинством обучения на дому является возможность учителя адаптировать содержательную часть образования, индивидуализировать способы подачи материала, ориентируясь на возможности и потребности конкретного ученика, корректировать как действия ученика, так и свои собственные. Все это позволяет учащемуся работать экономно, в наиболее оптимальное для него время, постоянно контролировать затраты своих сил. Тем самым, не прерывая учебный процесс, соблюдается гигиена психики больного ребенка.

Вместе с тем следует отметить и негативные последствия, так как, находясь на домашнем обучении, ребенок утрачивает навыки социализации, находясь в изолированном положении, не получает навыков общаться и работать в команде, не приобретает опыт выступления на публике, отстаивания своего мнения перед сверстниками, вследствие чего в будущем у него могут возникнуть сложности с адаптацией к дальнейшей учебе и поиском работы.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К СТРЕССУ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Гашкова Л.А., Цыба И.В., Клешня В.Г.,

Кучерявая В.И., Лик-ван-джи Н.Е.

Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького, Республиканский наркологический центр,

Донецк, Донецкая Народная Республика

Нами было проведено скрининговое обследование медицинского персонала – сотрудников диспансерного отделения республиканского наркологического центра г. Донецка. Скрининг проводился с целью определения уровня чувствительности к воздействию стрессовых ситуаций в условиях продолжающегося военно-политического конфликта в регионе (декабрь 2017 г., n=43). Применявшиеся методы исследования: тест на индивидуальную чувствительность к стрессу, который определяет базовый показатель стрессочувствительности человека и показатель динамической чувствительности к стрессам. Тест имеет 6 шкал.

Результаты исследования. В целом в группе среднее значение базового показателя стрессочувствительности составило 101,24 балла при верхней границе нормы 100 баллов. Диапазон значений этого показателя в группе варьировал от 51 до 162 баллов. В процентном соотношении группа лиц с повышенной базовой стрессочувствительностью составила 62,79%. По первой шкале, которая определяет повышенную реакцию на обстоятельства, на которые человек не может повлиять и что либо изменить, в среднем составляет 39,51 балла (при норме до 30), высокие оценки (до 10) получены по пунктам «Высокие цены» и «Военное положение». По второй шкале (показывает склонность все излишне усложнять) получено среднее значение 32,3 балла (при норме до 25). Максимальные показатели зарегистрированы по пункту «Страх перед будущим, мысли о возможных неприятностях, проблемах». Третья шкала определяет предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, среднее значение в группе составляет 35,47 балла (при норме до 28). Чаще других максимально оценивались такие проблемы, как «Учащенное сердцебиение, боли в сердце» и «Головная боль, повышенная утомляемость». По четвертой шкале, отражающей деструктивные способы преодоления стрессов, было выявлено среднее значение 18,27 балла (норма – до 22). Максимальные значения обнаружены по пунктам «Вкусная еда» и «Телевизор».

При определении показателя динамической чувствительности к стрессам среднее значение в группе составляло 73,85 балла (норма – до 85). На этот показатель влияет оценивание по пятой шкале, определяющей конструктивные способы преодоления стрессов. Среднее значение по пятой шкале составляло 46,83 балла (норма – не ниже 23). Следует отметить, что оценки по всем пунктам пятой шкалы распределились равномерно и отражали значения выше 5 баллов. Конструктивные способы преодоления стресса включали смену деятельности, общение с друзьями, физическую активность, анализ своих действий, поиск других вариантов, изменение своего поведения в данной ситуации. Шестая шкала определяет количественный показатель изменения уровня постоянного стресса за последние 3 года. На вопрос «Как изменился уровень вашего постоянного стресса за последние три года?», было получено среднее значение 5,82 балла, что соответствует диапазону от 0 до 10 баллов и определяется как «Незначительно возрос».

Выводы. Исследование показало, что работники наркологической службы испытывают существенное влияние военного положения на проявление базовой стрессочувствительности. Это говорит о тенденции снижения устойчивости к стрессу у медработников, что, в свою очередь, предрасполагает к развитию психосоматических нарушений. Однако показатель динамической чувствительности не выходит за пределы нормы, и конструктивные способы преодоления стресса представляют собой ресурсный компонент для копинг-стратегии у медицинского персонала наркологической службы.

СОВРЕМЕННОЕ ОНЛАЙН-ПСИХОКОНСУЛЬТИРОВАНИЕ. ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ И ПОДХОДЫ

Голубева Н.В.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия**

Переписка, общение по Skype, форумы как дистанционное психологическое консультирование набирают всё большую популярность. Поэтому представляет интерес на каких сайтах можно работать психологом удалённо, в чём заключаются особенности формата, с чего начать и что важно знать онлайн-консультанту.

На основных интернет-ресурсах предлагаются следующие виды услуг: переписка через приватный чат (систему личных сообщений), запись на онлайн-консультирование по Skype, запись на личный приём у психолога, возможность задать вопрос на форуме (в том числе анонимно), тренинги (как правило, групповые).

Также на сайтах обычно хранится архив вопросов и форумных тем, чтобы заинтересованный человек при необходимости мог найти информацию по интересующей проблеме, прочитав комментарии психологов о похожих ситуациях. Анализ 10 наиболее популярных русскоязычных сайтов психологических услуг показал, что самыми популярными на сегодняшний день являются консультации через сообщения и форум (46%), на втором месте оказались консультации по Skype (37%), третье место занимают психологические тренинги (17%).

При удаленном консультировании в основном используют два способа общения.

Синхронная коммуникация в «реальном времени»: психолог и клиент одновременно находятся в Сети и общаются через онлайн-мессенджеры Skype, WhatsApp, Viber и другие по видео- и аудиосвязи.

Преимущества: такой вид контактов сохраняет спонтанность, эффект личного присутствия и «живого» общения. Есть возможность воспринимать и интерпретировать вербальные сигналы.

Недостатки: если клиент и консультант в разных часовых поясах, то этот метод связи может быть неудобным или недоступным. В общении по Skype и посредством других программ-коммуникаторов следует работать над выразительностью устной речи, тренировать навыки активного слушания и убеждения. Нужно уметь придерживаться одной темы и давать краткие, но полные ответы на поставленные вопросы. Необходимо также позаботиться о качестве связи. Как правило, на сайте предусмотрен график записи, где отмечено, какие дни и часы у психолога уже заняты и когда можно записаться.

Асинхронная коммуникация предоставляет больше свободы. Используемые ресурсы: электронная почта, блоги, чаты и программы-коммуникаторы, сохраняющие информацию.

Преимущества: каждый участник диалога отвечает, когда готов ответить. То есть имеется время для размышлений, поиска дополнительной информации, более тщательного рассмотрения проблемы, что позволяет обеспечить качественную обратную связь. Сохранение информации позволяет анализировать процесс взаимодействия, можно возвращаться к ранее сказанному (написанному).

Недостатки: данный формат общения не подходит, если необходимо оказание немедленной психологической поддержки. Кроме того, нельзя интерпретировать язык тела, возможно полагаться лишь на вербальную информацию. Не всегда и не все люди могут объяснить собственные чувства и мысли в письменном виде, иногда клиенту проще говорить.

Обязательное качество для успеха дистанционного психологического консультирования по переписке – умение специалиста пользоваться письменной речью, грамотность, точность слов и выражений, способность направлять разговор в нужное русло. Нередко на профильных сайтах предусмотрена возможность задать вопрос. Давая на такой вопрос полезный и развернутый ответ, вы можете пригласить потенциального клиента к дальнейшей переписке, рекомендовать ему работу по Skype или запись на личный приём. От качества первого ответа зачастую зависит желание клиента продолжать работать с конкретным психологом, поэтому стоит постараться вникнуть в проблему, написать предположения и методики, посредством которых лучше всего вести работу по данной ситуации. В письменном сообщении вы можете дать человеку ссылки на свои ответы на похожие вопросы (если они имеются в свободном доступе), на опубликованные статьи (лучше всего если таковые в вашем соавторстве), круглые столы, форумы по интересующей проблеме.

Таким образом, онлайн-консультирование и психокоррекция имеют свою специфику и сложности, но дают вполне реальные положительные результаты. В нашей стране на данный момент созданы все возможности для успешного психологического онлайн-консультирования.

СОЧЕТАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ОТДЕЛЕНИИ

Гонопольский А.И., Стагис К.А.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Ю.К.», Барнаул, Россия**

Распространённость сочетанной психической патологии является предметом изучения клиницистов на протяжении ряда лет. Взаимное влияние совместно протекающих психических расстройств заметно осложняют течение друг друга и их терапию (2, 3). В совместной публикации В.П. Котова и др. (2010) указывается на увеличение удельного веса больных, находящихся на принудительном лечении в отделениях специализированного типа с 1999 по 2009 г., а также отмечается существенный рост числа дней пребывания психически больных на принудительном лечении (далее – ПЛ) до 771,5 дня за указанный период. В связи с этим определённый интерес представляет изучение распространённости коморбидной психической патологии среди контингента психически больных, проходящих принудительное лечение.

Нами было проведено обследование 77 больных, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа АК-КПБ им. Эрдмана Ю.К. Все они совершили общественно опасные деяния в состоянии невменяемости. По нозологической принадлежности обследуемые, находившиеся на принудительном лечении, распределились следующим образом: 40 из них (52%) страдали шизофренией или схожей патологией шизофренического спектра, умственной отсталостью различной степени страдали 24 человека (31%), расстройствами личности различного круга (F07+F60) – 10 (13%), органическими заболеваниями головного мозга – 3 (4%).

В связи с задачами настоящего исследования изучение психических особенностей пациентов проводилось с учётом имеющихся у них нозологических форм, подтверждённых экспертными заключениями и собственными наблюдениями без учёта психопатологического механизма совершения ими общественно опасных деяний. Сочетанные психические расстройства отмечались у 48 пациентов, что составило 62%. представлено в таблице.

Т а б л и ц а
Распределение сочетанной психической патологии

Нозология (рубрика по МКБ-10)	Сочетанные расстройства	Изолированные расстройства	Всего
F20–23	25 (62,5%)	15 (37,5%)	40 (100%)
F70–72	13 (52%)	11 (48%)	24 (100%)
F07	7 (78%)	2 (22%)	9 (100%)
F60		1 (100%)	1 (100%)
F06	3 (100%)		3 (100%)

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

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

Л и т е р а т у р а

1. Котов В.П., Мальцева М.М., Голланд В.Б. Показатели состояния принудительного лечения (ПЛ) в России. XV съезд психиатров России. М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 218.
2. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии. Новосибирск: Наука, РАН, 1998. – 80 с.
3. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / под ред. В.П. Котова. – М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. – 380 с.
4. Ульянов И.Г., Небогатилов, Сулимов Г.Ю. и др. Методические подходы в терапии сочетанных психических нарушений // Сочетанные формы психической патологии. – Барнаул, 1995. – С. 40–41.

ТЕРАПИЯ ЗАНЯТОСТЬЮ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В ОТДЕЛЕНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА
Гонопольский А.И., Стагис К.А., Ерохина О.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Ю.К.», Барнаул, Россия

Одной из задач принудительного лечения психически больных является профилактика повторных общественно опасных деяний. Известно, что совершение правонарушения психически больным человеком является проявлением его дезадаптации. Поэтому в структуре лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в процессе принудительного лечения, важное место занимает ресоциализация больного. Ведущая роль социально-реабилитационных мероприятий в период проведения принудительного лечения подчёркивалась многими авторами (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1981; Кондратьев Ф.В., Велигорский А.В., 1989; Котов В.П., Мальцева М.М., 2004, 2006).

В качестве теоретической предпосылки нами была выбрана «модель адаптивных навыков» (Mosey A.C., 1981). Предложенная модель терапии занятостью Anne Cronin Mosey изначально предназначалась для использования в психиатрической практике. Она базируется на предположении о том, что терапия занятостью первично связана с навыками и адаптацией, которые могут рассматриваться как компоненты системы реабилитации пациентов. Модель предложена для работы с восстановлением психосоциального функционирования, для смены приобретенных дезадаптивных реакций на социально приемлемые способы поведения. В случае отсутствия необходимых навыков законопослушного поведения терапия занятостью позволяет такие навыки сформировать. Это влияет на способность пациентов планировать свою

деятельность, налаживать межличностные взаимодействия, а также научает распознавать или удовлетворять потребности.

Реабилитационные мероприятия в процессе принудительного лечения осуществляются практически с самого начала пребывания больных в стационаре. В отделении используются все доступные виды занятости пациентов: трудотерапия, компьютерные игры, занятия в тренажёрном зале, игра в настольный теннис, участие в театрализованных представлениях. В распорядке дня отделения специализированного типа выделено время для занятий арттерапией, куда входят лепка, рисование на свободную или заданную тему, рисование на ткани, раскрашивание картинок, открыток, изготовление поделок. Определённый интерес у пациентов вызывает квиллинг – техника скручивания бумажных полосок, из которых составляются картинки и при определённом старании даже объёмные фигурки. Подбор пациентов для занятий тем или иным видом деятельности происходит с учётом их нозологической принадлежности, уровня их общего развития, индивидуального предпочтения. Так, техника квиллинга подразумевает достаточную терпеливость и усидчивость, поэтому чаще всего им занимаются больные с органическими заболеваниями головного мозга или эпилепсией, которым присуща вязкость и трудная переключаемость.

Одной из целей реабилитации является обучение пациентов пониманию своего эмоционального состояния и управления им. Желаемые результаты терапии занятостью далеко не всегда проявляются сразу. При неудачах пациенты порой аффектируются, утрачивают контроль над своими эмоциями. Опытный персонал с профессиональной подготовкой помогает больному в таких случаях распознать своё актуальное эмоциональное состояние, проговорить его, осознать, справиться с ним и в дальнейшем контролировать его.

Некоторые виды деятельности предполагают групповое взаимодействие. В таких случаях задания даются таким образом, что выполнить их можно только сообща, помогая друг другу. Возникающие конфликты здесь служат объектом тщательного обсуждения и разбора, в результате которых пациенты учатся понимать другого человека и правильно взаимодействовать с ним. Групповые занятия с пациентами проводят специально подготовленные сотрудники, психотерапевт и специалист по социальной работе.

Таким образом, реабилитационные мероприятия в процессе принудительного лечения помогают не только предупреждению явлений госпитализма, восстановлению взаимоотношений между больным и его микросоциальным окружением, но и направлены на профилактику повторного противоправного поведения больных. При психических

заболеваниях, приводящих к совершению общественно опасных деяний, реабилитация прежде всего является ресоциализацией. Главной целью всего принудительного лечения, помимо стабилизации психического состояния, является подготовка больного к законопослушному проживанию вне стационара, к возвращению его в социальную среду.

Л и т е р а т у р а

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1981. – 496 с.
2. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей / под ред. В.П. Котова. – М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. – 380 с.
3. Mosey A.C. Occupational Therapy: Configuration of a Profession. New York: Raven Press, 1981

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПСИХОТЕРАПИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Дарсалия О.В., Говорова Г.М., Зорохович И.И.,

Кирина Ю.Ю., Селедцов А.М.

ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, «Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии», Кемерово, Россия

Общепризнанным наиболее эффективным методом в комплексном лечении панических атак является психотерапия, как индивидуальная, так и групповая. С 2016 г. для лечения пациентов с паническими расстройствами в отделении кризисных состояний ГБУЗ КО КОКНД среди других методов психотерапии (рациональной, когнитивно-поведенческой, суггестивной, нейролингвистического программирования) начал применяться аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет», состоящий из светозвукового импульсного терминала, монитора и набора видео-, аудио- и аутогенных сеансов и комплект для комплексной аудиовизуальной стимуляции (АВС) «профессиональный» (материально-техническое обеспечение: расширенный набор лицензионных программ, наушники, очки).

Согласно полученным результатам, продемонстрировано, что аудиовизуальная терапия способствует активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, что позволяет оптимально раскрыть потенциальные возможности и ресурсы организма человека.

В работе применялся метод АВС с использованием программ «Антидепрессант-альфа» (которая помогает настраивать биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность), «Альфа полет» (которая создает мощное ресурсное состояние) и «Программатор», настраивающая биоэлектрическую активность головного мозга пациента на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок.

Точкой приложения программ являются панические состояния, возникающие на фоне хронической внутренней тревоги и напряжения. Сеансы психотерапии с использованием АВС были проведены 112 пациентам (из них 82 женщины и 30 мужчин) в возрасте от 23 до 62 лет. Общий курс психотерапии с АВС составлял 15 сеансов продолжительностью 60 минут ежедневно (5 сеансов в неделю). Предварительно пациентам давалось разъяснение о психофизиологическом воздействии АВС, обсуждались его возможные ближайшие и отдаленные последствия. В дальнейшем каждый сеанс состоял из 30 минут психотерапии и 30 минут АВС.

Всем пациентам перед началом сеансов проводилось психологическое исследование с целью диагностики актуального психического состояния (тест ММРІ, цветовой тест Люшера, опросник депрессивного состояния Бехтеревского института, проективные методы). Результаты исследований свидетельствовали о высоких уровнях личностной и ситуативной тревоги у всех пациентов, внутреннем напряжении, беспокойстве, пониженном фоне настроения, наличии соматических жалоб разной локализации, снижении активности, продуктивности.

По окончании проведения сеансов психотерапии 3 пациента не отметили существенного изменения психического состояния, 2 пациента после первых сеансов отказались от прохождения курса АВС, ссылаясь на индивидуальную непереносимость мерцающего света и звуковых ритмов в виде интенсивно нарастающего чувства раздражения. Позитивная динамика выявлена у 81 пациента (58 женщин и 23 мужчин), что подтверждалось снижением уровня тревоги, изменением фона настроения с преобладанием оптимистических тенденций, повысились активность и инициативность, что клинически отражается результатами психологических исследований в динамике.

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

АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ

Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

Установки к употреблению ПАВ, многочисленные негативные проблемы социального взаимодействия и аддиктивное поведение в подростковом возрасте могут способствовать употреблению ПАВ взрослыми, предопределяя большую вероятность развития алкогольной зависимости в дальнейшем. Исследование посвящено вопросам раннего употребления алкоголя, никотина, наркотиков подростками на этапе проб психоактивных веществ. Аддиктивное поведение рассматривается как вариант девиантного (отклоняющегося) поведения при отсутствии сформированной физической и индивидуальной психологической зависимости.

Цель – изучение особенностей формирования химических аддикций у учащихся общеобразовательных и коррекционных школ.

Материалы и методы. Проведено обследование 198 учащихся городских и сельских общеобразовательных школ, в возрасте от 12 до 17 лет, 223 учащихся коррекционных школ. Использовались шкала CDI (Child Depression Inventory) М. Ковак, шкала самооценивания (Self-Compiled Questionnaire – SCQ).

Результаты и обсуждение. По данным самоотчетов в курении признаются 26,4% учащихся, в употреблении алкоголя – 15,2%, наркотиков – 2,9%. Как оказалось в целом, среди учащихся общеобразовательных школ курят 9,6%, употребляют алкоголь – 13,6%, наркотики – 3%. Среди учащихся коррекционных школ 41,7% курят, 16,6% признаются в употреблении алкоголя. Курение оказалось наиболее распространенным видом аддиктивного поведения среди учащихся коррекционных школ, выявлены значимые различия при сравнении как с городскими учащимися ($\chi^2=12,34^2$, $p=0,0004$), так и с сельскими ($\chi^2=25,25$, $p=0,00001$). Эти же различия сохраняются в группе мальчиков. Девочки – учащиеся городских общеобразовательных школ значимо чаще сообщают о потреблении алкоголя по сравнению с ученицами сельских школ ($\chi^2=6,78$, $p=0,0092$, $df=1$).

Среди подростков с ОВЗ не выявлено достоверных различий как внутри групп по полу ($p>0,05$), так и в преобладании какой-либо категории детей (с нарушением слуха или зрения) как в группе курящих, так и в группе употребляющих алкоголь. Количество подростков, ко-

торые употребляли алкоголь «однажды», «редко», «несколько раз», «пробовал как-то» среди всех учащихся составило 60,2%.

Изучение аддиктивного анамнеза их родителей выявило употребление ПАВ у 13% матерей и 35% отцов. При сравнении с группой подростков без психических расстройств дети с сенсорным дефектом и сопутствующей умственной отсталостью значимо чаще сообщали о регулярном употреблении алкоголя ($p=0,036$, $\chi^2=4,40$, $df=1$) и курении ($p=0,0167$, $\chi^2=5,72$, $df=1$). Отличия в частоте курения и употреблении алкоголя детьми с ОВЗ, расстройствами психического развития и органическими психическими расстройствами выявлены на уровне тенденции. Данные о частой коморбидности аддиктивных и аффективных расстройств у взрослых позволяют предположить наличие ранних признаков эмоциональных нарушений у подростков-потребителей ПАВ. Однако сравнение курящих и потребляющих алкоголь школьников с группой не употребляющих не выявило значимых различий ($p>0,05$) в распределении высокого риска развития депрессии. Сравнение этих показателей в зависимости от пола и уровня здоровья (обучение в общеобразовательной или коррекционной школе) также не обнаружило значимых различий.

Вероятно, коморбидные взаимоотношения аффективной и аддиктивной патологии формируются на более позднем этапе онтогенеза, в то время как в подростковом возрасте употребление алкоголя как способа снятия аффекта менее значимо в сравнении с более взрослым состоянием. Данное наблюдение косвенно подтверждает обнаруженные другими исследователями такие частые мотивы употребления алкоголя подростками, как любопытство и «за компанию».

Таким образом, выделены следующие особенности аддиктивного поведения подростков различных категорий: высокая частота потребления ПАВ (каждый третий мальчик и пятая девочка курят, каждый седьмой мальчик и шестая девочка потребляют алкоголь, каждый тридцать шестой подросток, независимо от пола, признается в пробе наркотиков); отсутствие различий в курении и потреблении алкоголя у лиц с высоким и низким/средним уровнями риска развития депрессии; среди подростков с ОВЗ чаще употребляют алкоголь лица с коморбидным психическим расстройством; девочки-учащиеся городских школ чаще потребляют алкоголь в сравнении с сельскими и учащимися коррекционных школ, а мальчики с сенсорными расстройствами курят чаще в сравнении с учащимися общеобразовательных школ. Для употребляющих алкоголь подростков в целом характерны инфантилизм, алекситимические признаки, невысокий уровень притязаний, узкий

круг интересов и возможностей самоутверждения, подверженность влиянию «делинквентных» сверстников.

На наш взгляд, на современном этапе в формировании химических аддикций у подростков усиливается влияние внешних, средовых факторов, часть из которых может быть контролируема на законодательном, общественном, административном уровне. Аддиктивное поведение как способ адаптации подростка к проблемам возраста и межличностного взаимодействия со сверстниками должно стать объектом для адекватных научно обоснованных стратегий профилактики химических аддикций.

МИКРОПСИХИАТРИЯ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Дегтярева И.В.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия

По данным Научного центра психического здоровья РАМН, психические нарушения среди детей от первых месяцев жизни до трёх лет выявляются достаточно часто. Если в начале 80-х гг. прошлого столетия на 100 малышей до 3 лет приходилось 9 детей с психическими нарушениями и 30 составляли группу риска, то к концу 90-х гг. таких детей выявлялось уже 15 и 35 соответственно. Если психиатрия детского возраста сложилась как самостоятельная дисциплина уже в 20-х – 30-х гг., то психиатрия раннего детства является порождением последних нескольких десятилетий.

Микропсихиатрия представляет собой особую область психиатрии, изучая патологию, которая отличается значительно даже от всей детской патологии. Появление такой специализации связано с требованием времени, с расширением знаний о психике этого возраста, с ростом психической патологии в этой группе, такой как аутистические расстройства, депрессивные состояния у младенцев, нарушения питания и нарушения физического развития, психосоматического этиопатогенеза, нарушения психического развития.

Психиатр, обнаруживая подобные проблемы, начинает работать с семьёй, ориентируясь на формирование устойчивых и адекватных детско-родительских отношений. Профилактика психических расстройств с детства – важнейшая задача учреждений службы детского психического здоровья. Раннее выявление нарушений психического развития – оптимальная основа эффективных лечебно-коррекционных мероприятий.

Краевой психиатрический кабинет раннего детского возраста был создан на базе АКПДД в марте 2004 г. Цель его создания – улучшение качества оказания помощи детям раннего возраста г. Барнаула и Алтайского края с психическими расстройствами, снижение первичной инвалидности, оптимизация лечебно-реабилитационной помощи, улучшение выявляемости психических расстройств, координация межведомственного взаимодействия по вопросам оказания социально-психиатрической помощи, раннего выявления и профилактики психических расстройств.

Следует отметить, что поток обращений к микропсихиатру увеличивается с каждым годом: если в 2005 г. количество посещений составляло около 800, в 2008 г. – уже 2000, а в 2017 г. – 4450 посещений в год. В основном это дети с непсихотическими формами расстройств (пограничные нервно-психические нарушения, задержки психического развития, эмоционально-волевые и поведенческие нарушения) – 96%. Около 1,5% – дети с РАС, около 2,5% – дети с умственной отсталостью, в основном связанной с грубыми перинатальными поражениями ЦНС и генетическими заболеваниями. Причём отмечается рост обращающихся больных с данной патологией.

Практическая деятельность в этом направлении позволяет заключить, что в настоящее время среди населения возросло осознание необходимости осмотра у специалиста в области микропсихиатрии с целью раннего выявления и профилактики у детей нервно-психических расстройств и поведенческих девиаций.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОСТАНОВЛЕНИЮ СУДА, В УСЛОВИЯХ КРУГЛОСУТОЧНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Демьянова Н.Л., Попова О.В., Храмогина Т.В.

**КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»,
Барнаул, Россия**

Альтернативное лечение является своеобразной формой давления на пациента, побуждающего его к лечению, данная мера считается с правозащитной точки зрения допустимой и отвечающей современным гуманитарным требованиям. Осужденному за преступление небольшой тяжести, которая связана с проявлением зависимости от ПАВ, суд дает право выбора – либо он отбывает наказание в местах лишения свободы, либо проходит лечение в медицинском учреждении. Суд возлагает на осужденного обязанность пройти диагностику, профилактические мероприятия, лечение и реабилитацию.

Контроль за осуществлением постановления суда относительно таких лиц возложен на уголовно-исполнительную инспекцию УФСИН Минюста РФ (для уголовных правонарушений) и управления по контролю за оборотом наркотиков ГУ МВД РФ (для административных правонарушений), эта работа ведется при активном взаимодействии с наркологическими учреждениями.

За три года в наркологическое отделение № 2 КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» направлены на лечение по решению суда в 2015 г. 79 пациентов, 2016 г. – 86 пациентов, в 2017 г. – 95 пациентов. В целом эти лица составляют около 30% от общего числа пролеченных лиц, статьи разнообразные (228 УК РФ, 232 УК РФ, 158 УК РФ, 161 УК РФ, 119 УК РФ, п. 6.9 КоАП РФ и др.). Лечение пациентов проходит по основным нормативно-правовым документам осуществления наркологической помощи в РФ (Конституция Российской Федерации; «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ; «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» №1034н.»; Стандарты оказания специализированной медицинской наркологической помощи; «О наркотических средствах и психотропных веществах».)

По сути, лечение осуществляется в три этапа. Первый этап (восстановительный) осуществляется в лечебном (нереабилитационном) наркологическом отделении. На этом этапе основной акцент делается на обследовании пациентов, медикаментозном лечении, оценке реабилитационного потенциала и психологической мотивационной работе для следующего этапа лечения. На этом этапе в зависимости от стабилизации психоэмоциональной сферы, реабилитационного потенциала длительность пребывания в наркологическом отделении № 2 составляет от 14 до 28 дней. Второй этап предусматривает перевод в специализированное реабилитационное отделение. На этом этапе основное внимание уделяется социально-ориентированной психотерапии и социальным мероприятиям, проводится немедикаментозная терапия (физиолечение, ЛФК, массаж), не исключая продолжение медикаментозного лечения. Минимальный срок пребывания в нем 45 дней, в зависимости от динамики состояния пациента. Третий этап лечебно-реабилитационного процесса – профилактический. Пациенты после выписки переводятся на амбулаторное лечение и наблюдение, получив справку о прохождении стационарного лечения.

В процессе клинического наблюдения за данной группой пациентов, отмечено, что большая их часть, осознает собственную проблему и признает наличие наркологического заболевания, но установка на лечение и отказ от приема ПАВ формально-вынужденная. Как правило,

такие пациенты имеют низкий реабилитационный потенциал, причем дают свое согласие на реабилитационный этап лечения около 5–7% из них. Несмотря на это, у данной группы пациентов, ограниченных жесткими рамками законодательства о прохождении лечения, их относительно вынужденное контролируемое положение со стороны надзорных органов обуславливает минимальные нарушения режима и отказы от прохождения лечения.

Таким образом, законодательство об альтернативном лечении позволяет вовлекать пациентов в терапевтические и реабилитационные программы, а вследствие их дальнейшей поднадзорности со стороны наркологов и инспекторов УФСИН и МВД так же помогает удерживать больных на достаточно продолжительное время вне криминализированной группы и хотя вынужденно, но прекратить или уменьшить потребление ПАВ.

ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

Дубцова О.В., Головина И.В.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

Частота синдрома дефицита внимания и гиперактивности, по данным различных авторов, варьирует от 2,2 до 18% у детей школьного возраста. Практически в каждом школьном классе есть, по крайней мере, один ребенок с данным заболеванием. Мальчики страдают в 2–3 раза чаще, чем девочки.

В программе реабилитации детей с СДВГ выделяют медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции.

Немедикаментозная коррекция включает в себя методы модификации поведения, семейную психотерапию, педагогическую и нейропсихологическую коррекцию.

В идеале ребенку с СДВГ рекомендуется щадящий режим обучения – минимальное количество детей в классе, меньшая продолжительность занятий (до 30 минут), пребывание ребенка за первой партой (контакт глаз учителя и ребенка улучшает концентрацию внимания).

Важным с точки зрения социальной адаптации является также целенаправленное и длительное воспитание у ребенка социально приемлемых норм поведения, так как поведение некоторых детей носит черты асоциального.

Необходима многоступенчатая психотерапевтическая работа с родителями, чтобы они не расценивали поведение ребенка как «хулиганское» и проявляли большое понимание и терпение в своих воспитательных мероприятиях. Родителям следует следить за соблюдением режима дня «гиперактивного» ребенка (время приема пищи, выполнение домашних заданий, сон), предоставлять ему возможность расходовать избыточную энергию в физических упражнениях, длительных прогулках, беге. Следует также избегать утомления при выполнении заданий, так как при этом может усиливаться гиперактивность. Гиперактивные дети чрезвычайно возбудимы, поэтому необходимо исключить или ограничить их участие в мероприятиях, связанных со скоплением большого числа людей.

Так как ребенок испытывает сложности в концентрации внимания, нужно давать ему только одно задание на определенный промежуток времени. Важен выбор партнеров для игр – друзья ребенка должны быть уравновешены и спокойны, организуйте совместную деятельность своего ребенка и его друга.

Медикаментозная терапия СДВГ включает в себя применение трициклических антидепрессантов (амитриптилин), ноотропные препараты (ноотропил, пантогам, фенибут, инстенон), психостимуляторы, транквилизаторы. По итогам терапии и психологической коррекции отмечается улучшение характеристик поведения, моторики, внимания и памяти в 70% случаев.

ОПЫТ РАБОТЫ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Дудин В.В., Буренкова И.Г., Фомовская Т.П.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия

Многолетний опыт работы (17 лет) отделения круглосуточного стационара КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», когда в отделение в сопровождении матери или другого близкого родственника (опекуна) помещается пациент в возрасте с 2–3 до 6–7 лет, что позволяет сделать следующие выводы.

1. Ранняя госпитализация пациента, страдающего каким-либо психическим заболеванием, предоставляет возможность своевременной диагностики психопатологической симптоматики и поэтому способствует раннему воздействию на болезнь, что в свою очередь впоследствии благоприятно скажется на прогнозе дальнейшего гармоничного развития ребенка.

2. Своевременное выявление психопатологических проявлений у ребенка в возрасте 3–5 лет дает возможность специалистам различного профиля (психиатр, психотерапевт, психолог, логопед, социальный работник) начать раннюю индивидуальную реабилитацию уже в условиях пребывания в стационаре.

3. Совместное пребывание в отделении ребенка и матери способствует в решении вопроса об оказании комплексной психокоррекционной помощи членам семьи: формирование навыков ухода за психически больным ребенком, возможность научиться близкому родственнику оказывать экстренную помощь при ухудшении состояния (приступе), а также позволяет специалистам диспансера консультативно работать с родителями в групповом или индивидуальном формате по интересующим их темам.

4. Учитывая удаленность жителей Алтайского края от квалифицированной психиатрической помощи, такая форма работы отделения позволяет оказывать преемственную и комплексную многолетнюю помощь семье больного ребенка. Данный пункт достигается периодичностью госпитализации (1–2 раза в год) в отделение на протяжении длительного времени – от нескольких месяцев до 3–7 лет.

5. Принимая во внимание ограниченную возможность психофармакотерапии в детском возрасте, наличие в отделении пациента дошкольного возраста дает преимущество врачу-психиатру в подборе рациональной и индивидуальной медикаментозной терапии с минимальными побочными эффектами.

6. Пребывание ребенка в отделении совместно с матерью расширяет возможности лечащего врача в выявлении сопутствующей соматической патологии, для чего пациент обследуется в других специализированных клинических подразделениях, в том числе федеральных медицинских центрах, с дальнейшей их реабилитацией.

Таким образом, вышеперечисленные выводы доказательно демонстрируют преимущества совместного пребывания в психиатрическом детском стационаре ребенка и взрослого, что способствует их дальнейшей реабилитации и более благоприятному прогнозу жизни.

К ВОПРОСУ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

**Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Никитина В.Б.,
Иванова А.А., Аксенов М.М.**

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

В последние годы в литературе много внимания уделяется психотравмирующему влиянию боевых действий и катастроф на психику человека. Это связано с тем, что количество таких чрезвычайных ситуаций, локальных войн и межнациональных конфликтов не уменьшается. Соответственно повышается число лиц, подвергшихся воздействию комплекса неблагоприятных факторов, сопровождающих эти социальные бедствия, а в результате неуклонно снижается качество жизни большой социальной группы людей и, безусловно, страдает все общество в целом (Погодина Т.Г., 2004; Семке В.Я., Епанчинцева Е.М., 2005). Несмотря на значительное число исследований клинических проявлений боевого ПТСР (Сидоров П.И. и др., 1999; Жишкарини М.Д., 2000; Епанчинцева Е.М., 2001; Дмитриева Т.Б. и др., 2009; Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А., 2015), многие аспекты остаются недостаточно разработанными или не систематизированными. В частности представляет интерес изучение психического здоровья участников локальных войн в постбоевом периоде их жизни.

Мы изучили динамику нервно-психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов, находящихся на лечении в клинике НИИ психического здоровья за период 2001–2017 гг.

Изучение участия различных факторов в формировании и дальнейшем течении посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов показало, что в их генезе, наряду с психогенным воздействием боевого стресса, большое значение имел характер соматогенных и экзогенно-органических вредностей. Чаще всего наблюдалась церебрально-органическая патология сложного генеза. В частности сочетание черепно-мозговой травмы с инфекционно-токсическим и сосудистым поражением головного мозга отмечалось в 45,5% случаев, тогда как сотрясение головного мозга, контузии и системная алкоголизация составляли соответственно по 25,0%; инфекционно-токсическое (клещевой энцефалит, церебральный арахноидит) – 5,0%. Соматическая патология была выявлена у всех комбатантов третьей группы (преимущественно сердечно-сосудистая – 45,0%).

Для данного этапа было свойственно длительное формирование нервно-психической патологии; касалось это, как правило, участников афганской войны.

Основная часть обследованных данной группы проходила срочную службу (85,0%), находясь в «горячих точках» (преимущественно в Афганистане). Продолжительность пребывания в условиях боевых действий составляла 6–7 месяцев у 42,0%, 12 месяцев и более – у 43,0%. 15,0% являлись участниками чеченских событий и выезжали в служебные командировки; после тяжёлых контузий и ранений они были отправлены в тыл. К постоянным атрибутам войны, вызывавшим тяжёлые психологические последствия, 71,4% комбатантов этой группы относили смертельную опасность (обстрелы, засады) и гибель боевых друзей.

В группе невротического, психопатоподобного варианта ПТСР в 100% случаев встречалась соматическая патология различной выраженности. «Прорыву в сому» чаще всего способствовали генетические дефекты либо истощение резервных адаптационно-приспособительных механизмов. Особенностью клинических проявлений данного варианта была непосредственная связь с состоянием соматического здоровья – действительного или мнимого. Обращали на себя внимание обособленность пациента, сосредоточение на личных проблемах, он неохотно шёл на контакт, но вместе с тем с удовольствием обсуждал всё, что касалось его болезненных переживаний.

Среди сопутствующей патологии у 45,0% комбатантов имелась сердечно-сосудистая (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь второй степени), у 20,0% – болезни мочеполовой системы (простатит, хронический пиелонефрит), у 15,0% – хронические заболевания органов дыхания (бронхит, пневмония). 20,0% отмечали другие соматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, эндокринные и др.). Как правило, имело место сочетание нескольких патологий, поэтому мы сделали акцент на тех, которые оказывали существенное влияние на патогенез заболевания. В группе обследованных выявлялись изменения в иммунном статусе: снижение количества Т-лимфоцитов CD3⁺, CD4⁺-фенотипа, натуральных киллеров (CD16⁺-лимфоцитов), угнетение поглотительной способности нейтрофилов (Фч), нарушение соотношения хелперов/индукторов и цитотоксических супрессоров/эффекторов, активация гуморального иммунитета (повышение концентрации IgG).

Аномальная перестройка структуры преморбидного характерологического склада на фоне церебрально-органической недостаточности головного мозга в результате экзогенно-органического воздействия,

изменяющая содержание и формы личностного реагирования, механизмы и качество социальной адаптации больного, была обозначена как патологическое развитие личности экзогенно-органического генеза (Судаков В.Н., 1989). Клинически перестройка преморбидной личности выражалась в нарастании в её структуре удельного веса патохарактерологических расстройств как в результате заострения или искажения присущих пациентам качеств характера, так и появления не свойственных ранее форм личностного реагирования. Исследование клинической динамики психопатоподобного варианта ПТСР позволило установить некоторое сходство в формировании нервно-психических нарушений экзогенно-органического генеза с характером церебрально-органической недостаточности у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, изученных В.А. Рудницким (1997) на этапе перехода болезни в хронический статус (этапе патологического развития личности). Выявлены последовательность и этапность психопатологических расстройств: начальный (астенический), структурирования аномального склада личности и патохарактерологического сдвига. Дальнейшая динамика заболевания приводила к общеорганическому снижению личности, что соответствует исследованиям в области экзогенно-органической патологии (Семке В.Я. и др., 2009).

Заболевание манифестировало (начальный этап) стойкими цефалгическими (30,0%) расстройствами спустя 1–3 года после органического поражения головного мозга (что чаще было связано с перенесенными контузиями и ранениями в голову), продолжительность составляла 1–2 года. Цефалгии носили постоянный характер, их локализация нередко совпадала с областью ранения. Комбатанты отмечали чрезвычайно тягостный характер болевых ощущений («распирающие», «жара внутри головы», «голова словно чугунная») и терапевтическую резистентность в отношении анальгетических и сосудорасширяющих средств. Пациенты наряду с цефалгиями отмечали вялость, гиперестезию, вспыльчивость, явления вестибулярной и вазомоторно-вегетативной дисфункции в виде потливости, головокружений, гипергидроза, усиливающихся при перемене погоды, психогениях и переутомлении. В течение дня отмечались неустойчивое внимание с трудностью сосредоточения, быстрая истощаемость при умственной работе, неравномерный темп её работы. Часто им сопутствовали кошмарные сновидения, подавленное настроение, сексуальные дисфункции. При неврологическом обследовании обнаруживались признаки рассеянной неврологической симптоматики, вялость зрачковых рефлексов, снижение брюшных и оживление сухожильных рефлексов. По резуль-

татам ЭЭГ наблюдались снижение альфа-индекса, деформация альфа-ритма, сглаживание межрегиональных различий.

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

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

Дистимико-дисфорический вариант (20,0%) отличался наличием стойкого расстройства настроения в виде сочетания напряжённых аффектов тоски и злобы. Отличительной особенностью данного синдрома являлись выраженные поведенческие нарушения в виде конфликтности, грубой демонстрации аффекта гнева и ярости, с застреванием на отрицательно окрашенных переживаниях, склонности к разрушительным действиям вплоть до криминальных поступков. У исследуемых имело место злоупотребление алкоголем с преобладанием атарактической мотивировки. Комбатанты отличались крайней импульсивностью, брутальностью, непредсказуемостью и тяжестью поведенческих проявлений. У части больных выявлялось желание вернуться назад в об-

становку военных действий, которое имело своеобразную интерпретацию («там точно знаешь, кто твой друг, а кто враг», «там чувствуешь себя нужным»). На производстве они не могли без раздражения общаться с окружающими, часто «срывались», требовали безоговорочного подчинения. Типично было положение «домашнего тирана»: в кругу родных и близких людей они проявляли злобность, агрессивность, нетерпимость.

Когнитивные нарушения выражались преимущественно в повышении психической истощаемости, снижении способности запоминания и воспроизведения (особенно имён собственных, названий улиц, справочных данных), ухудшении умственной продуктивности. Пациенты вынуждены были пользоваться записными книжками, контролировать свою работу, что значительно уменьшало её объём. При неврологическом обследовании у них выявлялись симптомы двухсторонней пирамидной недостаточности; в 80% случаев регистрировались дизэнцефальные кризы, среди которых чаще всего наблюдались симпатoadrenalовые приступы.

Наличие соматического заболевания являлось фактором, приводящим к повседневному психическому травмированию, фиксируя внимание человека на болезненном физическом неблагополучии. Длительно текущее соматическое заболевание приводило к личностным изменениям. Пациенты не доверяли врачам, обвиняли медперсонал в непонимании и недостаточном внимании к проблемам своего здоровья близких, настаивали (порой необоснованно) на проведении сложных диагностических процедур, обращаясь за помощью в подразделения социальной защиты (для ускорения их проведения), мотивируя тем, что «здоровье они оставили на войне».

На третьем этапе (патохарактерологического сдвига) наблюдалось качественное изменение симптоматики. На первый план выступало нарастание вязкости, инертности психических процессов. Клиническая картина в меньшей степени зависела от психогенных факторов, определялась трансформированными или усиленными личностными качествами пациента. На этом этапе происходила утрата чётких границ между группами, выделенными в соответствии с преобладающими клиническими феноменами. К основным из которых мы относили стойкие цефалгические расстройства (в виде «онемения левой половины головы и лица в месте осколочного ранения», ощущение «тяжести, несвежести» в голове), упорные агрипнические жалобы с пугающими, устрашающими сновидениями («вижу, как на моих глазах подрывается на mine и разрывается на части мой друг», «расстреливают моих близких, а я не могу им помочь»), «просыпаюсь с ощущением липкой тёп-

лой крови на руках, чувствую даже её запах» и т.п.); сложные ипохондрические переработки по типу кардиалгических, сенестопатических включений, склонности к аггравации и рентным установкам.

В отдельных случаях (в 10,0%) наблюдались эпилептиформные пароксизмы по типу abortивных приступов (судорожные подёргивания мимической мускулатуры, устремление взгляда в одну точку с резким побледнением лица и внезапным прерыванием деятельности), имевших достаточно отчётливый психогенный запуск и связь с черепно-мозговой травмой в анамнезе.

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

Выводы: особенностями невротического, психопатоподобного варианта ПТСР являлись: 1) отсутствие отчётливой связи патохарактерологических образований с типом преморбидной личности; 2) выраженность и зависимость степени нарушения социально-трудовой адаптации со стойкостью патохарактерологических и церебрально-органических нарушений; 3) нарастание признаков общеорганического снижения личности.

Л и т е р а т у р а

1. Погодина Т.Г. Структура посттравматических нервно-психических расстройств у участников локальных вооружённых конфликтов // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, вып. 1–2. – С. 16–20.
2. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2005 – 212 с.
3. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов М.Ф. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. – Архангельск, 1999. – 384 с.
4. Джишкарлани М.Д. Травматический стресс у выживших на войне // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10, № 4. – С. 28–31.
5. Епанчинцева Е.М. Клинико-динамическая оценка посттравматических стрессовых расстройств у комбатантов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 2 (20). – С. 73–76.
6. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 544 с.

7. Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. Клиническая структура психических расстройств у участников локальных вооружённых конфликтов в отдалённом постбоевом периоде // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 1–5. – С. 760–764.
8. Судаков В.Н. О мультифакторной гипотезе патологического развития личности в отдельном периоде черепно-мозговой травмы // Актуальные вопросы психиатрии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1989. – Вып. IV. – С. 71–72.
9. 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. – С. 89–93.

ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦЕЛИ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ ОНЛАЙН

Иванов В.Г., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Всех пользователей, обращающихся за получением психологической помощи посредством Интернета, можно разделить на две основные группы. В первую группу включаются все те, кто имеет целью своего обращения решение беспокоящих их проблем, касающихся как психологического, так и соматического состояния. Вторую группу составляют пользователи, обращающиеся за психологической помощью посредством сети Интернет с целью саморазвития и самосовершенствования. В связи с чем для каждой из выделенных групп будут применимы различные стратегии психологического интернет вмешательства в зависимости от поставленных целей и личностных характеристик обратившихся пользователей.

Обсуждение результатов. Всего было обследовано 114 человек. Первую группу составили 85 человек, вторую группу – 29 человек. Средний возраст обследуемых первой группы составил $46,3 \pm 11,5$ года, второй группы – $46,7 \pm 9,6$ года. Индивидуально-личностные характеристики данных пользователей были изучены с помощью опросника исследования самооотношения личности В.В. Столина.

Выявлены достоверные различия между исследуемыми группами по следующим шкалам опросника: открытость ($p < 0,03$), отраженное самооотношение ($p < 0,01$), самопривязанность ($p < 0,0002$), внутренняя конфликтность ($p < 0,001$), самообвинение ($p < 0,003$).

Группа пользователей, обратившихся за помощью в решении проблем, характеризуется большей способностью к внутренней рефлексии, самокритичности, они стараются не скрывать от себя и других неприятную информацию. В то же время у данных пользователей чаще обнаруживается чувство неудовлетворенности собой и тенденции к стремлению изменить себя в соответствии с идеальным представлением о себе.

Группа пользователей, стремящихся к самосовершенствованию и саморазвитию, чаще демонстрирует закрытость и нежелание выдавать о себе значимую информацию. Данные пользователи больше, чем пользователи другой группы, выражают уверенность, что способны вызывать у других одобрение и уважение в свой адрес, в связи с чем у них в меньшей степени выражено желание меняться.

Внутренняя конфликтность и тенденция к самообвинению больше выражены в группе пользователей, нацеленных на решение проблем. У данных пользователей могут чаще наблюдаться сомнения, тревожно-депрессивные состояния и чувство вины, сопровождающиеся негативными эмоциями в свой адрес, в отличие от пользователей второй группы, где наблюдается большее осознание своих трудностей.

Таким образом, первая группа пользователей характеризуется большей критичностью, чувством неудовлетворенности собой, повышенным уровнем внутренней конфликтности с тенденцией к самообвинению. Вторая группа характеризуется как некоторой закрытостью, так и осознанием своих трудностей, нежеланием кардинально менять свои качества и привычки на фоне ощущения одобрения и уважения в свой адрес.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Иванов А.А., Чиган М.Н.

**КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия**

Ситуация, связанная с потреблением наркотических веществ, остается актуальной проблемой на современном этапе и представляет угрозу национальной безопасности РФ. Обстановка, связанная с незаконным оборотом наркотиков на территории Алтайского края, претерпела серьезные изменения. Наркотические вещества синтетического происхождения, реализуемые под видом курительных смесей, реагентов, отбеливателей, солей для ванн и пр., стали неотъемлемой частью

наркорынка и занимают лидирующие позиции по масштабам их распространности.

На территории Алтайского края в 2017 г. сохранялась тенденция к употреблению населением психостимуляторов и каннабиноидов растительного происхождения. В основном распространены психостимуляторы синтетического происхождения (катиноны), распространяемые на черном рынке под общим названием «скорость». Значительное число наркопотребителей перешло на синтетические заменители традиционных наркотиков. За период с 2013–2017 гг., по данным химикотоксикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер», уменьшилось количество выявленных потребителей опиатов в 5,8 раза (2013 г – 34,7% (842 чел.), 2017 г – 10,0% (145 чел.), вместе с тем количество выявленных потребителей синтетических наркотиков (спайсы, α -PVP, α -PTP, MDPV) увеличилось до 34,4% (497 чел.).

За 2017 г. по направлениям ЛПУ и правоохранительных органов Алтайского края 4543 чел. было проведено химико-токсикологическое исследование, в результате которого выявлено 1878 (41%) потребителей наркотических и психотропных веществ, из них 497 потребителей синтетических наркотиков (34,4%), в том числе психостимуляторов – 455, спайсов – 42, из числа которых 58 человек управляли транспортным средством.

Рассматривая структуру выявленных наркотических веществ в 2017 г., в когорте обследованных установлено, что 803 являлись потребителями растительных каннабиноидов, 455 потребителями психостимуляторов, 42 потребителями синтетических каннабиноидов, 145 потребителями опиатов.

В 2017 г. отмечалось увеличение выявленных потребителей опиатов в 2,3 раза по сравнению с 2015 г. Уменьшилась доля выявленных потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов) с 14% в 2016 г. до 2,9% в 2017 г. от общего числа выявленных потребителей наркотиков. Каннабиноиды растительного происхождения стабильно занимают лидирующие позиции при выборе на черном рынке у потребителей (803 чел.), в 2016 г. 826 (48%) потребителей.

В 2017 г. выявлены потребители ранее не встречающихся в Алтайском крае синтетических наркотических средств: альфаметилтриптамин (АМТ) оказывает стимулирующий, психоделический и галлюциногенный эффект, длящийся 18–24 часа после приема; дезоксипипрадол («белый дьявол», 2-DPMР (пиперидин-2-ил) дифенилметан) характеризуется кратковременной эйфорией и длительным стимулирующим эффектом, длящимся до 5 дней; 3-метоксифенциклидин

(«ангельская пыль», 3-МеО-PCP) – диссоциативный галлюциноген с седативными свойствами, продолжающимися до 10 часов.

Наиболее высокий показатель выявляемых потребителей психоактивных веществ отмечается у граждан трудоспособного возраста от 18 до 40 лет.

Примечательно, что обстановка, связанная с незаконным оборотом наркотиков на территории Алтайского края, претерпела серьезные изменения. Наркотические вещества синтетического происхождения стали неотъемлемой частью наркорынка и занимают лидирующие позиции по масштабам их распространенности. Значительное число наркопотребителей перешло на прием синтетических заменителей традиционных наркотиков. Об этом свидетельствуют данные химикотоксикологической лаборатории. До сегодняшнего дня возникают определенные трудности в идентификации состава синтетических наркотиков, связанные как с отсутствием стандартных образцов для сравнения, постоянно меняющимся составом соединения в ответ на введение запретительных мер их оборота.

Современное оборудование, приобретенное за счет субсидий краевого бюджета и средств Алтайского краевого наркологического диспансера, а также внедрение новых методик газовой хроматографии с масс-селективным детектированием и регулярное обновление библиотек масс-спектрами новых наркотических веществ позволяет выявлять ранние стадии наркозависимости или скрытые формы наркомагии, контролировать процесс лечения, оценивать стойкость ремиссии.

КАКОВО РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Ильченко Л.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Как болезнь Альцгеймера, так и сосудистая деменция (иногда именуемая в литературе «сосудистым когнитивным снижением») являются разными типами деменции. У них имеется несколько сходных симптомов и особенностей, однако существуют также и некоторые четкие различия.

Распространенность. Статистические данные относительно распространенности сосудистой деменции варьируют в широком диапазоне, но считается, что у 5,4% людей старше 65 лет в России развивается это заболевание. После 65 лет этот процент удваивается каждые 5–10 лет. В мире насчитывается около 24,3 млн таких больных.

Болезнь Альцгеймера – наиболее распространенный вид деменции. Приблизительно 5,4 млн американцев страдают болезнью Альцгеймера. У 20% россиян есть генетическая предрасположенность к болезни Альцгеймера. Около 1,8 млн жителей России страдает этим заболеванием и 27 млн в мире в целом.

Этиология. Сосудистая деменция зачастую вызывается острым, специфическим событием, таким как инсульт или транзиторная ишемическая атака, когда нарушается кровоснабжение мозга. Заболевание также может развиваться постепенно, в течение длительного времени вследствие наличия в сосудистом русле мелких блоков (сужение просветов сосудов, вызванное теми или иными причинами) или хронически замедленного мозгового кровотока. У 1–15% людей после инсульта увеличивается риск развития деменции в течение первого года, у 20–30% – в результате хронической церебральной ишемии.

В то время как существует несколько способов уменьшить вероятность развития болезни Альцгеймера, таких как физическая активность и поддержание разума в активном состоянии, специалисты еще не знают причин развития болезни Альцгеймера. На современном этапе в медицине господствует представление о том, что есть множество компонентов, которые могут способствовать развитию болезни Альцгеймера, – таких как генетический фактор, образ жизни, а также различные другие факторы. Семейный анамнез по данному заболеванию отягощен в 50% случаев.

Факторы риска. Общие факторы риска при сосудистой деменции включают сахарный диабет, высокое кровяное давление, повышенный уровень холестерина, ишемическую болезнь сердца, болезнь периферических сосудов, повышенный уровень гомоцистеина. Способствуют развитию деменции курение, малоподвижный образ жизни, неправильное питание. При болезни Альцгеймера к факторам риска относят возраст (после 65 лет), генетическую предрасположенность (наследственность) и общее состояние здоровья, наличие дефектного аллеля E4 гена аполипопротеина Е, синдром Дауна.

Когнитивная (познавательная) сфера. При сосудистой деменции клиническая симптоматика характеризуется тем, что познавательные способности часто снижаются внезапно, что связано с сосудистой катастрофой в головном мозге (такой как инсульт или транзиторная ишемическая атака) и затем остаются стабильными на том же сниженном уровне. Эти изменения когнитивной сферы часто описывают как «шаги», потому что функционирование когнитивной сферы в промежутках между подобными стремительными изменениями можно считать устойчивым.

В то время как при болезни Альцгеймера познавательные способности могут несколько измениться с началом заболевания, способность человека думать и использовать свою память уменьшается все-таки постепенно с течением времени. При болезни Альцгеймера, как правило, в анамнезе нет указаний на внезапные изменения в когнитивной сфере (в течение одного дня).

Нарушения запоминания и воспроизведения воспоминаний являются типичными на ранних этапах развития болезни Альцгеймера.

Ходьба и физические движения. При сосудистой деменции двигательная активность часто сопровождается физическими проблемами. Например, если человек перенес инсульт, скорее всего, у него появились ограничения подвижности одной стороны тела. Как когнитивные, так и физические ухудшения, связанные с сосудистой деменцией, обычно развиваются в одно и то же время, так как они часто являются следствием одного и того же внезапного заболевания, например, инсульта.

При болезни Альцгеймера заболевание часто дебютирует изменением умственных способностей, что обычно представлено ухудшением памяти или снижением способности к суждениям. Однако с течением времени, когда болезнь переходит во вторую стадию, обнаруживается ухудшение и физических способностей – таких как способность поддерживать равновесие или неустойчивая походка.

Диагностика. У пациентов с сосудистой деменцией некоторые психологические тесты могут помочь оценить память, способность к суждениям, коммуникативные и общие когнитивные способности. Кроме этих тестов необходимо четко определить конкретную область мозга, которая была повреждена вследствие инсульта или транзиторной ишемической атаки, может МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга.

У пациентов с болезнью Альцгеймера тестирование когнитивной сферы проводится с помощью нейропсихологического тестирования. В остальном данное заболевание диагностируется путем исключения сходной патологии, так как в настоящее время невозможно установить точный диагноз путем какого-либо инструментального или аппаратного исследования, например путем сканирования головного мозга. На данный момент нет ни одного достоверного диагностического теста для установления диагноза болезни Альцгеймера, поэтому врачи исключают другие, обратимые причины расстройства – такие как дефицит витамина B12 или гидроцефалия при нормальном внутричерепном давлении, так же как и другие типы деменции или делирий.

Прогноз. В связи с тем, что существует огромное разнообразие причин повреждений и различная выраженность этих повреждений в структурах головного мозга, предсказать продолжительность жизни для больных сосудистой деменцией представляется затруднительным. Прогрессирование сосудистой деменции зависит от ряда факторов, включая степень нарастания повреждений в головном мозге. Развитие сосудистой деменции в среднем происходит после ишемического инсульта от 5 до 7 лет, а на фоне геморрагического инсульта тяжелой степени за 1 год. Средняя продолжительность жизни для людей с болезнью Альцгеймера составляет 84,6 года, а продолжительность жизни после появления первых симптомов составляет 8,4 года (только 3% до 15 лет).

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Казанцева Н.Н.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия

За период 2016–2017 гг. распространенность наркологических расстройств детско-подросткового населения Алтайского края стабилизировалась с тенденцией к снижению на 4,9%. Так, на 01.01.2018 г. в крае зарегистрировано 1322 несовершеннолетних с наркологическими расстройствами. Удельный вес детей и подростков, зарегистрированных в связи с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) без формирования синдрома зависимости, составил 98,7% (1305 человек). При этом на потребителей алкоголя пришлось 77,9% (1017 человек), на потребителей наркотиков – 7,8% (102 человека), ненаркотических ПАВ – 14,3% (186 человек).

В 2017 г. к уровню 2016 г. в структуре потребляемых ПАВ доля употребляющих алкоголь выросла на 2,5% (2017 г. – 1017 человек против 992 человек в 2016 г.). Снизилась доля употребляющих наркотические вещества на 32,5% (в 2017 г. – 106 человек, в 2016 г. – 157 человек) и ненаркотические вещества на 17,4% (в 2017 г. – 199 человек, в 2016 г. – 241 человек.).

Большинство зарегистрированных несовершеннолетних, так же как и в предшествующие годы, это дети и подростки, употребляющие психоактивные вещества с вредными последствиями. Удельный вес употребляющих психоактивные вещества без формирования синдрома зависимости среди детей составил 98,5% и 98,6% среди подростков от общего числа зарегистрированных соответствующего возраста.

Однако показатель распространенности употребляющих наркотики с вредными последствиями всё ещё остается на прежнем высоком уровне. Поэтому актуально усиление мер по проведению превентивных профилактических мероприятий.

Профилактика заболеваний – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий. Профилактика зависимых состояний имеет две цели: 1) снижение риска для индивида стать зависимым (первичная профилактика); 2) снижение вреда, связанного с употреблением психоактивных веществ (вторичная и третичная профилактика).

Первичная медицинская профилактика осуществляется через взаимодействие с комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, подразделениями по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, Главным управлением образования и молодежной политики, органами социальной защиты, Региональным управлением федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков по Алтайскому краю, Центром по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, СМИ и общественными организациями. Ежегодно со всеми заинтересованными ведомствами составляется план совместных мероприятий.

Существует мнение, что детям лучше не знать о наркотиках, но суровая правда статистики показала, что это заблуждение. Именно незнание того, как действуют наркотики, какие губительные последствия вызывает прием наркотиков, алкоголя, психотропных веществ в большинстве случаев приводит к ошибочным решениям подростков, и в итоге они делают неправильный выбор при предложении попробовать наркотик. Также немаловажно неумение подростка отказаться от предложенного наркотика. Одной из форм проведения первичной профилактики по предупреждению наркомании и алкоголизма среди несовершеннолетних является организация лекций и семинарских занятий по разъяснению негативных последствий, а также проведение тренингов по обучению тактике отказа. Восприятие и осознание информации усиливается на эмоциональном уровне с помощью демонстрации видеоматериалов по конкретной тематике лекции или семинара. Лекционная форма изложения материала должна быть основополагающей, при этом следует учитывать трудности восприятия преподносимого материала и то, что часто подростки апеллируют к различным мифам о существовании и относительной безопасности так называемых легких

наркотиков. Лекционную работу необходимо проводить с постоянной корректировкой информации, меняя приемы и способы общения с аудиторией, используя современные интерактивные формы общения, компьютерные технологии.

Так, в рамках всероссийских антинаркотических акций «За здоровье и безопасность наших детей» и месячников, приуроченных к Международным дням по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, объявленных ВОЗ в 2017 г., приняло участие более 200 тысяч человек.

Специалисты наркологической службы организуют и проводят профилактические мероприятия с группой повышенного риска немедицинского потребления наркотических средств. К группе риска по наркотизации относятся дети, лишенные родительского попечения, ведущие безнадзорный образ жизни, экспериментировавшие с первыми пробами различных психоактивных веществ, имеющие проблемы в развитии и поведении, обусловленные нервно-психической неустойчивостью или сопутствующими психическими отклонениями.

Одним из методов вторичной профилактики наркологических расстройств является технология раннего социотерапевтического вмешательства. Целью этого вида технологии является своевременное вовлечение лиц «группы риска» в долгосрочную медико-психологическую и медико-социальную работу и создание лечебной социальной среды (школа, семья, друзья). С 2001 г. на базе КГБУЗ АКНД был организован медико-реабилитационный центр для детей и подростков «Родник» с амбулаторным приемом и дневным стационаром на 20 мест. В центре работают квалифицированные врачи психиатры-наркологи, медицинские психологи, специалисты по социальной работе, социальные работники, инструктор лечебной физкультуры. Амбулаторная и стационарная реабилитация опираются на поэтапную комплексную систему, успешно сопровождающую и поддерживающую личностный рост пациента до полного отказа от употребления ПАВ.

В условиях дневного стационара в 2017 г. пролечено 184 человека (в 2016 г. – 185 человек). После полного прохождения лечебно-реабилитационных программ ремиссии (воздержание) в течение года отмечены у 54% несовершеннолетних, что является показателем эффективности данных программ.

Также профилактической мерой является тестирование несовершеннолетних на наличие наркотических веществ в биологических средах. В наркологических диспансерах края в соответствии с законом Алтайского края от 14.09.2006 № 94-ЗС «О профилактике наркомании и токсикомании в Алтайском крае» с 2007 г. организовано проведение

на конфиденциальной основе добровольного информированного тестирования несовершеннолетних. Обследуются дети «группы риска», направленные органами системы профилактики, а также обратившиеся самостоятельно. В частности за 2017 г. в наркологических диспансерах проведено тестирование 2925 несовершеннолетних, по результатам которого выявлено 5 (0,2%) несовершеннолетних, употребляющих наркотические вещества.

Тестирование позволяет выявлять наркологические заболевания уже на ранних стадиях и проводить с данными лицами индивидуальные лечебно-профилактические мероприятия. Согласно результатам тестирования с данными подростками разработан цикл профилактических мероприятий в рамках технологии раннего социально-терапевтического вмешательства.

Кроме того, в практику введен скрининг обучающихся посредством двухэтапного тестирования, осуществляемый в соответствии с приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.06.2014 г. № 658 и Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 г. №581н.

На основании актов результатов социально-психологического тестирования, полученных согласно данным Министерства образования и науки Алтайского края (№ 02-02/02/2633 от 04.10.2016 и № 21-02/02/1020 от 05.04.2017 г.) были составлены графики проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях края.

Перед проведением профилактических медицинских осмотров специалистами наркологической службы Алтайского края были проведены информационные кампании для обучающихся и их родителей с целью разъяснения значимости и необходимости раннего выявления потребления наркотических средств и психотропных веществ. Во время проведения медицинских осмотров с учащимися также проводились профилактические лекции и информационно-разъяснительные беседы, распространялись тематические буклеты.

За 2017 г. профилактическими медицинскими осмотрами с проведением тестирования на наркотики охвачено 3587 учащихся, из них 1569 учащихся общеобразовательных организаций и 2018 учащихся профессиональных образовательных организаций. В группе школьников потребителей наркотиков не выявлено. В группе учащихся профессиональных образовательных организаций выявлен 1 (0,05%) потребитель наркотических веществ (марихуана).

На предстоящий период планируется, что наркологическая служба продолжит работу, направленную на сокращение спроса психоактивных веществ среди несовершеннолетних Алтайского края.

К ВОПРОСУ ВЫЯВЛЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОЙ АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПОДРОСТКОВ

Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е.

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

Введение. Подпороговая депрессия у подростков, по данным разных авторов, встречается от 5% до 30% (Backenstrass M. et al., 2007; Carli V. et al., 2014; Carrellas N.W. et al., 2017). Актуальность таких исследований обусловлена нарушением функционирования в социальной и семейной сферах (Radovic S., Gordon M.S., Melvin G.A., 2017), повышением суицидального риска и высоким риском развития большой депрессии в будущем (Hwang J.W. et al., 2015; Wesselhöft R.T. et al., 2016). Примечательно, что в подростковом возрасте аффективная симптоматика часто бывает скрыта под «маской» пубертатных проявлений, что создает дополнительные диагностические трудности. Эмоциональные нарушения также объясняются личностными или поведенческими особенностями, при этом такие подростки остаются вне поля зрения специалистов, хотя испытывают высокую потребность в адекватной медико-психологической помощи.

Цель исследования – выявление распространенности подпороговой депрессии у разных групп подростков.

Материал и методы. Проведено обследование 659 подростков 12–17 лет, в том числе 139 учащихся городских общеобразовательных школ, 297 учащихся сельских общеобразовательных школ, 223 учеников специализированных коррекционных школ-интернатов (дети с ограниченными возможностями здоровья – ОВЗ). Применена шкала депрессии для детей (М. Ковак). На первом этапе проведено скрининговое исследование учащихся городских, сельских общеобразовательных и коррекционных школ с помощью шкалы депрессии М. Ковак, по результатам скрининга выделены группы подростков для проведения клинического обследования (второй этап) и организации психологической, психокоррекционной, психотерапевтической помощи (третий этап).

Обсуждение результатов. На первом этапе выделена группа подростков с риском развития депрессии – 35,7%: лица с уровнем риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» – 26,6%, с высо-

ким уровнем риска развития депрессивных симптомов – 7,9%, 1,2% учащихся с высокими показателями по отдельным шкалам. Выявлены достоверно значимые различия по группам девочек и мальчиков с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов – 14,5% и 1,7% соответственно ($p=0,00001$).

У подростков общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ значимо чаще выявлялся высокий уровень риска развития депрессии. Обнаружено, что подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении как с сельскими подростками, так и в большей степени с учащимися коррекционных школ.

Анализ результатов исследования позволил выделить следующие клинические особенности и предпосылки подпороговой депрессии: гетерогенность симптоматики. При этом наиболее часто встречаются такие симптомы, как периодическое снижение настроения, раздражительность, негативная оценка себя и событий своей жизни, пессимистический настрой на собственное будущее. Дополнительными симптомами этих состояний являлись проблемы межличностного взаимодействия, снижение академической успеваемости, элементы рискованного поведения, предпочтение on-line общения. Недостаточность энергетической составляющей психической деятельности проявлялась в сфере школьного функционирования, учителями и родителями отмечались медлительность, неорганизованность, академические трудности, повышенная утомляемость, что расценивалось как проявления лени, отсутствия мотивации к учебе и нежелания задумываться о будущем. Для подростков также были характерны «застывание» на негативных переживаниях, неустойчивость самооценки (чаще снижение), страх неудачи, потребность в опеке и защите, неуверенность в своих силах, значительная тревожность в ситуации проверки знаний и оценки извне. Часто при отсутствии явно выраженных жалоб на снижение настроения отмечались негативизм, реакции протеста (семья, социум), элементы рискованного, (ауто)агрессивного и/или аддиктивного поведения. Анализ анамнестических сведений выявлял высокую частоту перинатальной патологии, сочетание своевременного развития интеллекта и незрелости эмоционально-волевой сферы.

Клинически у 4,4% подростков было диагностировано расстройство адаптации (депрессивные реакции), у 10,3% выявлены признаки аффективных нарушений, не отвечающих критериям аффективных расстройств по МКБ-10, но отражающихся на качестве социального функционирования.

Подростки из данной группы были расценены нами как лица с подпороговой депрессией, в том числе 15,8% городских и 10,8% сельских подростков и 6,3% подростков с ОВЗ. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения – родителей и педагогов.

Заключение. Аффективная симптоматика, не отвечающая критериям психических расстройств по МКБ-10, при высокой встречаемости у подростков и ассоциированности с психическими нарушениями в периоде взрослости представляется объектом дальнейшего изучения, направленного на выделение ранних прогностических критериев, уточнение клинической типологии и разработку социотерапевтической тактики.

БРЕД РЕВНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗАХ **Картавых К.В., Форрер А.Г.** **КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая** **больница имени Эрдмана Ю.К.», Барнаул, Россия**

В симптомокомплексе расстройств мыслительного процесса особое место занимает бред – ошибочное убеждение, рассуждения, выводы, взаимосвязанные с глубоко личными волнениями и переживаниями человека, в которых его невозможно переубедить никакими логическими доводами.

Одним из проявлений бреда является бред ревности, или синдром Отелло. Ревность – это естественная эмоция, проявление чувства обиды к более преуспевающему сопернику. В норме человек ревнует только при существовании веских основательных подтверждений, он готов к восприятию новой информации, в свете которой может изменить свое мнение. Обычно предполагается один соперник.

Алкогольный бред ревности – психоз, возникающий на фоне длительного употребления алкоголя. Составляет 1–3% от общего количества алкогольных психозов. Характеризуется постепенным, неявным усилением симптомов, из-за чего болезнь долгое время остается незаметной для окружающих (за исключением членов семьи). Обычно развивается на II–III стадиях алкоголизма. Страдают мужчины в возрасте 40 лет и старше, средний возраст появления первых симптомов – 49 лет. У женщин данная патология диагностируется чрезвычайно редко.

Отличительными чертами этого алкогольного психоза являются высокая степень систематизации и постепенное прогрессирование, сопровождающееся усугублением психоорганических нарушений, уве-

личением уровня агрессивности и нарушениями социального поведения. Во время алкогольных эксцессов больные нередко проявляют жестокость по отношению к женам или сожительницам, возможны систематические избиения и даже убийства. Течение психоза хроническое, наблюдаются периодические обострения.

Основной причиной развития психоза является длительное злоупотребление алкоголем, сопровождающееся, как правило, развитием психоорганического синдрома. Обычно заболевание возникает у больных с эпилептоидной или паранойяльной акцентуацией характера. Еще до начала болезни такие пациенты эгоцентричны, недоверчивы, подозрительны, склонны жестко регламентировать жизнь окружающих и требовать строгого соблюдения установленных ими правил. В преморбидном периоде нередко выявляется склонность к формированию сверхценных идей.

Одной из форм психозов является алкогольный параноид, в психопатологической картине которого, наряду с персекуторными бредовыми идеями, присутствует и бред ревности, обуславливающий те или иные особенности ведущего синдрома (острый параноид) и психоза в целом. К сожалению, такой подход к этой проблеме почти не встречается. Основной причиной этого служит тенденция описывать под названием «алкогольный параноид» психозы, которые включают так же и симптомы, относящиеся к параноиду (страх, тревога, слуховые галлюцинации, образные идеи преследования, отношения и др.), и паранойяльный бред ревности, если он имеется в структуре психоза. Примером такого подхода могут служить известные по литературе работы В.В. Анучина, А.Г. Гофмана и др. Авторы считают, что начало заболевания может быть острым и постепенным, бредовой симптом отличается конструктивной простотой и систематизированностью бредовых идей. Нельзя в данном случае не указать на противоречие: если речь идет о настоящих алкогольных параноидах, представляющих собой, как известно, экзогенные психозы с ведущим синдромом параноида, то для них не могут считаться типичными бредовые идеи ревности в описываемом виде, т. е. в виде первичного (паранойяльного) бреда. Имея в виду такие «неувязки», Р. Вернер, например, отмечает отсутствие четкого разграничения понятий «параноид» и «паранойя» в психиатрической литературе. На выход из создавшегося положения указывал А.В. Снежневский, отграничивший «бред ревности пьяниц» от прочих алкогольных психозов, как от острых, так и от хронических. Чтобы не смешивать понятия «параноид» и «паранойя», полезно вспомнить указание П.Б. Ганнушкина, когда в термин «острый параноид» вкладывается, во-первых, понятие лишь о синдроме и, во-вторых,

большей частью с содержанием бреда преследования, в то время как в термин «паранойя» включено понятие обо всей личности в целом.

Клинически бред ревности развивается постепенно. Вначале пациенты высказывают подозрения или предъявляют претензии эпизодически, в состоянии алкогольного опьянения или на фоне абстинентного синдрома. Через некоторое время бредовая интерпретация реальных событий возникает не только при приеме алкоголя, но и в трезвом состоянии. На начальных стадиях заболевания определенную роль играет реально существующее ухудшение отношений между супругами, обусловленное продолжительным пьянством больного.

Поскольку больной формирует бред, частично основываясь на текущей ситуации в семье (конфликтах, деталях взаимоотношений и т.д.), вначале его идеи и высказывания выглядят достаточно правдоподобными для окружающих. В последующем бред всё в большей мере утрачивает связь с реальностью, систематизируется, кристаллизуется и «обрастает» множеством подробностей. В этот период нередко возникают иллюзии в виде ироничных или саркастичных намеков, обрывков разговоров и случайных фраз, в которых окружающие якобы обсуждают семейную ситуацию пациента.

Больной активизируется. Его словесные упреки дополняются действиями по «разоблачению» якобы неверной супруги. Пациент устраивает слежку, провоцирует жену, искусственно создает ситуации, в которых измена «выйдет наружу» и будет доказана. В последующем ситуация еще больше усугубляется, возникают конфабуляции (ложные воспоминания) о прошлых событиях. Пациент утверждает, что супруга не только не хранит верность в настоящее время, но и изменяла ему на протяжении всей семейной жизни. Он полагает, что совместные дети рождены не от него, а от любовника (или любовников), что самым негативным образом сказывается на его отношении к детям. В подтверждение своего бреда больной приводит многочисленные «факты», порожденные ложными воспоминаниями (рассказы других людей, личное присутствие при факте измены).

Иногда бред ревности усложняется и связывается в единую систему с другими бредовыми идеями (ущерба, отравления, ворожбы). Поведение больного становится все более агрессивным, нередко – садистическим. Учащаются акты физического насилия по отношению к другим членам семьи (якобы неверной жене, «чужим» детям, «покрывающей» супругу теще и т.д.). Возникает реальная опасность убийства.

Лечение бреда ревности проводится в двух направлениях: терапия болезней психики и уменьшение риска насилия. Лечение включает лекарственную терапию, психосоциальные мероприятия и госпитали-

зацию (в том числе принудительную). Лекарственная терапия проводится стандартно, с помощью нейролептиков и антидепрессантов. Наибольший эффект от лечебных и профилактических мероприятий достигается при раннем распознавании симптомов бреда ревности.

На прогноз бредовой ревности влияет основное заболевание, наличие сопутствующих психических расстройств и устойчивость к терапии. Лица с психотическими расстройствами поддаются лечению хуже.

Весьма вероятно возвращение бреда ревности спустя некоторое время после лечения, поэтому рекомендуется продолжительное время находиться под наблюдением врача. В психиатрической практике встречались рецидивы убийств на почве патологической ревности, совершенные спустя много лет видимого благополучия.

РОЛЬ «ИНФОРМАЦИОННОЙ ПЕРЕГРУЗКИ» В ФОРМИРОВАНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Королев А.А.

**ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства
и государственной службы при Президенте
Российской Федерации» (АФ), Барнаул, Россия**

Учение о неврозах на протяжении всего времени исследования проблемы не перестает привлекать внимание специалистов в различных областях знаний, заставляя искать новые подходы к пониманию причин возникновения, механизмов развития, способов распознавания данной психической патологии, что выражается в лавинообразном появлении концепций и теорий неврозогенеза. При этом каждый из авторов пытается аргументировано убедить научное сообщество в верности собственного методологического обоснования, объясняющего генез данного вида психических расстройств с выделением ведущих этиологических факторов.

Вместе с тем на современном этапе развития неврозологии изучение происхождения психогенных расстройств приобретает оправданный междисциплинарный характер, что способствует отходу от строго догматичных, а порой и косных взглядов на природу возникновения невротической патологии. Так, исследования социологов в области эволюционной трансформации общественной жизни (Тоффлер Э., 2002; Еляков А.Д., 2005) заставляют изменить отношение психиатров и психологов к вектору научного поиска в связи с колоссальными изменениями, привнесенными в жизнь индивида условиями постиндустриального общества и его главной дискриминативной чертой – информацией.

Необходимость современного человека в постоянном получении и переработке информации некоторые авторы рассматривают как одну из ведущих причин срыва адаптационно-приспособительных механизмов личности. В западных странах такое явление получило негативную номинацию – «*Information Overload*» (информационная перегрузка), в нашей стране наиболее распространенный синоним «информационный стресс», рассматриваемый в аспектах его природы, причин возникновения, особенностей проявления и механизмов регуляции (Бодров В.А., 2000).

Феномен информационной перегрузки из-за своего трендового статуса, на первый взгляд, является эксплицированным для научного понимания, однако данная позиция является ложной, так как в научной среде детально проработанной и методологически обоснованной экспериментальной модели для его объективного изучения пока не существует.

Необходимо указать также, что в зарубежной литературе описаны негативные, стрессовые последствия для индивида при его взаимодействии с информационными потоками, которые феноменологически оценены и категоризованы в обиходные научные понятия: *Information anxiety* (информационная тревога) *Infobesity* (информационное пресыщение) (Bawden D., 2008).

В нашей стране проблема невротической патологии в контексте информационного воздействия также находит свое отражение в ряде концепций отечественных исследователей. Имеются в виду концепция «Тотального негативного психологического воздействия» (Пивень Б.Н., 2001) и концепция «Социально-стрессовых расстройств» (Александровский Ю.А., 2010). Таким образом, можно вполне обосновано утверждать о наличии коррелят между негативной производной информационного общества – информационной перегрузкой и невротизацией личности.

В 1971 г. А.М. Свядощ в монографии «Неврозы и их лечение» описал информационную теорию происхождения неврозов, однако в ней он сделал акцент на семантической (личностно-значимой) стороне получаемой информации, тогда как количественная сторона информационного воздействия была им практически проигнорирована.

Реалии же современного мира заставляют расширить представление о воздействии информационного потока на личность, выработать дифференциальные критерии между семантической и количественной составляющими информации, учитывая потенциальную возможность их единства как качественно новой, универсальной психогении.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лен О.А., Лизунова Н.В., Тё Т.Н.

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

В стационарном наркологическом отделении ГБУЗ КО КОКНД одним из важных направлений лечения пациентов является применение групповой психотерапии, целью которой является формирование у пациентов способности строить трезвую жизнь с учетом наличия у них хронической болезни. На групповых психотерапевтических занятиях применяются различные психотерапевтические методики – поведенческая терапия, гештальттерапия, различные варианты аутогенной релаксации, нейролингвистическое программирование, психосинтез, а также психоанализ.

Одним из направлений групповой терапии является работа в малых группах. Групповая психотерапия в малых группах включает преобладающее воздействие врача-психотерапевта на группу пациентов, а также их воздействие друг на друга как средство выражения своего «Я». Психотерапевт набирает в группу 5–8 пациентов, сеансы проводятся 3 раза в неделю по 1,5–2 часа на этапе стационарного лечения.

Большое место в групповой психотерапии больных зависимостью занимают методы, имеющие противорецидивную направленность и вооружающие пациентов навыками, расширяющими их адаптационные возможности. При этом особое значение имеет обучение пациентов навыкам борьбы с актуализацией патологического влечения к алкоголю или наркотику, умению успешно справляться с провоцирующими ситуациями и состояниями, прежде приводившими к рецидиву. К таким методам относится ситуационно-психологический тренинг, являющийся синтетической методикой групповой психотерапии, объединяющей групповые структурированные дискуссии, ролевое воспроизведение ситуаций и состояний, актуализирующих патологическое влечение к ПАВ, и технику психической саморегуляции, которая направлена на решение следующих задач: 1) повышение степени осознания пациентом наличия у себя патологического влечения к ПАВ и выявление конкретных признаков его обострения; 2) выявление типичных индивидуальных факторов обострения патологического влечения к ПАВ и обучение методам противодействия таким факторам; 3) овладение методом самовнушения и его использование для успешного подавления патологического влечения к ПАВ.

Существует еще ряд групповых тренинговых методик, применяемых в малых психотерапевтических группах. Так, в группах «тренинга сенситивности» решаются как общие задачи (готовность экспериментировать с ролью, достижение большей аутоидентичности, способность конструктивного взаимодействия), так и конкретные задачи.

Группы «тренинга поведения» формируют отдельные умения, например, умение отказаться от потребления алкоголя/наркотика в той или иной ситуации. Группы «тренинга социальных навыков» направлены на развитие способности к эффективному отказу от алкоголя/наркотика и достижение уверенности в себе. В ходе занятий закрепляются навыки эффективной коммуникации – адекватного межличностного общения, конструктивного, содержательного, а также распознавания, объективной оценки и регуляции своих чувств. Происходит идентификация пациентами себя как наркологических пациентов, у них формируются адекватные представления о механизмах развития наркологических заболеваний, их последствиях и осложнениях. Закрепляется активная роль пациента в процессе лечения, обеспечивается принятие им личной ответственности за ее эффективность, а также индивидуальная готовность пациента к ведению жизни без ПАВ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-НАРКОЛОГА

Лик-ван-джи Н.Е., Гашкова Л.А., Цыба И.В.

Республиканский наркологический центр, Донецк,
Донецкая Народная Республика

Острые психотические расстройства у больных соматического профиля могут вызывать определенные трудности в дифференциальной диагностике психозов алкогольного и неалкогольного генеза. Как правило, для уточнения диагноза необходимо проведение дополнительного диагностического обследования. В связи с этим приводим следующий клинический случай.

Больной М., 47 лет, поступил в кардиологическое отделение (КО), после серии гипертонических атак. При поступлении жалобы и анамнез собрать и детализировать не представлялось возможным из-за имеющейся психоневрологической симптоматики.

Анамнез соматического заболевания (из амбулаторной карты): страдает гипертонической болезнью с 2001 г., лечился нерегулярно. Ухудшение самочувствия произошло за 2 дня до госпитализации, стал отмечать общую слабость, повышение АД. Самостоятельно принимал

гипотензивные препараты, чувствовал себя относительно удовлетворительно. К концу вторых суток появилось онемение в конечностях, повышение АД, присоединились психотические расстройства: был дезориентирован, «путался в словах». Проконсультирован кардиологом, неврологом, предварительный диагноз: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ГБ 3 ст, 3 ст, риск 4. Осложненное гипертоническим кризом. Госпитализирован КО. В связи с наличием психотических симптомов, таких как психомоторное возбуждение, отсутствие продуктивного контакта, жалобы на нарушение зрения, данные (от жены) об употреблении алкоголя за день до ухудшения самочувствия, была назначена консультация нарколога с целью диагностики алкогольного делирия и перевода больного в наркологическое отделение.

Во время осмотра врача-нарколога: больной жалоб активно не предъявляет. Наркологический анамнез: в полном объеме не сообщает, путается в происходящем. События жизненного пути не помнит, предлагает уточнять у жены. Продуктивный контакт ограничен ответами «да», «нет», «не помню». Заторможен. Дезориентирован во времени и собственной личности. В процессе осмотра фрагментарно правильно ориентирован в окружающей обстановке. Испытывает страхи. Симптомы Рейхардта, Ашаффенбурга и Липмана отрицательные. Выявляется отрывочный бред одержимости («я превращаюсь в коня»). Имеют место симптомы зрительной дереализации (изменение цветовой гаммы): «доктор, Вы такая яркая, красочная», через несколько минут «нет, Вы такая серая». Фон настроения снижен. К осмотру относится пассивно, в поведении обнаруживает растерянность. Инструкции выполняет после паузы. Учитывая соматический анамнез, отсутствие наркологического анамнеза, не характерные для проявлений алкогольного психоза нарушения восприятия, мышления, амнестическую симптоматику, предположен сосудистый генез психотических расстройств. Рекомендовано МРТ-обследование.

Катамнестически: заключение МРТ: МРТ-признаки дисциркуляторной энцефалопатии с лакунарными очагами в области базальных ядер, мосту. Больной переведен в неврологическое отделение с ДЗ: Дисциркуляторная (гипертоническая, атеросклеротическая) энцефалопатия, психорганический синдром, декомпенсация.

Таким образом, учитывая различный генез психотических расстройств и возникающие сложности в дифференциальной диагностике, при указании на употребление психоактивного вещества (чаще алкоголя), целесообразно проведение дополнительных методов обследования и консультации нескольких специалистов для верификации генеза психотической симптоматики у больных соматического профиля.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОПЫТ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Лопатин А.А., Зорохович И.И., Борисова В.А.,

Шевцова М.А., Кириченко Е.А.

ГБУЗ КО «Кемеровской областной клинический наркологический диспансер», Кемерово, Россия

В течение последних 30 лет Россия находится в группе стран мира с высоким уровнем суицидов – более 20 случаев на 100 тысяч населения (Положий Б.С., 2016). Поэтому развитие региональных суицидологических служб выступает одним из важных и действенных факторов профилактики суицидального поведения.

В 1993 г. в Кемерове была создана суицидологическая служба, которая в настоящее время является подразделением ГБУЗ КО «Кемеровской областной клинический наркологический диспансер». В структуру службы входят «Телефон доверия» (ТД), кабинет социально-психологической помощи для молодежи, кабинет социально-психологической помощи для взрослого населения, стационарное отделение кризисных состояний на 30 коек. Организация и опыт работы Кемеровской городской суицидологической службы позволили выявить и оказать специализированную психопрофилактическую и лечебно-реабилитационную помощь многочисленной группе населения, бывшей ранее вне поля зрения психиатров. Отсутствие в работе службы традиционных форм и методов психиатрического наблюдения, широкое проведение антикризисных программ способствовали раннему выявлению кризисных состояний и суицидального поведения у социально и психически сохранных пациентов. За годы работы в суицидологическую службу обращалось более 80 тысяч жителей Кемеровской области с различными проблемами, значительную часть обращений составляла молодежь. Оказание помощи этому контингенту населения представляется особенно важным, так как это является действенной профилактикой кризисных состояний и суицидального поведения.

Уменьшение количества суицидальных попыток среди населения Кемерово свидетельствует о том, что суицидоопасные состояния выявляются на ранних этапах. Также важным показателем деятельности суицидологической службы является количество повторных суицидов среди пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении. Среди лиц с парасуицидами в анамнезе, наблюдавшихся суицидологической службой, повторные суициды встречались в 8,2 раза реже, чем среди лиц с суицидальными попытками в анамнезе, оставшихся без наблюдения психиатров.

Сравнительный анализ динамики завершенных суицидов среди населения крупных городов Кемеровской области, схожих по половозрастному составу населения и социально-экономической инфраструктуре (Кемерово и Новокузнецк), свидетельствует о достоверном снижении уровня распространенности завершенных суицидов в Кемерове (2013 г. – 18,3 на 100 тысяч населения; 2016 г. – 15,3 на 100 тысяч населения), что также подтверждает эффективность работы суицидологической службы. В Новокузнецке, где служба психического здоровья представлена только городской психиатрической больницей, наблюдалась тенденция к росту количества завершенных суицидов (2013 г. и 2016 г. – 24,0 и 26,3 на 100 тысяч населения).

Приведенные результаты показывают целесообразность создания самостоятельных суицидологических служб, не связанных с традиционной психиатрической системой. Их активная деятельность в виде комплекса профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет эффективно купировать кризисные состояния с суицидальным поведением, а также добиваться прекращения их роста и снижения уровня завершенных суицидов среди населения региона.

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА СИСТЕМУ «МАТЬ И ДИТЯ»

Лукашова А.В.

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, кафедра акушерства и гинекологии № 2, Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Послеродовая депрессия (ПД) представляет собой нарушение психоэмоциональной сферы, возникающее в послеродовой период у женщин с преимущественными особенностями ухудшения настроения, что в дальнейшем влечет за собой серьезные последствия в отношениях между матерью и ребенком, её партнером и семьей в целом. Послеродовая депрессия возникает у 10–15% родильниц. Данная патология обусловлена влияниями факторов риска на женский организм. Основными факторами являются нейроэндокринные, генетические изменения, а также иммунные нарушения. Риск развития послеродовой депрессии у женщин репродуктивного возраста достигает 10–20%, что является актуальной проблемой в современных условиях жизнедеятельности.

Отношение «мать и дитя» является единой системой. При возникновении послеродовой депрессии у матери в первую очередь страдает психосоматическое состояние новорожденного. Это проявляется эмоциональными нарушениями, функциональными расстройствами иммун-

ной системы, физического развития. Степень выраженности клинической картины ребенка зависит от степени тяжести депрессии матери в послеродовом периоде. Если вовремя не выявить и не лечить данную патологию, то это может привести к нарушению развития эмоционального и социального развития ребенка.

Цель исследования: определить факторы риска развития послеродовой депрессии и влияние их на систему «мать и дитя», а также на семью в целом.

Материалы и методы исследования. Изучено влияние факторов риска развития послеродовой депрессии как на систему «мать и дитя», так и на всю семью в 10 клинических случаях на основе изучения анамнеза женщин. Исследование проводилось на базе ГУЗ Кемеровской областной клинической психиатрической больницы и включало особенности жизнедеятельности родильниц с учетом профессии, образования, семейного положения, образа жизни, сопутствующих заболеваний и генетических предпосылок.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что самыми распространенными факторами риска развития послеродовой депрессии являются: 1) нейроэндокринные сдвиги (40%): повышенный уровень гормонов коры надпочечников в крови (гиперкортизолемиа); 2) низкий уровень образования (60%): женщины со средним образованием, незаконченным общим средним образованием; 3) нестабильное семейное положение (30%): родильница не замужем либо состоит в неофициальном браке; 4) инсомния (бессонница) (30%); 5) сопутствующие заболевания (50%): частые вирусные инфекции, хронические заболевания; 6) генетический фактор (10%): передается по наследству из поколения в поколение, по женской линии.

Вывод. Своевременно выявленные факторы риска и лечение послеродовых расстройств у женщин в послеродовом периоде оказывают решающее значение на будущее здоровье матери и её ребенка. В свою очередь предотвращение послеродовой депрессии при перинатальном периоде поможет снизить заболеваемость и смертность ребенка.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Лукашова А.В., Туранская Д.К.

Кафедра акушерства и гинекологии № 2, Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Асфиксия новорожденных (АН) ассоциируется с нарушением постнатального развития и состояния детей при таких заболеваниях, как детский церебральный паралич (ДЦП).

Асфиксия новорожденных является в большинстве случаев продолжением внутриутробной гипоксии. В преобладающем большинстве асфиксия становится одной из главных причин гибели плода в родах или раннем неонатальном периоде.

Целью исследования являлось: 1) изучение особенностей течения беременности и родов у женщин, родивших детей в тяжёлой асфиксии, 2) оценка состояния плода во время родов и в раннем неонатальном периоде, 3) определение лечебного маршрута после выписки.

Материалы и методы исследования. Проведено ретросистемное исследование «случай-контроль» в 120 случаях родоразрешения на материале двух сформированных групп. К основной группе (I) было отнесено 60 роженец, родивших детей с низкой оценкой по шкале Апгар – от 1 до 4 баллов. Группу контроль (II) составили 60 роженец, родивших детей с оценкой по шкале Апгар от 8 до 10 баллов.

В работе использованы материалы ГБУЗ КО ОКБ СМП г. Кемерова в период 2015–2017 гг.

Исследование включало изучение анамнеза жизни родильниц, анализ сопутствующих заболеваний, в том числе гинекологических, динамику состояния новорожденного, лечебный маршрут после выписки.

Результаты и их обсуждение. На основе анамнеза жизни родильниц и изучения сопутствующих заболеваний получены следующие результаты. Выявлены вредные привычки (курение) в группах: I (14,8%) и II (6,7%). По данным акушерского анамнеза в группах отмечались: преэклампсия – I (30,8%) и II (20%), ранний токсикоз – I (13,0%) и II (13,3%), родовое излитие вод – I (19,10%) и II (16,7%), патология шейки матки – I (28,0%) и II (26,4%), бактериальные инфекции – I (47,2%) и II (43,3%), родоразрешение путем кесарева сечения (КС) – I (50,0%) и II (46,7%), преждевременные роды (ПР) – I (16,5%) и II (1,7%), вакуум-экстракция – I (6,8%) и II (0%), обвитие пуповины – I (34,77%) и II (25,0%).

Установлены пути маршрута после выписки: 1) в другой стационар – I (43,15%) и II (0%); 2) домой – I (56,9%) и II (100%).

Вывод. Таким образом, установлено, что в основной группе (I) женщин, родивших детей, имевших оценку по шкале Апгар от 1 до 4 баллов, риск к развитию асфиксии новорожденных оказался выше, чем в группе контроля (II) женщин, родивших детей с оценкой по шкале Апгар от 8 до 10 баллов. Об этом свидетельствуют особенности акушерского анамнеза, течения беременности, родоразрешения, анамнеза жизни.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ И ПОДРОСТКОВОМУ НАСЕЛЕНИЮ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Лукьянов Э.М.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Для обеспечения устойчивого развития любого общества одно из важнейших значений имеет поддержание и укрепление психического здоровья детей и подростков. На современном этапе эффективность оказания психиатрической помощи в целом определяется своевременностью выявления психических расстройств и адекватной терапией с последующей реабилитацией. Соответственно, чем раньше выявляются дети и подростки с психическими расстройствами, а также чем раньше они получают соответствующую комплексную медико-психологическую помощь, тем выше вероятность удовлетворительной школьной адаптации, меньше риск возникновения различного рода расстройств поведения, ниже риск инвалидизации и ниже уровень детской смертности, в частности от суицидов.

Анализ заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков, проживающих на территории Алтайского края, показал, что, несмотря на положительную динамику по ряду пунктов, до сих пор сохраняются недостатки, требующие особого внимания. Одним из них является то, что до сих пор на недостаточно высоком уровне находится ранняя диагностика психических заболеваний у данного контингента населения. Основные причины этого видятся нам в следующем. Здесь и сохраняющийся страх родителей перед непосредственным обращением в психиатрическую службу со своим ребёнком, даже при крайней необходимости такого обращения, ввиду возможного осуждения со стороны окружающих. Здесь и недостаточная компетентность врачей-психиатров и врачей других специальностей, уделяющих недостаточно внимания должному сбору анамнестических сведений, которые бы позволяли выявить ранние проявления психической патологии у того или иного ребёнка. Другим моментом, требующим внимания, является невозможность проведения по ряду причин адекватной коррекции психических нарушений.

С одной стороны, к этому относятся и проблемы с выбором непосредственно врачом-психиатром необходимого психотропного препарата. Как известно, несмотря на улучшающуюся ситуацию с лекарственным обеспечением и в Алтайском крае и по России в целом, сохраняется ряд проблем, не позволяющих в должной степени использо-

вать современные разработки фармацевтической деятельности среди детей и подростков. В частности ввиду возрастных ограничений невозможно использовать достаточно большую группу психотропных средств, особенно препаратов нового поколения. Сюда же относится и недостаточная техническая оснащённость учреждений психиатрического профиля Алтайского края, которая не позволяет оказывать наиболее высококвалифицированную помощь и всему населению в целом и детям и подросткам в частности. Также сохраняется низкий уровень укомплектованности медицинских учреждений психиатрического профиля квалифицированными специалистами, в частности психотерапевтами и медицинскими психологами, а без этих специалистов достаточно сложно осуществлять высококвалифицированную помощь при лечении психических нарушений. С другой стороны, имеет значение и низкий уровень просветительской деятельности среди населения, ведь, как известно, не всегда рекомендации специалистов выполняются пациентами в должной степени, что, в свою очередь, также не позволяет проводить адекватную терапию психических расстройств.

Таким образом, только комплексно решив эти задачи, можно поднять организацию психиатрической помощи детям и подросткам в Алтайском крае на более высокий уровень.

ПАНИЧЕСКАЯ АТАКА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Малегонова С.А., Соловьева М.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Паническая атака (ПА) должна рассматриваться с точки зрения психологического феномена, как / особый вид/ тревожного состояния (симптомокомплекс/ на/ основе переживания тревоги высокой степени интенсивности), которое относится к расстройствам невротического уровня. Паническая атака характеризуется не связанным с существованием реальной опасности внезапным непредсказуемым началом, лавинообразным нарастанием и постепенным стиханием симптоматики, наличием послеприступного периода. Механизм возникновения ПА затрагивает как физиологические, так и социальные процессы, происходящие в организме человека под действием стрессовых факторов.

Паническая атака – это попытка организма на основе имеющегося негативного прошлого опыта предупредить организм о возможной опасности. Соответственно, тревожная реакция является следствием попытки мобилизации организма, призванного ответить на внешнюю угрозу для целостности собственного «образа Я».

Паническая атака признаётся в том случае, если внутреннее напряжение согласуется с четырьмя / или более симптомами, представленными в списке: неритмичное сердцебиение, учащенное сердцебиение, повышенная потливость, ощущение озноба, внутренней дрожи, нехватки воздуха, появление одышки, усиление тремора, появление чувства удушья, затруднённого дыхания, дискомфортные ощущения в области сердца, тошнота, головокружение, дискомфорт в области живота, рассогласование двигательной координации, легкость в голове, предобморочное состояние, ощущения онемения в конечностях, бессонница, расстройство стула, нарушение зрения и слуха, ощущение комка в горле, судороги ног и рук. В сфере психики характерны следующие симптомы: дереализация, деперсонализация, страх совершения необдуманного и неконтролируемого поступка, страх сойти с ума, страх смерти, спутанность мыслей. Интенсивность страха может варьировать в самых широких пределах и зависит от конкретной, наличной ситуации: от неконтролируемой паники до ощущения внутренней тревожной напряженности, ожидания чего-то плохого или опасного.

ПА подвержены в основном люди, находящиеся в наиболее социально и физиологически активном возрасте.

На сегодняшний день существует множество теорий возникновения панических атак. Они затрагивают как физиологическое, так и социальное звено. Провоцировать возникновение панических атак и обострять их симптомы могут стрессы, переутомление, переживания утраты, перемены в социальном статусе и окружении, перенесенные заболевания, инфекции, злоупотребление алкоголем, прием некоторых медикаментов, повышенная физическая нагрузка, метеозависимость.

В современности рассматриваются все теории как возможные, так как получены убедительные доказательства того, что формирование тревожного компонента может протекать всеми описанными способами. Стоит остановиться на весьма влиятельной теории в современном учёном сообществе, разработанной Дж. Боулби. В ней крайне большое значение отводится внутрисемейным отношениям, однако речь идёт не только об отношениях матери и ребёнка, и не только о первых моментах человеческой жизни, но и соответственно детском воспитании. По Боулби, патогенным считается воспитание, если присутствует хотя бы один из перечисленных вариантов. Отсутствие любви и внимания к ребёнку со стороны хотя бы одного родителя, а также случаи, когда ребёнок является средством для разрешения конфликтов между супругами, когда ребёнку предъявляются угрозы, использующиеся в рамках дисциплинарных мер: уход из семьи (самого родителя или ребёнка), постановка условий, которые если ребёнок не выполнит, то лишается

родительской любви. Сюда же относятся вербальное сообщение ребёнка о наличии вины, лежащей на нём за разрыв отношений между супругами, чью-то болезнь или смерть («вот если бы ты хорошо себя вёл, мама была бы жива»), отсутствие в окружении ребёнка фигуры, способной взять на себя родительские функции в полном их объёме, при условии, что реальные родители соответствуют типам поведения, описанным выше. Кроме того, имеют значение амбивалентное выражение чувств к ребёнку и противоречивость предъявляемых требований, а также неадекватные требования, которые ребёнок не может физически выполнить, и требования, ставящие ребёнка в зависимое и униженное положение.

Соответственно психотерапия панических атак базируется на различных методах как индивидуальной, так и групповой работы.

ЛЕЧЕНИЕ КВЕТИАПИНОМ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ

Медведева О.С.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Деменция – это синдром, обусловленный органическим поражением головного мозга и характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Эти нарушения должны быть выражены настолько, чтобы приводить к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. Часто деменция сопровождается эмоционально-аффективными расстройствами, тем не менее уровень сознания остается неизменным вплоть до терминальной стадии процесса. Наличие деменции не подразумевает необратимость дефекта, его прогрессирование, глобальное нарушение интеллектуальных функций или наличие некой специфической причины когнитивных нарушений.

Возникновение деменции обычно протекает незаметно (за исключением посттравматических, postanоксических и постинсультных расстройств). В ряде случаев течение часто прогрессирующее, хотя в некоторых случаях оно может быть стационарным и даже частично обратимым. Нередко у больных деменцией возникают поведенческие нарушения, нарушается сон, больные становятся агрессивными, кричат, крушат мебель, разбрасывают вещи, пытаются выбежать из дома.

В таких случаях к лечению основного заболевания подключается лечение нейролептиками с седативным эффектом. Положительным образом зарекомендовал себя в таких случаях кветиапин.

Кветиапин – антипсихотическое средство (нейролептик). Проявляет более высокое сродство к рецепторам серотонина (5-НТ₂), чем к рецепторам дофамина D₁ и D₂ в головном мозге. Обладает тропизмом к гистаминовым и альфа₁-адренорецепторам, менее активен по отношению к альфа₂-адренорецепторам. Не обнаружено избирательного сродства к м-холино- и бензодиазепиновым рецепторам. Уменьшает активность мезолимбических A10-дофаминергических нейронов по сравнению с A9-нигростриатными нейронами, вовлеченными в двигательные функции. Не вызывает длительного повышения концентрации пролактина. Длительность связи с 5-НТ₂-серотониновыми и D₂-дофаминовыми рецепторами составляет менее 12 часов.

Больные деменцией, как правило, страдают многочисленными сопутствующими заболеваниями, в частности гипертонической болезнью, ИБС, сахарным диабетом и т.д. У кветиапина практически отсутствуют противопоказания, то есть его можно безопасно назначать при данных патологиях. Свое седативное действие кветиапин оказывает уже практически после первого приема, сохраняется седативный эффект на протяжении 6–8 часов. Применяется в дозе от 25 до 600 мг/сут с учетом индивидуальной переносимости, конституционального профиля и сопутствующей соматической патологии.

Таким образом, в последние годы кветиапин положительно зарекомендовал себя в лечении поведенческих расстройств у больных деменцией.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КГБУЗ «АЛТАЙСКИЙ КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР» С НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Муранова Т.Ю., Ятченко Е.В., Корнев В.В.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер для детей», Барнаул, Россия

В Алтайском крае создана и эффективно действует региональная система реабилитации и ресоциализации лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. В декабре 2016 г. вышло постановление Администрации Алтайского края, регламентирующее оказание услуг гражданам, прошедшим лечение от наркотической зависимости, услуг по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата для получения указанных услуг в Алтайском крае.

Всего в Алтайском крае при некоммерческих организациях работает 69 реабилитационных центров для наркопотребителей. Реабилитационные центры преимущественно расположены в городах Барнауле и Бийске, а также в Павловском, Косихинском, Топчихинском, Рубцовском, Первомайском, Шелаболихинском и Тальменском районах края.

На основании квалификационного отбора утвержден Реестр организаций, оказывающих гражданам, прошедшим лечение от наркотической зависимости, услуги по социальной реабилитации и ресоциализации с использованием сертификата. В реестр вошли 5 благотворительных фондов. КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» (далее – КГБУЗ АКНД) заключил с ними договоры.

КГБУЗ АКНД на своем сайте размещена информация об обязательных требованиях деятельности некоммерческих организаций (далее – НКО) в подразделе «Негосударственные реабилитационные центры» раздела «Информация для пациентов».

В 2016 г. по направлению врачей психиатров-наркологов КГБУЗ АКНД в 3 организациях прошли реабилитацию 13 пациентов, из них 3 за счет средств государственной программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту в Алтайском крае» на 2014–2020 годы». В 2017 г. продолжают проходить социальную реабилитацию 7 пациентов, в том числе 3 за счет Программы. В процессе прохождения социальной реабилитации употребление наркотических веществ реабилитантами не замечено. После выписки из НКО реабилитанты возвращаются в КГБУЗ АКНД для дальнейшего наблюдения, посещают группы «Анонимные наркоманы» и принимают участие в культурно-спортивных мероприятиях. В 2016 г. из 13 прошедших социальную реабилитацию в НКО 8 не употребляют наркотические вещества, ремиссия от 1 года до 2 лет составила 61,5%.

С целью оказания консультативной помощи НКО сотрудники КГБУЗ АКНД осуществляют совместные выезды со специалистами социальной защиты, сотрудниками полиции, где проводят обследование пациентов на предмет ремиссии (воздержание от наркотических веществ), предоставление печатной продукции профилактической направленности с адресами оказания наркологической помощи, участие в обучении родителей пациентов по вопросам психологического сопровождения на этапах оказания лечебно-реабилитационной помощи, психологическое индивидуальное консультирование пациентов.

Таким образом, активное взаимодействие КГБУЗ АКНД с НКО по оказанию социальной реабилитации с использованием сертификата лицам, прошедшим лечение от наркотической зависимости, позволило повысить эффективность и конечный результат (ремиссия более 61%).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «АНОНИМНЫЕ АЛКОГОЛИКИ» В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

Неверова Г.Ю.

**КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия**

Вопросы зависимости от алкоголя на протяжении уже весьма длительного времени выступают центральной проблемой и предметом теоретической и практической наркологии, психотерапии и психологии. Процессы медицинского лечения и психологической коррекции, идущие параллельно, опираются на потенциалы личности – биологические, социальные и психологические. С другой стороны, реабилитационная терапевтическая программа «12 шагов» в рамках поэтапного психотерапевтического воздействия на поведение больных алкоголизмом в малых динамических группах предполагает комплексное изменение когнитивной, эмотивной и поведенческой активности личности. Прежде всего, мы ведем речь об изменении отношения к себе, своему окружению и, конечно же, заболеванию, что также говорит о необходимости целевого воздействия на интегративный личностный континуум.

Нами разработаны и уточнены подходы к дифференцированной психологической реабилитации больных алкоголизмом в ходе реализации программы «Поэтапное воздействие на поведение больных алкоголизмом» и программы «12 шагов». На основании полученных данных разработана и внедрена в практику комплексная модель психокоррекционной программы, включающая в себя проведение мероприятий в трех взаимосвязанных периодах мероприятий: предреабилитационном, собственно реабилитационном (основной части лечебно-реабилитационного процесса) и профилактическом (постреабилитационном). Выявлен механизм влияния интегративного интраличностного ресурса психической ригидности-флексibility на эффективность социально-психологической реабилитации и реадaptации больных наркологического профиля.

Личностные факторы являются важными этиологическими детерминантами развития зависимого поведения с позиции концепции аддиктивных расстройств. Традиционным направлением является представление о гедонистической акцентуации и преморбидной личностной организации больных наркоманией. Во главу угла концепции патологического влечения ставится стремление к удовольствию, а также агрессивные и аутодеструктивные мотивы аддиктивного поведения.

Большое значение имеет нарушение функции внутреннего контроля. Недостаток контроля в эмоциональной сфере, проявляющийся феноменами эмоциональной лабильности, невозможности совладать с собственными эмоциями, охваченности чувствами и т.п. – всё это приводит к необходимости использования внешних средств, способных повлиять на психоэмоциональное состояние, в том числе к употреблению алкоголя. Недостаток контроля в когнитивной сфере обуславливает невозможность точной оценки риска и собственных действий. Низкой способностью к рефлексии объясняется невозможность опираться на свой жизненный опыт и прогнозировать результаты своих действий, что может служить дополнительным фактором начала и развития алкоголизации и вызывать трудности психологической коррекции больных алкоголизмом.

В области межличностных взаимодействий аддиктов отличает тенденция к формированию кататимно окрашенных сверхценных отношений с первоначально значимыми близкими, получившая в наркологической литературе определение «созависимости».

Основная задача медицинских психологов в наркологических учреждениях должна заключаться в том, чтобы помочь зависимому «запустить» продуктивные механизмы, обеспечивающие процесс его личностного развития в новых, порой неблагоприятных условиях, т.е. сформировать необходимую адаптивность к текущим ситуациям. К таким механизмам относятся способность к позитивной дезинтеграции, принятие решений в направлении будущего, готовность к изменениям и способность видеть альтернативы, тенденция исследовать и эффективно использовать внутренний ресурсный потенциал.

С целью увеличения длительности ремиссии и возможности длительного наблюдения за больными алкоголизмом на базе КГБУЗ АКНД 35 лет назад (в 1983 г.) была организована терапевтическая группа «Анонимные алкоголики» (АА). Изначально данную группу проводили медицинские психологи.

В настоящее время в Алтайском крае существуют 22 группы АА, из которых 12 групп функционируют в Барнауле, 4 группы в Рубцовске, также работают группы в Бийске, Алтайском, Павловске и Кулунде. АА являются примером сообщества, работающего по принципу самоорганизации. Объединившись в группы взаимной поддержки, члены сообщества АА учатся жить без употребления алкоголя. Группы АА работают анонимно и бесплатно по программе «12 шагов», признанной Всемирной организацией здравоохранения самым эффективным средством избавления от алкоголизма.

Общаясь на своих собраниях, члены сообщества делятся опытом обретения трезвого образа жизни: рассказывают о том, кем были, когда злоупотребляли спиртным, что с ними произошло, как они живут и решают свои проблемы в настоящее время. Глубокая заинтересованность и желание оставаться трезвыми, бескорыстная помощь новичкам через передачу собственного опыта выздоровления, полная конфиденциальность являются движущими силами групп самопомощи АА. Основная цель сообщества – донесение идей трезвости до тех, кто еще страдает от алкоголизма и не предполагает, что выход есть.

Развитие различных психокоррекционных форм помощи наркозависимым способствует стабилизации ремиссий у больных алкоголизмом. Применение поэтапной формы психологической коррекции повышает противорецидивную устойчивость за счет приобретения новых поведенческих навыков, которые развиваются благодаря актуализации интраличностного ресурса психической ригидности-флексibilityности, что также способствует укреплению мотивации к отказу от употребления психоактивных веществ и в самом широком смысле повышает жизнеспособность индивида, обеспеченную полноценным развитием и функционированием психического аппарата.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2015–2017 Гг.

Павлов Г.А., Акопян Т.А., Радина Л.Н.,

Тимошников Н.Н., Гончаренко А.Г.

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России, Барнаул, Россия

Психические заболевания стабильно входят в число ведущих причин формирования инвалидности у детей. Учитывая это, мы проанализировали основные показатели первичной детской инвалидности вследствие психических заболеваний в динамике за 2015–2017 гг.

Показано, что численность детей, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, за отчетный период снизилась с 440 до 363 чел. Уровень первичной инвалидности детского населения Алтайского края вследствие психических расстройств в период с 2015 г. по 2017 г. снизился с 9,2% в 2015 г. до 7,4% в 2017 г., хотя по-прежнему превышает аналогичные показатели по РФ. По сравнению с Сибирским федеральным округом уровень первичной инвалидности также снизился и в 2016 г. стал сопоставимым (табл. 1).

Таблица 1

Показатели уровня первичной инвалидности детей (в возрасте от 0 до 18 лет) вследствие психических расстройств в Алтайском крае в сравнении с РФ и СФО в 2015–2017 гг.

Год	Российская Федерация	Сибирский федеральный округ	Алтайский край
2015	6,1	7,4	9,2
2016	6,1	7,6	7,4
2017	6,4	нет данных	7,4

В общей структуре первичной детской инвалидности по всем классам болезней психические расстройства занимали первое ранговое место (в 2015 г. – 38,3%, в 2016 г. – 32,3%, в 2017 г. – 30,8%). На втором месте находились врожденные аномалии, хромосомные нарушения (в 2015 г. – 17,2%, в 2016 г. – 19,5%, в 2017 г. – 19,7). Третье место принадлежало болезням нервной системы (в 2015 г. – 17,1%, в 2016 г. – 16,0%, в 2017 г. – 17,5) (табл. 2).

Таблица 2

Показатели первичной инвалидности детей Алтайского края по всем классам болезней и психическим расстройствам в 2015–2017 гг.

Год	Все классы болезней			В том числе психические расстройства		
	всего детей, впервые признанных инвалидами	уровень на 10 000 детского населения	%	всего детей, впервые признанных инвалидами	уровень на 10 000 детского населения	%
2015	1385	25,3	100,0	440	9,2	38,3
2016	1346	23,1	100,0	361	7,4	32,3
2017	1178	24,0	100,0	363	7,4	30,8

В зависимости от места жительства детей в сельской местности уровень инвалидности снизился с 12,3% в 2015 г. до 8,9% в 2017 г. В городской местности данный показатель также снизился с 6,4% до 6,1%.

При анализе первичной детской инвалидности по психической патологии необходимо учитывать такой показатель, как распределение детей по возрастным группам (рис. 1).

Как видно из приведенных в таблице 3 данных, во всех возрастных категориях отмечается снижение уровня первичной инвалидности, кроме категории от 4 до 7 лет. В возрастной группе детей от 0 до 3 лет уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств снизился с 2,9% в 2015 г. до 2,5% в 2017 г. Удельный вес этой группы в структуре первичной детской инвалидности по психической патологии в период с 2015 г. по 2017 г. незначительно повысился с 8,2% до 8,3%.

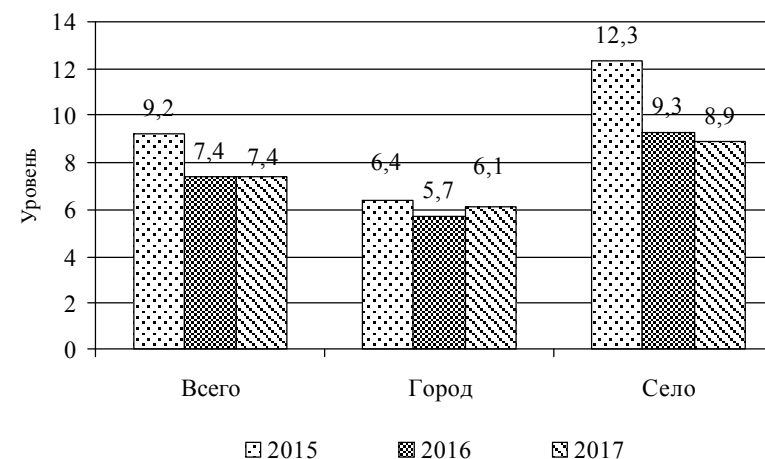


Рисунок 1. Динамика уровня первичной инвалидности детей (в возрасте от 0 до 18 лет) вследствие психических расстройств в Алтайском крае в 2015–2017 гг.

Таблица 3

Показатели первичной инвалидности детского населения Алтайского края вследствие психических расстройств в 2015–2017 гг. в зависимости от возраста

Год	Показатель	Всего	Возрастная группа детей			
			0–3 года	4–7 лет	8–14 лет	15–17 лет
2015	Всего детей, впервые признанных инвалидами	440	36	156	230	18
	Уровень (на 10 000 детского населения)	9,2	2,9	13,4	13,4	2,9
	Удельный вес (%)	100,0	8,2	35,5	52,3	4,0
2016	Всего детей, впервые признанных инвалидами	361	32	165	145	19
	Уровень (на 10 000 детского населения)	7,4	2,6	13,8	8,2	2,9
	Удельный вес (%)	100,0	8,8	45,7	40,2	5,3
2017	Всего детей, впервые признанных инвалидами	363	30	180	138	15
	Уровень (на 10 000 детского населения)	7,4	2,5	14,8	7,6	2,2
	Удельный вес (%)	100,0	8,3	49,6	38,0	4,1

Среди детей 4–7 лет уровень инвалидности в динамике незначительно повысился с 13,4% до 14,8%. Удельный вес этой возрастной группы за три года также увеличился с 35,5% в 2015 г. до 49,6% в 2017 г.

Среди детей 8–14 лет анализируемый показатель снизился почти вдвое (с 13,4% в 2015 г. до 7,6% в 2017 г.). Удельный вес этой возрастной группы снизился с 52,3% в 2015 г. до 38,0% в 2017 г.

Зарегистрированное уменьшение числа детей-инвалидов в возрасте от 8 до 14 лет связано с изменением экспертных подходов и приведением в соответствии с действующими нормативными документами при освидетельствовании детей с легкой умственной отсталостью.

В возрастной категории от 15 лет и старше отмечается снижение уровня первичной инвалидности (с 2,9% в 2015 г. до 2,2% в 2017 г.). Удельный вес данной возрастной категории незначительно вырос (с 4,0% в 2015 г. до 4,1% в 2017 г.).

Соотношение полов в структуре инвалидности на протяжении многих лет остается стабильным: две трети составляют мальчики и одну треть – девочки. Следует отметить, что в динамике за три анализируемых года удельный вес мальчиков в структуре инвалидности немного повысился с 71,0% в 2015 г. до 71,4% в 2017 г., а удельный вес девочек снизился с 29,0% в 2015 г. до 28,6% в 2017 г. (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

Показатели первичной инвалидности детского населения Алтайского края вследствие психических расстройств в 2015–2017 гг. в зависимости от пола

Год	Показатель	Дети-инвалиды		
		Оба пола	Мальчики	Девочки
2015	Всего детей, впервые признанных инвалидами	440	312	128
	Уровень (на 10 000 детского населения)	9,2	12,7	5,5
	Удельный вес (%)	100,0	71,0	29,0
2016	Всего детей, впервые признанных инвалидами	361	259	102
	Уровень (на 10 000 детского населения)	7,4	10,4	4,3
	Удельный вес (%)	100,0	71,7	28,3
2017	Всего детей, впервые признанных инвалидами	363	259	104
	Уровень (на 10 000 детского населения)	7,4	10,3	4,3
	Удельный вес (%)	100,0	71,4	28,6

Проведенный анализ показал, что в течение отчетного периода существенных изменений в нозологической структуре первичной инвалидности детского населения Алтайского края вследствие психических рас-

стройств не произошло. Как и в прежние годы, преобладающую часть (50,7%) из числа детей-инвалидов в 2017 г. составляют больные умственной отсталостью, занимающие, соответственно, первое ранговое место. Второе место в структуре причин первичной детской инвалидности по психической патологии занимают расстройства психологического развития. В динамике за три года удельный вес этой патологии в структуре причин инвалидности вырос с 31,7% в 2015 г. до 39,6% в 2017 г. Интенсивный показатель первичной инвалидности за анализируемый период также имел тенденцию к росту (с 2,7% на 10 000 детского населения в 2015 г. до 2,9% в 2017 г.). Третью ранговую позицию в структуре первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств занимает аутизм (детский, атипичный). Уровень первичной инвалидности по данному заболеванию среди детского населения также характеризуется тенденцией к росту: в 2015 г. – 0,7%, в 2017 г. – 0,9% (табл. 5).

Показатели первичной детской инвалидности при основных психических расстройствах Алтайского края в сравнении с показателями по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу представлены в таблице 5.

Т а б л и ц а 5

Показатели первичной инвалидности детского населения Алтайского края при основных психических расстройствах в 2015–2017 гг.

Психические расстройства	Год	Показатели			
		Алтайский край		СФО	РФ
		абс.	уровень на 10 000 детского населения	уровень на 10 000 детского населения)	уровень на 10 000 детского населения
Умственная отсталость	2015	282	5,9	4,5	2,9
	2016	195	4,0	4,3	2,9
	2017	184	3,7	Нет данных	2,9
Расстройства психологического развития	2015	127	2,7	1,6	1,8
	2016	140	2,9	1,8	2,0
	2017	144	2,9	Нет данных	2,1
Аутизм (детский, атипичный аутизм)	2015	33	0,7	0,9	1,1
	2016	46	0,9	1,2	1,2
	2017	44	0,9	Нет данных	1,3

Таким образом, в течение последних трех лет в Алтайском крае показатели первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств снизились, но по-прежнему превышают российские. По

сравнению с Сибирским федеральным округом уровень первичной инвалидности также снизился и в 2016 г. стал сопоставим.

Снижение показателей уровня первичной инвалидности в Алтайском крае преимущественно обусловлено изменением экспертных подходов и приведением в соответствие с действующими нормативными документами при освидетельствовании детей с легкой умственной отсталостью. Наиболее высокая частота первичной инвалидности вследствие психических расстройств в 2015–2017 гг. наблюдалась в возрастных группах детей 4–7 лет и 8–14 лет. На протяжении всего анализируемого периода мальчики в 2 раза чаще признавались инвалидами, чем девочки. В зависимости от места жительства детей получены данные, что в сельской местности уровень инвалидности снизился с 12,3% в 2015 г. до 9,3% в 2017 г. В городской местности данный показатель также уменьшился с 6,4% до 5,7%. При анализе нозологической структуры первичной инвалидности детей по психической патологии выявлено, что, как и прежде, первое место занимает умственная отсталость, второе – нарушения психологического развития, третье – аутизм.

ПРИМЕНЕНИЕ БОС-ТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С НЕВРОЗАМИ И СДВГ

Пахомова Н.В.

**КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия**

Термином «биологическая обратная связь» (БОС), согласно современным представлениям, обозначают метод обучения самоконтролю и саморегуляции функциональных систем организма путем подачи субъекту информации о текущем состоянии контролируемой функции по каналам внешней обратной связи (акустической, визуальной и/или тактильной), обеспечиваемой специальными электронными устройствами (Коган О.Г., Найдин В.Л., 1988; Яковлев Н.М., Сметанкин А.А., 1991; Юрьева Р.Г., 1999 и др.). Коррекция психоэмоционального состояния представляет собой одно из эффективных направлений применения метода БОС в практическом здравоохранении. Лечение по методу БОС проводится в виде специальных тренировок. В ходе сеанса специальные приборы и компьютерные комплексы БОС регистрируют у пациента физиологические показатели (параметры) работы какой-либо функциональной системы организма или органа и отображают полученную информацию в доступной форме, например, в виде зрительных и слуховых сигналов обратной связи.

Таким образом, приборы и компьютерные тренажеры БОС позволяют ребенку не только «видеть и слышать» как функционирует его организм, но и, используя специальные методические приемы, самостоятельно, волевыми усилиями корректировать работу функциональных систем собственного организма, развивать навыки самоконтроля и саморегуляции с помощью скрытых физиологических резервов. Новейшие игровые возможности компьютерных технологий, основанные на принципе поощрения правильно выполняемых заданий, обеспечивают высокую эмоциональную заинтересованность и нестандартность проведения коррекционных сеансов у детей.

Программа включает в себя два основных направления работы с пациентом:

Первое направление ДАС-БОС – обучение пациента навыку диафрагмально-релаксационного дыхания с помощью оригинальной методики биоуправления по дыхательной аритмии сердца с целью нормализации деятельности кардиореспираторной системы и установления баланса симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы применяется при неврозах. Осознание дыхания (контроль дыхания) при использовании ДАС-БОС тренинга развивает в детях интернальность и осознание причинно-следственных связей на уровне восприятия собственного тела. Кроме того, эффективное дыхание способствует улучшению оксигенации тканей головного мозга, что позволяет исключить астенический и гипоксический компоненты, утяжеляющие симптоматику при наличии анамнестических данных о перинатальной энцефалопатии гипоксического и смешанного генеза.

Второе направление ЭЭГ-БОС – это аппаратный метод обучения саморегуляции, который позволяет достоверно регистрировать электрические сигналы коры больших полушарий головного мозга. С помощью технологии БОС возможно обучить ребенка самостоятельному управлению ритмами головного мозга. Пациент, ориентируясь на изменения сигнала обратной связи, самостоятельно оптимизирует функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС) и организма в целом. Данный метод при СДВГ.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения биологической обратной связи в комплексной реабилитационной программе. В ходе биоуправления наблюдается снижение исходно повышенной активации структур лимбико-ретикулярного комплекса, увеличение мощности альфа-составляющей ЭЭГ, снижение симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему, нормализация параметров гемодинамики, а также значительно снижение тревожности и улучшение общего самочувствия.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЕ

Пеккер И.Б., Зырянова И.В.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия**

Люди, страдающие психическими расстройствами, относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. Лечебные учреждения психиатрического профиля в настоящий момент определяют в качестве приоритета психосоциальную реабилитацию – постоянный, непрерывный процесс, включающий в себя комплекс медицинских, психологических и социальных мер, дающий возможность пациентам достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе.

Наряду с круглосуточными отделениями, активную роль в социальной и психологической реабилитации пациентов принимает амбулаторная служба АККПБ. Социальная реабилитация пациентов осуществляется специалистами по социальной работе и включает в себя широкий спектр мероприятий: выявление пациентов совместно с врачами-психиатрами, нуждающихся в социально-медицинской, юридической, психологической, материальной и иной помощи, и оказание содействия в ее получении; патронаж больных; представление и защита интересов пациента в соответствующих организациях и учреждениях; консультирование пациентов по различным вопросам, оказание помощи в трудоустройстве и многое другое.

В амбулаторной службе АККПБ получили развитие и активно используются такие виды реабилитационных воздействий, как клубная работа, иппотерапия, трудотерапия, работа в творческой мастерской, которая, помимо арттерапевтического воздействия, обучает навыкам социального предпринимательства.

Работа в форме клубных занятий существует уже в течение 17 лет и не утратила своей актуальности. Для достижения поставленных целей и задач в своей групповой деятельности медицинские психологи проводят тренинги социальных навыков, семейную психокоррекционную работу, арттерапию и сказкотерапию, куклотерапию.

Психокоррекционная работа с пациентами строится в несколько этапов. На первом этапе психолог стимулирует проявление эмоций со стороны больного. На втором этапе происходит формирование адекватных форм поведения, улучшение навыков общения. Третий этап направлен на достижение адекватного отношения к болезни, психокоррекцию искаженных патологическим процессом установок и от-

ношений с окружающими людьми. На четвертом этапе раскрывается содержательная сторона конфликтных переживаний, проводится перестройка системы отношений, поиск адекватных вариантов психологической компенсации.

Таким образом, проводимые в АККПБ реабилитационные мероприятия направлены, в первую очередь, на улучшение качества жизни пациентов, страдающих психическими расстройствами, снижение бремени на семейное окружение, уменьшение стигматизации психиатрической службы, сохранение социального статуса пациентов, уменьшение социальных потерь, уменьшение социальной опасности больных.

ПИВНОЙ АЛКОГОЛИЗМ АК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА Побережная Н.В., Цыба И.В., Кучерявая В.Н.

**РНЦ «Республиканский наркологический центр», Донецк,
Донецкая Народная Республика**

В настоящее время растет количество подростков и молодых людей, регулярно употребляющих алкоголь (в том числе пиво и слабоалкогольные напитки). По данным специалистов, этому способствуют следующие факторы: высокая доступность напитка, разнообразие марок, их широкий ассортимент с содержанием алкоголя от 5% и более, убежденность населения в безопасности пива, семейная предрасположенность, лояльное отношение в обществе и агрессивная телевизионная реклама.

Доказано, что систематическое употребление пива вызывает ускоренный тип течения алкогольной зависимости, в среднем за 2–3 года, в том числе пивной алкоголизм. Он проходит три закономерные стадии: психическую, затем перерастает в физическую зависимость, на фоне которых формируется органический дефект личности со специфическими чертами – абстинентными психозами и последующей глубокой социальной дезадаптацией. Ранний пивной алкоголизм характеризуется быстрым нарастанием изменений личности, напоминающим алкогольные энцефалопатии с дистрофией в головном мозге, иногда частично обратимыми при отказе от спиртосодержащих напитков. Постоянное употребление пива сказывается не только на психическом, но и на соматическом здоровье человека. Регулярное употребление повышенного объема жидкости увеличивает нагрузку на сердце, почки, а содержащиеся в ней соли тяжелых металлов (кобальта, кадмия, меди и др.) постепенно формируют состояние хронического отравления организма.

Помимо того, употребление пива нарушает обмен некоторых необходимых организму человека микроэлементов, угнетает ферменты пищеварения и синтез ряда гормонов, негативно влияя на сперматогенез у мужчин и вызывая угрозу заболевания раком молочной железы у женщин. В пиве содержатся растительные аналоги женских половых гормонов, которые у юношей подавляют выработку метилтестостерона, что ведет к развитию вторичного гипогонадизма и копулятивной дисфункции. Наконец, пивной алкоголизм у молодых людей серьезно сказывается на учебе, трудоспособности в виде снижения в этой сфере, отношениях с родителями и окружающими, способствует делинквентному поведению в обществе.

Вышеизложенное делает очевидным актуальность поисковых решений в сфере лечения и профилактики состояний пивной зависимости у молодых людей. К числу данных решений можно отнести убедительно доказавший в наркологической практике свою несомненную эффективность потенциал факторов коммуникативного воздействия групповой психопрофилактики и психокоррекции.

ОСОБЕННОСТИ ГРУППОВОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПИВНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Побережная Н.В., Цыба И.В., Кучерявая В.Н.

РНЦ «Республиканский наркологический центр», Донецк, Донецкая Народная Республика

В основу нашей работы положены результаты проводившегося на базе Донецкого профессионального лицея коммунального хозяйства и Донецкого профессионально-технического училища № 22 комплексного исследования 393 человек, включая 205 обследуемых из техникума и 188 учащихся из лицея. Инструментом исследования была специально разработанная карта, состоящая из 47 пунктов. По возрасту обследуемые распределились следующим образом: 15–16 лет – 144 человека, 17–18 лет – 194 человека, 19–22 года – 55 человек. По полу выявлено распределение: мужчин – 248 человек, женщин – 145 человек.

Наш опыт проведения групповой психокоррекции основывался на работе трех «малых» групп, включавших 30 подростков, употребляющих пиво и имеющих пивную зависимость. В малой рабочей группе формировалась высокая групповая сплоченность и поддержка. Групповые занятия проводились с периодичностью 3 раза в неделю, при длительности занятия около часа и общей длительности курса психокоррекции 2 месяца.

На первом этапе основной задачей было устранение мотивации употребления пива, создание атмосферы доверия и эмоционального контакта между врачом и подростком, способствующей дальнейшему самооткрытию и контакту. В качестве методик применялись также когнитивно-поведенческие техники, вербальные и невербальные приемы получения информации. Задачами второго этапа было закрепление установок на отказ от употребления пива и слабоалкогольных напитков, разрушение факторов, провоцирующих их употребление в дальнейшем. Хороший эффект был получен в группах, где на данном этапе применяли модифицированный вариант эмоционально-волевой тренировки, с помощью которой подростки учились воздействовать на свое эмоциональное состояние, приводящее к ранней алкоголизации, используя психофизиологические резервы организма. К проведению эмоционально-волевой тренировки подключали наиболее активных членов группы. Во время групповых сессий открыто обсуждались возможные альтернативы алкогольным напиткам, анализировались причины, приводящие к их употреблению. На следующем этапе работы проводилось моделирование преодоления негативных ситуаций, связанных с отменой употребления пива и слабоалкогольных напитков, закрепление в сознании положительных установок на межличностные взаимоотношения. Подростки осваивали в группе новые модели поведения в различных жизненных ситуациях и пытались в последующем включать их в различные реальные жизненные ситуации.

Результаты оценивались по общепринятым критериям («выздоровление» или «без динамики»). Анализ результатов этой психокоррекционной и психопрофилактической работы показал положительные результаты у 26 (86,6%) обследованных, что позволяет рассматривать групповую психокоррекцию и психопрофилактику в качестве адекватного метода лечения подростков, употребляющих пиво.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В 2015–2017 ГГ. Радина Л.Н., Тимошников Н.Н., Владимирова И.А., Гончаренко А.Г. ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России, Барнаул, Россия

Инвалидность и вопросы реабилитации граждан с ограниченными возможностями на современном этапе являются одними из приоритетных проблем государства, решение которых в значительной мере определяет его социальное благополучие.

Показатели инвалидности являются одними из основных маркеров, характеризующих доступность, качество, эффективность медико-социальной помощи населению, включая проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, внедрение инновационных технологий в лечебную практику.

В Российской Федерации доля инвалидов в общей численности населения в последние годы составляет около 8–9%. Одной из наиболее частых причин инвалидности являются психические расстройства. В нозологической структуре первичной инвалидности взрослого населения России данная патология в последние годы занимает четвертое ранговое место и составляет около 5%. В динамике данный показатель имеет тенденцию к росту. Увеличение уровня инвалидности населения вследствие психических расстройств, тяжесть инвалидности и необратимая утрата трудоспособности при этой патологии и, как следствие, значительные экономические потери определяют высокую социальную значимость данной проблемы.

Нами были изучены основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения вследствие психических расстройств в Алтайском крае. Как показал проведенный анализ, количество лиц в возрасте 18 лет и старше, признанных инвалидами по психической патологии в Алтайском крае, ежегодно увеличивается. Так, в 2015 г. было признано инвалидами 649 чел., в 2016 г. – 676 чел., в 2017 г. – 716 чел. (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Сравнительная характеристика уровня первичной инвалидности вследствие психических расстройств среди взрослого населения Алтайского края и Российской Федерации (на 10 000 соответствующего населения)

Территория		Год		
		2015	2016	2017
Российская Федерация		2,7	2,7	2,9
Алтайский край	Все взрослое население	3,4	3,6	3,8
	Население трудоспособного возраста	2,2	2,7	2,2

Интенсивный показатель первичной инвалидности при психических расстройствах среди всего взрослого населения Алтайского края увеличился с 2,7 на 10 000 взрослого населения в 2015 г. до 3,8 в 2017 г. На протяжении всего анализируемого периода данный показатель был выше, чем в среднем по Российской Федерации (в 2017 г. – 2,9 на 10000 взрослого населения).

Удельный вес психических расстройств в краевой структуре первичной инвалидности по всем классам болезней в 2015–2017 гг. имел тенденцию к росту (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Удельный вес психических расстройств в структуре первичной инвалидности по всем классам болезней среди взрослого населения Алтайского края в 2015–2017 гг.

Год	Всего впервые признано инвалидами по всем классам болезней	В том числе впервые признано инвалидами вследствие психических расстройств	
		абс.	%
2015	11657	649	5,6
2016	11009	676	6,1
2017	11034	716	6,5

В Алтайском крае, как и в целом по Российской Федерации, психические расстройства среди всех нозологий стабильно занимают четвертое ранговое место.

По данным отчетного периода, среди впервые признанных инвалидами по психической патологии основную долю стабильно составляют жители городской местности: 67,3% – в 2015 г., 61,6% – в 2016 г., 62,0% – в 2017 г.; жители сельской местности составили 32,7%, 37,4% и 38,0% соответственно. Однако структура первичной инвалидности при отдельных нозологических формах имеет существенные различия. Так, среди впервые признанных инвалидами по шизофрении преобладают жители городской местности (69,5%, 60,4%, 59,5%), а среди впервые признанных инвалидами по умственной отсталости преобладают жители сельской местности: 68,0% – в 2015 г., 63,0% в 2016 г., 66,7% в 2017 г.

Общеизвестно, что психические заболевания поражают преимущественно людей молодого возраста и очень рано приводят к дезадаптации, стойкому ограничению их жизнедеятельности и нуждаемости в мерах социальной защиты. Так, среди впервые признанных инвалидами вследствие шизофрении лица трудоспособного возраста в 2017 г. составили 95,6%, среди больных умственной отсталостью – 96,7%.

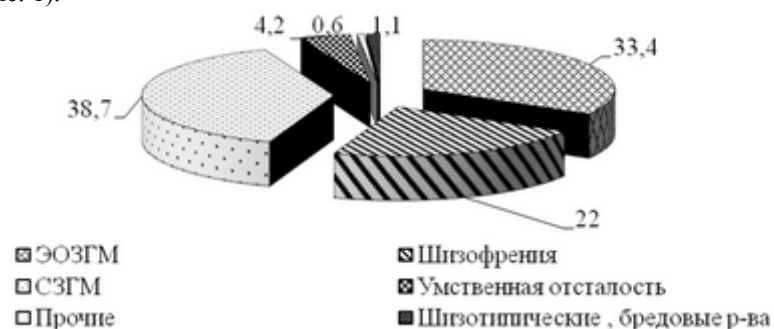
В целом в краевой структуре инвалидности по психической патологии отмечается тенденция к уменьшению удельного веса лиц трудоспособного возраста с 44,8% в 2015 г. до 38,3% в 2017 г. Это связано с ростом в общей численности населения края доли лиц пенсионного возраста и увеличением числа впервые признанных инвалидами этой возрастной категории вследствие сосудистой деменции.

Число лиц, страдающих сосудистым заболеванием головного мозга (СЗГМ), ежегодно увеличивается. Так, если в 2015 г. удельный вес СЗГМ в структуре инвалидности составлял 36,8%, то в 2017 г. – 38,7%. В результате в 2017 г. данная патология впервые вышла на первое ран-

говое место среди психических расстройств, приводящих к инвалидности.

На протяжении всего отчетного периода одну из лидирующих позиций стабильно занимают экзогенно-органические заболевания головного мозга (ЭОЗГМ) (33,4%). Эта патология занимает второе ранговое место. Третье ранговое место занимает шизофрения. В течение отчетного периода отмечается снижение показателей инвалидности по этому заболеванию (25,7% – в 2015 г.; 24,3% – в 2016 г. 22,0% – в 2017 г.).

Четвертое ранговое место стабильно занимает умственная отсталость, удельный вес которой в 2015 г. составил 3,9%, в 2017 г. – 4,2%. (рис. 1).



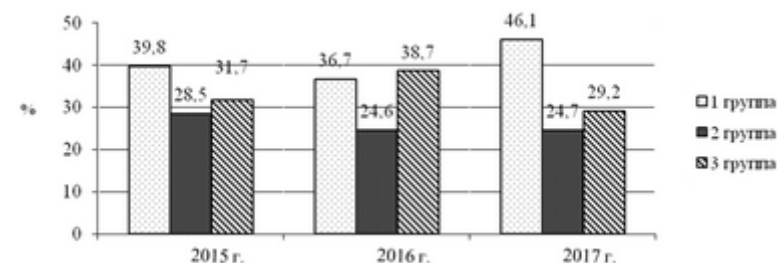
Р и с у н о к . 1. Структура первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие психических заболеваний с учётом нозологических форм, 2017 г., %

Анализируя структуру первичной инвалидности взрослого населения края вследствие психической патологии в зависимости от пола, можно отметить некоторую нестабильность соотношения показателей. Так, в 2015 г. удельный вес лиц мужского пола составил 46,2%, в 2016 г. он увеличился и составил 51,2%, а в 2017 г. вновь снизился до 48,3%.

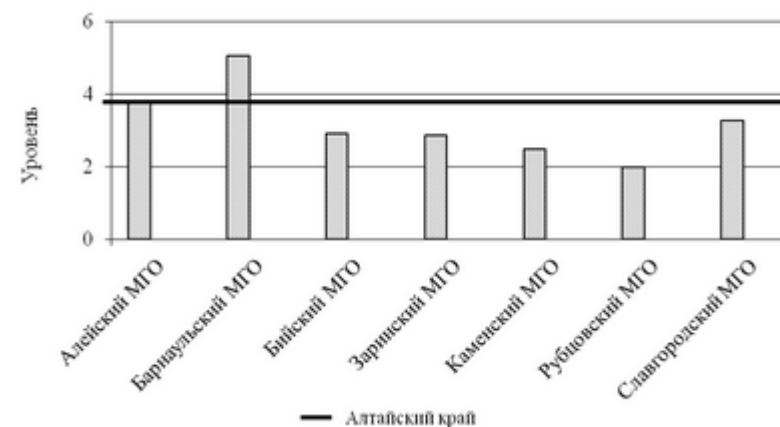
Среди жителей края, впервые признанных инвалидами по психическим расстройствам, ежегодно увеличивается удельный вес инвалидов I группы. В 2015 г. доля инвалидов I группы вследствие психической патологии составила 39,8%, в 2016 г. – 36,7%, в – 2017 г. – 46,1%. Проведенный анализ показал, что I группа инвалидности устанавливается преимущественно лицам, страдающим СЗГМ. Так, в 2015 г. из 258 граждан, признанных инвалидами I группы, 192 чел. страдали СЗГМ. В 2016 г. данные показатели (в абсолютных цифрах) составили 248 чел. и 192 чел., в 2017 г. – 330 чел. и 250 чел. соответственно.

В динамике за три года зарегистрировано снижение числа лиц, признанных инвалидами II группы – со 185 чел. (28,5% в структуре инвалидности) в 2015 г. до 177 в 2017 г. (24,7%).

Доля инвалидов III группы в структуре инвалидности по психической патологии за отчетный период варьирует: в 2015 г. данный показатель составил 31,7% в 2016 г. – 38,7%, в 2017 г. – 29,2%.



Р и с у н о к 2. Распределение граждан, впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств, по группам инвалидности, 2015–2017 гг., %



Р и с у н о к 3. Уровень первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие психических расстройств в разрезе медико-географических округов (на 10 000 соответствующего населения), 2017 г.

В течение ряда лет высокий уровень первичной инвалидности наблюдается по Барнаульскому и Алейскому медико-географическим округам, в частности интенсивный показатель первичной инвалидности при психических расстройствах характеризовался незначительными колебаниями: в Барнауле составил 4,86; в Алейске – 4,48 на 10 000 соответствующего населения (рис. 3).

На протяжении всего отчетного периода отмечается достаточно высокий уровень первичной инвалидности в Новоалтайске. Так, в 2016 г этот показатель составил 5,73 на 10 000 населения, в 2017 г. он снизился до 3,82, но остался на уровне среднекраевого показателя. В Мамонтовском районе первичный выход на инвалидность при психических расстройствах резко увеличился с 1,69 (2016 г.) до 11,3 на 10 000 населения (2017 г.), что требует тщательного анализа. И напротив, уже не первый год интенсивный показатель первичной инвалидности при психических расстройствах остается низким по Рубцовской и Каменской медико-географическим зонам.

Таким образом, уровень первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие психических расстройств имеет тенденцию к росту и превышает аналогичный российский показатель. Рост частоты инвалидности по анализируемой патологии в крае преимущественно обусловлен увеличением числа лиц пенсионного возраста, признанных инвалидами вследствие сосудистого заболевания головного мозга. С 2017 г. СЗГМ занимает первое ранговое место среди причин инвалидности по психической патологии в регионе. В структуре инвалидности основную массу составляют инвалиды «тяжелых» групп (I и II). Удельный вес инвалидности I группы по психической патологии в крае растет и существенно преобладает в сравнении с аналогичными российскими показателями.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ ОБРАЩЕНИЙ НА ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Рублева О.П., Колпакова Ю.В., Лопатин А.А.,

Зорохович И.И., Шевцова М.А.

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

Спектр проблем, с которыми обращаются абоненты на Телефон Доверия (далее ТД), очень широк. Однако одной из основных задач консультанта была и остается профилактика суицидоопасного поведения. Выборочная статистика за 5 лет показывает, что количество суицидальных обращений на ТД при ГБУЗ КО КОКНД остается стабильно

высоким. В 2013 г. таких звонков было 293 (3,2% от общего количества звонков), в 2015 г. – 261 (2,5%) и в 2017 г. – 338 (3,4%).

Причины суицидоопасных состояний могут быть самые разные, но самые ответственными обращениями выступают звонки несовершеннолетних. Какие обстоятельства могут привести к самоубийству ребенка? Их очень много, и все они индивидуальны. Детская психика настолько ранима, что ребенок может совершить суицид даже из-за незначительного конфликта с родителями или после воспитательной беседы в учительской, из-за неразделенной любви, отсутствия тепла и понимания со стороны родителей, чувства внутренней опустошенности.

Огромное количество кризисных ситуаций, провоцирующих аутоагрессию, возникают из-за семейных конфликтов и проблем взаимоотношений с близкими людьми. Самыми актуальными в этой группе проблем являются проблемы родительско-детских отношений и проблема насилия в семье.

Проблема насилия над ребенком часто напрямую связана с проблемой разводов. Как правило, большая часть разведенных в течение 2–3 лет создают новые семьи. Третья часть повторных браков «грешит» тем, что в «новой» семье ущемляются права ребенка от первого брака. Это может быть как эмоциональная холодность и моральное подавление, так и сексуальное и физическое насилие.

Чаще насилие над ребенком заявляют как проблему их близкие родственники, соседи, школьные учителя. Обращения по проблеме семейного насилия от самих детей единичные. Они убеждены, что это только ухудшит их и без того тяжелое положение. Если удастся убедить ребенка в необходимости обнародовать информацию о жестоком обращении, то консультант собирает по возможности полную информацию о нем и его семье, оформляет официальный запрос и передает для проверки в Департамент социальной защиты населения Кемеровской области.

Работа на ТД с суицидальными состояниями показывает, что нужно опасаться упрощенного подхода или чрезвычайно быстрых, шаблонных заключений. К любым, даже крайне слабым намекам на суицид, необходимо всегда относиться со всей серьезностью. Ребенку требуется определенная смелость, чтобы рассказать о своих суицидальных намерениях. Возможность говорить о суициде свободно с консультантом ТД снимает ауру тайны и интриги, что поможет прийти к пониманию, что суицид не является решением проблемы. Прослушивание суицидальных планов помогает оценить, насколько серьезна угроза самоубийства.

Если обращаются родители подростков, необходимо донести до них, что лучшей профилактикой самоубийств являются теплые и сердечные отношения между близкими, эмоциональная поддержка в семье, хорошие социальные навыки детей и их умение на равных общаться со сверстниками. Чтобы весь этот комплекс сработал, родители, педагоги и взрослые, находящиеся рядом с ребенком, должны хотеть помочь ему взрослеть и пережить непростые времена, которые случаются у всех.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ В ТЕХНОЛОГИЯХ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

Рудницкий В.А.

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, ГБОУ ВО СибГМУ» Минздрава России, Томск, Россия

Проблема лечения психически больных всегда была и продолжает оставаться одной из важнейших в психиатрии. Психические заболевания органического регистра в связи с их широкой распространенностью и склонностью к затяжному прогрессивному течению, частым обострениям и рецидивам создают значительные трудности в терапии, что определяет высокую медицинскую и социальную значимость клинических исследований, направленных на разработку новых медицинских технологий и методов помощи данным категориям больных.

Материал исследования. Нами проведено комплексное обследование 74 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет с психическими заболеваниями данной категории, с подключением на основном этапе лечебно-профилактических мероприятий в рамках разработанных нами медицинских технологий с катamnестическим изучением эффективности лечения и устойчивости его результатов.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, экспериментально-психологический, статистический.

Обсуждение результатов. Нозологическая структура данной психической патологии была представлена в 75,68% случаев органическими эмоционально-лабильными расстройствами, в 10,81% – органическими расстройствами личности, в 9,46% – органическими аффективными расстройствами, в 4,05% – органическими тревожными расстройствами. По этиологии массив обследованных пациентов мы также разделили на 4 группы.

Были выделены органические расстройства сосудистого генеза (52 пациента, 70,27%), травматического (9 пациентов, 10,71%), интоксикационного (2 пациента, 2,8%) и органические психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (11 больных, 14,86%). Непсихотические психические расстройства сосудистой и комбинированной природы имели склонность к более прогрессивному течению и хуже поддавались терапии.

В целом отмечалась достаточно высокая первоначальная эффективность реабилитационных мероприятий (89,18% выраженных улучшений). Однако по итогам катamnестического наблюдения результативность терапии оказалась недостаточно стойкой, так как через 6 месяцев у 65,86% пациентов отмечалось ухудшение состояния с появлением моносимптомов (чаще головной боли, тревоги, ухудшения сна). Около 30% больных к этому времени нуждались в повторных лечебно-профилактических мероприятиях.

Нами был проведен анализ наиболее частых причин декомпенсаций органических психических расстройств, которые отмечались в основном на амбулаторном этапе реабилитации, когда преемственность и последовательность лечебно-профилактических мероприятий часто не выполнялась.

Частично это связано с реформированием амбулаторных психиатрических служб (пациенты часто отмечали отсутствие в диспансерах доступной психотерапевтической и психокоррекционной помощи). Более того, в медицинских учреждениях, расположенных в малых городах и сельской местности, функции врачей иногда выполняли медицинские работники со средним образованием, либо психиатрический прием был непостоянным, например осуществлялся «вахтовым» методом.

Кроме того, у пациентов отмечалась невысокая приверженность к терапии. С одной стороны, это объясняется субъективной социально-психологической проблематикой, затрудняющей или даже делающей невозможным обращение пациентов за специализированной психиатрической и психолого-психотерапевтической помощью (в том числе нехватку времени для проведения лечебных и диагностических мероприятий без отрыва от производства, опасение стигматизации, приводящее к желанию скрывать от сослуживцев и знакомых факт обращения к психиатру и т.д.), либо делающей эту помощь и вовсе нежелательной для пациентов (рентные установки и поведение). Пациентами не выполняются рекомендованные курсы поддерживающей терапии (они либо не обращаются в медицинские учреждения, либо раньше назначенного срока прекращают терапию).

Средняя продолжительность поддерживающего курса терапии составила 2,2 месяца (при рекомендованном сроке 6–8 месяцев). У льготных категорий пациентов, гарантировано обеспечиваемых бесплатной лекарственной и диагностической помощью, она была еще меньше.

Самостоятельное значение имел информационный фактор (дефицит адекватной информации о болезни и методах лечения). У обследованных пациентов выявлялись недостоверные представления о болезни и ее лечении, формирующие у них невыполнимые ожидания от терапии и способствующие возникновению трудностей в терапии, а также приводящие к её прерыванию. Под воздействием данных представлений у пациентов формировались рентные установки, принятие патологических вариантов социальной роли больного, завышенные неадекватные требования и конфликты с представителями медицинских, административных и социальных служб, затрудняющие формирование и поддержание лечебного альянса, требующие психотерапевтической, медико-социальной и правовой коррекции.

Для преодоления данных обстоятельств нами были разработаны дифференцированные психопрофилактические информационно-образовательные программы. Предложенные нами образовательные программы направлены на устранение у пациента или его ближайшего социального окружения дефицита информации о болезни и процессе лечения и позволяют корректировать неадаптивные представления о болезни и укрепить терапевтический альянс и саногенные установки больных. Реализована была программа в составе психотерапевтического комплекса и осуществлялась нами чаще всего в групповом формате психотерапии. Больные, посещающие психотерапевтическую группу, быстрее и лучше включались в образовательную программу, показатели приверженности терапии постепенно улучшались, что позволяло добиться преимущества лечебно-профилактических мероприятий и достичь более высоких результатов терапии.

Таким образом, блок образовательных психопрофилактических мероприятий в структуре психотерапевтического реабилитационного комплекса может быть представлен как в групповом, так и в индивидуальном формате, может быть реализован лечащим врачом (психиатром), клиническим психологом или психотерапевтом. Формат образовательных программ предпочтителен в виде групповых занятий, нами был реализован в комплексе когнитивно-поведенческой или рациональной психотерапии, но может быть решен и при проведении других психиатрических, психокоррекционных или психотерапевтических методик.

КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ДИСКУЛЬТАТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Рязанова Ю.В., Соколов Я.В., Радионова А.В.,

Половинкина Я.В., Тузкова Л.С., Лапина С.С.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия**

В настоящее время сосудистая патология относится к числу наиболее актуальных проблем в клинической практике. Наиболее частыми расстройствами, встречающимися при сосудистых заболеваниях, являются нарушения когнитивных функций. При этом следует отметить, что когнитивные расстройства отмечаются у пациентов в случае развития как острых, так и хронических цереброваскулярных заболеваний, чаще всего обусловленных атеросклерозом церебральных сосудов и артериальной гипертензией. Особое место по своей значимости среди сосудистых заболеваний головного мозга занимает прогрессивная хроническая цереброваскулярная патология в виде дисциркуляторной энцефалопатии, развивающейся в результате медленно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения головного мозга, на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии или их сочетания. Прогрессирование дисциркуляторной энцефалопатии приводит к быстрому формированию не только неврологического дефицита, но и интеллектуального снижения личности. Продолжительность жизни и её качество напрямую зависят от сохранности когнитивных функций.

Клиническая нейропсихология – одна из областей психологического знания – решает как теоретические, так и практические задачи. В теоретическом плане актуально изучение роли отдельных структурно-функциональных единиц мозга в осуществлении различных видов психической деятельности. В практической сфере нейропсихология вносит свой вклад в решение таких задач, как диагностика и реабилитация.

На основе вышесказанного представляется актуальным изучение дисциркуляторной энцефалопатии как одной из форм хронической цереброваскулярной патологии, а именно клинической картины когнитивных расстройств при данном заболевании в контексте различных клинических стадий заболевания.

Методологической основой нашего исследования являются теория системной динамической локализации ВПФ А.Р. Лурия, работы Е.Д. Хомской и Т.А. Доброхотовой по проблемам нейропсихологии индивидуальных различий в норме и патологии. Также наша работа

была основана на описании когнитивных нарушений при сосудистых заболеваниях головного мозга, предложенных Н.К. Корсаковой и Л.И. Московичюте.

Объектом нашей работы являются когнитивные функции при дисциркуляторной энцефалопатии. **Предметом** – особенности когнитивных функций при дисциркуляторной энцефалопатии на различных клинических стадиях заболевания.

Цель работы: изучить особенности когнитивных функций при дисциркуляторной энцефалопатии на разных клинических стадиях (первой и второй)

Гипотезы исследования:

1. У больных дисциркуляторной энцефалопатией на первой стадии заболевания, в отличие от второй, остаются более сохранными следующие когнитивные функции: опосредованное запоминание, объем, устойчивость, переключаемость внимания, обобщение и абстрагирование, способность к пониманию последовательности событий и логико-грамматических конструкций.

2. При дисциркуляторной энцефалопатии нарушаются когнитивные функции, входящие в состав двух нейропсихологических факторов: общемозгового, фактора третичных ассоциативных областей коры.

Для достижения цели и проверки гипотез в процессе работы были поставлены следующие задачи: 1) проанализировать клинко-нейропсихологические подходы к изучению проблемы когнитивных функций при дисциркуляторной энцефалопатии; 2) разработать и апробировать методику исследования когнитивных функций при дисциркуляторной энцефалопатии; 3) выявить особенности когнитивных функций у больных дисциркуляторной энцефалопатией на первой и второй стадиях заболевания.

В нашей работе использовались следующие методы исследования: тестирование, представлявшее собой комплекс методик из схемы нейропсихологического исследования высших психических функций, разработанной А.Р. Лурия; методы математической обработки данных (кластерный анализ, факторный анализ, критерий достоверности Манна-Уитни, Т-критерий достоверности различий).

Для достижения цели, решения поставленных задач и проверки гипотез применялись следующие направления исследования: 1) проанализировать теоретико-методологические подходы к изучению клиники и патогенеза дисциркуляторной энцефалопатии; рассмотреть характерные когнитивные нарушения при данном заболевании; 2) разработать и апробировать методику исследования когнитивных функций при дисциркуляторной энцефалопатии; 3) выявить особенности когнитив-

ных функций у пациентов при дисциркуляторной энцефалопатии на разных клинических стадиях (первой и второй) и определить особенности когнитивных функций при различных типах нейропсихологического профиля у больных дисциркуляторной энцефалопатией.

Для того чтобы простроить программу эмпирического исследования, были определены основные используемые в работе понятия, т.е. операционализация базовых понятий и категорий:

Дисциркуляторная энцефалопатия – хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, характеризующаяся развитием многоочагового или диффузного ишемического поражения головного мозга и проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических нарушений.

Когнитивные функции – познавательные или высшие психические функции, к которым относятся интеллект, память, внимание, гнозис (зрительное, слуховое, тактильное познание и восприятие окружающего мира), праксис (сложные скоординированные двигательные навыки) и речь (устная и письменная).

Когнитивные расстройства – нарушение когнитивных функций, возникающее вследствие цереброваскулярного заболевания.

Теперь перейдем к описанию методики исследования. По мнению Н.К. Корсаковой, Л.И. Московичюте, основными высшими психическими функциями, которые нарушаются при дисциркуляторной энцефалопатии, являются память, внимание, мышление. Поэтому при планировании нашего исследования мы отдавали предпочтение диагностике этим когнитивных функций.

Для того чтобы провести качественный анализ нарушенных и сохранных когнитивных функций у больных дисциркуляторной энцефалопатией, мы разработали диагностические параметры оценки этих функций. С этой целью было выделено 18 параметров, по которым оценивались больные дисциркуляторной энцефалопатией: ориентировка во времени, ориентировка в месте, контакт, критичность к своему состоянию, критичность к выполнению заданий, работоспособность, истощаемость, непосредственная память, опосредованная память, долговременная память, уровень обобщения, понимание логико-грамматических конструкций, способность к выделению главной мысли, обобщение частей в единое целое (умение выделять существенное из деталей), понимание логических связей между понятиями, способность к анализу и синтезу, понимание переносного смысла, умение понимать связи между событиями (способность устанавливать последовательность событий).

В качестве испытуемых выступили пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией с I и II стадиями заболевания. Всего в исследовании приняли участие 20 человек. Большое значение имели стадии заболевания ДЭ. Практическая значимость работы определяется возможностью использования полученных данных в практической деятельности клинических психологов при диагностике и коррекции когнитивных нарушений у больных дисциркуляторной энцефалопатией и в разработке системы профилактики развития негативных последствий заболевания.

Проведенное эмпирическое исследование позволяет утверждать, что у больных дисциркуляторной энцефалопатией на первой стадии когнитивные функции более сохранены, чем на второй стадии.

Был проведен сравнительный анализ данных, который показал, что существуют качественные различия в когнитивных функциях при разных стадиях заболевания. Также было доказано, что при дисциркуляторной энцефалопатии нарушаются когнитивные функции, входящие в состав двух нейropsychологических факторов: общемозгового, фактора третичных ассоциативных областей коры. По данным факторам четко прослеживается нарушение не одной психической функции, а целая совокупность функций, составляющих единый нейropsychологический синдром. Выделенные факторы соответствуют принципу системной динамической мозговой организации. Все выделенные факторы мы попытались соотнести с нейropsychологическими факторами, которые описаны Е.Д. Хомской. В итоге было получено, что первый фактор является аналогом общемозгового нейropsychологического фактора. Второй фактор соотносится с фактором третичных ассоциативных областей коры. Мы предполагаем, что третий фактор является специфичным для больных дисциркуляторной энцефалопатией, так как именно он позволяет сохранять адекватность состояния больного и его адаптивность на третьей стадии заболевания.

Таким образом, задачи, поставленные в начале исследования, решены, гипотезы подтверждены, следовательно, цель достигнута. Практическая ценность исследования состоит в том, что полученные результаты можно использовать для определения состояния когнитивных функций больных дисциркуляторной энцефалопатией, а также при диагностике высших психических функций больных для выявления сохраненных и нарушенных нейropsychологических факторов. Следует отметить, что в силу сложности, диффузности поражения разных отделов мозга многие неврологические процессы могут протекать бессимптомно, поэтому важно применение многозначности проб в нейродиагностике заболевания дисциркуляторной энцефалопатии; определения стадии заболевания и нейрокогнитивного дефицита на каждой стадии.

Полученные результаты позволяют определять прогноз развития заболевания, а также открывают возможности для восстановления и реабилитации высших психических функций.

Л и т е р а т у р а

1. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. – СПб., 2005.
2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд. центр «Академия», 2006.
3. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 12. – С. 539.
4. Кадыков А.С., Манвелов Л.С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга (Дисциркуляторная энцефалопатия). – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.
5. Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. – М., МГУ, 1988.
6. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. – Л., 1982.
7. Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Издательство НПО «МОДЕК», 2006.
8. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – СПб.: Питер, 2008.
9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2007.
11. Хомская Е.Д. Нейропсихология. – М., 2002.
12. Цветкова Н. Нейропсихологическая диагностика. – М.: МГУ 1999.
13. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Сосудистые когнитивные расстройства // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 12. – С. 2–7.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Салмина-Хвостова О.И.

ИП «Салмина-Хвостова О.И.», Новокузнецк, Россия

Панические атаки (ПА) могут встречаться при соматических и при психических заболеваниях. Паническое расстройство (ПР) по МКБ-10 имеет шифр F41.0. Распространённость ПР в общей популяции составляет от 1,9 до 3,6%, истинная распространённость ПА как клинического феномена существенно выше. Женщины страдают ПР в 2 раза чаще, чем мужчины. Средний возраст, в котором пациенты обращаются к врачу с симптомами ПР, составляет около 35 лет. Обращаемость больных ПР к врачам различных специальностей широко варьирует, оставаясь неизменно высокой в общесоматической практике, особенно в кардиологии и скорой помощи. Панику хотя бы раз в жизни испытывали 35,9–46% в популяции (Воробьева О.В., 2009).

Паническая атака – комплекс симптомов, характеризующийся пароксизмальной тревогой, который нельзя спутать с другими психическими феноменами. Приступы паники не представляют опасности для жизни или здоровья человека, в котором человек не может контролировать свои чувства и эмоции и становится полностью беззащитным. Паническая атака характеризуется пароксизмальным страхом или тревогой и ощущением внутреннего напряжения в сочетании с несколькими панически-ассоциированными симптомами, паника возникает как вулкан из бурного моря тревоги. Панически-ассоциированные симптомы разнообразны: пульсация, сильное сердцебиение, учащенный пульс, повышение артериального давления, потливость, озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи, ощущение нехватки воздуха, одышка, затруднение дыхания, ком в горле, боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки, тошнота или абдоминальный дискомфорт, ощущение головокружения, неустойчивость, предобморочное состояние, страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок, страх смерти, ощущение онемения или покалывания в конечностях, пробуждение во время сна, ощущение прохождения по телу волн жара или холода. Заканчивается ПА так же внезапно, как и началась, продолжаясь не более 30 минут, однако умеренная тревога может сохраняться на протяжении часа. Истинные причины ПА недостаточно ясны. Провоцирующие факторы: психогенные (развод, измена, уход из семьи, смерть близких, болезнь, несчастный случай); биологические (беременность, роды, климакс, приём гормональных препаратов, нарушение менструального цикла); физиогенные (злоупотребление алкоголем, метеотропные факторы, чрезмерная физическая нагрузка). Больного необходимо убедить в том, что диагноз поставлен правильно и нет необходимости проводить дополнительные обследования, а также в том, что длительность лечения может составить более 6 месяцев.

Современные исследования показали, что биологической причиной развития панических атак является нарушение обмена серотонина – природного вещества, содержащегося в нервных клетках мозга.

Часто пациенты излагают приступы (особенно в начале заболевания) как тяжелое соматическое страдание, что заставляет их обращаться к разным специалистам, проводить многочисленные обследования. Всё это приводит к фиксации на своих телесных переживаниях и утяжелению приступов. Лечение ПР – сложная и ответственная задача, требующая от лечащего врача не только профессиональных знаний, но и навыков ведения психотерапевтической работы, поэтому обязательно должно начинаться с рациональной психотерапии – объяснения пациенту сути болезни, причин её возникновения, тактики лечения.

ФУНКЦИИ ПРОГРАММИРОВАНИЯ, КОНТРОЛЯ И РЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С ДЕЛИНКВЕНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
Старосельцева О.В., Образцов С.В., Ключников М.В.
КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Ряд авторов в своих работах приходит к констатации важности фактора произвольности, организованности деятельности преступника в криминальной ситуации (Ресслер Р., Дуглас Д., Бюргесс А., Майерс В., Нойбахер Ф., Годвина Г., Джерард Ф., Мелой Д., Салфати Г. и т.д.).

В исследовании, проведенном на базе отделения судебно-психиатрических экспертиз Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю.К., участвовали лица, обвиняемые в совершении особо тяжких преступлений и находящиеся на данный момент на судебно-психиатрической экспертизе. Из их числа 42 лица, обвиняемые в совершении особо тяжких преступлений против жизни и здоровья; 17 лиц, обвиняемые в совершении особо тяжких преступлений против половой неприкосновенности несовершеннолетних. В качестве группы нормы нами были выбраны 24 мужчины, достоверно не отличающиеся от экспериментальной группы по возрасту, уровню интеллекта, семейному положению и социальному статусу.

Методы исследования: экспериментально-психологическое обследование (нейропсихологическое обследование функций блока программирования, регуляции и контроля деятельности), методы математико-статистической обработки (однофакторный дисперсионный анализ).

В результате исследования у лиц, совершивших особо тяжкие преступления, обнаружены нарушения нескольких нейропсихологических факторов. Нами была выявлена функциональная недостаточность задне-лобной области и выпадение кинетического фактора в экспериментальной группе в сравнении с группой нормы. Лица, совершившие особо тяжкие правонарушения, достоверно чаще совершали ошибки при выполнении пробы «Кулак-Ребро-Ладонь» ($p=0,000$). При подобных нарушениях происходит затруднение процесса смены звеньев психической деятельности и снижается плавность перехода от одного звена к другому. Деятельность при этом характеризуется общей ригидностью.

Также у правонарушителей был обнаружен синдром нарушения регуляции, программирования и контроля деятельности при поражении префронтальных отделов головного мозга. Лица, совершившие особо тяжкие преступления, достоверно чаще совершали ошибки при выполнении проб «счет» ($p=0,042$), «Палец-Кулак» ($p=0,047$). Ведущим при-

знаком в структуре данного синдрома является диссоциация между относительной сохранностью произвольного уровня активности и дефицитностью в произвольной регуляции психических процессов.

В экспериментальной группе в сравнении с нормой наблюдались нарушения работы медиальных отделов лобных долей (первый блок мозга по представлениям А.Р. Лурии – блок активации и тонуса), который связан модально-неспецифическим (энергетическим) нейропсихологическим фактором. Лица, совершившие особо тяжкие правонарушения, достоверно чаще совершали ошибки при выполнении пробы «Слухоречевая память» ($p=0,064$).

Таким образом, в результате исследования была подтверждена одна из основных наших гипотез об общем снижении уровня регуляции, программирования и контроля деятельности у правонарушителей по сравнению с группой нормы ($p=0,011$).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УТРАТОЙ ЗНАЧИМОГО БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА

Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Васильева С.Н.

**НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского
медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия**

Современные исследования уделяют большое внимание изучению особенностей терапии депрессивных расстройств. Некоторыми авторами показано пусковое влияние психосоциальных стрессоров на развитие депрессивного расстройства, особенно в наиболее трудоспособном возрасте (Wittouck C. et al., 2011; Jordan A. H. et al., 2014). Утрате значимого близкого человека, участвующей в детерминации депрессии, отводится одна из ведущих ролей (Уманский С.В., 2012; Простяков А.И., 2016). Клиническая динамика пациентов, переживших утрату близкого человека, свидетельствует об отсутствии адаптации к ситуации потери даже спустя несколько лет после утраты. Развитие психопатологической симптоматики в результате психосоциальных стрессоров связано с нейродинамическими нарушениями в структурах лимбико-диэнцефального и лимбико-ретикулярного кругов.

Изучение депрессивных расстройств и их осложнений, развивающихся в ответ на стрессовое воздействие, в настоящее время является актуальным в связи с неуклонным ростом данных расстройств, обусловленным значительной распространенностью стрессовых воздействий в современном обществе (Смулевич А.Б., 2015; Guldin M.-B. et al., 2017).

В отличие от нормальных эмоциональных реакций на психотравмирующие события, депрессия – это расстройство, требующее своевременного и адекватного лечения из-за своей клинической тяжести, тенденции рецидивировать и высоких экономических затрат как для индивидуума, так и для общества (Olesen J. et al., 2012; Всемирная Организация Здравоохранения, 2017). Длительное время для квалификации симптомов, развивающихся в ответ на психогении, применялся термин «психогенная депрессия».

В МКБ-10 для квалификации психических расстройств, развивающихся после воздействия стрессовых ситуаций, существует отдельный от аффективных расстройств раздел «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Но ряд авторов подчеркивает, что воздействие психосоциальных факторов может детерминировать развитие депрессивного эпизода (Александровский Ю.А., 2005; Baune B., 2009). Проблема взаимосвязи и взаимовлияния внешних и внутренних факторов, определяющих формирование клинической картины и течение психогенных депрессий, является одной из важнейших теоретических и практических проблем. Известно, что лица, подвергшиеся воздействию одинакового психотравмирующего фактора, демонстрируют различные психические последствия этого воздействия, в том числе и развитие депрессивных расстройств.

К факторам, усиливающим психическую травму, относят следующие: утрата социальных связей, неопределенность отдаленных последствий случившегося, чувство беспомощности (Durham T.W. et al., 1985). Оценка степени участия в развитии психогенных депрессий полового и возрастного факторов, соматотипа и преморбидных особенностей личности подчеркивается многими исследователями. Учитывая преобладание женщин при депрессивных расстройствах (Hettema J. M. et al., 2003; Waraich P. et al., 2004), в последние годы женский пол все чаще рассматривается как предрасполагающий фактор развития депрессивных расстройств. Интересным является вопрос о влиянии возрастного фактора на клинко-динамические показатели стресс – обусловленных расстройств (Суетина О.А., 2004). По некоторым данным, ранимость к стрессу более выражена в самой младшей и самой старшей возрастных группах (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2000). Переносимые стрессовые события повышают вероятность развития затяжных депрессивных расстройств (Краснов В.Н., 2011; Корнетов Н.А. и др., 2009).

Опубликованные в научной печати метааналитические обзоры, посвященные изучению эффективности лекарственного и психотерапевтического лечения, описывающие исходы и уровень социальной адап-

тации, носят разнонаправленный характер (Kendler K.S. et al., 2011; Wakefield J.C. et al., 2011). Высокая эффективность антидепрессантов при психофармакотерапии психогенно обусловленных депрессий доказана в ходе множества исследований (Дубницкая Э.Б., 2005; Собенникова В.В., 2008). Положительный эффект применения тимостабилизаторов отмечают при наличии в клинической картине «травматических симптомов» (Аведисова А.С., 2003; Tucker P. et al., 2007) и нейролептиков (Padala P.R. et al., 2006; Rothbaum B.O. et al., 2008). Комбинация психофармакотерапии и психотерапии приводит к более быстрой положительной динамике у пациентов, подвергшихся стрессовым воздействиям (Цыганков Б.Д. и др., 2006).

Прогностически благоприятными признаками для лучшего терапевтического респондирования пациентов с депрессиями, спровоцированными утратой, являются «гармоничные» и циклоидные черты личности и субъективная удовлетворенность в эмоциональной поддержке (Горшкова Л.В., 2009). Неуклонный рост психогенно спровоцированных депрессивных расстройств, ведущий к значительным социально-экономическим издержкам, определяет актуальность дальнейшего изучения их клинической структуры, взаимоотношений психогений и внутренних факторов уязвимости с целью разработки персонализированных лечебно-реабилитационных программ в отношении пациентов с депрессивными расстройствами, спровоцированными психотравмирующим событием. На данный момент отсутствуют персонализированные лечебно-реабилитационные программы для ведения пациентов с психогенно спровоцированными депрессивными расстройствами с учетом прогностических клинико-динамических предикторов эффективности терапии. Вопросы, касающиеся эффективности персонализированной терапии пациентов с депрессивными расстройствами, связанных с утратой значимого близкого человека, остаются недостаточно изученными.

С помощью указанной медицинской технологии обследованы пациенты ($n=40$), поступившие в отделение аффективных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Основную группу больных, которым проводилась психофармакотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), составили 20 человек, из них мужчин 40% ($n=8$), женщин 60% ($n=12$) ($p>0,05$). Контрольную группу пациентов, которым проводилась КПТ, составили 20 человек, из них мужчин 45% ($n=9$), женщин 55% ($n=11$) ($p>0,05$). Значение медианы возраста пациентов основной группы мужского пола составило 53 года (интерквартильная широта – от 50 до 60 лет), женского пола – 59 лет (интерквартильная широта – от 57 до 63 лет).

Нозологические категории депрессивных расстройств в основной группе были представлены следующим образом: первичный депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство – в 20% случаев ($n=4$), дистимия – в 20% ($n=4$), кратковременная депрессивная реакция – в 30% ($n=6$), пролонгированная депрессивная реакция – в 30% ($n=6$). Обнаружено, что у 10 пациентов (33,3%) наследственность была отягощена психическими расстройствами: аффективной патологией – 20% ($n=4$), алкогольной зависимостью – 15% ($n=3$), суицидами – 10% ($n=2$). Нозологические категории депрессивных расстройств в контрольной группе были представлены следующим образом: первичный депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство – в 20% случаев ($n=4$), дистимия – в 20% ($n=4$), кратковременная депрессивная реакция – в 35% ($n=7$), пролонгированная депрессивная реакция – в 30% ($n=6$). У 8 пациентов (40%) наследственность была отягощена психическими расстройствами: аффективной патологией – 25% ($n=5$), алкогольной и наркотической зависимостями – 10% ($n=2$), суицидами – 20% ($n=4$).

В зависимости от психотравмирующей ситуации, предшествовавшей депрессивному состоянию, пациенты в основной группе распределились следующим образом: катастрофическая утрата – 20% ($n=4$), тяжелая утрата – 25% ($n=5$), умеренная утрата – 35% ($n=7$), легкая утрата – 20% ($n=4$). Психосоциальные стрессоры в контрольной группе пациентов распределились следующим образом: катастрофическая утрата – 20% ($n=4$), тяжелая утрата – 30% ($n=6$), умеренная утрата – 20% ($n=4$), легкая утрата – 30% ($n=6$).

Оценка динамики состояния в ходе терапии по подшкале тяжести шкалы CGI указала на высокую терапевтическую активность сочетанного использования медикаментозного лечения с КМТ. Так, на момент начала терапии в основной группе значительно выраженные психические нарушения составили 40% (8), умеренно выраженные психические нарушения – 40% (8), слабо выраженные психические нарушения – 20% (4). На момент начала терапии в контрольной группе значительно выраженные психические нарушения составили 35% (7), умеренно выраженные психические нарушения – 45% (9), слабо выраженные психические нарушения – 20% (4). К 28-му дню терапии в основной группе слабо выраженные психические нарушения составили 40% (8), пограничное состояние – 60% (12), отсутствие психических нарушений – 20% (4). К 28-му дню терапии в контрольной группе умеренно выраженные психические нарушения зафиксированы у 1 пациента (5%), слабо выраженные психические нарушения – 40% (8), пограничное состояние – 45% (9), отсутствие психических нарушений – 10% (2).

Статистический анализ показал, что к началу терапии значение медианы шкалы депрессии Гамильтона у пациентов основной группы составило 28 баллов (интерквартильная широта – от 27 до 31), у пациентов контрольной группы – 30 баллов (интерквартильная широта – от 27 до 32) ($p>0,05$). К 28-му дню терапии значение медианы шкалы депрессии Гамильтона пациентов основной группы составило 14 баллов (интерквартильная широта – от 11 до 14), в контрольной группе – 16 баллов (интерквартильная широта – от 14 до 18) ($p<0,01$).

Проведенное исследование показало, что к началу терапии значение медианы шкалы тревоги Гамильтона у пациентов основной группы составило 19 баллов (интерквартильная широта – от 18 до 23), у пациентов контрольной группы – 21 балл (интерквартильная широта – от 18 до 23) ($p>0,05$). К 28-му дню терапии значение медианы шкалы депрессии Гамильтона у пациентов основной группы снизилось до 10 баллов (интерквартильная широта – от 7 до 11), в контрольной группе – до 11 баллов (интерквартильная широта – от 8 до 13) ($p<0,05$).

Все пациенты заполняли шкалу социальной адаптации при поступлении в психиатрический стационар и на 28-й день нахождения в стационаре. Первое заполнение шкал выявляет плохую социальную адаптацию как в основной группе, так и в контрольной группе. Значение медианы по шкале социальной адаптации в выборке пациентов в основной группе составило 19 (интерквартильная широта – $17\div20$), а в выборке пациентов, которым проводилась когнитивная психотерапия, – 20 (интерквартильная широта – $19\div23$), что свидетельствует о социальной дезадаптации ($p>0,05$). На фоне проводимой терапии было отмечено повышение субъективной оценки уровня социальной адаптации у пациентов в обеих группах: значение медианы достоверно увеличилось на 28-й день психофармако- и сочетанной психотерапии до 26 (интерквартильная широта – $25\div28$) и 28 (интерквартильная широта – $26\div30$) в соответствующих группах ($p<0,001$).

Таким образом, при депрессивных расстройствах, связанных с утратой значимого близкого человека, учет уровня социальной адаптации и клинико-динамических факторов позволяет более комплексно объективизировать оценку эффективности проводимой сочетанной психофармако- и психотерапии, что поможет оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении пациентов данной категории.

Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Технология персонализированной терапии депрессивных расстройств, связанных с утратой значимого близкого человека», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С НОЗОГЕННЫМИ РЕАКЦИЯМИ

Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Аксенов М.М.,

Еланчинцева Е.М., Иванова А.А.

НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Томск, Россия

Несмотря на активное развитие науки и медицины, в настоящее время наблюдается неуклонный рост уровня заболеваемости онкологической патологией. Рак становится причиной практически каждой шестой смерти в мире. В связи с этим нервно-психические расстройства, встречающиеся в онкологической практике, приобретают все большую актуальность. Факт наличия онкопатологии, госпитализация в онкологический стационар, а также обострение или осложнение патологического процесса являются серьезной психологической травмой. Онкологического пациента нужно рассматривать как человека, пребывающего в кризисной, экстремальной стрессовой ситуации [2, 3, 5].

Нозогенные реакции как расстройства, формирующиеся в связи психогенным воздействием онкологического процесса, опосредованы категориальными структурами личностных особенностей, что обуславливает типологическое многообразие нозогений и их динамику на всех этапах болезненного процесса. Психологические реакции онкологических пациентов варьируют в широких пределах: от деморализации до диссоциативных расстройств. По некоторым данным [6], среди психических расстройств, коморбидных онкологической патологии, одно их первых мест занимают депрессии. В среднем у 13% (от 3 до 38%) больных раком можно диагностировать большой депрессивный эпизод, при этом более чем у 2/3 (68%) пациентов выявляются расстройства адаптации различной степени выраженности с преобладанием депрессивной и/или тревожной симптоматики [1, 4].

Следует помнить, что психологические переживания пациентов влияют на лечение и исход онкологического заболевания. Ведь болезнь – это не только физическая проблема, это проблема всей личности человека, состоящей не только из его тела, но разума и эмоций [5]. Таким образом, системный подход к изучению и лечению рака требует обращения не только к соматическим, но и к психологическим аспектам болезни. Терапевтическая эффективность психотерапевтических воздействий не может вызывать сомнений.

Поэтому в настоящее время необходимо не только использовать уже имеющиеся техники, но и создавать новые, более эффективные методы психотерапии для их практического воплощения в жизнь.

Цель исследования: изучить диагностику и прогноз развития нозогенных реакций с учетом личностно-характерологических особенностей пациентов, страдающих онкопатологией; оценить клинικο-динамические и социально-психологические факторы, влияющие на формирование, развитие и профилактику нозогенных реакций; а также обеспечить высококвалифицированную медицинскую помощь с персонализированным психолого-психотерапевтическим сопровождением больных с нозогенными реакциями.

Методы исследования: клинικο-психопатологический, клинικο-динамический, клинικο-катамнестический, психометрический.

Материал исследования: 30 пациентов, страдающих онкологическим заболеванием, в возрасте от 40 до 63 лет, у которых были диагностированы нозогенные реакции в рамках психических расстройств тревожно-депрессивного спектра (рубрики F41 и F43 по диагностическим критериям МКБ-10).

Обсуждение результатов. Психическое состояние пациентов в наблюдаемой группе на момент госпитализации характеризовалось тревожно-депрессивной симптоматикой различной степени выраженности с инсомническими проявлениями и разнообразными психовегетативными включениями. Данная симптоматика наблюдалась от 3 до 6 месяцев. По шкале Спилбергера-Ханина ситуативная тревога в среднем составляла 45 ± 3 балла. По результатам шкалы работоспособности на первом этапе лечения отмечались высокие показатели хронической утомляемости, физиологического и когнитивного дискомфорта, а также низкая мотивация пациентов к трудовой деятельности. На начальном этапе ведущим методом лечения стала фармакотерапия, так как из-за выраженности тревожных проявлений проведение психотерапевтических мероприятий было затруднено. По ходу лечения наблюдалась высокая настороженность и тревожность онкопациентов по отношению к применению психотропных лекарственных средств. Пациенты отдавали предпочтение более мягким препаратам с минимальным количеством побочных эффектов, многие выражали опасения по поводу приема антидепрессантов, с необоснованной уверенностью заявляя о том, что последние им противопоказаны. Поэтому психотерапевтические мероприятия на данном этапе были направлены на стимуляцию приверженности пациентов к фармакотерапии и установление комплаентности между врачом и пациентом.

После стимуляции приверженности больных к фармакотерапии и достижения необходимого терапевтического эффекта в лечение включались различные психотерапевтические методики. Персонализированное психолого-психотерапевтическое сопровождение проводилось индивидуально и в группах. Пациенты с выраженными личностными особенностями требовали повышенного внимания медицинского персонала и со стороны родственников. Они некурабельны или труднокурабельны в группе, в связи с чем им показана индивидуальная психотерапия. Использовались методы когнитивно-поведенческой терапии, аутотренинг, нейролингвистическое программирование, визуализация, арттерапия.

Тревожные пациенты, ориентированные на лечение и выздоровление, демонстрировали хороший ответ на проводимые психотерапевтические мероприятия. Особенно выраженный эффект наблюдался при использовании метода аутогенной тренировки с последующей визуализацией. Ввиду концентрации тревоги вокруг в связи с онкопатологией пациенты визуализировали желаемое улучшение соматического состояния, уменьшение размеров и агрессивности опухоли, усиление собственных сил организма, повышая, таким образом, мотивацию и настрой для дальнейшей борьбы с заболеванием и, как следствие, уменьшая страх перед ним.

Необходимо отметить усиление положительной динамики с присоединением методов арттерапии. Таким образом, на фоне лечения с акцентом на психотерапевтический комплекс наблюдалась положительная динамика, которая отслеживалась как по редукции клинических проявлений, так и по психологическим шкалам: показатели шкалы Спилбергера-Ханина ситуативной тревоги значительно снизились (с 45 ± 3 до 25 ± 5 баллов), в то время как изменения личностной тревоги были незначительны. Результаты шкалы работоспособности на 4-й неделе лечения указывали на значительное снижение хронической утомляемости, ликвидацию физиологического и когнитивного дискомфорта, а также повышение мотивации пациентов к труду. В период завершения стационарного лечения основной акцент ставился на психосоциотерапевтических мероприятиях, пациент подготавливался к этапу поддерживающей терапии, осуществляемой после выписки. Несмотря на положительные результаты, были выявлены пациенты и с неполным ответом на терапию, что обусловлено особенностями их личности (10%). Данная категория пациентов требует особого внимания и наблюдения в динамике ввиду более неблагоприятного прогноза их расстройств.

Таким образом, дальнейшее наблюдение за онкопациентами и оказание им лечебно-профилактической помощи позволит более детально изучить особенности нозогенных реакций и повысить качество их реабилитационных и превентивных мероприятий.

Л и т е р а т у р а

1. Самушия М.А. Психические расстройства у пациенток со злокачественными опухолями органов женской репродуктивной системы (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 4. – С. 24–31.
2. Семке В.Я. Психогении современного общества. – Томск: Издательство ТГУ, 2003. – 407 с.
3. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. Развитие сибирской психоонкологии. – Томск: Изд-во ТГУ, 2008. – 198 с.
4. Смуглевич А.Б., Иванов С.В., Самушия М.А. Патохарактерологическое предрасположение и формирование нозогенных (провоцированных соматическим заболеванием) психических расстройств // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 2. – С. 7–13.
5. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. – 2010. – Вып. 1. – С. 91–100.
6. Kissane D., Maj M., Sartorius N. (eds). Depression and cancer. Chichester: Wiley Blackwell, 2011. – 244 p.

ДЕПРЕССИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И СОСТОЯНИЯ, ЕЕ ИМИТИРУЮЩИЕ

Тихонова Е.С., Башева О.А.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Изучение депрессий, которые возникают при шизофрении, продолжается на протяжении многих десятилетий и остается одной из наиболее актуальных проблем психиатрии. Отмечается, что депрессии сопровождают любые формы шизофрении и могут наблюдаться на любом этапе заболевания. Исследование депрессии при шизофрении крайне важно, поскольку существенно влияет на прогноз лечения больных и на прогноз развития заболевания. А.И. Плотицер писал, что все многообразие аффективных расстройств можно разделить на три группы: 1) малодифференцированные расстройства типа различных аффективных автоматизмов, возникающих по механизму психических диссоциаций; 2) более дифференцированные и продуктивные расстройства эффективности типа тревожно-фобических, гипертимических состояний; 3) деструктивные дезаффектации.

Депрессию можно также расценивать как психологически понятную реакцию на развитие психоза и на постановку стигматизирующего диагноза. При исключении этих вариантов депрессия признается наиболее часто наблюдающейся интегральной частью шизофренического процесса. Депрессия – это еще и следствие осложнения антипсихотической терапии, так называемая нейролептическая депрессия. У больных, получающих нейролептики, часто описывается состояние ангедонии и дисфории. При этом все же данные, касающиеся связи терапии нейролептиками и развития депрессии, весьма противоречивы. Перспективные исследования, в которых принимали участие больные шизофренией во время терапии острой фазы, установили, что депрессивные симптомы присутствовали еще до назначения нейролептиков, а в дальнейшем уменьшались.

Исходя из получившей широкое распространение дофаминовой гипотезы патогенеза шизофрении, при которой пациенты подвержены дофаминовым «бурям» (психозам) и «засухам» (негативные симптомы), назначение большей, чем необходимо, дозы нейролептика может привести к усилению негативных симптомов. Это создает впечатление нейролептической депрессии.

Еще одним клиническим вариантом, который может имитировать депрессию, является нейролептическая акинезия. Этот феномен иначе именуется акинетической депрессией. Акинезия не всегда сопровождается другими неврологическими симптомами (например, тремором). Т. Ван Путтен и П. Мэй рассматривали этот феномен как новый симптом экстрапирамидных расстройств, не входящий в структуру паркинсонизма. До настоящего времени вопрос о клинической самостоятельности акинезии и её соотношениях с синдромом Паркинсона остается дискуссионным.

Акатизия – другой экстрапирамидный побочный эффект нейролептической терапии, который в некоторых случаях может быть спутан с тревожной или дисфорической депрессией. Пациенты с акатизией ведут себя так, как будто «их внутренний мотор никак не может остановиться», и часто переживают это состояние с выраженной дисфорией. На самом деле, акатизия связана как с суицидальными мыслями, так и с суицидальным поведением, развивающимся вследствие общей тенденции к повышению моторной активности. И акинезия, и акатизия редко рассматривались с целью возможного дифференциального диагноза в исследованиях депрессии при шизофрении.

Шизофрения является тяжелым психологическим бременем для пациентов, поэтому неудивительно, что нередко у них возникают реактивные состояния, которые можно охарактеризовать как нозогению

и расстройства адаптации. Причинами этому являются стигматизация, переживание собственной несостоятельности, а также социальная дезадаптация. Острые реакции, продолжающиеся менее двух недель, проходят без лечения и требуют лишь поддерживающей терапии и изменения окружающей среды. Обнаружение провоцирующего фактора не составляет особого труда.

В отдельных случаях у пациентов могут наблюдаться признаки, напоминающие так называемый синдром деморализации или разочарования. Отличить подобный синдром от депрессии при шизофрении бывает не всегда просто. Для него характерны чувство безнадежности и беспомощности в сочетании с неуверенностью в себе и чувством несостоятельности. Для успешной борьбы с этим состоянием требуется квалифицированная психологическая и социальная помощь.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РИСПЕРИДОНА

Ушаков К.Б.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Часто встречающимися осложнениями психофармакотерапии являются различные нейролептические расстройства. Снизить их развитие и степень выраженности позволяет применение атипичных нейролептиков. Однако развитие нейролептических осложнений при приеме атипичных препаратов наблюдается достаточно часто, хотя и в меньшей степени, чем при приеме традиционных.

Проанализированы 344 случая применения рисперидона при лечении душевнобольных в женском общепсихиатрическом отделении за период 2010–2015 гг. Среди нозологий подавляющее большинство составили шизофрения и шизофренические расстройства – 305 случаев, или 88,7% от общего числа применения рисперидона. Органические психические расстройства, включая нарушения поведения в рамках органических деменций, составили 28 случаев (8,1%). Применение рисперидона при других нозологиях (бредовые расстройства в рамках эпилепсии, нарушения поведения при олигофрениях, деменциях, послеродовые психозы и пр.) представлено единичными случаями, составляющими 0,3–1,3%. Необходимость назначения корректоров, а в значительной части случаев применения рисперидона также и патогенетической терапии в связи с развитием нейролептических расстройств возникла у 269 пациенток, что составляет 78,2% от общего числа пациенток, получавших рисперидон.

Нейролептические расстройства проявлялись в виде гиперкинетических синдромов – акатизии в сочетании с тасикинезией – более чем в 65% рассмотренных случаев; в меньшей степени отмечались акинетогипертонические явления в виде медикаментозного паркинсонизма и мышечной ригидности. Высокий процент нейролептических расстройств представлен сочетанием указанных гипер- и гипокинетических нарушений. Как и при применении большинства других нейролептиков, прослеживается зависимость возникновения нейролептических расстройств от дозы препарата.

Необходимо отметить и следующую особенность, отличающую действие традиционных нейролептиков и атипиков, в частности рисперидона. Так, если при использовании традиционных нейролептиков типа галоперидола и трифтазина побочные эффекты в виде различных нейролептических расстройств почти всегда развивались в первые сутки (а нередко даже в первые часы) применения, что требовало практически одновременного назначения с ними корректоров; то в случае применения рисперидона побочные эффекты развивались не сразу, а через несколько дней или недель и в более отдаленные сроки. В течение довольно продолжительного времени терапии рисперидоном создавалось недостоверное впечатление об отсутствии нейролептических побочных расстройств.

Исходя из вышесказанного, обоснованно считать весьма преувеличенным утверждение о том, что при применении рисперидона побочные нейролептические эффекты возникают значительно реже в сравнении с традиционными препаратами этой группы. Практически все рассмотренные случаи возникновения нейролептических побочных расстройств были отмечены на применении не самого оригинального препарата, а его дженериков (в зависимости от наличия их в стационаре).

ПРИМЕНЕНИЕ АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ТЕРАПИИ ТРУДНОКУРАБЕЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Ушаков К.Б.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Атипичные нейролептики обладают меньшим антипсихотическим действием в сравнении с традиционными препаратами, такими как галоперидол и трифлуоперазин. Преимущества атипиков перед типичными нейролептиками очевидны, это касается длительно текущих труднокурабельных процессов, с высокой резистентностью к психотропным препаратам. Ниже рассмотрен один из клинических случаев.

Пациентка Д., 1970 г.р, инвалид второй группы, бессрочно.

Анамнестические сведения: наследственность психопатологически отягощена. Раннее развитие без особенностей. После окончания школы непродолжительно трудоустроивалась на низкоквалифицированную работу. Замужем не была, детей не имеет. Под наблюдением психиатров состоит с 1992 г., когда впервые поступила в стационар по поводу тревожно-депрессивных и галлюцинаторно-бредовых расстройств. В последующем присоединились кататонические явления. Госпитализации частые, длительные, психопродуктивная симптоматика носит стойкий, труднокурабельный характер, ремиссии неустойчивые.

Выставлен диагноз: «Шизофрения, недифференцированная форма, непрерывно-прогредиентное течение, близкое к злокачественному, с полиморфной симптоматикой».

Сформирована высокая резистентность к психотропным препаратам, так как длительно применялись нейролептики в высоких дозах – галоперидол до 60 мг/сут, трифлуоперазин до 60 мг/сут, левомепромазин до 500 мг/сут и другие, а также комбинации указанных препаратов.

Описываемая госпитализация с мая 2014 г.: в стационар доставлена бригадой «скорой помощи», длительность пребывания на амбулаторном лечении после предыдущей выписки – около месяца. При поступлении пациентка малоопрятна. Возбуждена, не удерживается на месте. Настроение тревожно-пониженное. Мышление паралогическое, с разорванностью, резонерством. Критики нет. Длительно получала высокие дозы типичных нейролептиков, как в качестве монотерапии, так и комбинированно. С целью снижения резистентности к проводимой психотерапии и прогредиентности болезненного процесса неоднократно использовалась методика «отмены» и плазмаферез. Несмотря на лечение, состояние не менялось: сохранялись периоды кататонического возбуждения, перемежающиеся со ступорозными, галлюцинаторно-параноидная симптоматика, тревожно-депрессивный фон настроения. После «обрыва» пациентка была переведена на монотерапию атипичными препаратами. Назначен кветиапин с 200 мг/сут, в дальнейшем доза доведена до 800 мг/сут. На фоне приема кветиапина отмечена положительная динамика. Стала значительно спокойнее, в поведении подчиняема, упорядочена. Галлюцинаторно-бредовая симптоматика редуцировалась, дезактуализировалась. Кататонические эпизоды не зафиксированы. Эмоциональный фон ровный. За две недели до предполагаемой выписки из стационара дозировка была снижена до 600 мг/сут, состояние оставалось стабильным, данную дозу продолжила принимать амбулаторно. На этом фоне наблюдалась длительная ремиссия.

Таким образом, в части труднокурабельных случаев, сопровождающихся стойкой затяжной психопродуктивной симптоматикой с высокой резистентностью к проводимой психотерапии и требующей назначения высоких доз нейролептиков с выраженным антипсихотическим действием, атипичные нейролептики дают значительный положительный результат и являются серьезной альтернативой традиционным антипсихотикам.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ «СТАЦИОНАР НА ДОМУ» Г. БАРНАУЛА Форрер В.А.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия**

«Стационар на дому» для психически больных является промежуточным звеном между внебольничным и стационарным психиатрическими звеньями, предназначенным для оказания помощи психически больным, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но нуждающимся в лечебно-диагностической помощи в дневное время, по объему и интенсивности приближенной к стационарной.

«Стационар на дому» был организован в январе 2001 г. в составе КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.» на правах его амбулаторного подразделения. Как структурная единица в своей деятельности данное подразделение подчиняется главному врачу учреждения, в составе которого он организован. Работает по принципу централизации. Такой вид работы предусматривает специальное выделение врача-психиатра и медицинской сестры, которые обеспечиваются специальным автомобильным транспортом. Руководство «Стационара на дому» осуществляется заведующим отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу и его заместителю по внебольничной помощи.

Определены задачи «Стационара на дому»: 1) лечение психически больных с обострениями или декомпенсацией психического состояния, нуждающихся в активной терапии, ежедневном врачебном наблюдении и не требующих обязательной госпитализации; проведение им широкого комплекса лечебно-восстановительных мероприятий; 2) лечение больных, получивших основной курс лечения в психиатрическом стационаре, которые могут быть переведены на полустационарный режим и нуждаются в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке; 3) оказание социально-правовой помощи психически

больным, проходящим лечение в «Стационаре на дому», урегулирование бытовых вопросов и т.д.; 4) осуществление лечения психически больных без отрыва от обычной социальной среды; 5) задачи восстановительного лечения; 6) предупреждение явлений госпитализма; 7) выполнение функции долечивания больных, переведенных из больницы.

Кроме того, были определены показания и противопоказания к направлению в «Стационар на дому»

В «Стационар на дому» принимаются следующие категории: психически больные, нуждающиеся в активном лечении, состояние которых не требует обязательной госпитализации в психиатрический стационар, сохраняющие вместе с тем упорядоченность поведения и положительную установку и лечение; больные, нуждающиеся в коррекции поддерживающей терапии, если требуется ежедневное наблюдение врача; больные с обострениями психопатологических расстройств или декомпенсацией в рамках пограничных психических состояний; больные в начальной стадии психического заболевания или его обострения с целью диагностики, лечения, а также профилактики рецидива; больные с неясным диагнозом, в случае если уточнение психиатрического диагноза может быть осуществлено в условиях стационара на дому.

Не подлежат приему в стационар на дому психически больные, представляющие непосредственную опасность для себя и для окружающих; лица, страдающие тяжелыми соматическими, а также инфекционными и венерическими заболеваниями в заразном периоде; лица, страдающие алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

Разработан порядок поступления, выписки и организации лечения больных.

Работа «Стационара на дому» проводится в тесном контакте с психоневрологическим диспансером (диспансерным отделением, кабинетом), психотерапевтическими кабинетами общесоматических поликлиник, а также с психиатрическими стационарами, направляющими больных в «Стационар на дому», и другими лечебными учреждениями данной категории.

Вопрос о приеме больных на лечение в «Стационар на дому» решает заведующий дневным стационаром. В спорных случаях, возникающих при приеме больного, окончательное решение принадлежит главному врачу (заместителю главного врача по лечебной части) учреждения, в структуре которого находится стационар на дому.

В «Стационаре на дому» на каждого больного ведется медицинская карта стационарного больного. В день выписки больного из «Стационара на дому» составляется эпикриз, копия которого направляется для приобщения его к медицинской карте амбулаторного больного.

В «Стационаре на дому» осуществляются все виды лечения, проведение которых не требует круглосуточного медицинского наблюдения за состоянием больного. При этом с семьей и близкими больного осуществляется систематическая работа, подчиненная задачам лечения.

Режим «Стационара на дому» разрабатывается заведующим и утверждается главным врачом учреждения. Он строится на принципе чередования различных лечебных процессов, при необходимости индивидуализируется врачом соответственно состоянию больного.

В случаях ухудшения состояния больного, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он незамедлительно переводится в соответствующее стационарное отделение.

Значительное развитие «Стационар на дому» получил в связи с широким внедрением в психиатрическую практику психофармакотерапии, что в свою очередь увеличило удельный вес среди психически больных, состоящих на учете у психиатра с более благоприятным течением психических заболеваний. Новые методы терапии, реабилитационных мер, диагностики привели к существенному сдвигу в приоритете, где диспансер со стационаром на дому занимает центральное место в организации психиатрической помощи. Осуществляя лечение психически больных без отрыва от обычной социальной среды, «Стационар на дому» в большей степени отвечает задачам восстановления психического здоровья, чем больницы, предупреждая социальную дезадаптацию и явления клинического госпитализма.

Содержание больных в «Стационаре на дому» оказалось экономически выгоднее, так как оно обходится в 1/3 стоимости круглосуточного содержания в стационаре.

За период с 2015 по 2017 г. было пролечено 812 больных. Средняя длительность лечения составляла 22 календарных дня.

Таблица 1

Структура заболеваемости в «Стационаре на дому» за 2015–2017 гг.

Рубрика по МКБ-10	2015		2016		2017	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%
F00.000–F09.999	227	88,6	268	90,5	231	88,8
F20.000–F29.999	21	8,2	17	5,91	18	6,9
F30.000–F39.999	2	0,8	1	0,33	2	0,8
F40.000–F49.999	1	0,4	4	1,3	4	1,6
F60.000–F69.999	1	0,4	2	0,66	0	0
F70.000–F79.999	4	1,6	4	1,3	5	1,9
Всего	256	100	296	100	260	100

Как показано в таблице 1, преобладают пациенты с органическими расстройствами, деменцией и психотическими расстройствами, а также по убывающей больные с шизофренией.

Т а б л и ц а 2

**Возрастные категории пролеченных пациентов
в «Стационаре на дому» за 2015–2017 гг.**

Показатель	2015		2016		2017	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%
Всего	256	100	296	100	260	100
Старше трудоспособного возраста, все пациенты	211	82,4	259	87,5	227	87,3
Старше трудоспособного возраста, мужчины	50	19,5	62	20,9	53	20,4
Старше трудоспособного возраста, женщины	161	62,9	197	66,5	174	66,9

Т а б л и ц а 3

**Тип ремиссии у пролеченных пациентов в «Стационаре на дому»
за 2015–2017 гг.**

Тип ремиссии	2015 г.		2016 г.		2017 г.	
	К-во	%	К-во	%	К-во	%
А	-	-	1	0,3	-	-
В, С	195	76,2	287	97	252	97
Д	0	0	0	0	0	0
О	61	23,8	8	2,7	8	3

По данным таблицы 2, по половой принадлежности преобладают пациенты женского пола по сравнению с мужчинами (62,9% против 19,5%). Как представлено в таблице 3, ремиссии В, С преобладают во всех трех временных периодах проводившегося исследования.

ПРЕОДОЛЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Черемных Е.В.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия**

Эффективность современной нейролептической терапии не вызывает сомнений, тем не менее развиваются повторные обострения, нарастает тяжесть хронических психопатологических расстройств, наблюдаются случаи формирования тяжелого шизофренического дефекта. Неблагоприятный прогноз определяется различными механиз-

мами, к одним из которых относится явление лекарственной резистентности.

Традиционно к «резистентным» относили такие случаи болезни, при которых не удавалось добиться значительного ослабления продуктивной симптоматики, замедления или остановки прогрессирования патологического процесса. Оставалось непонятным, насколько по клиническим параметрам должно улучшиться состояние, чтобы считать терапию эффективной или рассматривать больного как резистентного к ней. Для достижения взаимопонимания между специалистами была предпринята попытка унификации понятия «терапевтическая резистентность».

Определены предикторы терапевтической резистентности, к ним отнесены ранее начало болезни, «стертое» начало до манифестного психоза, непрерывное течение, хронизация патологического процесса, блеклость в структуре симптомокомплекса аффективного компонента и другие особенности. Таким образом, группа «резистентных» больных довольно разнородна.

Патофизиологические механизмы резистентности до конца не определены. Для преодоления лекарственной резистентности предложено применять различные методы психофармакотерапии. Обсуждается вопрос об эффективности атипичных нейролептиков нового поколения. Их эффективность полностью не доказана, хотя и не может быть полностью исключена. Отдельного внимания заслуживают данные о высокой эффективности атипичного нейролептика клозапина. Клозапин признан единственным антипсихотическим средством, эффективность которого в резистентных случаях болезни клинически доказана.

Повышению эффективности лечения способствует применение комбинированной терапии несколькими нейролептиками, комбинация нейролептиков в совокупности с другими психотропными средствами (соли лития, нормотимики-антиконвульсанты, ламотриджин, антидепрессанты). Традиционно в качестве альтернативного нелекарственного метода лечения больных используется электросудорожная терапия. Ее эффективность доказана результатами многочисленных исследований. К другим лекарственным и нелекарственным подходам к преодолению терапевтической резистентности относятся методы «отмены» и «зигзага».

Дифференцированный подход к применению современных методов преодоления терапевтической резистентности до сих пор окончательно не разработан. Проблема профилактики терапевтической резистентности не решена, так же как и профилактика шизофрении вообще.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО МЕТОДИКЕ ЗАМЕЩАЮЩЕГО ОНТОГЕНЕЗА С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Чунихина А.В., Ведяшкин В.Н.

КГБУЗ «Алтайский краевой психоневрологический диспансер
для детей», Барнаул, Россия

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

За последнее десятилетие увеличилось число детей, страдающих задержками психического развития. Об этом свидетельствует постоянный рост в Алтайском крае количества детей-инвалидов по заболеваниям, относящимся по отчетным формам к разделу «Хронические неорганические психозы» с 45,0 на 100 тыс. детского населения в 2012 г. до 59,8 на 100 тыс. в 2017 г. За период с июня 2016 г. по июль 2018 г. в амбулаторных условиях Алтайского краевого психоневрологического диспансера для детей наблюдались и получали комплексную реабилитацию 24 ребенка в возрасте от 7 до 11 лет с диагнозом «Смешанное специфическое расстройство психологического развития». Данный диагноз соответствовал рубрике F83 МКБ-10: Смешанные специфические расстройства развития. Эта рубрика подразумевает некоторое смешение специфических расстройств развития речи, познавательных навыков или двигательных функций, но при которых нет значительно преобладания ни одного из них, что было бы достаточным для установления первичного диагноза. Для всех этих специфических расстройств развития общим является сочетание некоторого общего нарушения когнитивных функций, и эта смешанная категория используется только при наличии существенного совпадения симптоматики. Из данной категории заведомо исключались дети с грубой органической, эмоционально-волевой и психопатоподобной симптоматикой.

Комплексная реабилитация состояла из двух направлений: медикаментозное лечение и психологическая коррекция. Курсы медикаментозной терапии назначались врачом-психиатром не реже 2 раз в год. Назначались церебропротекторы, ноотропы, антиоксиданты и витамины. В то же время медицинский психолог проводил индивидуальные

коррекционные занятия 2 раза в неделю, используя метод замещающего онтогенеза.

Онтогенез – процесс развития индивидуального организма. Тренировки по методу «замещающего онтогенеза» позволяют ребенку повторно пройти этапы раннего развития, начиная с рождения, благодаря чему включаются в работу «спящие» нервные клетки. Занятия по этой методике делают нервную систему более «зрелой», так как активизируют работу мозга. Упражнения воздействуют на механизм психических функций и помогают ребенку развиваться в нужном направлении.

В первую очередь занимались тактильными ощущениями (т.е. связанными с прикосновениями), ориентацией в собственном теле (соматогнозис) и во внешнем пространстве, формированием оптико-пространственной ориентировки в разных плоскостях. Вторым, более сложным этапом была непосредственная работа с моторными ошибками при чтении и на письме: отработка тонких движений пальцев рук, формирование зрительно-моторных координации во внешнем пространстве (на листе бумаги, доске и т.д.), зрительной стратегии восприятия листа бумаги, схемы зрительного контроля, восстановление связей между моторным, звуковым и зрительным образом слов.

С помощью специально подобранных упражнений координируется работа правого и левого полушарий и развивается взаимодействие тела и интеллекта. Упражнения способствуют возбуждению определенных участков мозга и включают механизм объединения мысли и движения. В результате этого учебный материал воспринимается более целостно и естественно и поэтому лучше запоминается. Кроме того упражнения, также способствуют развитию координации движений, психофизических функций и навыков самоконтроля. Занятия по этой методике делают нервную систему более «зрелой», так как активизируют работу мозга. Упражнения воздействуют на сам механизм психических функций и помогают ребенку развиваться в нужном направлении. Это происходит за счет создания новых нейронных связей между разными отделами головного мозга, между левым и правым полушариями. В результате дети быстрее и лучше усваивают новую информацию и легче адаптируются в новых условиях. У всех детей, получавших комплексную реабилитацию с использованием метода замещающего онтогенеза, улучшились предпосылки интеллекта, зрительно-моторная координация, появились навыки самоконтроля и самопроверки, умение получать отсроченное удовольствие, работать по правилам, появилось критичное отношение к своему поведению. Как следствие, во всей группе наблюдаемых детей повысилась школьная успеваемость и улучшилась адаптация в социуме. Работа в данном направлении будет продолжена.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шахраева О.А., Кулешова О.Н.

**КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая
больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия**

За последнее время в работе краевого консультативного кабинета отмечается увеличение числа обратившихся с соматоформными расстройствами. Пациенты в основном направляются краевыми медицинскими учреждениями после консультации узких специалистов и исключения органической и соматической патологии.

Расстройство в виде соматизации является хроническим синдромом, состоящим из множества соматических симптомов, которые нельзя объяснить только с позиции медицины. Диагностическими критериями для расстройства в виде соматизации являются: 1) множественные жалобы на нарушения физического состояния или признания себя больным; 2) симптомы, признанные значительными и отвечающие следующим критериям, в частности таким как: а) отсутствие органической патологии или патофизиологических признаков болезни (например, соматическое заболевание или повреждение тела), которые могли бы лежать в основе этого симптома или же имеет место органическая патология, жалобы и размер социальных и профессиональных нарушений, значительно превышала расстройства, которые можно обнаружить при помощи исследования физического состояния больного; б) больному приходится прибегать к лекарствам, посещать врача, а также значительно менять свой образ жизни.

Соматизация чаще встречается у женщин, чем у мужчин, проявляется более часто среди малообеспеченных людей и тех, кто имеет более низкий профессиональный статус. Этиология расстройства мало изучена, хотя его накопление в семьях указывает на наличие генетического фактора. Пример родителей, а также культурные и этические особенности обучают детей соматизации. Органические заболевания ведут к истощению организма.

В некоторых исследованиях обсуждается определенный нейрофизиологический базис для расстройства в виде соматизации. Предполагается, что у таких больных имеются характерные особенности внимания и когнитивных нарушений, которые являются результатом ошибочного восприятия и оценки соматосенсорного вида.

Больные с расстройством в виде соматизации высказывают множество соматических жалоб и излагают длинную, сложную историю физического заболевания. Наиболее часто предъявляются жалобы на

тошноту и рвоту, затруднение глотания, боли в руках и ногах, поверхностное дыхание. Пациенты убеждены, что больны большую часть своей жизни. У них значительно выражены психологические проблемы и нарушены межличностные отношения. Из психиатрических нарушений ведущими являются проявления тревоги и депрессии.

История болезни у таких больных неясная, неточная, обстоятельная. Они описывают свои жалобы эмоционально, в преувеличенной манере, красивым языком, часто идет путаница во временной последовательности, а также не могут отчетливо отличать текущую и прошлую симптоматику в истории болезни. Часто они манипулируют окружающими, диктуют доктору тактику лечения.

При наличии симптоматики соматоформного расстройства в первую очередьлагается исключить его органический характер. Наибольшие диагностические трудности вызывает наличие таких заболеваний, как сахарный диабет, рассеянный склероз, системная красная волчанка и другие системные заболевания. Кроме того, начало патологических проявлений в позднем возрасте может указывать на наличие физического заболевания, поэтому диагноз не может быть поставлен до момента исключения органического заболевания.

Дифференцирование с расстройствами шизофренического спектра основывается на наличии у больных шизофренией соматического бреда и характерных расстройств мышления.

При депрессивной симптоматике аффективные и поведенческие расстройства у больных имеют тенденцию к периодичности. Оправданно назначение антидепрессантов, когда преобладающим расстройством является депрессия.

В лечении больного с соматоформным расстройством особую роль играет эмпатия и доверие к доктору, а также лечение у одного доктора, чтобы избежать возможности манипулирования.

Психотерапия у больного с соматизацией снижает озабоченность своим здоровьем за счет удовлетворенности медицинской помощью. При помощи психотерапии больным удается помочь справиться с патологической симптоматикой.

Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам относят следующие подгруппы: F45.0 Соматизированное расстройство; F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство; F45.2 Ипохондрическое расстройство; F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы; F45.4 Устойчивое соматоформное болевое расстройство; F45.8 Другие соматоформные расстройства; F45.9 Соматоформное расстройство неуточненное.

Далее приведено описание двух клинических случаев из практики.

Больная Х. родилась в полной семье рабочих, последней из двух детей, раннее развитие без особенностей, в школу пошла своевременно, окончила 8 классов средней школы, училась слабо. Работала на различных малоквалифицированных работах. Подолгу на одном месте не удерживалась из-за конфликтности, трудовой стаж минимальный. Дважды была замужем, второй муж умер в феврале 2010 г., детей нет, живет одна. Серьезных ЧМТ не было, но считает, что при падении с велосипеда в возрасте 18 лет получила значимую травму, которая повлияла в будущем на ее здоровье. С 1991 г. после смерти матери стала испытывать тревогу, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: отрыжка, вздутие живота, расстройство стула, боль в области эпигастрия и нижних отделах кишечника. С 1992 г. регулярно получает лечение, но эффекта от лечения не испытывает. С её слов, «практически все психотропные препараты не идут». Неоднократно была госпитализирована в психиатрическую больницу и дневной стационар, последняя госпитализация с 14.07.2010 г. по 13.08.2010 г. с диагнозом: «Расстройство личности по смешанному типу (истерозпилептоидный), декомпенсация. Тревожно-депрессивный синдром с соматоформными проявлениями». Имеет III группу инвалидности.

Больной С. родился единственным ребенком в полной семье. Мать умерла, когда больному было 9 месяцев, отец ушел в другую семью. Воспитывался бабушкой в гиперопеке. Детское дошкольное учреждение посещал, в школу пошел с 7 лет, классы не дублировал, учился «средне», окончил 10 классов и профессиональное училище по специальности слесаря. В 10 лет перенес ЧМТ, с 11 лет наблюдается у психиатров, когда впервые появились приступы «панического страха», с которыми не мог справиться. Лечился по этому поводу в детском отделении АККПБ. В 1987–1989 гг. служил в армии шофером, там получил ЧМТ с потерей сознания (в результате ДТП). Был комиссован по статье 7Б. После армии женился, имеет 2 детей. Работал слесарем-ремонтником. Неоднократно проходил лечение в психиатрической больнице и дневном стационаре с жалобами на метеочувствительность, переменчивое настроение, раздражительность, обидчивость, плаксивость, ощущение холода в теле, сменяющееся жаром, головокружение, ощущение паники, страха смерти, сопровождающееся сердцебиением, потливостью, болью в животе, купирующиеся приемом транквилизаторов. Получал феварин, карбамазепин, сибазон, эглонил, сосудистую терапию. Ухудшение отмечает в весенне-осенний период. Был признан инвалидом III группы бессрочно по психическому заболеванию. Наблюдается психиатром с диагнозом: «Органическое расстройство личности травматического генеза с незначительным когнитивным

снижением. Тревожно-депрессивный синдром с ипохондрической фиксацией: Вегетативные пароксизмы по типу панических атак». Получает курсовое лечение в периоды обострения депакин хроно, циталопрам, кветиапин, а также транквилизаторы (сибазон, клоназепам) для купирования вегетативных пароксизмов.

Таким образом, можно говорить об остроте проблем соматизации среди больных с хроническими психическими расстройствами в плане клинического подхода к лечению и реабилитационного прогноза и качества социальной жизни больного.

Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод, что соматизация является хроническим прогрессивным расстройством, которое накладывает грубый отпечаток на психическое состояние пациента, нарушает его социальные связи и зачастую приводит к инвалидизации.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И «ВОЗБУЖДЕННАЯ МАНИЯ» У ДЕТЕЙ: СХОДСТВО И ОТЛИЧИЯ

Шевченко Ю.С., Пилюгина Л.В., Шевченко М.Ю.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул, Россия

Возрастная психопатологическая симптоматика зачастую заслоняет нозоспецифические клинические проявления этиопатогенеза и обуславливает атипичность классических синдромов, общих для любого возраста. Последнее дало основание для выделения варианта маниакального синдрома, получившего название «возбужденной мании» (Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н., 1988), трудно отличимой от проявлений двигательной расторможенности в рамках синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). В более ранних работах нами выделены критерии их дифференциации, краткое описание которых приведено далее (Шевченко Ю.С., 2006; Пилюгина Л.В., 2006).

1. Под маской психопатоподобного поведения, в структуре которого у детей дошкольного и младшего школьного возрастов большое место занимают гиперактивность и повышенная отвлекаемость, всегда присутствуют более или менее выраженные маниакальные (или гипоманиакальные) расстройства, которые можно ошибочно принять за «естественную детскую живость», конституциональную гипертимность или органическую эйфоричность. Нераспознанность возбужденной мании ведет к изолированному применению педагогических мероприятий (Шевченко Ю.С., Шевченко М.Ю., 2006), что оказывается

неэффективным, вызывая у близких недоумение, растерянность и отчаяние.

2. Фазность расстройств, проявляющаяся в виде суточных колебаний, сезонных обострений, беспричинного и острого начала качественного ухудшения поведения, наличие более отчетливых аффективных (чаще соматизированных депрессивных) фаз в анамнезе, в частности в раннем возрасте.

3. Наличие соматовегетативных проявлений мании в виде нарушений сна, таких как позднее засыпание, укороченный по времени глубокий сон, повышенный аппетит, неустойчивость, неизменное ощущение физического благополучия, легкая переносимость физического дискомфорта, пониженная чувствительность к боли, высокая сопротивляемость соматогенным вредностям, нечувствительность к аденовирусным инфекциям, что свидетельствует о повышенном витальном тоне. В ряде случаев имеет место усиление инстинктивной сферы.

4. Критерий *ex juvantibus* (доказательство предполагаемой природы расстройства на основании эффективности специфического для него лечения). Психопатоподобные эквиваленты мании у детей проявляют особую чувствительность к седативным нейролептикам, тогда как ноотропы и психостимуляторы могут спровоцировать психотическое обострение.

Дополнительными критериями диагностики психопатоподобных масок мании служат:

1. Наследственная отягощенность маниакально-депрессивными расстройствами, которая чаще прослеживается по материнской линии, тогда как шизотипичность чаще отмечается по линии отца.

2. Гетерономность актуального поведения преморбидно-дефензивным чертам характера детей (тормозимым, тревожно-мнительным, сенситивно-шизоидным).

3. Субъективное ощущение у сохраненных больных необычности и неестественности своего поведения и состояния в целом, наличие чувства измененности, хотя и без негативного отношения к этому.

4. Отсутствие явных признаков психоорганического синдрома, высокая продуктивность в субъективно привлекательной или сверхценной аутистической деятельности, легкое усвоение материала, обилие ярких, остроумных умозаключений, разнообразие интересов, неустойчивость в занятиях, даже при наличии специфических негативных расстройств при прогрессивных формах шизофрении и обычно негрубых расстройствах мышления. Предупредить нарастание последних могут только своевременная диагностика и адекватная терапия.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СПИДЕ

Шкробова М.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

ВОЗ считает, что СПИД «значительно» влияет на психическое здоровье. От 38 до 73% пациентов с ВИЧ/СПИДом, как минимум, имеют одно психическое расстройство в течение жизни. Психические расстройства, связанные с ВИЧ/СПИДом, могут появляться в результате осознания человеком, что он болен смертельной болезнью, или быть результатом психосоциального стрессора, сопутствующего болезни, таким, например, как стигма и дискриминация. Психические расстройства могут появляться в результате неврологических изменений центральной нервной системы, вследствие поражающего воздействия ВИЧ, вирусов оппортунистических инфекций, или соответствующего лечения (то есть иметь экзогенно-органический генез).

Нейротропный вирус СПИДа, поражающий нейроны ЦНС, может вызывать психические расстройства задолго до снижения иммунитета у больных. У многих больных задолго до манифестации заболевания может появляться апатия, снижение работоспособности, нарушение сна, ухудшение настроения.

Большое значение имеет то обстоятельство, как человек реагирует на диагностику у него СПИДа, так как в обществе установилось мнение, что это самое опасное заболевание человека, «чума XX века». Сам факт наличия СПИДа расценивается как проявление мощного психологического стресса. При этом на ранних этапах болезни преобладают именно психические расстройства невротического регистра. В большинстве случаев у больных, узнавших о заболевании, развивается депрессия, с идеями самообвинения, мыслями о безысходности ситуации, что приводит к суицидальным поступкам.

Выделены факторы, способствующие суицидальному поведению у ВИЧ-инфицированных пациентов: репутация фатального, неизлечимого заболевания, коморбидность в подавляющем большинстве случаев с наркоманией, стигматизация заболевания и членов его семьи, депрессия.

На этапе «осознания болезни» могут возникать навязчивости: навязчивые представления о самом процессе умирания, навязчивые мысли о тех сексуальных партнерах, которые могли заразить СПИДом.

Уже на ранней стадии заболевания можно наблюдать отчетливо проявляющуюся органическую симптоматику. У больных возникают

дисфории, психопатоподобное поведение, ранее не свойственное, характеризующееся гневливостью, эксплозивностью, агрессивностью, иногда обнаруживаются эпилептиформные припадки.

В то же время ещё задолго до выявления доказательных признаков поражения ЦНС у многих больных выявляются разнообразные психотические расстройства, к которым относятся эпизоды с помрачением сознания, галлюцинозы, острые параноидные психозы, маниакальные состояния.

Дальнейшая прогрессивность заболевания приводит к поражению головного мозга, с быстрым нарастанием деменции у большинства (до 90%) всех заболевших СПИДом. Это послужило основанием для появления таких терминов, как «СПИД-дементный синдром», «СПИД-дементный комплекс». Причиной деменции служит возникновение таких поражений мозга, как диффузный простой энцефалит, менингит, менингиальная и церебральная лимфомы, церебральные артерииты.

Клинически отмечается постепенно нарастающая утрата концентрации внимания, снижение памяти на текущие события, дисмнестические проявления, утрата навыков самообслуживания.

Следует отметить коморбидность ВИЧ-инфекции и эндогенных психозов. Пациенты, страдающие шизофренией и аффективными психозами, входят в группу повышенного риска в отношении ВИЧ-инфекции. Высокие показатели распространённости ВИЧ-инфекции среди больных шизофренией связаны с рядом причин. В первую очередь имеет значение частое сочетание шизофрении и злоупотребление ПАВ. Кроме того, это связано с часто наблюдаемым у больных шизофренией стереотипного сексуального поведения со множественными беспорядочными половыми связями без применения контрацепции.

Психические расстройства при ВИЧ и СПИДе не только нарушают жизнь больных, но и затрудняют антиретровирусную терапию, так как ухудшают выполнение назначений. Поэтому ранняя диагностика и лечение психических расстройств у ВИЧ-инфицированных имеет особое значение.

Л и т е р а т у р а

1. Хритинин Д.Ф., Новиков В.В. Психические расстройства при ВИЧ-инфекции в XXI веке. – М.: Бином, 2016. – 224 с.
2. Царгасова Э.Б., Георгадзе З.О. Судебная психиатрия: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Закон и право, ЮНИТИ-ДАНА, 2003. – 239 с.
3. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Солдаткин В.А., Крылов В.И., Перяхов А.Я. Психические и поведенческие расстройства, при ВИЧ-инфекции и СПИДе: Учебное пособие. – Ростов: Ростовский государственный медицинский университет, 2012.

АКТУАЛЬНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИЙ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Юсан Е.В.

КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница имени Эрдмана Юрия Карловича», Барнаул, Россия

Своевременная диагностика депрессий при сосудистых заболеваниях головного мозга обусловлена сложностью и многообразием взаимоотношения депрессий и сосудистых заболеваний. Депрессия часто является фактором риска развития инсульта. Предполагается, что депрессия сопровождается активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что приводит к повышенному уровню АД и негативно влияет на другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Депрессия приводит к структурным и функциональным изменениям головного мозга, в частности снижаются объем префронтальной коры, объем и плотность нейронов, объем гиппокампа и плотность глии, изменяются мозговой кровоток и метаболизм. Пациенты с депрессией менее привержены мероприятиям по профилактике повторного инсульта и нейрореабилитации с целью коррекции имеющихся неврологических нарушений, более подвержены курению, злоупотреблению алкоголем и другим вредным привычкам. Депрессия после перенесенного инсульта не только непосредственно и значимо снижает качество жизни пациентов и их родственников, но и негативно влияет на прогноз восстановления неврологических расстройств, степень функционального ограничения и когнитивные функции.

Необходимость своевременного выявления и лечения депрессивных расстройств обусловлена также и тем, что депрессия, помимо других факторов, может явиться риском развития деменции в постинсультном периоде.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение депрессии является важным фактором реабилитации пациентов с сосудистыми заболеваниями. Коррекция постинсультных психических расстройств способствует обратному развитию неврологических дефектов и улучшению функционирования пациента в быту, улучшает адаптацию больного к новым, изменившимся условиям жизни, улучшает качество и количество его социальных связей. Лечение депрессии должно быть комплексным, включать медикаментозную терапию, психотерапию. При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать селективным ингибиторам обратного захвата серотонина, обладающим лучшей переносимостью и профилем безопасности.

Авдеенко А.А. (Барнаул) Возможности психотерапевтических технологий в раскрытии потенциала переживаний	3
Авдеенко А.А. (Барнаул) Вера и психические расстройства	4
Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Сорокин А.П. (Томск) Клиническая динамика и терапия инсомний при пограничных состояниях	6
Андреева А.А. (Барнаул) Особенности психотерапии в условиях психиатрического стационара	9
Аносова Е.В., Мишагин М.В. (Барнаул) Организация и опыт работы медико-реабилитационного отделения в психиатрическом стационаре	11
Бакеева Е.Г., Горелкин А.О., Лопатин А.А., Зорохович И.И. (Кемерово) Нерешенные вопросы, возникшие при работе химико-токсикологической лаборатории	12
Балабанова Н.Ю., Вязанкин А.И., Дектеренко С.С. (Барнаул) Определение нуждемости в технических средствах реабилитации в Алтайском крае в 2015–2018 гг. инвалидам вследствие психических нарушений	14
Башева О.А., Краснова А.Д., Андреева А.А. (Барнаул) Комплексный подход в лечении демонстративно-шантажного поведения в структуре суицида	17
Бойко А.С., Меднова И.А., Дубровская В.В., Липина А.В., Попова Т.А., Гашков С.И. (Томск, Омск) Характеристика липидно-углеводного спектра при шизофрении	18
Ведяшкин В.Н., Гарбузова Е.Е. (Барнаул) Уровень эффективности индивидуального обучения на дому у детей и подростков с психическими расстройствами	20
Гашкова Л.А., Цыба И.В., Клешня В.Г., Кучерявая В.И., Лик-ван-джи Н.Е. (Донецк) Определение чувствительности к стрессу у медицинского персонала наркологического диспансера в условиях военного конфликта ..	23
Голубева Н.В. (Барнаул) Современное онлайн-психоконсультирование. Основные методы и подходы	24
Гонопольский А.И., Стагис К.А. (Барнаул) Сочетанные психические расстройства у больных, находящихся на принудительном лечении в специализированном отделении	26
Гонопольский А.И., Стагис К.А., Ерохина О.В. (Барнаул) Терапия занятостью в системе реабилитации больных, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа	28
Дарсалия О.В., Говорова Г.М., Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю., Селедцов А.М. (Кемерово) Опыт применения аудиовизуальной стимуляции в психотерапии панических расстройств	30
Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е. (Томск) Аддиктивное поведение подростков различных категорий	32
Дегтярева И.В. (Барнаул) Микропсихиатрия в практической деятельности охраны психического здоровья детей	34
	133

Демьянова Н.Л., Попова О.В., Храмогина Т.В. (Барнаул) Ведение пациентов, направленных на лечение по постановлению суда, в условиях круглосуточного наркологического стационара	35
Дубцова О.В., Головина И.В. (Барнаул) Лечение и реабилитация детей с синдромом дефицита внимания	37
Дудин В.В., Буренкова И.Г., Фомовская Т.П. (Барнаул) Опыт работы круглосуточного психиатрического стационара в условиях совместного пребывания матери и ребенка	38
Епанчинцева Е.М., Казенных Т.В., Никитина В.Б., Иванова А.А., Аксенов М.М. (Томск) К вопросу клинической динамики нервно-психических расстройств у участников локальных вооруженных конфликтов	40
Иванов В.Г., Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. (Чебоксары) Особенности самоотношения личности в зависимости от цели обращения за психологической помощью онлайн	46
Иванов А.А., Чиган М.Н. (Барнаул) Распространенность употребления наркотических веществ синтетического происхождения в Алтайском крае ..	47
Ильченко Л.В. (Барнаул) Каково различие между сосудистой деменцией и болезнью Альцгеймера	49
Казанцева Н.Н. (Барнаул) КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	52
Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е. (Томск) К вопросу выявления субклинической аффективной симптоматики у подростков	56
Картавых К.В., Форрер А.Г. (Барнаул) Бред ревности при острых алкогольных психозах	58
Королев А.А. (Барнаул) Роль «информационной перегрузки» в формировании невротических расстройств	61
Лен О.А., Лизунова Н.В., Тё Т.Н. (Кемерово) Групповая психотерапия при стационарном лечении наркологических больных	63
Лик-ван-джи Н.Е., Гашкова Л.А., Цыба И.В. (Донецк) Клинический случай острого психотического расстройства в практике участкового врача-нарколога	64
Лопатин А.А., Зорохович И.И., Борисова В.А., Шевцова М.А., Кириченко Е.А. (Кемерово) Организация и опыт работы специализированной суицидологической службы	66
Лукашова А.В. (Кемерово) Влияние послеродовой депрессии на систему «мать и дитя»	67
Лукашова А.В., Туранская Д.К. (Кемерово) Асфиксия новорожденных ..	68
Лукьянов Э.М. (Барнаул) Актуальные вопросы оказания психиатрической помощи детскому и подростковому населению в Алтайском крае ...	70

Малегонова С.А., Соловьева М.В. (Барнаул) Паническая атака как психологический феномен	71
Медведева О.С. (Барнаул) Лечение кветиапином поведенческих расстройств у больных деменцией	73
Муранова Т.Ю., Ягченко Е.В., Корнев В.В. (Барнаул) Взаимодействие КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» с некоммерческими организациями в реабилитации наркозависимых	74
Неверова Г.Ю. (Барнаул) Опыт применения терапевтической программы «Анонимные алкоголики» в условиях амбулаторной службы	76
Павлов Г.А., Акопян Т.А., Радина Л.Н., Тимошников Н.Н., Гончаренко А.Г. (Барнаул) Динамика первичной инвалидности детского населения Алтайского края вследствие психических заболеваний в 2015–2017 гг.	78
Пахомова Н.В. (Барнаул) Применение БОС-терапии в коррекции психоэмоционального состояния детей с неврозами и СДВГ	83
Пеккер И.Б., Зырянова И.В. (Барнаул) Психосоциальная реабилитация пациентов в амбулаторной службе	85
Побережная Н.В., Цыба И.В., Кучерявая В.Н. (Донецк) Пивной алкоголизм как медико-социальная проблема	86
Побережная Н.В., Цыба И.В., Кучерявая В.Н. (Донецк) Особенности групповой психопрофилактики и психокоррекции пивной алкогольной зависимости у подростков	87
Радина Л.Н., Тимошников Н.Н., Владимирова И.А., Гончаренко А.Г. (Барнаул) Динамика первичной инвалидности взрослого населения Алтайского края вследствие психических расстройств в 2015–2017 гг.	88
Рублева О.П., Колпакова Ю.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Шевцова М.А. (Кемерово) Основные причины суицидальных обращений на Телефон Доверия несовершеннолетних	93
Рудницкий В.А. (Томск) Образовательные программы в технологиях лечения пациентов психическими расстройствами органического регистра	95
Рязанова Ю.В., Соколов Я.В., Радионова А.В., Половинкина Я.В., Тузкова Л.С., Лапина С.С. (Барнаул) Клинико-нейропсихологические подходы к изучению проблемы когнитивных функций при дисциркуляторной энцефалопатии	98
Салмина-Хвостова О.И. (Новокузнецк) Трудности диагностики и лечения панического расстройства	102
Старосельцева О.В., Образцов С.В., Ключников М.В. (Барнаул) Функции программирования, контроля и регуляции у лиц с делинквентным поведением	104
Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Васильева С.Н. (Томск) Эффективность комбинированной терапии депрессивных расстройств, связанных с утратой значимого близкого человека	105
	135

Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А. (Томск) Персонализированное психолого-психотерапевтическое сопровождение онкологических пациентов с нозогенными реакциями	110
Тихонова Е.С., Башева О.А. (Барнаул) Депрессия при шизофрении и состояния, ее имитирующие	113
Ушаков К.Б. (Барнаул) Анализ частоты развития нейролептических расстройств при применении рисперидона	115
Ушаков К.Б. (Барнаул) Применение атипичных нейролептиков в терапии труднокурабельных психозов	116
Форрер В.А. (Барнаул) Организация психиатрической помощи в отделении «Стационар на дому» г. Барнаула	118
Черемных Е.В. (Барнаул) Преодоление резистентности при лечении психических заболеваний	121
Чунихина А.В., Ведяшкин В.Н. (Барнаул) Опыт работы по методике замещающего онтогенеза с детьми, имеющими задержку психического развития	123
Шахраева О.А., Кулешова О.Н. (Барнаул) Актуальные вопросы в ведении больных с соматоформными расстройствами	125
Шевченко Ю.С., Пилюгина Л.В., Шевченко М.Ю. (Барнаул) Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и «возбужденная мания» у детей: сходство и отличия	128
Шкробова М.В. (Барнаул) Психические расстройства при ВИЧ-инфекции и СПИДе	130
Юсан Е.В. (Барнаул) Актуальность своевременной диагностики депрессий при сосудистых заболеваниях головного мозга	132

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ,
ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Сборник тезисов

межрегиональной научно-практической конференции, посвященной
70-летию алтайской психиатрии и 60-летию кафедры психиатрии,
медицинской психологии и неврологии с курсом ДПО АГМУ

(Барнаул, 10–11 октября 2018 года)

Под научной редакцией

академика РАН Н.А. Бохана
профессора И.И. Шереметьевой

Редактор И.А. Зеленская

Подписано в печать 30.11.2018 г.

Формат 60x84¹/₁₆

Печ. л. 7,9; уч.-изд. л. 7,4

Издательство Томского университета