

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ
Министерство здравоохранения Забайкальского края
ГКУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского
РОО Забайкальская ассоциация психиатров
ЗРОО Ассоциация наркологов Забайкалья

I КАНДИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской научно-практической конференции
посвященной 170-летию
со дня рождения В.Х. Кандинского

г. Чита
6-7 июня 2019 года



СОДЕРЖАНИЕ

УДК 616.89
ББК 56.1
А 43

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы всероссийской научно-практической конференции "I Кандинские чтения", посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского (Чита, 6-7 июня 2019 года). - Чита: РИЦ ЧГМА, 2019. - 177 с.

Материалы Всероссийской научно-практической конференции "I Кандинские чтения", посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского представляют собой сборник научных работ участников конференции.

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

- 1) современные подходы к организации психиатрической помощи в РФ: обсуждение "новых" тенденций и перспектив их внедрения;
- 2) актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических расстройств;
- 3) современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических заболеваний;
- 4) современные аспекты психофармакотерапии;
- 5) биологические основы психических и наркологических расстройств;
- 6) актуальные вопросы наркологии, психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлено 67 научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:
А.В. Сахаров (научный редактор)
О.П. Ступина, О.П. Дубинин

Ответственные за выпуск:
А.В. Сахаров, С.Е. Голыгина

Бодагова Е.А., Говорин Н.В. (Чита-Москва, Россия) Психопатологический анализ состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей.....	9
Бодагова Е.А., Говорин Н.В. (Чита-Москва, Россия) Клинико-эпидемиологические и электроэнцефалографические показатели у детей, оставшихся без попечения родителей.....	11
Болдовская А.В. (Чита, Россия) Структура психических расстройств у больных, проходивших лечение в условиях соматического стационара города Читы.....	13
Быченко И.В., Копытов А.В., Климович Е.А., Марудина К.В. (Минск, Беларусь) Алекситимия как предиктор развития алкогольной аддикции у подростков.....	15
Быченко И.В., Копытов А.В., Марудина К.В., Климович Е.А. (Минск, Беларусь) Особенности социальной поддержки у лиц подросткового возраста, имеющих проблемы с алкоголем.....	18
Бунина М.В. (Чита, Россия) Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения среди детского населения Забайкальского края.....	21
Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А. (Чита, Россия) Мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае за 2018 год.....	24
Вицкая И.Н., Гусев А.Ю. (Чита, Россия) Трудности диагностики реактивных психотических состояний, развившихся в условиях заключения.....	27
Глушенков А.А. (Чита, Россия) Организация комплекса мероприятий по профилактике потребления психоактивных веществ в рамках межведомственного взаимодействия.....	31
Голенков А.В. (Чебоксары, Россия) Сколько людей с психическими расстройствами в населении? (по данным опубликованных исследований).....	33
Голенков А.В., Никитина Е.В. (Чебоксары, Россия) Удовлетворенность больных эпилепсией лечением в психиатрическом стационаре.....	36
Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Капинос И.В., Сотников И.А., Ербаев М.А., Цыренова Ж.Д. (Чита, Россия) Психологические характеристики медицинского персонала психиатрического и наркологического стационаров.....	38

Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Озорнин А.С., Вашурина М.А., Нечаева Н.Н., Матафонова К.А. (Чита, Россия) Показатели микроциркуляции при острой шизофрении и алкогольном делирии.....	41
Гребень Н.Ф. (Минск, Беларусь) Использование сказки в диагностической работе с пациентами принудительного лечения психиатрического стационара.....	42
Гребень Н.Ф., Осипчик С.И. (Минск, Беларусь) О необходимости совершенствования организации медицинской помощи пациентам, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения	46
Дикало Н.Н. (Новокузнецк, Россия) Шизофрения в сочетании с алкоголизмом на примере клинического случая.....	48
Дубинин О.П. (Чита, Россия) Динамика алкогольных расстройств в Забайкальском крае за 2004-2018 годы.....	52
Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. (Самара, Россия) Место медицинского психообразования в медико-социальной реабилитации.....	54
Ефимова О.А., Дианова Н.С., Тимкина О.А. (Чита, Россия) Особенности копинг-поведения в ситуации болезни.....	58
Карницкая Л.А. (Минск, Беларусь) Особенности детско-родительских отношений в семьях больных шизофренией матерей.....	60
Касьянова Ю.А. (Якутск, Россия) Побочные явления при терапии антидепрессантами.....	63
Касьянова Ю.А., Бекенева Л.В. (Якутск, Россия) Взаимосвязь кибераддикции и агрессии у детей и подростков.....	64
Клинова М.А., Сахаров А.В., Аксенова Е.А., Кондратьева С.В., Нархинова А.А., Гавзова Е.И., Чимитцыренова Д.Б. (Чита, Россия) Невротические и аддиктивные расстройства у призывников при обследовании в психиатрическом стационаре.....	66
Кравченко С.Л., Хорошевская Ю.В. (Чита, Россия) Анализ некоторых характеристик женщин, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в ККПБ им. В.Х. Кандинского.....	69
Магай А.И., Казьмина Е.А., Копейко Г.И., Борисова О.А. (Москва, Россия) Клинический случай эндогенного психического заболевания с коморбидной полинаркоманией.....	70

Мелёхин А.И., Игнатенко Ю.С. (Москва, Россия) Специфика психотерапевтической тактики при синдроме раздраженного кишечника.....	74
Нечаева Л.Л. (Чита, Россия) Анализ проведения профилактических осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях Забайкальского края за 2017-2018 годы	76
Нечаева Т.О. (Чита, Россия) Стационарная трудовая реабилитация в Забайкальском крае.....	79
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. (Самара, Россия) Необходимость дискурса на современном этапе развития социальной психиатрии и наркологии.....	82
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. (Самара, Россия) Аддиктология с позиций функционального диагноза.....	86
Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Ассоциированная со стрессом манифестация поздней шизофрении.....	90
Озорнина Н.В., Озорнин А.С. (Чита, Россия) Опыт оказания помощи больным с тревожными расстройствами в психотерапевтическом отделении ККПБ им. В.Х. Кандинского.....	95
Петрова И.В. (Чита, Россия) Современное поколение синтетических наркотиков и их распространение в Забайкальском крае.....	97
Пляскина Е.В., Кучменко В.А. (Чита, Россия) Клинические случаи психических расстройств при раннем и позднем нейросифилисе	98
Польская Н.А. (Москва, Россия) Психологические функции самоповреждающего поведения в подростковом возрасте.....	102
Полянский Д.А. (Москва, Россия) Особенности купирования психотической симптоматики у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством.....	106
Раменская Н.М. (Чита, Россия) Роль врача психиатра в работе полипрофессиональной бригады отделения медицинской реабилитации Забайкальского краевого наркологического диспансера.....	109
Сансанова Л.Б., Тышкенова М.С., Доржиева О.А. (Улан-Удэ, Россия) Обзор профилактической деятельности Республиканского наркологического диспансера и задачи на будущее.....	113

Сансанова Л.Б., Дашибылов С.В., Михайлова В.М., Бубаев Б.А., Тышкенова М.С. (Улан-Удэ, Россия) Исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер наркологического и онкологического диспансеров в сравнительном аспекте.....	117
Сансанова Л.Б., Михайлова В.М., Бубаев Б.А. (Улан-Удэ, Россия) Исследование уровня реабилитационного потенциала пациента в мужского пола с пагубным потреблением наркотических средств...119	119
Сарайкин Д.М. (Санкт-Петербург, Россия) Особенности системы отношений больных эпилепсией.....	120
Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Недосека Н.Ю., Банщикова Т.А., Петрухина А.А. (Чита, Россия) Алкогольные психозы в Чите: изучение динамики за 10 лет.....	124
Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Штань М.С., Дмитриева А.А., Павлова К.Ф., Пермяков В.Д. (Чита, Россия) Социально-психологические характеристики матерей детей с психиатрическим опытом.....	125
Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Сафарова Г.Б., Гармонова А.К. (Чита, Россия) Изучение отношения к религии лиц с психическими расстройствами.....	127
Сахаров А.В., Бунина М.В., Бердникова М.Б. (Чита, Россия) Структура смертности пациентов психиатрического стационара в Забайкальском крае.....	128
Сахаров А.В., Колчанова Т.Г., Голыгина С.Е., Зимица М.В., Цыренова С.Д., Ибадова Г.В. (Чита, Россия) Некоторые характеристики парасуицидов в Забайкальском крае.....	129
Сизиков С.В. (Чита, Россия) Работа клинического психолога кабинета активного диспансерного наблюдения.....	130
Спирина И.Д., Живилова Я.С. (Днепро, Украина) Построение дифференцированных программ психосоциальной реабилитации для пациентов с расстройствами психической деятельности органического происхождения в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением.....	131
Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Гненная О.Н., Коваленко Т.Ю. (Днепро, Украина) Структура типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных.....	134
Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Шорников А.В., Коваленко Т.Ю. (Днепро, Украина) Кибераддикция как фактор формирования девиантного поведения у подростков с признаками акцентуации личности	136

Спирина И.Д., Широков А.В. (Днепро, Украина) Особенности реабилитации больных параноидной шизофренией, сочетанной с костным туберкулезом.....	137
Столярова А.Е. (Москва, Россия) Гендерные особенности депрессии у больных биполярным расстройством.....	140
Ступина О.П., Штань М.С., Кучменко В.А. (Чита, Россия) Клинический случай развития психических нарушений у пациента с метакроматической лейкодиетрофией.....	142
Ступина О.П., Честикова З.И. (Чита, Россия) Динамика показателей психического здоровья населения Забайкальского края в период 2016-2018 гг.....	144
Тимкина О.А., Водогреева О.А., Петухова А.А. (Чита, Россия) Исследование копинг-стрессовых поведенческих стратегий у студентов ЧГМА.....	147
Тимкина О.А., Терешина С.Ю., Чекунова А.Д. (Чита, Россия) Особенности стратегий поведенческой активности в стрессовых ситуациях у студентов ЧГМА.....	148
Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б. (Самарканд, Узбекистан) Особенности электроэнцефалографических показателей у больных алкогольной зависимостью.....	150
Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б. (Самарканд, Узбекистан) Преморбидные особенности личности и суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста	151
Туровская Н.Г., Кондратович А.В. (Волгоград, Россия) Детско-родительские отношения как фактор возникновения нервно-психических расстройств у детей.....	153
Умнякова К.С. (Санкт-Петербург, Россия) Уровень аутоагрессии и смысложизненные ориентации людей, употребляющих каннабиноиды.....	156
Хорошевская Ю.В. (Чита, Россия) Анализ структуры психических расстройств у лиц призывного возраста из районов Забайкальского края.....	159
Чижик Н.А. (Чита, Россия) Анализ работы кабинета активного диспансерного наблюдения в Забайкальском крае за 2014-2018 гг.	160
Шестакова Н.В., Киселева Т.У. (Чита, Россия) Клинический случай стойкого конверсионного расстройства.....	162
Эрхитуева Т.Г., Салданова Б.Г., Алсаев А.Л. (Улан-Удэ, Россия) Опыт социальной помощи в отделении медицинской реабилитации Республиканского наркологического диспансера.....	165

Яковлева М.В., Берчитова В.В. (Якутск, Россия) Тревожно-депрессивные расстройства у женщин в пре- и климактерическом периоде.....	168
Arifdjanova A.B., Sharipova F.K. (Ташкент, Узбекистан) Features of Emotional disorders in women with postpartum depression.....	172
Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K. (Ташкент, Узбекистан) Prevention of suicidal tendencies in adolescents.....	175

Бодагова Е.А., Говорин Н.В. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОСТАВИВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Москва, Россия
--

В обществе уже давно сложилась особая, устойчивая и достаточно крупная социально-демографическая группа - дети-сироты, а проблема социального сиротства является одной из существенных, остро стоящих перед российским государством и обществом на современном этапе. Состояние здоровья воспитанников учреждений интернатного типа имеет свои особенности, отличаясь в худшую сторону от здоровья детей общей популяции, является крайне неудовлетворительным.

Цель работы: оценить психопатологическое состояние детей Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей г. Читы.

Материалы и методы. Было проведено психометрическое обследование 124 воспитанников двух Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей г. Читы. Данное обследование проводилось при помощи ряда стандартизированных скрининговых методик: опросник Басса-Дарки (оценка агрессивности), опросник Спилбергера-Ханина (оценка тревожности), опросник М. Ковач (оценка депрессии), опросник Леонгарда-Шмишека (для оценки свойств характера и темперамента), опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой) и тест Равена (для оценки уровня интеллекта). Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи стандартного пакета программ "Statistica 10.0" с применением хи-квадрата Пирсона (χ^2).

Результаты. Из 124 воспитанников 71,7% (n=89) составили мальчики и 28,3% (n=35) - девочки в возрасте от 11 до 17 лет. Оценивая уровень тревожности детей, были получены следующие результаты: ситуативная тревожность низкого уровня была выявлена у 16,9% (n=21), тревожность умеренного уровня - у 65,4% (n=81) и высокого уровня - у 17,7% (n=22) детей - у 20% (n=7) девочек и 16,8% (n=15) мальчиков. Личностная тревожность низкого уровня выявлена всего лишь у 13% (n=16), умеренного уровня - у 58,7% (n=73) и высокого уровня - у 28,3% (n=35) детей - у 37,2% (n=13) девочек и 24,7% (n=22) мальчиков.

Что касается депрессивного состояния воспитанников, то у половины - 50,8% (n=63) было оценено состояние без депрессии. Депрессивное состояние легкого уровня выявлено у 30,6% (n=38), субдепрессивное - у 5,6% (n=7), а выраженное депрессивное состояние было выявлено у 13%

(n=16) детей - 14,3% (n=5) девочек и 12,4% (n=11) мальчиков. Суицидальный риск выявлен у 19,4% (n=24) воспитанников за счет такого фактора как несостоятельность - у 17,2% (n=6) девочек и 20,2% (n=18) мальчиков. Антисуицидальный фактор присутствует у 72,6% детей, тогда как отсутствует у 27,4% - у 25,7% (n=9) девочек и 28% (n=25) мальчиков.

При исследовании уровня агрессии при помощи методики Басса-Дарки обращает на себя внимание наличие агрессивности низкого уровня у большинства воспитанников, в то время как враждебность за счет показателей "обида" и "подозрительность" у детей была выявлена среднего уровня - 36,3% (n=45) - у 37,2% (n=13) девочек и 36% (n=32) мальчиков.

При исследовании личностных особенностей выявлено, что 14,5% (n=18) детей имеют ту или иную выраженную акцентуацию характера. В основном воспитанники имеют гипертимный, лабильный, аффективный и демонстративный типы акцентуации характера. Тенденции к различным типам (средняя степень акцентуации) имеют 41,1% (n=51) детей - 51,4% (n=18) девочек и 37% (n=33) мальчиков, при этом девочки являются более акцентуированными, чем мальчики ($p=0,01$).

При оценке уровня интеллекта с помощью методики Равена получены следующие данные: уровень интеллекта выше среднего (IQ=100-110) выявлен у 20,9% (n=26) детей; средний (IQ=90-100) - у 23,4% (n=29), ниже среднего (IQ=80-90) - у 35,5% (n=44), пограничный (IQ=70-80) - у 13,8% (n=17) и уровень легкой степени умственной отсталости (степени дебильности) (IQ=50-70) выявлен у 6,4% (n=8) детей.

Заключение. Таким образом, психопатологический анализ, проведенный с помощью психометрических стандартизированных методик, подтверждает неблагополучное психоэмоциональное состояние воспитанников детских домов. Данный анализ показал наличие у большинства воспитанников ситуативной и личностной тревожности среднего и высокого уровня. У половины детей имеется депрессивное состояние от легкого до выраженного уровня. У каждого пятого ребенка выявлен суицидальный риск. Враждебность среднего уровня присутствует у каждого третьего воспитанника детского дома. 41% детей имеет среднюю степень выраженности акцентуации характера гипертимного, лабильного, аффективного и демонстративного типов. Девочки являются наиболее акцентуированными личностями, чем мальчики.

Бодагова Е.А., Говорин Н.В.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Москва, Россия

В стратегических направлениях государственной политики в области здравоохранения и образования приоритетной и особо значимой для реализации модели устойчивого развития нашей страны, остается тема здоровья детей. Однако реалиями современной России является сохраняющаяся неблагоприятная динамика показателей состояния здоровья детей, несмотря на активное внимание общества и государства к данной проблеме и постоянно совершенствующийся уровень медицинской помощи детскому населению. При этом в обществе уже давно сложилась особая группа - дети-сироты, а проблема социального сиротства является одной из существенных, остро стоящих перед российским государством и обществом. Состояние здоровья воспитанников учреждений интернатного типа имеет свои особенности, отличаясь в худшую сторону от здоровья детей общей популяции, является крайне неудовлетворительным. Причины низкого уровня состояния здоровья обусловлены, с одной стороны, биологическими факторами (отягощенной наследственностью, патологией перинатального периода и др.), а с другой - социально-психологическими, в том числе депривационными семейными факторами. Поэтому, среди таких детей имеется значительное число детей с нарушенной психикой и отклонениями в поведении.

Цель работы: провести клинико-эпидемиологический и электроэнцефалографический анализ состояния здоровья детей Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей Забайкальского края.

Материалы и методы. Был проведен анализ медицинских карт, карт по диспансеризации и личных дел 109 воспитанников трех Центров помощи детям, оставшимся без попечения родителей (Читинский, Борзинский, Маккавеевский) Забайкальского края. Для проведения ЭЭГ-исследования использовался переносной портативный электроэнцефалограф-регистратор "Энцефалан-ЭЭГ" с использованием шапочки с 21 электродом и с применением функциональных проб "открытие-закрывание глаз" и гипервентиляция. Статистическая обработка полученных в ходе выполнения работы результатов осуществлялась при помощи стандартного пакета программ "Statistica 10.0".

Результаты. Из 109 воспитанников 61,5% (n=67) составили мальчи-

ки и 38,5% (n=42) - девочки в возрасте от 11 до 17 лет. Согласно анамнестическим сведениям, содержащихся в личных делах воспитанников 39,5% (n=43) имеют наследственную отягощенность злоупотреблением алкоголем обоих родителей и 38,5% (n=42) - по алкоголизму у матери; у 20,2% (n=22) наследственность неизвестна. Небольшой процент обследуемых имеет отягощенную наследственность по шизофрении - 0,9% (n=1) и умственной отсталости - 0,9% (n=1).

Оценивая микросоциальный статус детей, было выявлено, что 60,5% (n=66) воспитывалось в полной семье и 39,5% (n=43) воспитывалось только матерью. При этом у 78% (n=85) детей мать была лишена родительских прав и не работала; у 35,8% (n=39) - отец был также лишен родительских прав, у 3,6% (n=4) - отец находился в местах лишения свободы, а у 44% (n=48) воспитанников отец был неизвестен. Практически каждый ребенок - 88% (n=96) воспитывался в малообеспеченной семье; более половины - 55% (n=60) воспитывались в условиях безнадзорности, а у 39,5% (n=43) сибсы также проживали в детских домах. У 8,3% (n=9) детей родители привлекались к уголовной ответственности и у 3,6% (n=4) сибсы имели судимость.

Выявлено, что большинство детей - 81,6% (n=89) ДДУ не посещало. Воспитанники также недостаточно справлялись с социальной ролью учащегося и отличались малой заинтересованностью в учебе: так, 44% (n=48) имели низкую успеваемость в школе, а 57,8% (n=63) проявляли безразличное отношение к обучению. Эти данные свидетельствуют о трудностях организации систематической учебной деятельности этих детей, недостаточной сформированности у них познавательной мотивации, что в свою очередь приводит к нарушениям дисциплины, конфликтам с учителями и сверстниками, тем самым усугубляя дезадаптацию - у 53,2% (n=58) отмечены антидисциплинарные, антиобщественные поступки. У каждого второго воспитанника по анамнестическим данным имелись расстройства поведения - 58,7% (n=64): негативизм - 24,8% (n=27), конфликтность и жестокость - 22,9% (n=25), лживость и пассивность - 7,5% (n=8), бродяжничество - 3,6% (n=4). 14,7% (n=16) воспитанников ранее привлекались к уголовной ответственности.

По данным медицинской документации у 23% (n=25) детей имеются задержки психического развития (F80-83), у 16,5% (n=18) - органические легкие когнитивные расстройства (F06.7), у 14,7% (n=16) - смешанное расстройство поведения и эмоций (F92), у 6,4% (n=7) - социализированное расстройство поведения (F91.2), у 3,6% (n=4) - органическое непсихотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями и 35,8% (n=39) детей не имели диагноза по психическому расстройству. На учете у психиатра состоят 23% (n=25) детей, у нарколога - 4,6% (n=5). По данным диспан-

серизации 71,5% (n=78) имеют диагноз - резидуальная энцефалопатия (G93.4) и лишь 28,5% (n=31) детей не имеют неврологического диагноза.

Анализ электроэнцефалограмм воспитанников детских домов показал, что 55% (n=60) имеют легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, у 10,1% (n=11) - умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности, 12,9% (n=14) имеют дисфункцию диэнцефальных структур, 3,6% (n=4) - усиление активизирующего влияния неспецифических срединных структур головного мозга и лишь у 18,4% (n=20) детей ЭЭГ в пределах возрастной нормы, региональной патологии, пароксизмальных нарушений и эпилептиформной активности не зарегистрировано.

Заключение. Таким образом, обращает на себя внимание наличие у воспитанников детских домов крайне неблагоприятных микро и макросоциальных факторов: алкоголизм родителей (практически у 80%), безнадзорность (55%), низкая успеваемость в школе (44%), расстройства поведения (59%) и антидисциплинарные поступки (53%). Воспитанники также имеют неудовлетворительные клинические и энцефалографические показатели: практически каждый второй ребенок имеет тот или иной психиатрический (64%) и неврологический (71%) диагнозы, а также те или иные изменения на электроэнцефалограмме - (81%).

Болдовская А.В.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА ГОРОДА ЧИТЫ

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

Распространенность психических расстройств, выявляемых в общесоматических медицинских учреждениях в 1,5-5 раз выше, чем в населении. Согласно данным ВОЗ, более чем у 30% больных, обратившихся в первичную медицинскую сеть, обнаруживаются какие-либо психические расстройства. Поэтому интеграция психиатрической службы в терапевтические лечебные учреждения остается важнейшим направлением улучшения качества оказания помощи пациентам с психическими расстройствами. Кроме того, прогнозируется дальнейший рост клинически очерченных депрессивных, тревожных, ипохондрических расстройств и некоторых субсиндромальных нарушений, формирование которых происходит в связи с прогрессирующими жизнеугрожающими соматическими заболеваниями. Это обуславливает актуальность своевременной диагностики и адекватной терапии психических расстройств в общей медицине.

Таким образом, изучение распространенности, структуры и клинических особенностей психических расстройств, выявленных у пациентов, обратившихся за медицинской помощью в общесоматические стационары, является необходимым для понимания значения психиатрической службы в общей медицинской практике.

Основной целью исследования явилось изучение структуры психических расстройств среди больных, прошедших стационарное лечение в ГУЗ "Краевая клиническая больница" города Читы за 2018 год.

Методом ретроспективного анализа были изучены 132 истории болезни соматически больных с психическими расстройствами, осмотренных психиатром-консультантом, исключая лиц с расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ.

Исследуемые пациенты были разделены на 2 основные группы исходя из выявленных психических расстройств и выставленных диагнозов. В первую группу вошли 79 пациентов (59,8%), у которых были выявлены нарушения психотического спектра, а именно: органические психозы и деменция у 29 больных, что составило 21,9% от общего числа изученных; делирий неалкогольного генеза перенесли 39 лиц (29,5%); пациентов, состоящих в группе диспансерного наблюдения у психиатра по месту жительства с диагнозом: Шизофрения параноидная, непрерывное течение, оказалось 7 человек (5,3%), а с диагнозом: Умственная отсталость легкая - 5 человек (3,7%).

Во второй группе у 53 пациентов (40,1%) были выявлены непсихотические психические расстройства, в структуру которых вошли: органические непсихотические расстройства, наблюдавшиеся у 28 больных (21,2%); заболевания невротического спектра: конверсионные, соматоформные, фобические, тревожные, связанные со стрессом встретились у 16 человек (12,1%); аффективные непсихотические расстройства были выявлены у 6 человек (4,5%), расстройства личности и поведения - у 3 пациентов (2,27%).

Клинико-психопатологический анализ показал, что наибольшее количество среди исследованных больных первой группы составили пациенты, страдающие тяжелой соматической патологией, на фоне которой развивались кратковременные психотические расстройства, которые купировались за несколько часов или дней, симптоматические по генезу. Чаще всего это были больные с нарушениями сознания на фоне цереброваскулярного заболевания (ОНМК), артериальной гипертензии с кризом, ишемической болезни сердца, тяжелого острого периода черепно-мозговой травмы, послеоперационного периода. Из первой группы в психиатрический стационар были переведены 4 человека.

Анализ данных, касающихся непсихотических расстройств, т.е. второй группы, также показал большую встречаемость пациентов, страдаю-

щих органическими заболеваниями головного мозга, в виде артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, перенесенных нарушений мозгового кровообращения с резидуальными последствиями. Довольно большую подгруппу составили соматические больные с расстройствами невротического спектра. На третьем месте - аффективные непсихотические расстройства у больных различными соматическими заболеваниями. Из данной группы пациентов в психиатрическую больницу были переведены 3 человека, для 5 других была рекомендована плановая госпитализация в связи с отказом от психиатрической помощи на момент осмотра.

Соматические заболевания у больных, обнаруживших органические, включая симптоматические психические расстройства, были следующими: цереброваскулярные - 42,6%, ишемическая болезнь сердца - 22,4%, артериальная гипертензия - 14,8%, черепно-мозговые травмы - 12,6%, заболевания эндокринной системы - 5,3%, заболевания дыхательной системы - 1,3%. 9% составили пациенты с хроническими психическими расстройствами в сочетании с соматическими заболеваниями.

Таким образом, в соматическом стационаре встречается практически весь спектр психических заболеваний, но преобладают в структуре органические, включая симптоматические психические расстройства, чаще всего это пациенты с цереброваскулярными и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Быченко И.В., Копытов А.В., Климович Е.А., Марудина К.В.

АЛЕКСИТИМИЯ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ У ПОДРОСТКОВ

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Уже много столетий проблема алкогольной зависимости (АЗ) проникает во многие сферы человеческой деятельности и затрагивает различные слои населения. Среди уязвимых мест в современном обществе, является проблема алкоголизации среди молодого поколения, в частности подростков.

По мнению некоторых авторов, существуют связь между алекситимией и АЗ, и может являться фактором риска развития АЗ (Brems С. et al., 2002; Ziolkowski M. et al., 1995; Thorberg F. et al., 2011).

Под алекситимией понимают неумение говорить о своих эмоциях, бедный эмоциональный словарь и неразвитость рефлексивного компонента эмоций. Таким образом, алекситимию можно описать как совокупность нарушений в когнитивной и аффективной сферах, которые проявляются в сложности описания и осознания эмоций.

Известно, что алекситимия встречается у каждого второго пациента

имеющего АЗ и с увеличением стажа потребления алкоголя ее уровень может увеличиваться (Luminet O. et al., 2016; Thorberg F. et al., 2011). Исследование, проведенное на 204 пациентах мужского и женского пола, госпитализированных в стационар с целью лечения алкоголизма, выявило 42% пациентов с выраженной алекситимией (Naviland M. et al., 1994), в другом аналогичном исследовании алекситимия была выявлена у 48% испытуемых (Ziolkowski M. et al., 1995).

Представленные исследования, свидетельствуют о допустимости связи алекситимии с алкогольной зависимостью. Феномен алекситимии остается малоизученным в отношении формирования алкогольной аддикции. Многие факторы не рассматриваются, например, которые способствуют формированию алекситимии у лиц подросткового возраста, имеющих проблемы с алкоголем.

В связи с вышеизложенным, нами было проведено исследование на группе подростков из 305 респондентов, где средний возраст составил $15,9 \pm 0,8$ лет, целью которого являлось изучение связи алекситимии и потребления алкоголя у лиц данного возраста.

Выборка была разделена на основную группу (ОГ), имеющих проблемы с алкоголем и контрольную группу (КГ), не имеющих таковых проблем. Статистически значимых отличий по показателям возраста ($F=0,83$; $p=0,35$), по долевого распределению респондентов в зависимости от гендерного фактора ($\chi^2=1,92$; $p=0,17$) между ОГ и КГ не выявлено.

Основные социально-демографические сведения о респондентах были собраны с помощью структурированного интервью, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения ("Б-ИТА", версия 2.3-3.01.2001). Диагностика АЗ производилась в соответствии с критериями МКБ-10, скрининг-теста AUDIT. Исследование уровня алекситимии проводилось с помощью Торонтской шкалы алекситимии (TAS) адаптированной Д.Б. Ерьско и соавт.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа, были получены следующие среднегрупповые значения уровней алекситимии в исследуемых группах: ОГ = $61,5 \pm 0,3$ при $p < 0,05$; КГ = $58,2 \pm 0,8$ при $p < 0,05$.

Показатели среднегрупповых значений уровня алекситимии выше в ОГ по сравнению с КГ. Однако, среднегрупповые значения уровней алекситимии являются не столь мощными статистическими показателями, тем более, что в опроснике на исследование алекситимии имеются нормативные значения, которые позволяют определить наличие либо отсутствие алекситимии, а также ее уровней.

Для установления лиц с наличием или отсутствием алекситимии и различной степенью ее выраженности произвели статистическую обработку дан-

ных в исследуемых группах с учетом нормативных значений опросника с помощью частотного анализа. В результате никто из респондентов КГ не имел склонности к алекситимии и алекситимического типа личности, по сравнению с субъектами из ОГ, где склонность к алекситимии и неалекситимический тип имели 36,2% лиц ($\chi^2=10,91$; $p < 0,05$). Данные анализа частоты встречаемости лиц с алекситимическим типом или склонностью к таковому показали, что подростки, имеющие проблемы с алкоголем, имеют явные признаки алекситимии в структуре личности по сравнению со своими сверстниками из КГ. Таким образом, среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, есть доля лиц, испытывающих трудности в описании своих чувств и ощущений.

Для установления связи алекситимии со степенью выраженности алкогольных проблем в ОГ применили корреляционный анализ. После статистической обработки данных была установлена прямая связь между уровнем алекситимии и показателями теста AUDIT ($r=0,24$; $p < 0,05$). Более высокие проявления алекситимии связаны с более высокой тяжестью алкогольных проблем.

Наличие алекситимических тенденций в структуре личности может влиять на формирование склонности к алкогольным проблемам. Для подтверждения этого предположения использовали статистический анализ с применением логистической регрессии. Установлено, наличие склонности к алекситимии и алекситимический тип личности влияют на формирование алкогольных проблем у лиц подросткового возраста ($R^2=65,3$; $B=1,9$; $Const=-4,7$; $df=1$; $p < 0,001$, при уровне прогностической значимости модели 94,4%).

Среди социально-демографических факторов, которые могут оказывать влияние на особенности формирования алекситимии у подростков из ОГ, были включены в анализ следующие параметры: место жительства, состав семьи, уровень обучения, взаимоотношения в семье, пол и особенность воспитания.

После статистической обработки данных с помощью таблиц сопряженности установлено, что среди лиц с трудностями в обучении больше субъектов имеющих склонность к алекситимии (60,6%) и алекситию (9,1%), по сравнению с субъектами из КГ (соответственно, 29,1% и 2,4%; $\chi^2=21,6$; $p < 0,05$). Трудности в обучении являются фактором риска склонности к формированию алекситимии ($OR=5,1$; 95% CI [2,3-11,0], $p < 0,05$) у лиц подросткового возраста, имеющих проблемы с алкоголем.

Подростки, воспитывающиеся в семьях с иными условиями, не отличаются по уровню алекситимии, все они показали отсутствие алекситимичности. Однако, применив более мощный статистический метод, получены расширенные представления об этих факторах для лиц ОГ. Склонность к алекситимии и наличие алекситимии в ОГ имели субъекты со следующими видами отношений в семье со стороны родителей (соответствен-

но): при доверительных отношениях 28% и 1,5%; при формальных отношениях 33,3% и 8,3%; при авторитарных отношениях 80% и 0%; при гиперопеке 33,3% и 16,7% ($\chi^2=18,8$; $p<0,05$). Таким образом, кроме воспитания в условиях гиперопеки, также алекситимические черты формируются статистически значимо чаще и при авторитарном стиле воспитания. Воспитание в условиях гиперопеки ($OR=2,2$; 95% CI [0,7-7,0], $p>0,05$) и при авторитарных отношениях ($OR=8,6$; 95% CI [0,9-77,9], $p>0,05$) не являются факторами риска формирования алекситимии в подростковом возрасте.

Таким образом, можно заключить следующее:

1. Подростки, с проблемным потреблением алкоголя имеют более высокий уровень алекситимии по сравнению со своими сверстниками не имеющих алкогольных проблем;
2. 36,2% подростков с АЗ имеют алекситимичные черты личности. Данная черта представляет собой фактор риска формирования алкогольной зависимости;
3. Установлена прямая связь алекситимии с алкогольными проблемами среди подростков, злоупотребляющих алкоголем;
4. Развитие алекситимии у лиц с АЗ, происходит под влиянием социальных факторов (наличие трудностей в образовательном процессе);
5. Воспитание в семьях с гиперопекой или авторитарными отношениями, являются условными факторами риска формирования алекситимии, которая в последующем влияет на формирование алкогольных проблем в подростковом возрасте.

Быченко И.В., Копытов А.В., Марудина К.В., Климович Е.А.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ИМЕЮЩИХ ПРОБЛЕМЫ С АЛКОГОЛЕМ

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Быстрое увеличение потребления алкоголя на душу населения, которое, неуклонно растет, приводит к снижению трудоспособности, особенно в странах с высокими показателями потребления спиртного (Room R. et al., 2005). Алкогольная зависимость (АЗ) - одна из главных текущих угроз здоровью и безопасности людей не только на постсоветском пространстве, но и в большинстве стран Запада.

Недостаточно исследована роль социальной поддержки с позиций доказательной медицины. Влияние социальных факторов на этиологию зависимости известны, но встает вопрос о факторной нагрузке социаль-

ной поддержки в системе мультифакториального воздействия на формирование, течение и прогноз заболевания.

Вопрос с реабилитационными программами и их организацией на сегодняшний день освещен во многих работах, но роль и влияние социальной поддержки в качестве этиологических и протективных факторов в отношении алкогольной зависимости остается малоизученной.

Роль социальной поддержки в сохранении психологического и физического благополучия, укреплении здоровья стремительно возрастает (Карвасарский Б.Д., 2011). В основном социальную поддержку ассоциируют с получением полезной информации, определением принадлежности к социальной группе с определенными взаимными обязательствами. Социальная поддержка пациентов после лечения наиболее согласованно коррелирует с результатами употребления ПАВ. Пациенты, проводящие время в девиантной компании сверстников, а также живущие с людьми, употребляющими наркотики или алкоголь, имеют в 2 раза большую вероятность употребления алкоголя после лечения. Социальная поддержка снижает вероятность употребления ПАВ примерно на 50% у пациентов, получающих позитивную социальную поддержку и устанавливающих положительные социальные связи во время лечения (Vroome K. et al., 2002).

Социальное окружение является отправной точкой решения об употреблении ПАВ или воздержании от них, и терапевтические программы могут существенно улучшить результаты лечения пациента путем включения социальных аспектов в курс проводимой терапии.

Целью нашего исследования была оценка влияния социальной поддержки на подростков с алкогольной зависимостью и ее роль в системе социально-реабилитационных мероприятий.

В исследовании приняло участие 305 подростков. Средний возраст исследуемых обеих групп составил $15,9\pm 0,8$ лет. В соответствии с целью выборка была разделена на основную (ОГ) и контрольную группы (КГ). Критерием отбора в группы был балл по тесту AUDIT (для включения в ОГ ≥ 8 баллов). Среднегрупповые значения по тесту AUDIT (балл): ОГ - $6,49\pm 2,19$; КГ - $2,30\pm 0,97$ при $p<0,05$.

Социально-демографические сведения о пациентах были собраны посредством структурированного интервью, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения ("Б-ИТА", версия 2.3-3.01.2001). Диагностика АЗ производилась в соответствии с критериями МКБ-10, скрининг-теста AUDIT на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя. Диагностика уровня социальной поддержки проводилась с помощью опросника социальной поддержки F - SOZU-22" G. Sommer, T. Fydrich, адаптированной на русскоязычной выборке А.Б. Холмогоровой и соавт.

Полученные данные по уровням видов социальной поддержки в исследуемых группах свидетельствует о том, что у субъектов группы контроля статистически достоверно более высокие показатели по эмоциональной, инструментальной социальной поддержке, а также удовлетворенность получаемой социальной поддержкой со стороны окружающих. Менее высокие значения по эмоциональной социальной поддержке свидетельствует о том, что лица с аддиктивным алкогольным поведением получают меньше социальной поддержки в виде эмоциональных реакций со стороны окружающих, их отношения менее эмпатичны, а также в отношениях присутствует эмоциональная холодность, что влияет на внутреннее эмоциональное состояние подростков.

Метод корреляционного анализа не подтвердил статистически значимых показателей вероятностной связи между параметрами различных видов социальной поддержки и ее удовлетворенностью в КГ. В ОГ имеются обратные корреляции между показателями удовлетворенности социальной поддержкой - эмоциональной ($r=-0,31$, $p<0,01$) и инструментальной ($r=-0,3$, $p<0,01$) видами социальной поддержки, т.е. чем лучше моральная и материальная поддержка, тем меньше степень неудовлетворенности социальной поддержкой.

При сравнительной характеристике исследуемых групп с использованием частотного анализа: удовлетворены эмоциональной поддержкой 81,8% лиц из основной группы и 100% из группы контроля ($\chi^2=4,4$; $p<0,05$); удовлетворены инструментальной поддержкой 30,5% в ОГ и 100 в КГ ($\chi^2=39,6$; $p<0,05$); удовлетворены социальной интеграцией 95,4% лиц ОГ и 100% КГ. Удовлетворены социальной поддержкой 64,2% лиц из основной группы и 100 в КГ ($\chi^2=10,7$; $p<0,05$). Таким образом, несмотря на достаточно высокие показатели в ОГ по трем видам социальной поддержки, общий уровень удовлетворенности в бальном выражении, а особенно в частотных характеристиках остается достоверно низким ($p<0,01$).

В результате проведенного исследования, при сравнительном анализе, выявлена недостаточная удовлетворенность социальной поддержкой лиц юношеского возраста, страдающих алкогольной зависимостью, при достаточно высоких субъективных оценочных показателях эмоциональной, инструментальной поддержки. Это свидетельствует о неконгруэнтности предлагаемой и воспринимаемой социальной поддержки для данного контингента.

В процессе корреляционного анализа параметров различных видов социальной поддержки и удовлетворенности ею обнаруживается некоторая парадоксальность: обратные корреляции между уровнем удовлетворенности социальной поддержкой - параметрами эмоциональной и инструментальной поддержки. Это скорее является логичным для контингента здоровых людей. Однако следует учитывать особенности качественных характеристик когнитивных процессов лиц с алкогольной зависимостью. Материальное стимули-

рование и недостаточное эмоциональное одобрение, вероятно, стимулируют формирование аддиктивного поведения (употребление алкоголя).

Социальная поддержка у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, не совсем конгруэнтна запросам данного контингента, что требует структурной реорганизации системы социальной поддержки. Более значимой для подростков является информационная поддержка, нежели семейные нравоучения которые не всегда являются "полезными" для формирования и динамики алкогольной зависимости. Мероприятия социальной направленности в отношении этих пациентов внешне кажутся достаточными, что подтверждается показателями субъективной оценки пациентов по трем видам социальной поддержки (особенно, эмоциональной и инструментальной), но достаточно непродуктивными (показатели удовлетворенности социальной поддержкой). Это теоретически может быть объяснено различными отличительными признаками в ОГ и КГ. В ОГ у большинства имеется отягощенная наследственность по алкогольной зависимости. Данное обстоятельство может предопределять особенности личностных характеристик, биологических механизмов, поведенческих паттернов и др., а, следовательно, должны быть различными и условия поддерживающих социальных сетей. Недоучет специфических особенностей их формирования, недостаточность их развития или вообще полное отсутствие может являться причиной формирования алкогольной зависимости в молодом возрасте, влиять на клинические проявления и динамику болезненного процесса.

Таким образом, на основании полученных данных у подростков и молодых людей, злоупотребляющих алкоголем, по сравнению со здоровыми подростками, имеют место:

- неконгруэнтность предлагаемой и воспринимаемой социальной поддержки, а, следовательно, необходимость структурной реорганизации системы социальной поддержки у данного контингента;
- недостаточность эмоциональной, инструментальной поддержки и удовлетворенность оказываемыми видами социальной поддержки.

Бунина М.В.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И
РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТСКОГО
НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

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

Численность детского населения (от 0 до 14-ти лет) по Забайкальскому краю на 01.01.2018 г. составила 231843 человека, на 01.01.2017 г. -

232408 человек; на 01.01.2016 г. - 230825 человек, из них по краевому центру (г. Чита) в 2016 г. - 63098 человек, в 2017 г. - 64832 человека, в 2018 г. - 66105 человек. Общий показатель заболеваемости психическими расстройствами детского населения Забайкальского края в 2018 г. составил 501,2 на 100 тыс. нас.; в 2017 году составил 361,9 на 100 тыс.; в 2016 г. - 352,6 на 100 тыс. детского населения, что значительно выше по сравнению с 2016-2017 гг., и приближается к показателю по РФ - 541,9 за 2015 г.

Заболеваемость непсихотическими расстройствами в 2016 г. составила 265,6; в 2017 г. - 271,1, в 2018 г. - 398,1. Показатель вырос, но остается так же ниже показателя РФ - 483,1. Показатель заболеваемости умственной отсталостью в 2017 г. составил 81,8; в 2016 г. - 74,9; в 2018 году - 91,9. Таким образом, заболеваемость умственной отсталостью увеличилась по сравнению с предыдущими годами (общероссийский показатель - 96,1 на 100 тыс. в 2011 году). Показатель заболеваемости психотическими расстройствами вырос и в 2017 г. составил 9,0; а в 2018 г. - 11,2. Показатель же РФ в 2011 году составил 12,5. Таким образом, заболеваемость психотическими расстройствами примерно на одном уровне с показателями 2015-2016 гг. и незначительно ниже показателя по РФ.

Структура заболеваемости психическими расстройствами у детей Забайкальского края за последние три года несколько изменилась: отмечено значительное увеличение показателя умственной отсталости (от 74,9 в 2016 году до 91,9 в 2018 году) и одновременно значительное увеличение показателя непсихотических расстройств (от 265,6 в 2016 году до 398,1 в 2018 году). Указанная динамика, безусловно, является положительной. В январе 2018 г. на основании распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края № 106/р начал формироваться региональный регистр детей с впервые выявленной психической патологией. Кроме того 6 раз за 2018 год были выполнены командировки в районы края детскими врачами психиатрами ГКУЗ "ККПБ им. В.Х. Кандинского" с той же целью. Соответственно к концу года работу по формированию регистра можно признать результативной. Активизировали работу врачи психиатры районов, по каждому случаю выявленной психической патологии у детей по защищенному Интернет-каналу отправлялись данные о детях, что позволило значительно увеличить показатель заболеваемости. Но остается прежней проблема: значительная доля детей консультируются в частных медицинских организациях, в организациях министерства социальной защиты населения и министерства образования Забайкальского края. Дети, осмотренные в данных организациях, не подлежат постановке в консультативную и диспансерную группы наблюдения, сведения о них не передаются, согласно Закону РФ "О защите персональных данных".

В целом структура психической патологии у детей в 2018 году близка к таковой по РФ, даже в части диагностики детской шизофрении и диагностики РАС на 100 тыс. населения. В краевом центре (г. Чита) значительно преобладает доля непсихотических расстройств - 85,5%, а доля умственной отсталости составила 14,5 %, что существенно ниже, чем в целом по Забайкальскому краю. Показатель психотических расстройств по г. Чите составил 15,4, а по Забайкальскому краю в целом - 9,0.

Наиболее высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами у детей отмечены в Алек-Заводском, Газ-Заводском районе, Каларском районе, Приаргунском районе, Сретенском районе, КБ №3 Забайкальского края. При этом в указанных районах постоянно работал врач-психиатр, следовательно, имела место, как адекватная ранняя диагностика негрубых нарушений интеллекта (составляющих большую часть непсихотических расстройств в детском возрасте), так и раннее выявление умственной отсталости и РАС. Наиболее низкие показатели заболеваемости отмечены в Калганском районе, Могочинском районе, Нер-Заводском районе, Ононском районе, Петровск-Забайкальском районе. При этом врачи психиатры отсутствовали в Калганском районе, Могочинском районе, Нер-Заводском районе, Ононском районе при укомплектованности врачами психиатрами в Петровск-Забайкальском районе.

Ведущая роль в оказании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению Забайкальского края принадлежит диспансерному отделению ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского". Из 32-х районов Забайкальского края штатные занятые должности детских психиатров имеются в Краснокаменском (1,0), в Нерчинском (0,5), в Петровск - Забайкальском (1,0) районах. В остальных районах оказанием специализированной психиатрической помощи детскому населению занимаются районные врачи-психиатры и психиатры-наркологи. В 4-х районах края - Калганском, Нер-Заводском, Тунгокоченском, Хилокском районах - психиатрическая помощь несовершеннолетним не оказывалась вследствие отсутствия врачей-психиатров. В остальных районах оказанием специализированной психиатрической помощи детскому населению занимаются районные врачи-психиатры и психиатры-наркологи по совместительству.

Положительные результаты в работе за отчетный период:

1. Впервые за последние годы увеличился показатель заболеваемости у детей, практически в 1,5 раза. Это стало возможно благодаря систематическому и постоянному контролю над работой врачей-психиатров районов края на основании распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края.

2. Сформирован региональный поименный регистр заболеваемости у детей за 2018 год.
3. Значительно улучшилось качество оказания специализированной помощи детям с РАС. В апреле 2017 г. Федеральный Фонд Поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, объявил конкурс, целью которого являлось разработка комплекса мер, направленных на оказание медико-социальной, социально-психологической, социально-педагогической помощи детям с расстройствами аутистического спектра и семьям, в которых они воспитываются. Около 1,9 миллиона рублей пришлось на долю отделения интенсивного оказания психиатрической помощи детям и подросткам Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского, что позволило приобрести необходимое оборудование.
4. Выполнено 6 командировок в районы Забайкальского края врачами-психиатрами ГКУЗ "ККПБ им. В.Х. Кандинского" с целью выявления психических расстройств и расстройств поведения у детей.

Для улучшения функционирования детской психиатрической службы Забайкальского края необходимо проводить работу по следующим направлениям: организация и проведение научно-практических конференций, семинаров по актуальным вопросам оказания практической психиатрической помощи детскому населению края. Организация и проведение рабочих совещаний со специалистами министерств социальной защиты населения и образования Забайкальского края для обсуждения приоритетных направлений оказания психиатрической помощи детскому населению. Необходимо выполнение запланированных по графику командировок в районы края с целью доступности детской психиатрической помощи населению Забайкальского района (в 2019 году запланирован выезд в 6 районов края, где отсутствуют врачи-психиатры), по результатам первичной выявляемости к февралю 2020 года сформировать регистр первичной заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения у детей за 2019 год.

Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А.

МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2018 ГОД

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии с Положением о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации Министерством здравоохранения Забайкальского края в 2018 году продолжена работа по осуществлению мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае.

Оценка развития наркоситуации на территории Забайкальского края

осуществлялась с учетом 9 показателей и по 5 критериям: удовлетворительное, напряженное, тяжелое, предкризисное, кризисное.

В 2018 году состояние наркоситуации крае по показателю общей заболеваемости (болезненности) наркоманией и обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, по-прежнему оценивается как "предкризисное", по показателю первичной заболеваемости наркоманией и первичной обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями - "удовлетворительное".

В соответствии с данными мониторинга, показатель заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ по краю составил 10,3 на 100 тысяч населения, и находится на уровне 2017 года. Данный показатель ниже российского (11,2 в 2017 г.) в 1,2 раза и в 2,3 раза - показателя ДФО (23,5). Общая заболеваемость наркоманией в Забайкальском крае в 2018 году составила 111,4 на 100 тыс. населения, что ниже показателя РФ (186,0) в 1,7 раза и в 2,2 раза - показателя ДФО (246,6). Первичная заболеваемость употребления наркотических веществ с вредными последствиями в сравнении с 2017 г. (83,4) увеличилась на 12,1% и составила в 2018 г. 93,5 на 100 тыс. населения. Данный показатель выше российского (24,1) в 3,9 раза и показателя ДФО (58,9) - в 1,6 раза. По-прежнему, более 90% пациентов из данной группы наблюдения употребляют каннабиноиды. Суммарный показатель общей заболеваемости наркоманией и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2018 году составил 545,0 на 100 тыс. населения (в 2017 г. - 533,5), что превышает показатель РФ (312,7) в 1,7 раза и показатель ДФО (488,3) - в 1,1 раза.

В структуре всех наркологических расстройств на потребителей наркотических веществ в 2018 году приходилось 28,2% (в 2017 г. - 27,2%). На 01.01.2018 г. в Забайкальском крае зарегистрировано 1195 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ. С учетом коэффициента латентности, количество потребителей наркотиков (лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями и пациентов с наркоманией) составляет более 7 тыс. чел. Зарегистрировано 493 потребителя инъекционных наркотиков, что составляет 8,4% от числа всех зарегистрированных потребителей наркотических веществ.

В 2018 году зарегистрировано 3 случая смертельных отравлений психотропными веществами (в 2017 г. - 4 случая) и 2 случая смертельных отравлений наркотическими средствами (в 2017 году зарегистрировано не было). За 2018 год умерло 8 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ. В сравнении с 2017 годом число лиц с наркоманией, снятых с наблюдения в связи со смертью уменьшилось на 27,3%. В 2018 году зарегистрировано 186 потребителей наркотических веществ,

имеющих ВИЧ-положительный статус, в том числе 135 потребителей инъекционных наркотиков.

В Забайкальском крае сформирован региональный сегмент национальной системы медицинской и социальной реабилитации, который включает государственные организации, а также негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых. Стационарная медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе отделения медицинской реабилитации ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер". В 2018 году 26 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ находились на стационарной реабилитации, из них 18 (69,2%) успешно завершили реабилитацию. В программы амбулаторной реабилитации были включены 59 пациентов с наркоманией, успешно завершили реабилитационную программу - 18 пациентов (30,5% от числа включенных).

Показателями эффективности и качества наркологической помощи являются показатели ремиссии и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением. В 2018 году доля больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента, составило 11,7 (РФ - 11,8); свыше 2 лет - 11,3 (РФ - 11,1). Показатель снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) снизился у пациентов с наркоманией с 9,2 в 2017 году до 6,6 в 2018 году. Учитывая сложившуюся наркологическую ситуацию в крае, с целью снижения потребления наркотических веществ населением необходимо:

- продолжить реализацию комплекса мероприятий по профилактике и раннему выявлению потребителей наркотических средств и психотропных веществ;
- укреплять межведомственное взаимодействие по профилактике, лечению и реабилитации потребителей психоактивных веществ;
- совершенствовать кадровую политику, проводить подготовку и переподготовку врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе для организации амбулаторной реабилитации в районах края;
- осуществлять диспансерное наблюдение пациентов в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н;
- формировать среди населения навыки здорового образа жизни и негативного отношения к употреблению психоактивных веществ через средства массовой информации;

- внедрять в лечебный процесс современные методы и средства для лечения наркомании;
- совершенствовать медицинскую реабилитацию пациентов - потребителей наркотических веществ.

Вицкая И.Н., Гусев А.Ю.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕАКТИВНЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, РАЗВИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ

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

В судебно-психиатрической экспертной практике определение реактивных психотических состояний сталкивается с рядом сложностей. В связи с единичностью возникновения подобных расстройств, их диагностика сложна и трудоемка, сопряжена с проработкой значительного количества объективной (в том числе медицинской) документации, чаще всего ретроспективной оценкой психического состояния. При этом необходимость диагностики истинной психогении зачастую связана с исключением симуляционного или метасимуляционного поведения подэкспертного.

Как известно, реактивными состояниями называют временные обратимые расстройства психической деятельности, возникающие в ответ на психическую травму. Реактивные состояния у подэкспертных представлены чаще депрессивными расстройствами, расстройствами адаптации, диссоциативными расстройствами. Реже встречаются хронические или длительно протекающие аффективные нарушения. Среди расстройств психотического уровня выделяются реактивные (психогенные) депрессии психотического уровня, диссоциативные (конверсионные) расстройства, а также депрессивно-бредовые и параноидные варианты реактивных психозов.

Диссоциативные варианты реактивных состояний в современной практике судебно-психиатрической экспертизы встречается редко. Данный факт также объясним патоморфозом. Он заключается в практическом исчезновении классических форм истерического психоза с пароксизмальными, двигательными, сенсорными, вегетативными и другими нарушениями. Изменение клинической картины тесно связано с социокультуральными факторами, переходом примитивных истерических расстройств на более высокий уровень поражения с формированием, прежде всего, депрессивных нарушений. Классические формы заменились более мягкими проявлениями.

Истерические расстройства с изменением сознания включают в себя синдром Ганзера, психогенную спутанность, психогенное сумеречное состояние, расстройство множественности личности. Синдром Ганзера,

по данным литературы, в современной судебно-психиатрической практике практически не встречается; псевдодеменция и пуэрилизм - крайне редко. Наблюдаются отдельные включения в виде "мимоговорения", "мимодействия", карикатурного поведения в структуре иных реактивных состояний, прежде всего реактивных депрессий, что в свою очередь требует исключения симуляции. Элементы псевдодеменции и пуэрилизма преходящи, обнаруживаются только на ранних стадиях развития психогенного состояния.

Кроме того, в настоящее время практически не встречаются чистые "ситуационные психозы", а преобладают смешанные формы. В связи с этим в условиях экспертной практики дифференциальная диагностика психогенных ситуационных расстройств (например, отграничение психогенных аффективных состояний от аффективных психозов, нерезко очерченных) является чрезвычайно важной, поскольку это имеет значение при решении вопроса о способности подэкспертных самостоятельно осуществлять право на защиту. Особенности патоморфоза реактивных состояний необходимо учитывать не только при решении вопроса об экскульпации подэкспертных, но и для дифференцированной терапии больных. Современные исследования выявили влияние преморбидных особенностей на форму реактивных состояний, на предпочтительное оформление и динамику синдромов. Изучение личностных predispositions представляет в данном случае интерес в контексте выявления патологически измененной почвы. В качестве иллюстрации приведем несколько наблюдений.

Подэкспертный Т., 44 года, привлекается к уголовной ответственности за убийство. Уроженец республики Азербайджан, воспитывался в полной многодетной социально-благополучной семье, имеет полное среднее образование, по характеру описан как спокойный, терпеливый, добрый, заботливый, трудолюбивый, за медицинской помощью к психиатрам и наркологами не обращался. В течение месяца получил черепно-мозговую травму с выключением сознания и через две недели был помещен в СИЗО, где через неделю произошло изменение психического состояния: "ходит по камере с простыней на шее, пытался осуществить попытку суицида в присутствии сокамерников... в речевой контакт не вступает". Описан взволнованным, наряженным, на вопросы не отвечал, только кивал головой, был эмоционально подавлен, закрывал лицо руками. Был выставлен диагноз: "Расстройство адаптации, тревожный синдром", подозрение на установочное поведение. На следующий день был осмотрен психиатром в связи с попыткой суицида; указано, что в речевой контакт не вступал, периодически закрывал лицо руками, тер руками голову, выборочно выполнял инструкции. Состояние было расценено как "Реактивный истероидный психоз", в связи с чем был в экстренном порядке этапирован в психиатрическое отделение.

ние. Около месяца наблюдался стационарно с диагнозом: "Диссоциативное расстройство". Указано, что "жалоб при поступлении не предъявлял, речевому контакту был недоступен, на письменный вопрос: "что беспокоит?" - брался руками за голову, демонстрируя гримасу боли. Во время осмотра сидит, неподвижно закрыв глаза". Через десять дней на фоне лечения нейрорептиками описано улучшение психического состояния.

Подэкспертный Ж., 27 лет привлекается к уголовной ответственности за серию краж. Воспитывался в неблагополучной семье, в социальных учреждениях, получил среднее специальное образование. В течение жизни получал травмы головы, состоял на учете у психиатров по месту отбывания наказания с "органическим расстройством личности". По характеру описан как ранимый, чувствительный, добросовестный человек. В течение полугода после травмы головы, произошло изменение психического состояния в условиях заключения: появился "свет в голове", "облики белого цвета, приходили вечерами во сне и наяву "ангелы как тень", "через них говорил Аллах". Внешне был угрюмым, временами плакал, периодически молчал, не разговаривал, был загружен своими переживаниями, периодически озирался по сторонам, как будто боялся кого-то. В переписке сообщал, что периодически видит и слышит "ангела джабраила", который запрещает ему говорить. По месту заключения проводилась антипсихотическая терапия нейрорептиками. Описано: "жалуется на тяжелое душевное состояние: "давит груз, тяжесть, чувство вины". Со слезами на глазах говорит, что "не видит смысла жизни; бесполезен, никому не нужен". О видениях рассказывал, что к нему являются "трое ангелов с арабскими именами". Комиссией экспертов было сделано заключение о развитии временного психического расстройства в форме смешанной тревожно-депрессивной реакции с галлюцинаторными включениями и суицидальной настроенностью, обусловленной расстройством адаптации либо эндогенным заболеванием. После стационарного обследования подэкспертный выбрал защитно-установочную позицию с метасимуляцией своих переживаний.

Подэкспертный М., 23 года обвиняется в совершении убийства. Уроженец Армении, родился в полной семье, в детстве получил травму головы, характеризуется как конфликтный, наглый, грубый, хитрый, нечестный. В течение полугода после помещения в изолятор стал недоступен продуктивному контакту, дурашлив, описан дезориентированным во времени, на большую часть вопросов отвечал "не знаю"; предъявлял жалобы на головную боль, шум в ушах. Состояние расценено как "установочное поведение, симуляция", затем был выставлен диагноз "острое преходящее психотическое расстройство, реактивное состояние". Описано неадекватное поведение подэкспертного - вышел на утреннюю поверку голым, на

замечания не реагировал, отказывался от приема пищи, называл себя гномиком, контакту был недоступен. Несмотря на получаемое лечение нейролептиками, оставался недоступным контакту, ел несъедобные предметы, плевался в сторону медицинского персонала. Выставлен предварительный диагнозом "Диссоциативное расстройство, синдром Ганзера, истерическое сумеречное помрачение сознания". В течение 41 дня описан дурашливым, расторможенным, но уже вступал в контакт, с медицинским персоналом обращался на "ты" - "тетя, доча" в речи использовал нецензурные выражения, демонстративно затягивал воротник и говорил "кайф". На фоне приема нейролептиков отмечалась положительная динамика: самостоятельно себя обслуживал, отвечал на часть вопросов, хорошо спал ночью, однако предъявлял жалобы на "голоса", оставался дурашливым, расторможенным, на вопросы отвечал выборочно. В этот период продолжал получать лечение нейролептиками. В течение 8 месяцев психическое состояние остается измененным: продуктивному контакту недоступен, дурашлив, показывает язык, ест бумагу, гримасничает и т.д. В заключение эксперта даны рекомендации о получении принудительного лечения в стационарных условиях до выхода из данного состояния, с последующим направлением на судебно-психиатрическую экспертизу. В последующем, комиссией экспертов стационарной экспертизы было дано заключение о симуляции подэкспертным психических расстройств.

Анализ вышеописанных случаев позволяет выявить несколько наблюдений. Во-первых, в каждом из перечисленных случаев у подэкспертного происходила депривация привычных условий проживания (вынужденный переезд в другую страну, помещение в социальные учреждения из неблагополучной семьи и др.). Во-вторых, у каждого из подэкспертных отмечались изначально имеющие проявления личностной дисгармонии как возбудимого, так и тормозного круга, встречались и смешанные проявления, что обуславливало сниженный адаптивный потенциал и сниженную стрессоустойчивость. Кроме того, появлению реактивных состояний предшествовало получение черепно-мозговой травмы, что могло послужить своеобразным триггерным фактором. Указанные наблюдения в достаточной степени согласуются с данными литературы, где при анализе личностных predispositions выявлено преобладание лиц с отдельными психопатическими чертами (истерического, истеро-возбудимого и возбудимого типов, наличие резидуального органического поражения, а также соматическое неблагополучие).

Описанные случаи наглядно показывают трудности в диагностике, поэтому для принятия экспертного решения необходимо больше одного обследования, необходимо стационарное наблюдение с детальным опи-

санием изменений психического состояния, ретроспективный анализ психической деятельности подэкспертного при последующих обследованиях.

Глушенков А.А.

**ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО
ПРОФИЛАКТИКЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ
В РАМКАХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Большинство окружающих нас людей живут совершенно нормальной жизнью. Они работают, учатся, отдыхают, ходят в театр, ездят за город, чтобы полюбоваться природой, любят своих близких и друзей, заботятся друг о друге. Их действия подчинены нормам, принятым в нашем обществе. Но иногда это нормальное взаимодействие людей с окружающей средой нарушается и очень часто это происходит в детском или подростковом возрасте. В психологическом словаре понятие "отклоняющееся поведение" определяется как система поступков, противоречащих принятым в обществе правовым и нравственным нормам. Факт отклоняющегося поведения подростков есть реальность, с которой практически каждый день сталкиваются педагоги и родители. Актуален как никогда стал комплекс проблем воспитания детей с асоциальным поведением, изучение его структуры и динамики, определение путей и средств своевременной коррекции проявлений девиантности, агрессии, алкоголизации и наркотизации.

В Забайкальском крае наркологическая ситуация сохраняется напряженной, как следствие отмечается все увеличивающийся шлейф медико-социальных последствий употребления психоактивных веществ (далее - ПАВ) населением Забайкальского края.

На государственном уровне профилактика наркологических расстройств декларируется как комплексная система в рамках межведомственного взаимодействия, включающая меры по ограничению распространения психоактивных веществ, профилактику употребления ПАВ и пропаганду здорового образа жизни, обеспечиваемую средствами массовой информации и социальными институтами.

Стратегия профилактики ПАВ обусловлена сложной этиологией этого явления. В специальной литературе выделяют сотни факторов формирования и развития зависимостей от ПАВ, которые действуют на индивидуальном, групповом и макросоциальном уровнях. Сегодня ведущие международные организации, определяющие глобальную политику в отношении наркотиков и алкоголя, используют модель, разработанную специально для профилактики психических заболеваний и, в том числе, для нарко-

мании и алкоголизма. Вся подростковая и молодежная субпопуляция, как группа риска в широком смысле слова, является объектом общей профилактики, направленной на противодействие макросоциальным факторам наркомании, алкоголизма и табакокурения.

Эффективная профилактическая работа наркологической службы Забайкальского края невозможна без тесного взаимодействия с заинтересованными учреждениями и ведомствами. Наркологическая служба Забайкальского края организует взаимодействие со следующими организациями и ведомствами:

- общеобразовательными, средними и высшими профессиональными образовательными организациями;
- комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- волонтерскими отрядами;
- Читинской епархией;
- социальными службами для создания преемственности и условий для дальнейшей социальной реабилитации и ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления психоактивных веществ;
- миграционными службами при выявлении потребителей психоактивных веществ среди мигрантов;
- уголовно-исполнительными инспекциями при проведении в отношении осужденного к лишению свободы, признанного больным наркоманией, курса лечения от наркомании и медицинской реабилитации с отсрочкой отбывания наказания в виде лишения свободы;
- трудовыми коллективами;
- общественными организациями, оказывающими помощь лицам, страдающим алкогольной и наркотической зависимостью;
- средствами массовой информации.

Ежегодно совместно с УНК УМВД России по Забайкальскому краю и Министерством образования, науки и молодежной политики Забайкальского края организуются межведомственные широкомасштабные профилактические акции: "Родительский урок", "Здоровье молодежи - богатство России", "Призывник", "Летний лагерь - территория здоровья", "Классный час" и "Правовой час".

Врачи психиатры-наркологи принимают активное участие в общероссийских профилактических акциях "Сообща, где торгуют смертью" и "Дети - России". Проводятся краевые информационно-тематические декадни: к Всемирному дню без табачного дыма; к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков; к Всероссийскому дню трезвости и к Международному дню отказа от курения.

В течение 2018-19 учебного года прошел второй этап межведомствен-

ной профилактической акции "Ярмарка здоровья" в школах краевого центра для учащихся 9-11 классов по профилактике наркологических расстройств. Организаторами межведомственного проекта выступили городской комитет образования, совместно с УНК УМВД России по Забайкальскому краю, Забайкальским краевым наркологическим диспансером, Центром СПИД краевой клинической инфекционной больницы, краевым Центром диагностики и консультирования "Семья", городским научно-методический Центром и Управлением Роскомнадзора по Забайкальскому краю.

В рамках межведомственного взаимодействия специалистами ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" прошли встречи с сотрудниками МЧС, УФСИН России по Забайкальскому краю и УМВД России по Забайкальскому краю в виде семинаров-занятий, а также лекций-бесед с условно-осужденными гражданами за преступления по медицинским и социальным последствиям употребления ПАВ.

Таким образом, организация комплекса профилактических мероприятий, проводимых в рамках межведомственного взаимодействия, играет определяющую роль в эффективности профилактической работы по противодействию употреблению ПАВ среди населения Забайкальского края.

Голенков А.В.

СКОЛЬКО ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В НАСЕЛЕНИИ? (ПО ДАННЫМ ОПУБЛИКОВАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

*Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия*

Психические расстройства (ПР) являются одной из самых распространенных патологий, статистика чаще всего опирается на официальные (зарегистрированные), входящие в отчетность случаи ПР, которые зачастую на порядок уступают реальным (невьявленным) показателям. Об этом свидетельствуют многочисленные эпидемиологические исследования отечественных и зарубежных ученых.

Цель - изучить опубликованные данные о распространенности психических расстройств в населении.

Материалы и методы. Использовались данные Википедии ("общедоступная многоязычная Интернет-энциклопедия со свободным контентом"), МКБ-10, класс 5 (ПР и расстройства поведения) и 10 блоков ПР (F00-F99). Несмотря на некоторые неточности Википедии, важна нейтральная точка зрения в подборе информации, никто из авторов статей не обладает исключительным правом. Акты вандализма и ложной непроверенной

информации обычно оперативно устраняются, а вносимые авторами изменения незамедлительно становятся доступными для просмотра всем посетителям сайта. Есть точка зрения, согласно которой "по объему сведений и тематическому охвату Википедия считается самой полной энциклопедией из когда-либо создававшихся за всю историю человечества".

F00-F09. На фоне постарения населения России и мира, случаи деменции становятся, безусловно, приоритетом общественного здравоохранения. Случаи деменции у людей в возрасте 60 лет и старше составляют 5-8%. На ранее наступление деменции приходится 9% всех случаев. Лидером является болезнь Альцгеймера, которой страдает 6,3-10,9% мужчин в возрасте 65 лет и старше и 12-19% - женщин; болезнь Паркинсона - 0,3-3%; фронтотемпоральная деменция - 15-22 на 100 тыс. населения, сосудистая 100 тыс. на 2,3 млн. жителей. Деменция удваивается каждые 5 лет, начиная с 65-летнего возраста. К 2050 году число случаев деменции в мире утроится.

F10-F19. Курит табак в мире ? взрослого населения, в России курило 39,1% населения (60,2% мужчин и 21,7% женщин). По числу выкуриваемых сигарет в год в среднем на душу населения лидировала Греция (>3000 сигарет в год). Каннабис потребляет 150 млн., амфетамин (стимуляторы) - 13, опиаты - 15 (героин - 10 млн.). В целом в течение жизни зависимостью от психоактивных веществ (без никотиновой зависимости) страдает около 8% населения, ретроспективно - 2-3%, в течение последних 12 месяцев - 12%. Алкоголизм (алкогольная зависимость) наблюдалась у 4,1% населения в возрасте 15 лет и старше, у мужчин в три раза чаще женщин. В США около 12% американцев обнаруживали признаки алкогольной зависимости в течение жизни (10-20% мужчин и 5-10% женщин).

F20-F29. Шизофренией болеет 1% населения в течение жизни. Пиком ее развития для мужчин является возраст 25 лет, для женщин - 27. В среднем в мире показатели распространенности шизофренией колеблется от 0,3% до 0,7%; соотношение зарегистрированных случаев шизофрении между мужчинами и женщинами составляет 1,4:1. Больше всего случаев шизофрении у мужчин наблюдалось в Японии (544 на 100 тыс.), меньше всего - в Африке (343); у женщин соответственно - в Юго-Восточной Европе (527) и Африке (378). Имеются сообщения, что в США шизофренией болеет 1,1% населения.

F30-F39. Большим аффективным расстройством страдает от 0,5 до 0,8% населения, но может составлять 1-3%; по данным социологических исследований достигает 16%. Случаи циклотимии колеблются от 0,4 до 4,5%, дистимии - 3,1-6%, шизоаффективные расстройства - 0,5-0,8%. Вероятность заболеть в течение жизни классическим вариантом БАР равняется 2%, без учета формы - 4%. Женщины болеют в два раза чаще мужчин.

F40-F49. Одна из самых распространенных групп ПР. Тревожные расстройства встречаются у 12% населения: генерализованное тревожное расстройство - у 3-5%, социализированное и социальные фобии по 5%, паническое расстройство - у 2,5%, агарофобия - у 1,7-2%. Посттравматическое стрессовое расстройства могут встречаться у 8,7%, а число новых случаев в течение года - у 3,5%, обсессивно-компульсивное расстройство - у 2,3%.

F50-F59. Включают многие и разнообразные ПР. Нарушения сна (инсомнии) встречаются у 20% населения, синдром обструктивного апноэ сна регистрируется у 4% мужчин и 2% женщин. Нарушения пищевого поведения - у 0,8% и 1,6% (нервная анорексия - у 0,4%, булимия - 1,3%) соответственно. Послеродовая депрессия встречается у 20-25% женщин в течение 4-6 недель после родов. Распространенность других ПР из этой рубрики изучены хуже, их показатели весьма вариабельны.

F60-F69. Личностные расстройства в населении встречаются в 10,5% случаев (среднее значение среди проведенных исследований). Всемирная организация здравоохранения указывает 6% в 13 странах мира по критериям DSM-IV, в США - 9%. Среди мужчин личностные расстройства регистрируются чаще, много их среди безработных. Преобладают шизотипическое, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое и истерическое (примерно по 2-3% каждое). Личностные расстройства очень часто сочетаются с другими ПР, в частности, с различными зависимостями).

F70-F79. Умственной отсталостью в мире страдает 2-3% населения. 75-90% - это легкая умственная отсталость. Существенно больше ее среди мужчин, у жителей отсталых и развивающихся стран. Около 25% из всех случаев генетически детерминированы, 30-50% - идиопатических. В России было зарегистрировано 0,6% таких больных.

F80-F89, F90-F99. Характерны для детского и подросткового возраста, многие ПР психологически обусловлены. Гиперкинетическими расстройствами болеют 5,3%, сохраняясь в течение жизни у 2-5%. Распространенность раннего детского аутизма (синдрома Аспергера) в настоящее время достигло 1%, при параллельном уменьшении регистрации случаев умственной отсталости. Тики встречается у 0,3-0,5% населения.

Сведений об эпидемиологии остальных психических расстройств в Википедии отсутствуют. Ограничениями нашего исследования являются отсутствие сведений о части расстройств, содержащихся в рубриках МКБ-10, наличие данных из разных стран (преимущественно развитых и США) с вариабельностью показателей, обусловленных диагностическими предпочтениями, критериями отбора/исключения обследованных респондентов, не учет коморбидных ПР, которые составляют значительную часть (25-50%) в популяции.

Таким образом, ПР в течение жизни могут развиваться у 80-90% людей, многие случаи психической патологии наблюдаются временно и обратимы без лечения, но определенно сопровождаются ухудшением социальной адаптации, развитием соматической патологии и сокращением продолжительности жизни. Указанные обстоятельства свидетельствуют о чрезвычайной важности развития служб психического здоровья в стране, создания условий для доступности психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи.

Голенков А.В., Никитина Е.В.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ЛЕЧЕНИЕМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Чебоксары, Россия*

Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары, Россия

Клинико-социальные опросы потребителей медицинских услуг помогают оценить удовлетворенность медицинской (психиатрической) помощью и улучшить показатели качества ее оказания. В своих предыдущих работах мы изучили удовлетворенность психически больных сестринским уходом и наблюдением в психиатрическом стационаре (Голенков А.В., Ожиганова Н.С., 2010). При этом пациенты с эпилепсией не опрашивались, хотя есть основания предполагать их негативное отношение к лечению в психиатрическом стационаре из-за частой дискриминации в получении медицинской помощи и самостигматизации (Голенков А.В., Никитина Е.В., 2010).

Цель - изучить удовлетворенность больных эпилепсией лечением в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы. Опрошено 50 больных (23 мужчины и 27 женщин) эпилепсией в возрасте от 27 до 66 лет (средний возраст - $46,6 \pm 11,1$ года), находящихся на лечении в Республиканской психиатрической больнице г. Чебоксары в 2017-2018 гг. Симптоматическую эпилепсию имели 86% опрошенных, криптогенную - 14%. Полиморфные припадки регистрировались у 54%, однотипные - у 46%; частые (4 раза в месяц и чаще) - у 46%, нечастые - у 54%. Длительность болезни у 80% составила более 20 лет. Использовался опросник "Оценка субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре" (Лутова Н.Б. и соавт., 2007). Анализировались стационарные истории болезней и медицинские карты амбулаторных больных. Пациенты с выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями в исследование не включались. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью расчета среднего значе-

ния, стандартного отклонения, χ^2 -распределения.

Полученные результаты. Все больные ранее неоднократно лечились в неврологических и психиатрических отделениях стационаров. Настоящая госпитализация была связана с учащением припадков у 96%, проведением трудовой экспертизы - у 60%, состояниями дисфории - у 12%, сумеречным помрачением сознания и/или психотическими расстройствами - у 12%. Регулярно принимали лечение 66%. Оказалось, что удовлетворены результатами проведенного лечения 74% больных, так как улучшилось самочувствие (68% полностью положительных ответов), стали ощущать бодрость и активность (70%), лучше понимать себя и других людей (80%), смогли увидеть свои недостатки, осложняющие жизнь (66%), легче общаться с окружающими (60%); удалось отдохнуть от своих повседневных забот (70%), решать свои проблемы (86%). После лечения смотрят на свое будущее более оптимистично 50% опрошенных, перестали пугать жизненные трудности - 64%, хотят продолжить начатый курс лечения после выписки - 80%, общаться со своим лечащим врачом - 90%, поскольку лечащий врач смог понять, что нужно больному - 70%, помог уточнить план на будущее - 62%; врач был достаточно компетентным (82% полностью положительных ответов), уделял достаточно времени и внимания (76%), поддерживал хороший эмоциональный контакт (74%), больные были ему интересны как люди (64%), мог четко и понятно ответить на возникающие вопросы (70%).

Помогли лекарства, которыми лечили больных в 60% случаев, результаты лечения совпали с ожиданием на 60%, одобрили план и стратегию терапии - в 94%. Медицинский персонал в клинике был достаточно внимательным и чутким, по мнению 84% больных, согласны с целесообразностью режимных ограничений в стационаре - 72%. Еда, которой кормили в клинике, устраивала 62% опрошенных, условия пребывания - 70%. Отметили, что омрачали пребывание в стационаре вынужденное безделье и скука (44% положительных ответов) и "зрелище окружавших психически больных" (42%). После лечения смотрят на свое будущее с оптимизмом 50%, не пугают жизненные трудности - 64%. Однако 58% считают, что будут иметь ограничения в профессии и учебе из-за пребывания в психиатрической больнице, это отразится на их отношениях с окружающими (28%), а жизненные планы стали более ограниченными (52%). Статистических различий по обсуждаемым вопросам между больными мужчинами и женщинами выявлено не было. Ранее нами отмечалось, что мужчины по сравнению с женщинами, чаще жаловались на неуважительное отношение со стороны сестринского и младшего медицинского персонала, недостаточное общение с родными и близкими людьми (чтобы чаще навещали родственники), хотели, чтобы в отделениях были организованы

развлечения (спортивно-развлекательные мероприятия) и не ограничивая курение (Голенков А.В. и соавт., 2009).

Наше другое исследование продемонстрировало связь между показателями удовлетворенности сестринским уходом и лечением в психиатрическом стационаре и режимом отделения. В "дневных стационарах" они были максимальными за счет отсутствия непрерывной круглосуточной изоляции, сохранения тесных связей с повседневными условиями жизни и социальным окружением. К тому же больные эпилепсией особо опасались разглашения диагноза после лечения в психиатрическом стационаре и последующей стигматизации со стороны окружающих их людей. Поэтому рекомендуется больным эпилепсией психиатрическую помощь оказывать по возможности в амбулаторных и "полустационарных" условиях (Кекелидзе З.И., Тюменкова Г.В., 2009).

Таким образом, результаты исследования показали, что больше половины больных (56-94%) удовлетворены проведенным лечением, взаимоотношениями врача и больного, бытовыми условиями и окружающей обстановкой в психиатрической больнице. Однако просматриваются признаки стигмы (самостигматизации) у больных эпилепсией, связанные с лечением в стационаре. Это отражается на различных сферах жизни больных, сопровождается трудностями в их повседневной жизни и общении с окружающими людьми.

Голыгина С.Е., Сахаров А.В., Капинос И.В., Сотников И.А.,
Ербаев М.А., Цыренова Ж.Д.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРОВ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Все большее количество отечественных и зарубежных авторов указывают на необходимость тщательного изучения психологического здоровья медицинских работников. Такое внимание к состоянию здоровья медперсонала является вполне обоснованным, так как данная профессия обладает огромной социальной важностью. Медицинский работник ежедневно несет серьезную ответственность, испытывает физические, умственные, эмоциональные перегрузки. При этом присутствуют фрустрирующие факторы - низкая оплата труда, снижение престижа профессии, продолжающиеся реформы в здравоохранении. Все это приводит к проблемам собственного здоровья врачей, в том числе психологического, что требует особого внимания и исследования.

Цель работы: изучение алекситимии, копинг-стратегий, невротических расстройств, склонности к созависимости у медицинского персонала психиатрического и наркологического стационаров в сравнительном аспекте.

Материалы и методы. Сплошным методом анонимно было проведено психологическое обследование врачей и среднего медицинского персонала стационарных отделений Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского и Забайкальского краевого наркологического диспансера. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта. Алекситимия изучалась при помощи Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26), копинг-стратегии оценивались посредством методики Р. Лазаруса. Частота невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Всего в исследование было включено 38 медицинских специалистов психиатрической больницы в возрасте от 29 до 58 лет (средний возраст $41,6 \pm 1,2$ лет) и 20 медицинских работников наркологического отделения в возрасте от 30 до 63 лет (средний возраст $40,9 \pm 1,9$ лет). Женщины в первой группе составили 84,2%, мужчины - 15,8%; во второй - 75% и 25% соответственно. В первой группе врачей было 39,5%, медицинских сестер - 60,5%; во второй - 50% и 50% соответственно. Стаж работы составил от 5 до 28 лет. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением Microsoft Excel и стандартного пакета программ "Statistica 10.0". Значимость различий между группами оценивалась с применением хи-квадрата Пирсона (χ^2).

Результаты. Согласно методике Спанн-Фишера, в первой группе медицинских работников умеренно выраженная созависимость была установлена у 76,3% персонала, резко выраженная - у 2,6%, проявления созависимости отсутствовали в 21,1% случаев. У персонала наркологического стационара эти результаты по шкале Спанн-Фишера составили 75,0%, 10,0% и 15,0% соответственно.

Количество набранных баллов по Торонтской шкале алекситимии у работников психиатрического стационара составило в среднем $63,2 \pm 1,9$, у наркологического - $65,4 \pm 2,9$ (норма в общей популяции - $59,3 \pm 1,3$ балла). Выраженные алекситимические черты имеют 21,1% обследованных первой группы и 30,0% второй, в группе риска находятся еще 31,6% и 30,0% соответственно, "неалекситимический" тип личности имеет 47,3% и 40,0% соответственно.

Анализ копинг-стратегий у медицинского персонала психиатрического профиля показал следующее: по шкале "конфронтация" высокие результаты продемонстрировали лишь 2,6% опрошенных, средние - 60,5%, низкие - 36,9%. Высокий уровень стратегии дистанцирования в стрессо-

вой ситуации присутствовал у 5,3% респондентов, средний - у 65,8%, низкий - у 29,9%. По шкале "самоконтроль" высокие показатели получены у 47,4% персонала, средние - у 50,0%, низкие - у 2,6%. Высокий уровень стратегии поиска социальной поддержки зарегистрирован у 34,2%, средний - у 55,3%, низкий - у 10,5%. Стратегией "принятие ответственности" на высоком уровне не пользуется ни один сотрудник, на среднем уровне - 47,4%, на низком уровне - 52,6%. По шкале "избегание" высокие показатели установлены в 31,6% случаев, средние - в 50,0% случаев, низкие - в 18,4% случаев. Высокие цифры по шкале "решение проблем" имели 39,5% респондентов, средние - 52,6%, низкие - 17,9%. Копинг-стратегии у медицинского персонала наркологического профиля выглядели следующим образом: по шкале "конфронтация" высокие результаты показали 40,0% опрошенных ($p < 0,001$), средние - 20,0% ($p < 0,001$), низкие - 40,0%. Высокий уровень стратегии дистанцирования в стрессовой ситуации присутствовал у 50,0% ($p < 0,001$) респондентов, средний - у 40,0%, низкий - у 10,0% ($p < 0,05$). По шкале "самоконтроль" высокие показатели получены у 45% персонала, средние - у 45%, низкие - у 10%. Высокий уровень стратегии поиска социальной поддержки зарегистрирован у 60,0%, средний - у 30,0%, низкий - у 10,0%. Стратегией "принятие ответственности" на высоком уровне выявлена у 35,0% опрошенных ($p < 0,01$), на среднем уровне - 15,0% ($p < 0,001$), на низком уровне - 50,0%. По шкале "избегание" высокие показатели установлены в 70,0% случаев ($p < 0,01$), средние ($p < 0,01$) и низкие - в 15,0% случаев. Высокие результаты по шкале "решение проблем" регистрировались у 70,0% респондентов ($p < 0,02$), средние - у 20,0% ($p < 0,01$), низкие - у 10,0%.

При анализе полученных результатов по опроснику Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 39,5% обследованных психиатрического стационара отсутствовали признаки невротических нарушений, у 39,5% были диагностированы невротические расстройства, ещё у 21,0% имелись предболезненные невротические состояния. Аналогичные показатели среди медицинских работников наркологической службы составили 35,0%, 55,0% и 10,0% соответственно.

Заключение. Результаты исследования продемонстрировали высокую частоту созависимости у персонала психиатрической больницы и наркологического стационара, среднюю распространенность алекситимических черт. При этом присутствуют существенные отличия в выборе копинг-стратегий в стрессовых ситуациях: работники наркологической службы, в сравнении с персоналом психиатрического учреждения, чаще используют копинг-стратегии "конфронтация", "дистанцирование" и "избегание", но также и адаптивные стратегии - "принятие ответственности" и "решение проблем".

Стоит отметить, что каждый второй-третий сотрудник имеет сформированные невротические нарушения. Указанные психологические особенности обязательно должны учитываться при работе с медицинским персоналом.

Гольгина С.Е., Сахаров А.В., Озорнин А.С.,
Вашурина М.А., Нечаева Н.Н., Матафонова К.А.

**ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ
ПРИ ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИИ И АЛКОГОЛЬНОМ ДЕЛИРИИ**
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В настоящее время точные патофизиологические механизмы изменений в микроциркуляторном русле при шизофрении и злоупотреблении спиртными напитками по-прежнему не установлены. Поэтому этот вопрос требует дальнейшего изучения в аспекте определения клинко-прогностического значения нарушений микроциркуляции, особенно в рамках психотических расстройств, при эндогенных и экзогенных психозах.

Цель работы: изучение состояния микроциркуляции крови методом лазерной доплеровской флоуметрии у пациентов в психотическом состоянии при параноидной форме шизофрении и при синдроме отмены алкоголя с делирием в сравнительном аспекте.

Материал и методы. Было обследовано 40 пациентов с шизофренией и 25 пациентов с алкогольным делирием в остром психотическом состоянии до лечения. Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев. Группы не имели гендерных и возрастных различий. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие. Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался метод лазерной доплеровской флоуметрии с помощью лазерного анализатора кровотока "ЛАКК-02" с компьютерным интерфейсом (НПП "ЛАЗМА", Москва). Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), среднеквадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (K_v), показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов. Статистическая обработка осуществлялась с применением пакета статистических программ "Statistica-10", для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. У пациентов с шизофренией в остром психотическом состоянии общий показатель микроциркуляции (ПМ) не отличался от контрольных значений, у больных алкоголизмом в делирии он превышал значения контрольной группы в 1,4 раза ($p = 0,0000$). Полученные результаты отражают выраженное ускорение потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло у пациентов при синдроме отмены алкоголя с

делирием. В состоянии психоза при шизофрении было зарегистрировано значимое увеличение (в 5,3 раза; $p=0,0000$) коэффициента вариации (K_v), в сравнении с контролем. При алкогольном делирии показатель не отличался от контрольных значений. Вероятно, при параноидной шизофрении изначально происходит чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции микрокровоотока, что является неблагоприятным фактором и косвенно может говорить о дисбалансе между медиаторами, обеспечивающими оптимальное течение эндотелийзависимых процессов. При параноидной шизофрении зарегистрированы существенные изменения среднего колебания перфузии (σ): превышение в 6,3 раза значений контрольной группы ($p=0,0000$). У пациентов в состоянии алкогольного делирия среднее колебание перфузии превышало контрольные значения в 2,6-2,9 раза, при этом величина среднеквадратического отклонения была значимо ниже, чем при острой параноидной шизофрении ($p=0,001$). Показатель шунтирования в острый период психоза при шизофрении оказался сниженным ($p=0,001$), при алкогольном делирии он не отличался от аналогичного показателя в контрольной группе. Нейрогенный тонус прекапиллярных резистентных микрососудов был увеличенным в 1,1 раза ($p=0,02$) только в группе пациентов с шизофренией. Миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров в обеих группах пациентов был ниже, чем в контрольной группе.

Заключение. При анализе полученных результатов выявлены существенные нарушения микроциркуляции у пациентов в остром психотическом состоянии при шизофрении и при алкогольном делирии. Наблюдаемые изменения при данных расстройствах носят выраженный и распространенный характер, при этом они имеют некоторые отличия: при алкогольном делирии происходит ускорение тока крови в единицу времени, а при острой шизофрении - чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции кровотока. Вероятно, представленные изменения имеют патологическое значение в течении острого психотического состояния и требуют дальнейшего изучения.

Гребень Н.Ф.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКАЗКИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь

Работа клинического психолога в структуре психиатрического стационара принудительного лечения на сегодняшний день недостаточно стандартизирована и определена. Существует явная необходимость в практи-

чески значимых объективных психодиагностических исследованиях, более весомом участии психолога в реабилитационных и профилактических мероприятиях. Во многом это связано с тем, что в практике принудительного лечения мы имеем дело с разными расстройствами психического здоровья, которые накладывают свои ограничения на диагностический процесс. Во-вторых, с ростом ответственности за результаты психодиагностической работы, которые имеют значение при принятии решений относительно дальнейшей судьбы пациента. В-третьих, традиционные психодиагностические методики, а чаще всего это тесты-опросники, нередко вызывают у пациентов спектр негативных эмоций в силу многократных обследований или трудностей связанных с их прохождением.

Это подтолкнуло нас к поиску и апробации креативных методов психологической диагностики в практике принудительного лечения. В данном случае мы остановились на работе со сказкой и ее диагностическими возможностями в плане выявления жизненного сценария и ценностей человека.

Как правило, жизненный сценарий лежит вне сознания человека. Проживая свои сценарные паттерны в случаях принятия решения или разрешения конфликтов, выбора партнера и выбора стиля жизни, человек не осознает влияние детских установок (Камзина О.А., Самыкина Н.Ю., 2014). Часть детских установок определяется родителями, значимыми людьми через вербальные и невербальные послылы. Однако большую роль в формировании жизненного сценария играют сказки, легенды, мифы, знакомство с которыми происходит также в раннем детстве. Одним из первых на это обратил внимание К.Г. Юнг, который считал, что сказки являются отражением коллективного бессознательного (2003). М.Л. фон Франц (1998) указала на то, что сказки дают понимание процессов, протекающих в коллективном бессознательном, и достаточно четко отражают базисные паттерны психики.

Целью нашего исследования было использование работы со сказкой для понимания жизненного сценария и ценностей у пациентов, страдающих психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния.

Методом исследования был опрос в форме беседы, в ходе которой пациенты должны были ответить на следующие вопросы: назвать любимую сказку, которую они помнят; назвать любимого героя; почему этот герой понравился?

Всего было обследовано 65 пациентов, пребывающих в психиатрическом стационаре на принудительном лечении. Среди них 14 (21,5 %) женщин и 51 (78,8 %) мужчина, средний возраст которых составил 38,9 лет, а возрастной диапазон от 21 до 68 лет. По уровню образования обследованные распределились следующим образом: 3 (4,6 %) пациента, обучались в школах-интернатах закрытого типа для детей с особенностями пси-

хофизического развития; 22 (33,8 %) пациента, получившие базовое и среднее образование; 19 (29,2 %) - со средне специальным образованием; 15 (23,1%) - со среднетехническим или незаконченным высшим образованием; 6 (9,2%) - с высшим образованием. Согласно выставленному диагнозу в выборку вошли преимущественно пациенты с расстройствами шизофренического спектра, а также умственной отсталостью и органическими психическими расстройствами.

Надо отметить, что процедура диагностики проходила в непринужденной обстановке. Пациенты достаточно охотно включались в беседу, и нередко готовы были привести и проанализировать несколько сказок, несмотря на разный возраст. Во многом были решены вопросы сопротивления и отсутствия мотивации, которые можно наблюдать в стандартной работе клинического психолога. Были случаи, когда пациенты делали запрос на встречу с психологом, поскольку вспоминали еще свои любимые сказки, о которых им хотелось бы поговорить.

Согласно полученным данным, наиболее часто упоминаемыми оказались следующие сказки: "Снежная королева" Х.К. Андерсена (10,8 %), "Золушка" (9,2 %), "Сказка о рыбаке и рыбке" А.С. Пушкина (7,7 %), "Колобок" (7,7 %), "Красная шапочка" (7,7 %), "Репка" (6,2 %), "Золотой ключик, или Приключения Буратино" А.Н. Толстого (4,6 %), "Конек-Горбунок" П.П. Ершова (3,1 %), "Сказка о царе Салтане, ..." А.С. Пушкина (3,1 %), русская народная сказка "Царевна-лягушка" (3,1 %), русская народная сказка "По щучьему веленью" (3,1 %). Также были получены ответы, где были названы вместо сказки любимые мультфильмы: "Ну, погоди" (3,1 %) и "Том и Джерри" (3,1 %). И еще 18 сказок имели однократное упоминание. В выборе любимой сказки можно отследить половые различия. К примеру, сказки "Снежная королева", "Сказка о рыбаке и рыбке", "Царевна лягушка" называли исключительно мужчины, а сказки "Сказка о царе Салтане, ...", "Золушка", за исключением 1 раза, - женщины.

Не менее интересными оказались и ответы, касающиеся любимого сказочного героя. Наиболее часто пациенты называли таких героев как Иван-дурак (7,7 %), Иван-царевич (3,1 %), Иванушка (3,1 %), Емеля (6,2 %), Золушка (7,7 %), Волк (6,2 %), Герда (6,2 %), Кай (4,6 %), Колобок (4,6 %), Буратино (3,1 %), Внучка ("Репка") (3,1 %), Дед Мороз (3,1 %), Старик (3,1 %). Предпочтения, связанные с полом здесь также прослеживаются. Любимый сказочный герой у женщин - это Золушка (7,7 %), а у мужчин - Иван-дурак (7,7 %). Следует отметить, что в выборке встречаются предпочтения героев противоположного пола у 9,8 % мужчин (Герда, Красная шапочка) и 21 % женщин (Гуливер, царь Салтан, Колобок). В 32 % случаев наблюдалось несоответствие выбора любимой сказки и сказочного героя.

Причины выбора того или иного героя мы попытались сгруппировать. Самой распространенной группой оказались ответы, где акцент делается на удачливости героя: "ему везет", "у него все получается, не напрягаясь", "всегда побеждает", "поймал золотую рыбку", "постоянно убегает", "дружит со всеми", "он красавец", "летает, варенье любит". Общей характеристикой этих ответов можно считать экстернальный локус контроля. Вторую группу составили ответы, где главный герой обладает определенной силой, часто волшебной: "дарит подарки", "исполняет желания", "спасает". В третьей группе ответов явно прослеживается интернальный локус контроля, способность нести ответственность за свое поведение, а также целеустремленность: "делает добрые дела", "достигает цели", "умеет держать удар", "взялся за ответственное дело", "не сдастся перед трудностями", "трудом хлеб добывает", "за царевну воевал, любил ее". Четвертую группу составили ответы, где герой занимает позицию жертвы "тяжело ему, его лиса обманывает", "жертвует ради любимой женщины", "вечно получает от мышонка", "о нем плохо отзываются". И ответ, который мы включили в пятую группу - "он отрицательный герой", можно рассматривать как вариант самоидентификации с героем, без пояснения причин.

Далее попытаемся проинтерпретировать данные обследованной группы пациентов. Анализ предпочитаемых сказочных сюжетов указывает на доминирование сюжетов, направленных на выход из сложной жизненной ситуации ("Снежная королева", "Золушка", "Конек-Горбунок", "Царевна-лягушка", "Сказка о царе Салтане, ..." и др.). Нередко пациенты принудительного лечения выбирают сказочные сюжеты, где главный герой получает какие-либо блага, не прилагая особых усилий ("Сказка о рыбаке и рыбке", "По щучьему веленью", "Золотой ключик, или Приключения Буратино" и др.). И еще одна сюжетная линия, где герой вынужден терпеть лишения, насмешки, издевательства ("Ну, погоди" (3,1 %) и "Том и Джерри" (3,1 %), "Морозко и др.).

Идентификация со сказочным героем чаще всего свидетельствует о личностной незрелости пациентов, а их поисках самоидентификации и самоопределения, либо о доминировании в структуре личности позиции "Ребенок". Так, традиционно Иван-дурак - это герой, который еще не прошел процесс инициации; Золушка - девушка, которая должна стать взрослой женщиной; Емеля, Карлсон, Кай, Колобок, Буратино - герои, с явным доминированием позиции "Ребенок", нежеланием нести ответственность за свое поведение, уповающие на помощь извне или волшебство. При этом большинство пациентов в качестве любимого сказочного персонажа выбирают положительного героя. Собственно идентификация пациентов с отрицательными героями характерна для 9,2 % опрошенных, что может быть сопряжено не только принятием "отрицательной" роли, но

и осознанием вины за асоциальные действия.

Особого внимания требует рассмотрение случаев предпочтения героев противоположного пола, т. к. это может быть связано как с трудностями гендерной самоидентификации пациентов, так и носить компенсаторный характер. К примеру, выбор мужчинами в качестве любимого сказочного героя Герды, может быть следствием потребности или дефицита материнской опеки.

В работе со сказкой, безусловно, преимущество за индивидуальным подходом. Поэтому остановимся на некоторых частных примерах неадаптивного жизненного сценария, где снижен уровень осознанности и ответственности пациента за свою жизнь.

Мужчина, 35 л. Любимая сказка: "Царевна-лягушка". Любимый сказочный герой: Иван-дурак. Мотивы выбора: "ему везет, мне раньше также везло". Планы на будущее: "отец зовет, поеду к нему".

Мужчина, 23 г. Любимая сказка: "Колобок". Любимый сказочный герой: Емеля. Мотивы выбора: "не напрягаясь, у него все получилось, что захотел". Планы на будущее: "найти работу, хорошо оплачиваемую и не вызывающую отвращение, жениться, ребенок может, чтобы стакан воды принесла".

Таким образом, сопоставляя любимую сказку с выбором сказочного героя можно говорить, что пациенты с психическими расстройствами, совершившие общественно опасные деяния, часто имеют неадаптивные жизненные сценарии. Апробированные нами диагностические возможности сказки позволяют не только определить особенности жизненного сценария пациентов принудительного лечения психиатрического стационара, но и наладить дальнейшую коррекционную работу. Работа с клиническим психологом предполагает осознание пациентами неэффективных или неработающих поведенческих паттернов и выработку адаптивных моделей взаимодействия с их микро- и макромиром. Отсутствие подобных коррекционных или психотерапевтических мероприятий в процессе лечения и реабилитации пациентов, в отношении которых реализуются принудительные меры лечения и безопасности, может существенно повысить риск совершения ими противоправного поведения.

Гребень Н.Ф., Осипчик С.И.

**О НЕОБХОДИМОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, В ОТНОШЕНИИ
КОТОРЫХ РЕАЛИЗУЮТСЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ
БЕЗОПАСНОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Согласно статистическим данным около 10% от общего числа людей,

имеющих расстройства психического здоровья склонны к совершению общественно опасных деяний. Часто данные лица признаются невменяемыми в отношении совершенного деяния с назначением принудительных мер безопасности и лечения в стационарных условиях. Принудительное лечение пациентов, страдающих психическими расстройствами, имеет длительный характер. Причем наблюдается стойкое увеличение его длительности. Средняя длительность пребывания на принудительном лечении в ГУ "РНПЦ психического здоровья" г. Минска в 2005 году составляла 227,9 дней, в 2008 - 367,2 дней, а в последние годы удерживается в районе 2 лет. Длительность нахождения пациентов в психиатрических стационарах приводит к формированию у них явления госпитализма: утрата навыков самостоятельного проживания и социального функционирования, профессиональная дезадаптация, потеря или ослабление родственных и других социальных связей. Синдром госпитализма служит дополнительным препятствием к выписке таких пациентов из больницы. Кроме того, для пациентов с утратой навыков повседневной жизни, проблемами в социальных взаимоотношениях характерны частые повторные общественно опасные деяния и госпитализации.

Результаты проведенного исследования показали, что у лиц, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения в стационарных условиях, наблюдаются нарушения когнитивной сферы: у 25% пациентов можно отметить сохранность познавательных процессов, у 50% легкие и умеренные снижения, и у 25% тяжелые нарушения различной этиологии. Также выявлено снижение умственной работоспособности и психической энергии, низкий и средний уровень психологического благополучия, качества жизни и самоконтроля. По прохождении курса медикаментозного лечения значительных улучшений по исследуемым параметрам не наблюдается. Согласно полученным данным можно отметить некоторые улучшения в функционировании памяти, а также повышение показателей психологического благополучия, прежде всего за счет изменений эмоционального фона. Последнее может быть обусловлено и мотивацией пациентов демонстрировать социально желаемые ответы с целью ускорения решения врачебной комиссии о прекращении принудительного лечения.

Кроме того, как отметили российские коллеги, терапевтические воздействия традиционными нейрорептиками приводят к формированию у пациентов отрицательного лекарственного патоморфоза. У таких пациентов картина ремиссий усложнена резидуальной симптоматикой, стойкими вторичными циркулярными расстройствами, аффективной индифферентностью, снижением уровня побуждений, нейрокогнитивным дефицитом. Существовавшие в остром периоде патологические переживания легко трансформируются в патологические установки личности, затрудняющие

психотерапевтическую и психокоррекционную работу. Осознание этого приводит врачей к перестройке мировоззрения в области совершенствования биологической терапии и пониманию того, что, чем раньше начинаются психосоциальные вмешательства, тем скорее можно рассчитывать на благоприятный прогноз (Гурович И.Я. и др., 2002).

Анализ существующего опыта показывает, что сегодня в практике принудительного лечения наряду с психофармакотерапией особое внимание должно быть уделено социально-реабилитационному направлению. Реализация на практике мероприятий по социальной реабилитации и абилитации требует решения ряда задач:

- формирование адекватных запросу мультидисциплинарных бригад, работающих в команде и реализующих принцип единства медикаментозных и психосоциальных воздействий;
- разработка программ повышения квалификации членов мультидисциплинарных бригад с целью обучения и повышения качества бригадной работы;
- разработка индивидуализированных реабилитационных программ, приближенных к потребностям конкретного пациента;
- создание условий для реализации социально-трудовой терапии и реадaptации;
- совершенствование психодиагностической работы психолога в направлении решения практических задач принудительного лечения;
- налаживание более широкого взаимодействия с социальными структурами, службами, оказывающими поддержку в плане социальной адаптации пациентов, после их выписки из психиатрического стационара;
- осуществление мониторинга эффективности, проводимых реабилитационных и профилактических программ.

Решение обозначенных задач позволит повысить эффективность медицинской помощи пациентам, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения, а также снизить степень выраженности побочных действий, улучшить их социальное и профессиональное функционирование.

Дикало Н.Н.

ШИЗОФРЕНИЯ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛИЗМОМ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

*Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,
Новокузнецк, Россия*

Коморбидность алкогольной зависимости с шизофренией обуславливает диагностическую сложность оценки психотических состояний, в ге-

незе которых могут участвовать экзогенные и эндогенные факторы. Противопоставление эндогенных и экзогенных болезней весьма условно. Генез всякого нормального или патологического явления всегда мультифакториален (Бузик О.Ж., Агибалова Т.В., 2008). Среди пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, распространенность алкогольной зависимости во много раз превышает таковую в популяции (Пивень Б.Н., 1998; Красик Е.Д., 1988). Интерес к психическим расстройствам, сочетающимся с алкогольной зависимостью, вызван существованием их "на стыке" двух специальностей - наркологии и психиатрии, что обуславливает трудности диспансеризации, профилактики и лечения пациентов (Мкртчян А.А., 2016). Систематическое пьянство больных шизофренией может создавать фасадный "алкогольный облик" и маскировать симптоматику шизофрении. Кроме того, алкогольная интоксикация усугубляет течение шизофренического процесса - провоцирует острые психотические состояния, актуализирует бредовые переживания, галлюцинации и т.д. Учитывая актуальность проблемы коморбидности шизофрении и алкоголизма, представляю клинический пример из своего практического опыта.

Больная С., 47 лет. С первого класса училась плохо, трудно давались все предметы. Была робкой, застенчивой, нерешительной, обидчивой. С одноклассниками не дружила, никто не хотел с ней общаться, т.к. хуже всех училась в классе. Окончила 8 классов, затем кулинарное училище, работала поваром в кафе. В 18 лет вышла замуж, особой любви к мужу не испытывала, вышла замуж, "потому что надо было завести семью". Через год родила сына, а ещё через год последовал развод с мужем, после того, как узнала про его измены. Вскоре после развода умерли оба родителя, с этого времени стала подавленной, появились тоска, тревога, внутреннее напряжение, опасение за свое будущее, беспричинные страхи. Чувствовала себя одинокой, никому не нужной, утратила интерес к жизни и к самой себе. Боялась оставаться дома одна, вздрагивала от каждого шороха. Начала употреблять спиртное в небольших количествах каждый день. Отмечала некоторое облегчение от этого, но ненадолго. Чаще пила одна, за вечер могла выпить бутылку водки, а иногда и две. Пьянствовала вечерами, когда приходила с работы. Каждое утро после очередной выпивки шла на работу, вспоминает, что "с похмелья не болела". В 33 года родила второго сына, ребенок оказался болен ДЦП. С этого времени не работала, осуществляла уход за ребенком-инвалидом. Продолжала алкоголизацию, пила запоями до 2-х недель с короткими перерывами. Воспитанием старшего сына не занималась, он был "сам по себе". После длительной массивной алкоголизации впервые возникает параноидная настроенность. Нарушается сон, появляются тревога, страхи. Больная испыты-

вала непонятные ощущения в теле, как будто кто-то двигал ее руками и ногами, появляется путаница мыслей и ощущение пустоты в голове. Затем начинает слышать "голоса", звучащие как со стороны, так и внутри головы, испытывала наплывы мыслей или, наоборот, возникала пустота в голове, особенно часто это происходило тогда, когда ложилась спать. Не могла понять, что с ней происходит, боялась сойти с ума. Ощущала в голове непонятный шепот. Выходя на улицу, казалось, что все окружающие смотрят на нее как-то подозрительно. Появились опасения за своих детей. Считала, что кто-то преследует ее с целью завладеть квартирой. Такое состояние длилось примерно на протяжении месяца. Затем внезапно стала слышать "голос" соседки внутри головы, которая смеялась над ней, издевалась, грозилась отобрать квартиру; приказывала: "возьми нож, зарежься, повешайся". Называла ее трусихой за то, что та не могла зарезать себя. Пациентка испытывала непонятные ощущения, казалось, что больше не принадлежит сама себе, и мысли как будто не её, а чужие. На фоне алкогольных эксцессов "голоса" усиливались, становились интенсивными. Впервые с таким состоянием была госпитализирована в психиатрический стационар с диагнозом: "Алкогольный галлюциноз". После первой госпитализации галлюцинаторная симптоматика купировалась, затем с возобновлением пьянства "голоса" появлялись вновь. Повторно поступила в стационар через 3 месяца. Выписана с диагнозом: Алкоголизм II ст. Алкогольный параноид. Истинных галлюцинаций больная больше не испытывала, имелись только псевдогаллюцинации, различные по содержанию, чаще угрожающие и императивные. Под влиянием "голосов" у больной на фоне тревожно-депрессивного аффекта появлялись мысли о самоубийстве. Все последующие госпитализации были обусловлены галлюцинаторно-параноидным синдромом, который возникал вне связи с приёмом алкоголя; в дальнейшем больная вовсе прекратила алкоголизацию. Несмотря на длительную терапию нейрорептиками, у больной сохранялся стойкий галлюцинаторный синдром. "Голоса" звучали постоянно: обвиняли, осуждали, оскорбляли, приказывали, подталкивали к суициду, внушали, что она "больна СПИ-Дом, заразна для всех окружающих". Больная говорила, что ей страшно, путаются мысли, кто-то вмешивается в ее жизнь. В стационаре выглядела заторможенной, с маскообразным лицом, ходила на полусогнутых ногах. Была астенизированной, апатичной, почти ничего не ела.

Анализ динамики патологического процесса. Заболевание началось у психастенической личности с чертами психического инфантилизма в виде привязанности к близким и ощущения собственной несостоятельности, что способствовало возникновению псевдоневрастенической стадии в развитии болезни. Вследствие повторяющихся психотравмирующих ситуа-

ций (развод с мужем, поочередность смертей обоих родителей) возникают аффективные нарушения в виде депрессивных состояний. Чувствовала себя одинокой, никому не нужной, утратила интерес к жизни и к самой себе. Появляется компульсивное влечение к употреблению алкоголя с целью облегчить свое состояние и отгородиться от реального мира. В последующем это становится немотивированным и одиночным пьянством. Начало алкоголизации обуславливает подавленность, чувство напряженности, тревоги, трудности общения, исчезающие при опьянении. Влечение к алкоголю резко выражено, количественный, а затем и ситуационный контроль постепенно утрачен. Употребляет большие дозы крепких напитков, ритм потребления стабилен - каждый день вечером после работы. Продолжает работать без прогулов, и ухаживать за больным ребенком. Когда в ее жизни появляется мужчина, алкоголизация приостанавливается, употребляет алкоголь эпизодически. Затем рождается второй ребенок, но он оказывается больным; это послужило пусковым моментом для возобновления алкоголизации. Через четыре года вновь остается одна, теперь уже с двумя детьми. Продолжает алкоголизироваться, чаще пьет в одиночку. У пациентки появляются черты алкогольной деградации по астено- и неврозоподобному типу. Утерян количественный и качественный контроль, дома бездеятельная, квартира в запущенном состоянии, дети сами по себе. После длительной массивной алкоголизации возникает параноидная настроенность, а затем острый параноидный синдром с психическими автоматизмами. На фоне алкогольных эксцессов, которые на тот момент стали реже, "голоса" усиливались, становились интенсивными. Истинных галлюцинаций больная больше не испытывает, имеются только псевдогаллюцинации, различные по содержанию, но чаще угрожающие и императивные. У больной появляется твердая убежденность своей заразности, возникают мысли о самоубийстве на фоне тревожно-депрессивного аффекта. Появляются изменения личности в виде пассивности, безынициативности, снижения энергетического потенциала и аутизма. Утрачивается специфичность личностной структуры с нарастанием апатии, абуплии. Безучастна к окружающим и к самой себе. Мысли о нежелании жить не покидают. Несмотря на длительную терапию нейрорептиками, сохраняется стойкий галлюцинаторно-параноидный синдром. Содержание "голосов" стереотипное, интенсивность периодически снижается, но ненадолго. Психически больной себя не считает. О детях упоминает редко, иногда только спрашивает про младшего сына, хочет увидеть его. Планов на будущее не строит, дезадаптирована в социальном окружении и бытовых вопросах. Критика к болезненному состоянию отсутствует.

На основании анализа собранного анамнеза, психического статуса и динамики заболевания выставлен диагноз: Шизофрения параноидная. Гал-

люцинаторно-параноидный синдром с психическими автоматизмами и эмоционально-волевым дефектом. Сопутствующий диагноз: Синдром зависимости от алкоголя, состояние ремиссии.

Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим вербальным галлюцинозом и хроническим алкогольным галлюцинозом с психическими автоматизмами.

Поскольку у пациентки резко выражены негативные расстройства, в лечении препаратами выбора являются нейролептики второго поколения, которые наряду с воздействием на продуктивную симптоматику оказывают активирующее действие. Наличие выраженного депрессивного аффекта с суицидальной настроенностью определяет необходимость назначения антидепрессантов, преимущественно, "больших". Также возникает необходимость в использовании ноотропных препаратов в различной комбинации. В связи с резистентностью к нейролептикам и сохраняющимся стойким галлюцинаторно-параноидным синдромом лечение должно быть длительным и проводиться только в условиях психиатрического стационара.

Вывод. На примере данного клинического случая мы видим, что происходит маскирование симптомов шизофрении за алкоголизациями, наблюдается высокая частота обострений психических расстройств, отсутствие ремиссий, быстрый распад личности при сочетании эндогенных и алкогольных составляющих изменений личности, низкий уровень социальной адаптации. Это требует проведения в отношении данной категории больных эффективного комплекса дифференцированных лечебно-организационных и социально-адаптационных мероприятий.

Дубинин О.П.

ДИНАМИКА АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2004-2018 ГОДЫ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

По данным официальной статистики, алкогольные расстройства занимают свыше 70% от всех наркологических расстройств и являются одной из самых актуальных проблем общества.

В Забайкальском крае за последние 15 лет показатель болезненности всеми алкогольными расстройствами (синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы и употребление алкоголя с вредными последствиями) снизился с 1875,7 (на 100 тыс. населения) в 2004 году до 1363,2 в 2018 году, или в 1,4 раза. Показатель по краю был на 18% ниже аналогичного показателя по ДФО (1671,4), но превышал средний по России (1198,0) на 14%. Всего в Забайкальском крае в 2018 году под

наблюдением врачей психиатров-наркологов было 14624 пациента с алкогольной патологией (в 2004 году-21363).

Значительно, в 4,2 раза, снизился показатель болезненности алкогольными психозами, с 93,9 в 2004 году до 22,5 в 2018 году. Данный показатель в 2,3 раза был ниже аналогичного показателя по ДФО (51,4), и на 34% среднего показателя по России (34,3). Всего по краю в 2018 году под наблюдением находился 241 пациент, перенесший алкогольный психоз (в 2004-1067).

Показатель болезненности синдромом зависимости от алкоголя в крае с 2004 года (1721,4) снизился в 1,4 раза, до 1197,6 в 2018 году, что на 17% ниже показателя по ДФО (1451,8), но на 21% выше среднего по России (988,9). Всего по краю в 2018 году под наблюдением было 12848 пациентов, с синдромом зависимости от алкоголя (в 2004-19691). Показатель болезненности в группе "употребление алкоголя с вредными последствиями" в крае с 2004 года (52,9) увеличился в 2,7 раза, в 2018 году он составил 143,1, однако был ниже показателя по ДФО на 15%, и на 18% среднего показателя по России (174,8). Всего по краю в 2018 году было под наблюдением 1535 пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями (в 2004-605).

В Забайкальском крае за последние 15 лет показатель заболеваемости всеми алкогольными расстройствами снизился с 2004 года с 248,3 (на 100 тыс. населения) до 116,3 или в 2,1 раза. Показатель по краю был на 26% ниже аналогичного показателя по ДФО (158,1), но превышал средний по России (92,6) на 25%. Всего по краю в 2018 году было впервые выявлено 1248 пациентов с алкогольной патологией (в 2004 году-2841).

Снижение произошло в группе "алкогольные психозы", показатель 2004 года 92,7 (на 100 тысяч населения) по краю уменьшился в 5,8 раз, составив в 2018 году 15,9. Данный показатель на 30% был ниже аналогичного показателя по ДФО (22,8), но превышал средний по России (13,3) на 20%. Всего по краю в 2018 году был впервые выявлен 171 пациент, перенесший алкогольный психоз (в 2004-1060). В структуре алкогольных психозов ведущее место, по-прежнему, принадлежит алкогольным делириям. Показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя в крае с 2004 года (118,5) снизился в 1,8 раза, до 63,2 в 2018 году, что на 26% ниже показателя по ДФО (86,3), но выше среднего по России (42,4) в 1,5 раза. Всего по краю в 2018 году было впервые выявлено 678 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (в 2004-1355). Показатель заболеваемости в группе "употребление алкоголя с вредными последствиями" в крае с 2004 года (37,2) максимально был высоким в 2008 году (76,9), однако в последующие годы снижался, и в 2018 году составил

37,2. Всего по краю в 2018 году было впервые выявлено 399 пациентов с употреблением алкоголя с вредными последствиями (в 2004 - 426).

Таким образом, в Забайкальском крае за период с 2004 по 2018 годы отмечается снижение уровня алкоголизации населения. В 5,8 раз снизилась заболеваемость алкогольными психозами, являющимися "индикаторами" тяжести алкогольной патологии. В 1,8 раза снизился показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя. Значительно уменьшился контингент больных, состоящих под наблюдением у врачей психиатров-наркологов. Показатель болезненности всеми алкогольными расстройствами (синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы и употребление алкоголя с вредными последствиями) снизился за 15 лет в 1,4 раза.

Вместе с тем, уровень алкоголизации в крае остается высоким. В 2018 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя, несмотря на снижение, выше среднего по России в 1,5 раза, а показатель заболеваемости алкогольными психозами превышает средний по России на 20%. Контингент больных, состоящих под наблюдением у врачей психиатров-наркологов, несмотря на снижение, остается большим. Показатель болезненности всеми алкогольными расстройствами (синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы и употребление алкоголя с вредными последствиями) на 14% превышает средний показатель по России.

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.

**МЕСТО МЕДИЦИНСКОГО ПСИХООБРАЗОВАНИЯ
В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Самарская городская клиническая больница №1

им. Н.И. Пирогова, Самара, Россия

*Самарский государственный медицинский университет,
Самара, Россия*

Только с середины XX века человечество озаботилось психологией здоровья, в том числе психологией психического здоровья, хотя в рамках профилактической медицины развивались психогигиена и психопрофилактика. Еще на стенах египетских пирамид были обозначены три основных метода медицины: "Трава, нож и слово" (терапевтический, хирургический, психотерапевтический методы). Однако с развитием христианства и, особенно в Средние века, "лечение словом" стало прерогативой церкви, а новое "открытие" психотерапии врачами состоялось только в XIX веке. Но стигматизация и дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами, продолжают процветать в обществе и в настоящее время.

Тем не менее, успехи медицинской и социальной реабилитации в пси-

хиатрии, особенно в применении к психическим расстройствам с затяжным и хроническим течением, привели к распространению принципов и законов реабилитологии на соматические заболевания. Присоединение интернистов к процессам реабилитации привело к тому, что само это понятие стало включать в себя и валеологию, и саногенез, и медицину, и собственно реабилитацию. Все это еще более запутывает понимание как общей, так и частной клинической реабилитации, особенно в соматической медицине (хотя деятельность в этом направлении и способствовала появлению "школ" диабета, бронхиальной астмы, гипертонической болезни и др.).

М.М. Кабанов в 70-е годы XX века создает принципиально новую схему реабилитации психически больных, считая реабилитацию системным введением больного в разные периоды болезни и последующей жизни. Им были предложены основные принципы реабилитации: партнерства, разносторонности усилий (воздействий), единства психосоциальных и биологических методов воздействия, ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Различают обычно три этапа реабилитации: медицинский, психологический и социальный (профессиональный). М.М. Кабанов выделяет начальный этап реабилитации как восстановительное лечение, второй называет реадaptацией, а третий, завершающий этап - реабилитацией в собственном (прямом, узком) смысле понятия. И на всех этапах реабилитации, по нашему мнению, в той или иной степени необходимо участие психообразования (элементов, блоков, программ).

Набирающие интенсивность психообразование и информационная психотерапия при всех их успехах охватывают только собственно самих пациентов и их ближайшее окружение и мало распространяются на более крупные группы общества, в том числе на психологов, учителей, журналистов. К сожалению, деятельность психиатров, наркологов, психотерапевтов в рамках психообразования не получает отклика не только в массовом сознании, но даже у врачебной общественности, а, соответственно, не распространяются и в гражданском обществе. В результате этого обращение к психиатру, наркологу остается поздним, вынужденным или неотложным, диагностика и лечение - поздними и более длительными, а сам факт обращения самим пациентом и его окружением воспринимается как стигматизирующий и дискриминирующий в настоящем и будущем.

Несмотря на то, что термину "психообразование" более 30 лет, нет четкого понимания его принадлежности к педагогике, психологии, социологии, психотерапии. Ясно одно: речь идет о получении новой, неизвестной для пациента информации от профессионала для успешности этапов реабилитации.

Е.А. Хмельницкая (2007) считает, что "психообразование представляет собой лечебно-реабилитационное вмешательство при различных пси-

хических расстройств, направленное на обеспечение пациентов и их родственников знаниями и навыками, необходимыми для успешной победы над болезнью" и предлагает программы с использованием когнитивно-бихевиоральных техник. С.В. Зиновьев (2017) полагает, что "психообразование в психиатрии - это одна из перспективных форм психотерапии и социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами и их семей. Оно способствует стимуляции активной позиции пациента в преодолении психического заболевания и его последствий, формированию ответственности за свое социальное поведение и выработке адекватной стратегии совладания с болезнью (приспособительного поведения), восстановлению нарушенных из-за психического заболевания социальных контактов и повышению социальной компетентности". Следовательно, психообразование является видом психотерапии, предмет которого - передача информации в рамках основных моделей (медицинской, психологической, социальной) психотерапии в зависимости от этапа реабилитации.

До сих пор продолжается "вялая" дискуссия по базовой проблеме профессионального самосознания психотерапевтов: "Что есть психотерапия?" - наука, искусство, бизнес, практика, духовная практика, "хлам". Не решен вопрос и о способах отношений в системе "человек (врач, психолог, модератор и др.) - человек (пациент, клиент, группа)", что это - вмешательство, воздействие, интервенция, внушение? В психообразовании речь может идти только о получении информации в системе реабилитации (все остальные вмешательства охватывают другие виды, модели, техники психотерапии).

Всё в живой и неживой природе является информацией. Выделяют три родственных понятия: "информационность", "информированность", "информативность". "Информационность" (или информация) является базовым свойством живой и неживой материи, включающей информативность объекта и информированность индивида. "Информативность" - это мера информации, которая содержится в любом носителе, в частности, пациенте: рассказ (интервью), осмотр, текст и другой материальный объект. Информативность живых объектов, которые являются не только хранителями, но и одновременно пользователями, называется информированностью. Следовательно, "информированность" - эта та мера информации, которая не только присутствует, но и постоянно меняется, в первую очередь, пополняется и позволяет индивиду компенсироваться и адаптироваться в потоке информации в социальном мире.

Задачи психотерапевта (ко-психотерапевта, членов полипрофессиональной бригады) - не только разобраться в процессе работы с пациентом как с носителем материальной информации, как с личностью, имеющей определенный внутренний мир, но существенно пополнить и изменить "в нуж-

ном русле" его информированность. Это может быть достигнуто правильным структурированием содержательности с расширением и обогащением внутреннего мира пациента через новую информацию. Мерой новой информации является различие содержания информации до воздействия и после него. Содержательность включает в себя информативность и информированность. При этом пациент должен быть вовлеченным в желание не просто пассивно получать новую информацию, но и активно участвовать в её сравнении для получения чего-то нового для себя. Активность должна сочетаться с подвижностью усвоения новой информации. Именно через воздействие/сопоставление двух или более виртуальных объектов - мыслей (образов, концептов) меняется содержательность, а личность становится богаче духовно. Используя сопоставления, можно изменить признаки и проявления духовности/информационности/содержательности.

Для выяснения индивидуальной информированности в вопросах психического здоровья (болезни) пациенту может предлагаться опросник "Психическое нездоровье в общественном сознании", разработанный профессором Центра психического здоровья РАМН В.С. Ястребовым и соавт. (2001). Исходя из поставленных задач, опросник может быть адаптирован и дополнен необходимыми утверждениями, касающимися конкретных психически расстройств. Опросник состоит из 180 утверждений с ответами "верно/неверно".

В дальнейшем, согласно цели и задачам вмешательства, утверждения могут быть разбиты на категории: 1. Представление о происхождении, течении и прогнозе заболевания. 2. Отношение респондента к психически больным, включая конкретное расстройство. 3. Представление респондента о социальном и правовом статусе психически больных, включая конкретное расстройство. 4. Отношение респондента к терапии психически больных. 5. Представление респондента о психиатрии и враче-психиатре.

С помощью анкетирования предварительно выявляются индивидуальные ошибки суждений, заблуждения, стереотипы, стигматизация и самостигматизация, влекущие за собой затруднения комплаенса, дискриминацию пациента в обществе, а затем через ряд бесед (дискурсов) меняется информированность пациента в отношении лечения, адаптации и последующей реабилитации. Психообразовательный блок должен быть представлен, с одной стороны, групповыми тематическими занятиями с пациентами, с родственниками и смешанными группами; с другой - индивидуальными занятиями с пациентом по изменению конкретной информированности. От содержательности целиком зависит успешность усвоения психообразовательной информации, ее групповая и/или индивидуальная (личностная) направленность. Большинство исследователей сводит психооб-

разование к программам по работе с пациентами (и родственниками) по нозологическому принципу, т.е. исходят из обобщенной информации о конкретной болезни. Такой психообразовательный подход, по нашему мнению, успешен на начальном периоде при групповых занятиях, но часто не позволяет установить инсайт (осознание болезни), комплаенс (соблюдение режима приема медикаментов и т.д.), а главное - усвоить и сделать личностной полученную информацию, т.е. изменить и усвоить информированность во внутреннем мире и, соответственно, преодолеть стигматизацию и самостигматизацию, связанные с болезнью. Поэтому психообразовательная работа должна проводиться параллельно с личностно-ориентированной психотерапией, суггестивными вариантами, групповой психотерапией психотических состояний с целью купирования острой симптоматики, формирования истинной "внутренней картины болезни" - "внутренней картины здоровья", формирования комплаенса с врачом, с групповой социально-реабилитационной работой с больными, психологической адаптацией пациентов. Указанные вмешательства осуществляют врачи-психотерапевты, как ко-терапевты с ними работают медицинские психологи и специалисты по социальной работе.

Ефимова О.А., Дианова Н.С., Тимкина О.А

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ В СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В современном обществе человек постоянно сталкивается с разного рода трудностями и предпринимает действия для их преодоления. Доминирование конструктивных или неконструктивных стратегий поведения оказывает существенное влияние на процессы адаптации человека в обществе. Способность сопротивляться стрессовым ситуациям изменяется при наличии психических нарушений в познавательной, эмоционально-потребностной, деятельностно-волевой сферах психической деятельности. Механизмы преодолевающего поведения в ситуации болезни будут обусловлены не только общей реактивностью организма и личностными особенностями, но и клиническими особенностями заболевания, а также имеющимися социально-психологическими ресурсами.

Цель работы: изучение механизмов копинг-поведения у пациентов с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 40 пациентов, находившихся на обследовании и лечении в ГКУЗ "ККПБ им. В.Х. Кандинского", из них 75% женщин и 25% мужчин. Средний возраст составил 33,4 года. Психологическая диагностика копинг-механизмов осуще-

ствлялась с помощью опросника Е. Хейма, включающего 26 ситуационно-специфических вариантов проявления копинг-механизмов в основных сферах психической деятельности: когнитивной, эмоциональной, поведенческой.

Результаты. При анализе показателей, характеризующих копинг-механизмы в трех сферах психической деятельности, конструктивные варианты копинг-поведения выявлены у 63,3% мужчин, неконструктивный вариант отмечался у 20% респондентов, относительно конструктивный вариант копинг-поведения у 16,7% опрошенных. Установлено, что у мужчин, среди когнитивных копинг-стратегий 50% составили адаптивные варианты, 40% - неадаптивные и 10% относительно адаптивные варианты копинг-поведения. Когнитивные копинг-стратегии представлены в виде: игнорирования, смирения, диссимуляции. При интерпретации показателей эмоциональных копинг-стратегий (протест, покорность) установлено, что адаптивные варианты отмечались у 90%, неадаптивные варианты у 10% обследованных мужчин. Среди поведенческих копинг-стратегий (активное избегание, отвлечение) адаптивные варианты выявлены у 50% мужчин, неадаптивные варианты у 10% и относительно адаптивные варианты копинг-поведения у 40% обследованных. В результате интерпретации показателей копинг-механизмов у женщин в поведенческой, когнитивной, эмоциональной сферах установлено, что преобладающим является неадаптивный вариант копинг-поведения (40%), у 30% женщин выявлен адаптивный вариант, относительно адаптивный вариант копинг-поведения у 30%. Показатели в группе женщин представлены следующим образом: среди когнитивных копинг-стратегий 20% составили адаптивные варианты, 63% - неадаптивные варианты и 17% - относительно адаптивные варианты копинг-поведения. В результате оценки эмоциональных копинг-стратегий адаптивные варианты выявлены у 43,3% женщин, неадаптивные варианты составили 26,7%, относительно адаптивные варианты копинг-поведения - 30%. Адаптивные варианты поведенческих копинг-стратегий выявлены у 26,7% женщин, неадаптивные варианты у 30%, относительно адаптивные варианты копинг-поведения установлены в 43,3% случаев.

Выводы. В результате исследования установлено, что среди мужчин преобладает адаптивный вариант копинг-поведения (63,3%), неадаптивный вариант отмечается у 20% респондентов, относительно адаптивный вариант копинг-поведения у 16,7% обследованных. Среди женщин преобладает неадаптивный вариант копинг-поведения - 40%, адаптивный вариант выявлен у 30%, относительно адаптивный вариант копинг-поведения отмечается у 30% респондентов-женщин. Выявленные поведенческие стратегии могут рассматриваться в процессе оказания психотерапевтической помощи, а также в процессе применения психосоциальных программ реабилитации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами.

Карницкая Л.А.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ МАТЕРЕЙ

Белорусская медицинская академия последипломного образования,

Минск, Беларусь

Республиканский научно-практический центр психического здоровья,

Минск, Беларусь

По оценкам зарубежных исследователей, 29-68% женщин, страдающих шизофренией, являются родителями несовершеннолетних детей. Шизофрения у матери влечет за собой не только личностную дезадаптацию женщины, но и ассоциируется со значительным нарушением семейного функционирования. Огромное число распадающихся семей среди лиц с психическими расстройствами, рост числа случаев лишения родительских прав матерей, страдающих шизофренией, отсутствие разработанности программ социальной и психологической поддержки семье, и, в первую очередь, больной женщине, определяют актуальность изучения семейного функционирования матерей, страдающих шизофренией.

Несмотря на преобладающее стигматизирующее негативное представление о влиянии материнской шизофрении на потомство, в научной литературе имеются свидетельства благоприятных исходов для детей больных шизофренией матерей. Исследователями определен ряд предикторов последствий для потомства матерей с шизофренией, одним из которых является стиль детско-родительских отношений.

Дезадаптивное поведение матерей с шизофренией существенно опосредуется симптомами психического расстройства, а негармоничный стиль детско-родительских отношений, в свою очередь, коррелирует с увеличением риска неблагоприятных последствий для потомства (Johnson J. et al., 2002). Результаты исследований чаще свидетельствуют о дисфункциональном характере детско-родительских отношений: шизофрения у матери коррелирует с непредсказуемым и разрешительным стилем воспитания, уменьшением родительской решительности, чертами авторитаризма (Begum Engur, 2017).

В отечественной психиатрии, как и в психиатрии постсоветских стран, работ, исследующих детско-родительские отношения в семьях больных шизофренией матерей вовсе нет, чем и определяется актуальность нашего исследования.

Целью настоящего исследования было выявление и изучение особенностей социального и семейного функционирования матерей с шизофренией и характера детско-родительских отношений между больными матерями и их детьми.

Материалы и методы. Дизайн исследования: поперечное, сравнительное, "случай - контроль". Набор материала выполнялся на базе государственного учреждения "Республиканский научно-практический центр психического здоровья" в период с 2016 по 2018 год. В исследовании приняли участие матери, имеющие детей в возрасте от 3-х до 14 лет, и проживающие совместно с ними. Основную группу составили матери, страдающие параноидной шизофренией. Контрольную группу составили психически здоровые матери. У всех участниц было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом.

В исследовании приняли участие 58 матерей с шизофренией, сформировав 71 исследовательскую диаду. В группе контроля приняли участие 43 здоровые матери, сформировав 51 исследовательскую диаду. Объектом статистического наблюдения явились матери с шизофренией, единицей статистического наблюдения - диада мать-ребенок. Изучение особенностей семейного функционирования и детско-родительских отношений производилось с помощью опросника для родителей "Анализ семейных взаимоотношений", разработанного Э.Г. Эйдемиллером и В.В. Юстицкисом (далее - АСВ). Для оценки различий долей качественных признаков проводилась перекодировка переменных в дихотомии и проверка гипотезы для дихотомических переменных с помощью t-критерия равенства средних. Для оценки межгрупповых различий использовался непараметрический критерий Манна-Уитни для анализа количественных данных. Для анализа внутренней структуры детско-родительских отношений использовался факторный анализ. Критический уровень значимости (p) в работе принимался равным 0,05. Результаты исследования обрабатывались с помощью статистической программы SPSS Statistics, версия 17.0 для Widows.

Результаты. Изучение социально-экономических характеристик матерей с шизофренией выявило ряд особенностей функционирования и качества жизни. Матери с шизофренией чаще, чем здоровые матери имели среднее и незаконченное высшее образование, чаще являлись безработными, чаще имели стойкую утрату трудоспособности в связи с заболеванием. Профессиональный статус среди работающих больных матерей был низким значительно чаще, чем у здоровых матерей. В семьях больных шизофренией матерей в сравнении с группой контроля более часто отмечалось неудовлетворительное материальное положение. Обеспечение семьи у больных матерей реже, чем у здоровых матерей определялось совместным с супругом доходом, больные матери чаще, чем здоровые находились на иждивении родителей. Анализ результатов сравнения семейных характеристик исследуемых групп выявил статистическую разницу в

семейном статусе: больные матери чаще были не замужем или разведены, реже проживали совместно с отцом ребенка и чаще, чем здоровые матери проживали с детьми совместно с родителями. Статистически значимых различий в количестве детей в семье в обеих группах выявлено не было. Вместе с тем, рождение детей вне брака чаще отмечалось в группе больных матерей. Практически все участницы заявили о желанности беременности и рождения ребенка. Частота незапланированных беременностей по ответам участниц была приблизительно одинакова в обеих группах. Больные матери статистически достоверно реже своевременно становились на диспансерный учет по беременности в женской консультации.

Профиль АСВ матерей с шизофренией отражает более высокие уровни гиперпротекции, потворствования, требований-обязанностей, неустойчивости стратегий воспитания, минимальности санкций за нарушение требований ребенком и более высокие уровни, как чрезмерности требований-запретов, так и недостаточности требований-запретов. Среди возможных причин дисфункциональных детско-родительских отношений выражены психологические проблемы родителя в виде расширения родительских чувств, фобии утраты, воспитательной неуверенности родителя, вынесения конфликта с партнером в область детско-родительских отношений, неразвитости родительских чувств, предпочтения женских качеств.

Анализ внутренней структуры детско-родительских отношений в исследуемых группах показал, что в семьях матерей, страдающих шизофренией, стиль детско-родительских отношений имеет черты, сочетание которых характерно для доминирующей гиперпротекции, воспитательной неуверенности и гипопротекции.

Выводы. С утверждением биопсихосоциальной модели реабилитации при психических расстройствах актуальным является исследование социальных последствий болезни. Данные о семейном функционировании отражают социальную адаптацию матерей с шизофренией и подтверждают актуальность их изучения. Результаты проведенного сравнительного исследования семейного функционирования подтвердили, что психическое расстройство не влияет на репродуктивные показатели у женщин с шизофренией. Вместе с тем важнейшие социально-экономические характеристики, влияющие на семейное функционирование, у больных шизофренией матерей значительно ниже, чем в группе психически здоровых матерей. Также результаты исследования свидетельствуют, что стили детско-родительских отношений в семьях матерей, страдающих шизофренией, носят дисфункциональный характер и часто обусловлены психологическими проблемами матери, решаемыми за счет ребенка. Вместе с тем степень выраженности неадаптивных черт детско-родительских отношений и характер их

сочетания детерминируется различными факторами, в том числе симптомами болезни у матери. Определение характера влияния болезни матери на стиль детско-родительских отношений требует дальнейшего изучения.

Касьянова Ю.А.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ
Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова,
Якутск, Россия

Цель исследования: сравнить нежелательные побочные реакции от лечения больных психиатрического стационара двумя группами антидепрессантов: трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Материалы и методы. Обследованы больные, находящиеся на стационарном лечении в Якутском республиканском психоневрологическом диспансере. Использовались - шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала оценки побочного действия UKU.

Результаты. Проведена оценка эффективности терапии, редукции депрессивных расстройств с помощью шкалы Гамильтона и клинического осмотра пациентов с депрессивной симптоматикой при различных психических расстройствах: шизофрения, органические депрессивные расстройства, депрессивная реакция на ситуацию. В результате проведенного тестирования больных по шкале Гамильтона было выявлено, что депрессия средней и тяжелой степени тяжести чаще встречается у женщин (по 9,5% в данных категориях тяжести). Легкая степень выявлена у 81% опрошенных женщин. Мужчины менее подвержены тяжелым депрессивным состояниям, легкая степень наблюдается у 94% опрошенных, средняя степень - у 6%. Такое различие может быть связано с циклическими гормональными изменениями в организме женщин, а также с такими характерными для них особенностями характера как эмоциональность и мнительность.

Основным представителем группы трициклических антидепрессантов был amitриптилин, СИОЗС - Флувоксамин. Нежелательные побочные эффекты со стороны психики, такие как: нарушение концентрации внимания, астения, сонливость, нарушение памяти, внутреннее беспокойство, нарушения сна чаще встречались при лечении флувоксамином (у мужчин - в 30%, у женщин - в 41% случаев). При лечении amitриптилином данный показатель встречался реже: у 21% мужчин и 36% женщин.

Побочные эффекты со стороны нервной системы (дистония, ригидность, гипокинезия, гиперкинезия, тремор, акатизия, парестезии, нарушения аккомодации, усиленное потоотделение, светочувствительность, го-

ловные боли) при лечении amitriptилином и флувоксамином встречаются в равных количествах, со средним значением 78,3%. При приеме антидепрессанта из группы СИОЗС данный показатель встречался у 50% мужчин у 100% у женщин, а при приеме ТЦА у мужчин в 94%, у женщин в 66%. Такие побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта как: усиленное или сниженное слюноотделение, диарея, запоры, тошнота/рвота чаще встречаются при приеме amitriptилина - среднее значение среди лиц обоих полов 64,8% (М - 68,7%; Ж - 61,9%), при лечении флувоксамином - в 43,2% случаев (М - 43,7%; Ж - 42,8%). Ортостатизм и тахикардия также чаще встречались при терапии трициклическим антидепрессантом: у 8% случаев у мужчин и в 47,6% у женщин, соответственно. При терапии СИОЗС данный показатель равен 8% и 4%. Нежелательные побочные реакции в виде задержки или усиления мочеиспускания чаще вызывает терапия amitriptилином: 18% среди мужчин, 14% среди женщин. При лечении флувоксамином данные нарушения встречаются также в 18%, а вот у женщин значительно реже - 4%. На обмен веществ в большей степени влияет антидепрессант из группы СИОЗС: прибавка или потеря в весе у мужчин встречалась в 37%, у женщин - 33%. Amitriptилин оказывает меньшее влияние на эндокринные органы: у мужчин 25%, у женщин 14%.

Выводы. 1. Наиболее эффективным антидепрессантом для терапии депрессии различной этиологии (особенно с выраженной тревогой и ажитацией) остается amitriptилин, который чаще всего вызывает побочные эффекты со стороны нервной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем. 2. Флувоксамин применяется при лечении депрессий различного генеза, обсессивно-компульсивного расстройства и имеет более выраженные психические нарушения первые две недели применения за счет серотонинового синдрома.

Касьянова Ю.А., Бекенева Л.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КИБЕРАДДИКЦИИ И АГРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова,
Якутск, Россия

Цель исследования: оценить влияние компьютерной зависимости на уровень агрессии.

Задачи исследования: 1. Выявить распространенность кибераддикции среди детей и подростков; 2. Определить уровень агрессии учащихся средних общеобразовательных школ; 3. Обозначить профилактические меры компьютерной зависимости.

Материалы и методы. Обследованы учащиеся 5-11 классов средней общеобразовательной школы №21 г. Якутска. Общее количество анкетированных - 387 человек: 201 мальчик и 186 девочек. Использовался метод анкетирования - разработана анкета, которая включает в себя вопросы, касающиеся симптомов кибераддикции. Метод тестирования включал широко используемую школьными психологами шкалу Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко, позволяющую определить уровень скрытой агрессии у детей и подростков.

Результаты. Во время анкетирования определялись следующие симптомы компьютерной зависимости: толерантность, психическая зависимость, "сухая абстиненция", вегето-висцеральные нарушения.

"Толерантность" для кибераддикции определяется количеством времени в сутки, которое тратят школьники на компьютерные игры и интернет. В группу риска входят 20% учащихся, которые находятся в виртуальном мире более 5 часов. Наибольшее часть школьников (51%) проводит за компьютером 2-4 часа, что является необходимым для выполнения домашнего задания и подготовки к занятиям в целом. 29% учащихся утверждают, что используют компьютеры и иные гаджеты менее одного часа в сутки.

У детей и подростков происходит быстрое формирование психической зависимости от компьютерных игр и Интернета, они привыкают перенаправлять, смещать свои эмоции и чувства с живых людей на игру и Интернет-общение. Помимо аддикции, дети легко поддаются негативному влиянию различных социальных сетей, и, казалось бы, безобидным играм ввиду некрепшей психики. Симптом психической зависимости наиболее выражен среди мальчиков, имея при этом приблизительно равные значения во всех возрастных категориях, со средним значением - 91%. Среди девочек данный показатель значительно ниже, со средним значением - 68%, варьируя при этом от 50% до 85%, в зависимости от класса обучения анкетированных.

"Сухая абстиненция" у школьников с компьютерной зависимостью проявляется чувством дискомфорта и пустоты, беспокойством, подавленностью, встречается в 14% случаев и не зависит от пола. Наиболее выражены данные расстройства у учащихся 5-6 классов и наблюдаются у 19% анкетированных. Среди обследуемых школьников, наблюдались вегето-висцеральные проявления в виде сухости или жжения глаз, снижении аппетита, запорах, которые возникают в результате длительного нахождения за компьютером. Данные расстройства могут свидетельствовать о наличии "физической зависимости", которые в большой степени встречаются у девочек - 22%. У мальчиков этот показатель равен 15%. Выраженная агрессия встречалась достаточно редко, причем как среди мальчиков, так и девочек высокий показатель встречался в 6 классе - от 8% до 11%. Уме-

ренные проявления скрытой агрессии у девочек встречались в среднем в 38%, а у мальчиков в 29%, причем к 11 классу данный показатель увеличился до 61%. Такое увеличение уровня агрессии никак не связано с компьютерной зависимостью, а является следствием становления личности.

Выводы. 1. В группе риска по формированию компьютерной зависимости находятся дети 10-11 лет, обучающиеся в 5-6 классах, так как они наиболее уязвимы влиянию различных гаджетов и Интернета. Этот возраст можно назвать "героическим" периодом. Они хотят подражать, поклоняться и следовать своим героям, в том числе и их агрессивным действиям. 2. В возрастном промежутке 13-15 лет всякие авторитеты теряют свое влияние. Агрессия в этом возрасте связана с просыпающимся сексуальным сознанием, которое вносят в душу нервозность, беспокойство, внутреннее возбуждение. В этом возрасте дети склонны к опасным авантюрам. Компьютерная зависимость может повлиять на уровень агрессии только в случае поощрения различных проступков с раннего возраста, отсутствия должного воспитания и родительского контроля, наличия психического расстройства. 3. В возрасте от 16 до 18 лет юноши и девушки только вступают в будничную пору своей жизни. Обнаружение скрытой агрессии не связано с компьютерной зависимостью, а может быть следствием становления личности, "юношеского максимализма", повышенной учебной нагрузкой, предстоящими выпускными экзаменами и решением дальнейшей судьбы.

Клинова М.А., Сахаров А.В., Аксенова Е.А., Кондратьева С.В.,

Нархинова А.А., Гавзова Е.И., Чимитцыренова Д.Б.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПРИЗЫВНИКОВ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Сохранение здоровья молодого поколения является актуальной и социально значимой задачей, так как это важнейший показатель благополучия государства и общества. Психические расстройства занимают лидирующие позиции в структуре заболеваний, являющихся причинами негодности лиц призывного возраста для службы в Вооруженных силах РФ. Исследований, посвященных изучению распространенности и особенностей невротических и наркологических расстройств среди лиц призывного возраста, особенно на региональном уровне, проводится недостаточно.

Цель работы: изучение частоты невротических и аддиктивных расстройств у призывников, проходящих стационарную военно-врачебную экспертизу.

Материалы и методы. Работа проводилась методом сплошного анонимного обследования призывников, проходивших стационарную военно-врачебную экспертизу в Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского. Для выполнения работы нами была специально разработана карта исследования, включающая социально-демографические, онтогенетические и конституционально-биологические характеристики призывников, их наркологический анамнез. Дополнительно применялись: тест AUDIT (ВОЗ) для исследования потребления алкоголя и его последствий; тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости; методика К. Янг для определения Интернет-зависимости. Для диагностики невротических расстройств использовался клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). Всего в исследование было включено 50 призывников в возрасте от 16 до 21 лет (средний возраст 17,6±0,2 лет). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. Было установлено, что 26% призывников имели психопатологически отягощенную наследственность, в структуре которой преобладал алкоголизм родителей, а также суициды у родственников. Среди призывников воспитывались в неполных семьях 52% обследованных, преимущественно в условиях гипоопеки. Семейная ситуация сопровождалась конфликтами и негативной обстановкой. 26% респондентов до призыва на военную службу были вовлечены в асоциальные и полукриминальные компании сверстников, ввиду этого уже имели приводы в полицию и судимость за совершение преступлений той или иной степени тяжести. 14% призывников ранее совершали суицидальные попытки, преимущественно способом нанесения самопорезов, в 4% случаев в состоянии алкогольного опьянения. В детском возрасте расстройства по органическому типу встречались в 16% случаев, невротические двигательные расстройства - в 4%, отставание в нервно-психическом развитии - в 38% случаев. Наблюдались у психиатра до призыва на военную службу более половины респондентов - 52%.

При анализе полученных результатов по опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998) выявлено следующее: в 82% случаев отсутствовали признаки невротических нарушений, в 6% случаев диагностированы признаки невротических расстройств, в 12% случаев имелись предболезненные невротические состояния. Структура невротических расстройств была представлена следующим образом: тревожные расстройства были выявлены у 6% призывников, еще в 6% случаев показатели по шкале тревоги соответствовали пограничному уровню невротических расстройств (предболезнь). Уровень психологического здоровья по данной шкале отмечался в 88% случаев. По шкале невротической депрессии в 4% случаев вы-

явлено состояние болезни, пограничный уровень расстройств диагностирован в 4% случаев, в 92% показатели по данной шкале являлись нормативными. Анализируя данные по шкале астении, установлено, что сформированные астенические расстройства имелись у 4% призывников. У 96% обследованных показатели соответствовали уровню психического здоровья. Конверсионные расстройства достигали уровня предболезни в 2% случаев, в 98% случаев показатели в норме. Обсессивно-фобические нарушения выявлены у 6% призывников, пограничный уровень по данной шкале отмечался в 6% случаев. В 94% случаев показатели соответствовали нормативным. Вегетативные нарушения были выявлены в 4% случаев, показатели соответствовали пограничному уровню у 4% призывников. В 96% случаев показатели были в норме.

Установлено, что курящими в настоящее время являются 66% респондентов. При оценке степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема выявлено, что очень слабую и слабую степени никотиновой зависимости имеют 56% призывников, слабую зависимость - 24% обследованных, среднюю зависимость от никотина - 18%, высокую степень никотиновой зависимости - 2% обследованных. Интернет-зависимость по методике К. Янг была установлена у 2% респондентов. Отметим, что когда-либо пробовали наркотические вещества 6% респондентов. В структуре употребления наркотических веществ лидировали производные конопли, что отражает ее доступность на территории Забайкальского края. Отмечен единичный случай употребления летучих растворителей наряду с употреблением производных конопли.

Подавляющее большинство обследованных (60%) было знакомо с алкоголем. Средний возраст начала употребления спиртных напитков составил $13,8 \pm 0,2$ лет. При проведении теста "AUDIT" набрали от 0 до 7 баллов (безопасное употребление алкоголя) 78% респондентов, от 8 до 15 баллов (опасное употребление алкоголя) - 18%, от 16 до 19 баллов (вредное употребление алкоголя) - 2%, 20 баллов и более ("алкогольная зависимость") - 2% обследованных. Можно предположить наличие алкогольных расстройств у 22% респондентов, хотя эти данные являются предварительными и требуют клинического подтверждения.

Выводы. Исследование выявило высокую частоту предболезненных невротических состояний (12%) и сформированных невротических расстройств (6%) у призывников, которые являлись коморбидными основным психическим заболеваниям. Структура невротических нарушений преимущественно включала тревожные и обсессивно-фобические расстройства. Выявлена высокая распространенность аддиктивного поведения среди лиц призывного возраста: курили 66% обследованных, имели опыт употребления наркотиков (преимущественно производных конопли)

6%, имеют вероятные проблемы с алкоголем - 22%. Полученные данные нуждаются в дополнительном уточнении, а также должны учитываться в процессе решения вопросов в рамках военно-врачебной экспертизы.

Кравченко С.Л., Хорошевская Ю.В.
**АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕНЩИН,
СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ И
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ККПБ ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО**

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

Проблема суицидального поведения в последние годы становится все более актуальной. Риск суицида высок у людей с недавно выявленным прогрессированием тяжелого заболевания, экономическими неурядицами, потерей близкого человека, в связи с чем разрушается привычный стереотип жизни, семейными конфликтами, психическими заболеваниями, в частности, депрессивными состояниями. Формирование суицидального поведения во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента. Могут быть обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти черты, выраженные нередко до уровня акцентуации характера, создают предпосылки для дезадаптации личности в кризисной ситуации. Ввиду актуальности проблемы проведен статистический анализ некоторых показателей суициденток, поступивших в психиатрический стационар.

За период с 2017 по 2018 годы в общепсихиатрическое женское отделение ГКУЗ "ККПБ имени В.Х. Кандинского" было госпитализировано 167 женщин - суициденток. Из них в порядке самообращения было госпитализировано 15% от общего числа, из других стационаров после проведенного лечения было переведено 78% женщин, ещё 7% были направлены с амбулаторного приёма.

По возрасту поступившие женщины распределились следующим образом: лица от 15 до 18 лет - 49 человек, что составило 29%, лица от 18 до 40 лет - 68 человек (40%), лица старше 40 лет - 50 человек (30%). Социальная принадлежность суициденток: учащиеся - 34%, рабочие и служащие - 18%, безработные - 27%, пенсионеры - 21%. По месту проживания: городские жители составили 41%, сельские жители - 59%.

По способу совершения суицидальных попыток: отравления составили 52%, нанесение самопорезов - 39%, самоповешение - 8%, падение с высоты - 0,5%, отравление угарным газом - 0,5%, голодание - 0,5%, утопление - 0,5%.

Максимум числа госпитализаций суицидентов пришелся на весенний период - 42%, далее по частоте идет осень - 32%, на лето и зиму пришлось равное количество - по 13%.

По средним срокам пребывания на лечении и обследовании в стационаре ситуация сложилась следующим образом: от 1 до 3 дней провели 58% госпитализированных, от 3 до 10 дней - 21%, от 10 до 30 дней - 17%, свыше 30 дней - 4%. Структура диагнозов среди женщин-суицидентов была представлена следующим образом: расстройства личности - 30%, органические непсихотические расстройства - 11%, органические психотические расстройства - 10%, шизофрения - 4%, расстройства адаптации - 41%, здоровы - 4%.

В итоге, большая часть женщин, госпитализированных в психиатрический стационар после суицидальной попытки, были в возрасте от 18 до 40 лет, из сельской местности, являющиеся учащимися либо безработными. Преобладающим способом было самоотравление. Большее число таких госпитализаций пришлось на весенний период, пребывание в психиатрическом стационаре ограничилось чаще сроком от 1 до 3 дней.

Магай А.И., Казьмина Е.А., Копейко Г.И., Борисова О.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОГЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ С КОМОРБИДНОЙ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Коморбидные ассоциированные двойные состояния - психопатологические образования, наблюдаемые при хроническом психическом заболевании и одновременном злоупотреблении психоактивных веществ (Бохан Н.А., 2009). По современным данным от 10 до 40% больных шизофренией "обнаруживают пристрастие к алкоголю и наркотикам" (Шлемина И.В., 2009). К клинико-динамическим особенностям заболеваний с сочетанной патологией следует относить полиморфизм клинической картины за счет сосуществования нарушений, относящихся к разным нозологическим единицам (Гуревич Г.Л., 2015), наложение внешне сходных расстройств, относящихся к разным заболеваниям (Семке В.Я., 2014), чередование в разные временные периоды признаков одного заболевания (Тулская Т.Ю., 2003), превалирование на протяжении длительных отрезков времени проявления одного заболевания, при минимальной выраженности симптоматики другого (Овсянников М.В., 2009), взаимовлияние заболеваний в сторону их утяжеления или смягчения (Шлемина И.В., 2009). Кроме того, у больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью выявляется большое число скрытых, стертых и атипичных форм психических и наркологических расстройств, а также имеет место пато-

морфоз "классических" картин течения как психических (Смулевич А.Б., 1997), так и наркологических (Чирко В.В., 2002) заболеваний.

Помощь больным эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью помимо медико-биологической терапии должна также включать психосоциальную и социотерапевтическую реабилитацию (Дудко Т.Р., 2003, Короленко Ц.П., Дмитриева Н.Д., 2001; Сидоров П.И., 2006). Высокая эффективность реабилитации отмечена у программ, использующих конфессионально-ориентированную направленность, которая может достигать 30-40% (Брюн Е.А., 2007).

Следующий клинический случай иллюстрирует представленную психическую патологию. Больная Е.А. 1985 г.р., находилась на лечении в 3-м клиническом отделении НЦПЗ с ноября 2018 года по январь 2019 года.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью отца и психическим заболеванием деда. В семье также есть брат, младший на 4 года. Родилась от нормально протекавшей беременности в Москве. Воспитывалась в условиях гиперопеки, родители контролировали поведение даже в мелочах, регламентируя различные сферы жизни (время просмотра телевизора, прогулки на улице). В детстве посещала художественную школу, занималась хореографией. В 11 летнем возрасте изменился характер - у замкнутой и склонной к оппозиционному поведению девочки появилась демонстративность, старалась быть на виду в коллективе сверстников. В то же время отмечались аффективные колебания с чередованием аффективных фаз продолжительностью до месяца. В 16 лет стала употреблять до 0,5 л пива и 0,2 л крепких алкогольных напитков, курила табак в молодежной компании. На протяжении полугода количество употребляемого алкоголя выросло до 0,5 л крепких спиртных напитков, в то же время сохранялась хорошая успеваемость в школе. С началом обучения в ВУЗе (обучалась по специальности инженера в авиационном институте) на выходных употребляла до 0,5 л крепких алкогольных напитков, стала использовать марихуану и амфетамины. В состоянии интоксикации психоактивными веществами вступала в сексуальные контакты, наблюдалась частая смена половых партнеров. Совмещала учебу и работу секретарем, менеджером по продажам, продавала парфюмерию в модных бутиках. В результате низкой успеваемости в ВУЗе неоднократно находилась в академических отпусках, закончила платное отделение лишь спустя 8 лет после начала учебы.

В 28 лет, находясь в состоянии интоксикации после приема высоких доз амфетамина, перенесла первый психотический эпизод делириозной структуры (представляла себя участницей вооруженного конфликта, "пыталась укрыться в окопе"), который редуцировался в течение двух недель на фоне психофармакотерапии. После медицинского лечения прекратила

употребление амфетамина, однако с целью снижения, как она считала, избыточного веса стала принимать высокие дозы сибутрамина периодически совместно с алкоголем.

В 30 лет перенесла второй психотический эпизод, во время которого аффективно-бредовому состоянию (считала, что родные хотят ее отравить, перестала выходить из дома, так как чувствовала угрозу от незнакомых людей, находящихся на улице) предшествовал бред отношения (мужчины в ее городе "странно на нее смотрят", намеками делают "непристойные предложения", а окружающие "обсуждают ее поведение"). Спустя неделю на фоне медикаментозного лечения в психиатрическом стационаре психоз купировался. После выписки из психиатрической клиники с реабилитационной целью на протяжении полугода проживала в православном монастыре, где занималась трудотерапией, продолжая прием психофармакотерапии. По возвращении в Москву устроилась на работу в транспортную компанию, вновь возобновила употребление сибутрамина и алкоголя.

В 32 года перенесла третий психоз, во время которого на фоне галлюцинаторно-бредовой симптоматики ("незнакомые голоса в голове" обсуждали и комментировали поведение, а в дальнейшем стали угрожать убийством, считала, что "электрический ток может ее убить, а провода наброситься", из-за чего перерезала ножницами провода в комнате) отмечались идеи воздействия (чувствовала воздействие на свое тело "током через особые антенны и аппараты"). Продолжительность психотического приступа - две недели с последующей редукцией психотической симптоматики на фоне медикаментозного лечения в условиях психиатрической больницы. После выписки из больницы непродолжительное время работала логистом в авиационной организации, когда вновь стала использовать сибутрамин, на фоне приема которого чувствовала "прилив сил". Прекратив работу, проживала с матерью, изредка помогала по хозяйству, наблюдались эмоциональная и мотивационно-волевая нивелировка.

В 33 года перенесла четвертый психотический приступ, который характеризовался неразвернутым синдромом Кандинского-Клерамбо (сняла с себя крест и серьги, так как "через них воздействовали специальным прибором, лишали свободы") с выраженным вербальным псевдогаллюцинозом ("голоса в голове угрожали убийством", говорили, что "вокруг война, ее хотят убить") без явлений психического автоматизма, в то же время имел место антагонистический бред (находилась в центре борьбы "добра" и "зла", а "добрые силы защищали ее от опасного излучения").

Получала амбулаторное лечение в отделении особых форм психической патологии НЦПЗ (руководитель - к.м.н., заместитель директора ФГБНУ НЦПЗ по науке Копейко Г.И.) пролонгированными нейрореплетиками и нор-

мотимиками. На фоне психофармакотерапии снизилась острота состояния, а спустя полгода наблюдалось купирование психотической симптоматики, в то же время в клинике доминировала негативная симптоматика (снижение эмоциональной и волевой активности, когнитивная несостоятельность). Е.А. продолжала регулярно посещать врача-психиатра, прекратила использование психоактивных веществ, стала посещать занятия в реабилитационной группе для больных эндогенными психическими заболеваниями с коморбидными аддиктивными расстройствами на базе амбулаторного отделения НЦПЗ. Спустя три года катamnестического наблюдения летом 2018 года предприняла попытку трудоустройства в коммерческий банк на должность кредитного консультанта. На фоне повышенных эмоциональных и психологических нагрузок актуализировались мысли о социальной несостоятельности, усилились депрессивные расстройства, актуализировалось влечение к алкоголю. В октябре 2018 года на фоне ежедневного употребления алкоголя уволилась с работы в банке, а в ноябре после злоупотребления алкоголем в течение месяца обратилась за лечение в клинику НЦПЗ.

Психический статус: на беседу проследовала после приглашения. Внешне опрятна, использует сильнопахнущий парфюм, ярко накрашена, одежда в темных тонах. Мимика бедная, периодически сопровождает ответы на вопросы жестиком. На вопросы отвечает в плане заданного, мышление последовательное. Фон настроения сниженный, испытывает беспокойство по поводу своего будущего. Во время беседы ищет помощи и сочувствия. Жалуется на сниженное настроение, нежелание ничего делать, физическую усталость, "тяжелые" мысли о своей несостоятельности. Понимает, что страдает алкогольной зависимостью и ей нужна помощь. Сообщает, что начала выпивать в электричке несколько банок слабоалкогольного коктейля, возвращаясь домой. Алкоголь приносил чувство эмоционального комфорта, помогал справляться с напряжением, которое накапливалось в течение дня. Стала раздражительной, возникали конфликты с матерью, не могла самостоятельно отказаться от приема спиртного. Обманы восприятия отрицает. На фоне лечения в отделении нормализовался фон настроения, дезактуализировались идеи малоценности, укрепилась антинаркотическая позиция, направленная на прекращение употребления алкоголя. В отделении следовала режиму, посещала физиотерапевтические и лечебные процедуры, посещала домашние отпуска. Во время стационарного лечения продолжала посещать занятия реабилитационной группы для больных эндогенными психическими заболеваниями с коморбидными аддиктивными расстройствами, посещала богослужения в больничном храме, где прибегала к церковным таинствам. Перед выпиской прошла процедуры медицинского "кодирования" для профилактики использования алкоголя после прекращения лечения в стационаре.

Заключение. Таким образом, в рассмотренном клиническом случае имеет место эндогенное заболевание, манифестировавшее на фоне злоупотребления психоактивными веществами различной химической природы. В клинической картине случая необходимо отметить неразвернутость и малую продолжительность психотических приступов. В то же время имеет место диссоциация в аддиктивном поведении, характеризующаяся массивным и продолжительным злоупотреблением психоактивных веществ, которое не приводит к выраженным органическим и личностным расстройствам.

В доманифестном периоде в 11 лет отмечались смена личностного радикала и аффективные колебания, а в пубертатном возрасте наблюдалось психопатоподобное поведение с расторможенностью влечений. Постоянный характер употребления психоактивных веществ с нарастанием толерантности (увеличение количества потребляемых доз) сопровождался возникновением психотических расстройств с постепенным их усложнением. В клинической картине сочетанной патологии на фоне преобладающих в первое время психозов, связанных с интоксикацией психоактивными веществами, стали развиваться психозы шизофренического круга с симптомами первого ранга. Особенностью аддиктивных расстройств является формирование зависимости от химического препарата, используемого для похудения. Клиническая картина психотических состояний проявлялась синдромом Кандинского-Клерамбо, антагонистическим бредом, бредовыми идеями ущерба.

На фоне медикаментозного лечения и комплекса реабилитационных мероприятий наблюдалась положительная динамика с формированием психической и наркологической ремиссии. В то же время более высокий уровень социального функционирования и повышенная психо-эмоциональная нагрузка оказали негативный эффект на состояние. Требуется продолжение работы, направленной на стабилизацию психического состояния и укрепление антинаркотического личностного потенциала.

Мелёхин А.И., Игнатенко Ю.С.

**СПЕЦИФИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА**

Консультативно-диагностический центр МЕДСИ Красная Пресня,

Москва, Россия

Первый Московский государственный медицинский университет

им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

В повседневной гастроэнтерологической и психотерапевтической практике увеличивается число пациентов с "рефрактерным течением" (refractory IBS) синдрома раздраженного кишечника (СРК), которые на протяжении

от 9 до 24 месяцев, и более не реагируют на медикаментозное лечение, и часто искажают рекомендации по изменению питания, образа жизни, управлению стрессом (Мелёхин, Игнатенко, 2018; Thakur, Shapiro, 2018). Это течение СРК часто сопровождается депрессивным расстройством (выраженной ангедонией), генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, соматизированным расстройством, обсессивно-компульсивным и избегающим расстройствами личности (Carpinelli, Bucci, 2019). По сей день, нет универсально эффективного лечения синдрома раздраженного кишечника и в основном оно направлено на управление симптомами (Moayyedi et al., 2019). Согласно последним клиническим рекомендациям 2019 года (СAG, Moayyedi et al., 2019) по лечению рефрактерного СРК первой линией является комбинация многокомпонентных психотерапевтических подходов (когнитивно-поведенческая терапия, гипнотерапия) с психофармакотерапией.

На первом этапе основная мишень сопровождения пациента с СРК - это построение терапевтического альянса врач-пациент: минимизация терапевтических барьеров, минимизации полипрагмазии (феномена "лечения в аптеке") образование пациента о природе СРК, потенциальных эффектах фармако- и психотерапии.

Мишень психофармакотерапии при СРК - восстановление нормальной регуляции энтеральной нервной системы кишечника за счет влияния на транзит кишечника, центральные и периферические болевые участки за счет противовоспалительных и анальгетических свойств (Ford et al., 2019). При диарейном течении СРК, абдоминальных болях применяют низкие и короткие по длительности дозировки трициклических антидепрессантов, а также антидепрессанты мультимодального действия (vortioxetine). При запорном течении СРК, а также наличии желудочно-кишечной ангедонии, коморбидной депрессии - СИОЗС, но следует учитывать синдром прерывания терапии. При абдоминальной кишечной боли, без изменений в кишечном транзите - СИОЗСН. Влияние лечения антидепрессантами на сопутствующую депрессию или тревогу у пациентов с СРК противоречиво (Carpinelli, Bucci, 2019).

Психотерапевтические методы направлены на снижение психосоциальных факторов поддерживающих и провоцирующих СРК у пациента (Thakur, Shapiro, 2018). Когнитивно-поведенческие мишени СРК (Мелёхин, Игнатенко, 2018) включая в себя, изменение специфики когнитивного стиля восприятия информации: катастрофизация, потребность в одобрении, чувство избыточной ответственности, стремление прогнозировать. Изменения в качестве жизни: дисфория, активность, образ тела, тревога о здоровье, ограничения в еде, социальная и сексуальная активность, взаи-

модействие с людьми; желудочно-кишечная специфическая тревога, гиперактивация, сдвиг в фокусе внимания на ощущения в теле; болезненное поведение. Агорафобия. Булимический тип поведения, выявление (поперечнополосатое, гладко-мышечное, когнитивно-перцептивное, конверсионное) и изменение паттерном соматизации аффекта, травматический опыт (физическое, сексуальное, эмоциональное насилие; детские травмы; материнская сепарация). Применяют экспозиционную когнитивно-поведенческую психотерапию как в очном, так и дистанционном, телемедицинском приемах с подключением следующих дополнительных протоколов: усиление осознанности; эмоциональная схема-терапия. Мишени терапии усиления эмоциональной осведомленности и выражения при СРК (Thakur, 2017) такие как, выявление дисфункциональных эмоций (стыд, гнев, страх, раздражительность) в стрессовых ситуациях, усиление эмоционального осознания. Обучение гибко обрабатывать дисфункциональные эмоции, не избегать эмоции в психологических конфликтах. Гипнотерапевтические мишени: снижение гиперчувствительности толстого кишечника, соматизации и мышечных симптомов депрессии.

Ремиссия от психотерапии 12-24 месяцев. Когнитивно-поведенческая терапия может на первых этапах лечения сочетаться с приемом психофармакотерапии: спазмолитические, антихолинергические и антидиарейные препараты. После применяется поведенческий протокол отмены препаратов (Thakur, Shapiro, 2018). Следует обговорить, что частично как когнитивно-поведенческая психотерапия, так и гипнотерапия могут быть полезным вариантом для лечения пациентов с рефрактерным течением СРК (Moayyedi et al., 2019).

Нечаева Л.Л.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА 2017-2018 ГГ.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема употребления психоактивных веществ несовершеннолетними в Российской Федерации в последние годы является актуальной и представляет угрозу здоровью населения, экономике страны, социальной сфере и правопорядку. На сегодняшний день существует ряд программ, направленных на противодействие распространению наркотиков. В дополнение к данным мерам государство предложило в помощь ещё один способ - добровольное тестирование обучающихся образовательных организаций на наркотики с целью выявления фактов употребления наркотических ве-

ществ. Во исполнение Федерального закона Российской Федерации от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ" в Забайкальском крае в 2018 году проводились профилактические мероприятия по раннему выявлению потребителей психоактивных веществ в общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях края.

На первом этапе Министерством образования, науки и молодежной политики Забайкальского края проведено социально-психологического тестирования обучающихся на предмет раннего выявления немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ в общеобразовательных организациях, организациях профессионального образования Забайкальского края. В адрес Министерства здравоохранения Забайкальского края направлены результаты тестирования, по результатам которого 2675 человек (8,9%) были отнесены к группе риска по употреблению наркотических средств и психотропных веществ.

Второй этап профилактических медицинских осмотров обучающихся был проведен в течение 2018 года в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 2 июля 2018 года № 899/р "О проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ". Профилактические медицинские осмотры в образовательных организациях г. Читы и районов Забайкальского края проводились при наличии информированного добровольного согласия, которое оформляли обучающиеся, достигшие 15 лет в письменной форме.

Медицинский осмотр начинался с профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимся по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также сбора анамнестических сведений. Врачом психиатром-наркологом проводилось исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек. В дальнейшем проводились предварительные химико-токсикологические исследования, направленные на получение доказательных результатов выявления в образцах биологических жидкостей человека наркотических средств и психотропных веществ. В случае выявления положительных результатов проводились подтверждающие химико-токсикологические исследования, направленные на идентификацию наркотических средств, психотропных и иных токсических веществ (их метаболитов). Результаты проведенного профилактического медицинского осмотра доводились до обу-

чающегося, достигшего возраста пятнадцати лет либо одному из родителей или иному законному представителю обучающегося, не достигшего возраста пятнадцати лет.

Всего в профилактическом медицинском осмотре обучающихся в 2018 году приняли участие 360 образовательных организаций Забайкальского края (337 школ и 23 организаций среднего профессионального образования).

В 2018 г. в г. Чите и районах края подлежало тестированию 29489 обучающихся, из них 13205 (44,8%) в г. Чите и 16284 (55,2%) - в районах Забайкальского края. Прошли тестирование 20203 человека (68,5% от подлежавших тестированию), 8394 в г. Чите, 11809 в районах Забайкальского края. Из 20203 человек прошедших тестирование 14812 (73,3%) - учащиеся общеобразовательных организаций, 5391 (26,7%) - учащиеся профессиональных организаций. Не прошли тестирование 9286 (31,5% от подлежащих тестированию) человек, из них 2752 (29,6%) - по причине отказа, 6534 (70,4%) - по причине отсутствия на месте учебы во время тестирования.

Всего было выявлено 22 потребителя наркотических веществ, что составило 0,2% от числа прошедших тестирование. Из них 14 человек были выявлены в г. Чите, (4 человека в общеобразовательных организациях, 10 человек в профессиональных организациях), 8 человек - в районах края: Сретенский - 3, Оловянинский - 1, Приаргунский - 1, Балейский - 3. 7 человек - в общеобразовательных организациях, 1 - в профессиональной организации. Во всех случаях были обнаружены каннабиноиды.

Обращает внимание большой процент отказов от тестирования (более 40%) в Петровск-Забайкальском, Нерчинском, Забайкальском, Краснокаменском, Тунгокочинском районах Забайкальского края, а также в 6-ти средних общеобразовательных школах (СОШ) г. Читы. Минимальное количество (менее 10%) учащихся отказались от медицинского осмотра в Калганском, Агинском, Ононском, Приаргунском, Хилокском, Шилкинском, Красночикоиском, Дульдургинском районах. Необходимо отметить 100% охват тестированием учащихся в Газ-Заводском и Шелопугинском районах, что свидетельствует о хорошей мотивационной работе.

Все выявленные несовершеннолетние потребители наркотиков были взяты под наблюдение врачом психиатром-наркологом для проведения профилактических мероприятий, направленных на отказ от употребления психоактивных веществ.

Таким образом, тестирование обучающихся является составной частью государственной антинаркотической политики в сфере профилактики наркотических заболеваний, может выступать как сдерживающее средство, помогающее предотвратить начало употребления наркотиков или препятствовать его продолжению.

Нечаева Т.О.

СТАЦИОНАРНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Под реабилитацией в наркологии понимается совокупность медицинских, психологических, социальных и трудовых мер, направленных на восстановление физического и психического состояния больного, восстановление его социально приемлемых поведенческих качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ, вызывающих наркологическое заболевание.

Во исполнение плана мероприятий по реализации Стратегии Государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента РФ от 09.06.2010 г. № 690, в марте 2013 года на базе Забайкальского краевого наркологического диспансера (далее - ГАУЗ ЗКНД) было открыто стационарное отделение медицинской реабилитации, рассчитанное на 25 коек.

Согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология", утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н, отделение оснащено всем необходимым оборудованием. Отделение имеет помещения для групповых и индивидуальных методов работы, функционирует комната психологической разгрузки, зал лечебной физкультуры и спорта, кабинеты физиотерапии, гидротерапии с сауной, оксигенотерапии (СПА-капсула), специальная комната для духовно-ориентированной терапии (молельная комната), швейный цех и типография.

В отделении реализована программа "Багульник", разработанная с учетом биопсихосоциального подхода в лечении заболеваний наркологического профиля, в основе которой лежит психотерапевтическая модель с 12 шаговой ориентацией зависимых людей, сочетающая в себе медицинские и социальные аспекты воздействия на болезнь. Программа рассчитана на срок от 3 до 7 месяцев, содержит 4 последовательных этапа, длительность которых определяется бригадой специалистов отделения в зависимости от результатов оценочных форм и тестирования пациентов.

Целью программы "Багульник" является поэтапное восстановление личного статуса, их функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ.

В задачи программы входят: восстановление пациента как "Личности" на основе формирования у него адекватной оценки собственного "Я";

формирование установки на полное воздержание от психоактивных веществ и дальнейшее удержание этой позиции; осознание пациентом, что преодоление зависимости заключается не только в отказе от употребления алкоголя или наркотиков, но и в восстановлении всех нарушенных сфер жизни человека, страдающего зависимостью; вовлечение пациентов к сознательной и регулярной работе над собой по программе и интеграция их в систему групп само-, взаимопомощи; принятие пациентом точки зрения, что заболевание, которое не может быть излечено, может быть "остановлено", если следовать рекомендациям, в том числе основанным на опыте других больных; использование пациентом полученных знаний и возможностей, с целью обеспечения полноценного психологического и социального функционирования в обществе.

Реабилитация начинается на самых ранних этапах лечения, практически с первых контактов пациента с медицинским персоналом, и лечебные технологии используются на всех этапах реабилитации. Решение участвовать в реабилитационной программе принимается пациентом добровольно, что свидетельствует о его готовности принять ответственность за лечение и реабилитацию на себя. Этот первый самостоятельный шаг при поступлении в отделение является очень важным. По мере того, как пациент достигает прогресса в ходе терапии, от него требуется принятие многих других серьезных решений, а члены терапевтического коллектива реабилитационной программы помогают выявить те проблемы, которые будет необходимо "проработать".

Создание лечебно-реабилитационной среды в отделении осуществляется через реализацию особых традиций и процедур, которыми являются: групповые собрания, поэтапное движение пациента согласно программе, различные формы применения шкалы режимных ограничений, поощрений и наказаний; процедуры приёма новых пациентов, их "выпуск" из реабилитационного отделения.

Следует выделить некоторые принципы средовой терапии, которые реализуются в отделении: четкие, ясные и понятные всем правила работы отделения, выполнение которых обязательно для всех - как для персонала, так и для пациентов; пациенту не навязывается позиция, что он болен; ему предлагается самому сделать выбор, болен ли он или нет по мере получения информации о болезни и ее индивидуальных проявлениях, а также после личностной проработки этой информации в ходе групповой терапии; в отделении действует принцип "открытых дверей" - пациент поступает в лечебную программу и присоединяется к функционирующей психокоррекционной группе; в любой момент пациент вправе ее покинуть.

Необходимым условием реабилитации является оптимальная организация распорядка дня, обеспечивающего постоянную занятость больных,

сочетание медицинских, психотерапевтических процедур с трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, спортом, организованным досугом и др. Отношение пациентов к труду, степень вовлеченности в групповые формы психотерапии, заинтересованность в программе отображается в индивидуальных оценочных формах, разработанных специалистами отделения.

Бригадный метод оказания помощи зависимым, используемый в отделении, предусматривает работу врача психиатра-нарколога, психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, трудинструктора, консультантов из сообществ Анонимные алкоголики и Анонимные наркоманы, служителей церкви. Совместная деятельность специалистов направлена на коррекцию мировоззрения пациентов, стереотипов их зависимого поведения и мышления, патологического влечения к психоактивным веществам. Каждому пациенту проводится динамическое патопсихологическое тестирование на выявление расстройств когнитивно-поведенческой, эмоционально-волевой сфер, определяется уровень реабилитационного потенциала.

Индивидуальная и групповая психотерапевтическая и психокоррекционная работа проводится с ориентацией пациентов на последующее посещение ими амбулаторного этапа реабилитации у нарколога по месту жительства, а также посещение ими групп само- и взаимопомощи АА, АН. С этой целью в условиях стационара создана группа "Багульник", координатором которой является пациент, прошедший курс реабилитации. Проводятся тренинги социальных навыков, психической саморегуляции, телесноориентированная, поведенческая, трансдинамическая, проблемно-ориентированная терапия, арт-терапия и др. На базе отделения совместно с Забайкальским Государственным кукольным театром "Тридевятое царство" организован в рамках драма-терапии свой кукольный театр. В процессе создания индивидуальных кукол и сценариев постановок помощь оказывают сотрудники краевого театра.

Социальная служба с первых дней пребывания пациентов в отделении выясняет их социальные связи с семьей и обществом, с целью их восстановления. Решаются проблемы трудоустройства, взаимоотношений с административными и правоохранительными органами, проводятся мероприятия по восстановлению утраченных документов. Социальными работниками ведется постоянная работа по установлению социального партнерства с Центром занятости, сотрудничества с УФМС, ПФР, ФСС, районными ОСЗН, органами опеки и попечительства, районными поликлиниками. В рамках соглашения с Центром занятости населения пациенты получают возможность трудоустройства и получения новой специальности. Так, в отделении пациенты имеют возможность обучению швейному делу и типографии в печатном цехе.

Благодаря межведомственному взаимодействию отделения медицинской реабилитации с Комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав Забайкальского края, на стационарную реабилитацию направляются лица, у которых стоит вопрос о лишении, либо ограничении в родительских правах. После завершения лечения на каждого пациента выдается характеристика с рекомендациями для предоставления в органы опеки и попечительства. За три года в рамках соглашения было направлено районными комиссиями 155 человек, из них 148 женщин и 7 мужчин.

За период работы отделения с марта 2013 года по 2018 год реабилитационную помощь получили 560 пациентов. Из них женщин - 310 (55,3%), мужчин - 250 (44,7%). Успешно окончили курс реабилитации 425 человек (75,9% от общего числа поступивших). С целью оценки ремиссии пролеченных пациентов, в отделении организовано пост-стационарное сопровождение. Сотрудники отделения организуют сбор информации о статусе пациента посредством телефонных звонков окружению пациента, личных встреч с ним, сведениям от участковых наркологов, сотрудников опеки и попечительства. Так, в состоянии ремиссии более 1 года находятся 168 (39,5%) человек, от 6-12 месяцев - 54 (12,7%), 3-6 месяцев - 62 (14,6%), от 1-3 месяцев - 59 (13,9%) человек. В целом, ремиссия сформирована у 343 (80,7%) пациентов из числа успешно прошедших курс лечения.

Таким образом, создание отделения медицинской реабилитации в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" позволило организовать единый лечебно-реабилитационный процесс, в котором активно используются реабилитационные программы и технологии, направленные на повышение уровня и качества лечения, а также длительность сформированной устойчивой ремиссий. Принципиальное значение в организации реабилитационного процесса имеет привлечение бывших пациентов, прекративших злоупотребление, для психологической поддержки и социального сопровождения участников реабилитации.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

НЕОБХОДИМОСТЬ ДИСКУРСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

К сожалению, необходимо констатировать, что институты современной психиатрии и наркологии сталкиваются с серьезными трудностями психопрофилактики, психогигиены и реабилитации и проигрывают ведущую роль формирования в обществе внешней и внутренней картины психического здоровья в обществе и у конкретного индивида, что способ-

ствует стигматизации и дискриминации психически больных. Проблема еще больше усложняется тем, что в XXI веке ведущей философией социологии и политики стала философия постмодернизма, в стороне от которой не остались психология и психиатрия.

Постмодернизм родился как ответ на распространение в философии и деятельности человека прагматизма, когда, по мнению французского философа Ж.Ф. Лиотара, в век информационных технологий прагматика становится недоступной науке: "Дистанцирование от науки пришлось по вкусу многим философам" (Канке В.А., 2009). Возникнув в постклассический период развития науки и проделав путь "структурализм - постструктурализм - постмодернизм", постмодернизм стал "модным" в философии, в социальных науках, в частности в экономике и политологии, но мало используется в медицине. Между тем, в клинических нейронауках, особенно наиболее молодой - наркологии, постмодерн стал особенно востребован.

Вот какой краткий перечень концептов постмодернизма приводит отечественный философ В.А. Канке: агонистика языковых игр (а не логика), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), множественность (а не единство), нестабильность (а не стабильность), локальность (а не пространственная общность), фрагментарность (а не целостность), случайность (а не необходимость), открытость (а не замкнутая системность), игра (а не плановая цель), анархия (а не иерархия), рассеивание (а не центрирование), негативность (а не позитивность), движение по поверхности вещей и слов (а не вглубь их), след (а не обозначаемое и обозначающее), лабиринт (а не линейность), неопределенность (а не определенность), эстетика парадоксально-возвышенного (а не прекрасного и представляемого), соблазн страстей (а не производство).

Подводя итог, В.А. Канке пишет: "Упрощая до крайности характеристику постмодернизма, можно определить его как деконструкцию и рассеивание текста, сопряженные с внезапностью соблазна".

В.П. Самохвалов (2016), анализируя динамику философии и культуры XX века, пишет: "... в ней сначала умирает Бог, вместе с ним - душа, далее в литературе умирает автор и мысли, наконец, личность погружается из космоса в хаос, покрытый стромой паутины всякого рода случайных связей... Если постмодернизм является системой деконструкции всего, то постмодерн утверждает эстетику и философию неоакадемизма как в искусстве, так и в науке, то есть знаменует эпоху Реставрации. Возможно, стройность прошлого и множественность настоящего являются лишь иллюзией, так как еще в архаической Греции одновременно существовали противоположные и противоречивые точки зрения, а в результате естественного отбора научных и философских идей стали доминировать лишь

те, которые являются сутью времени, обладают эволюционной значимостью. Словом, постмодернизм и постмодерн могут быть результатом когнитивной эволюции как части эволюции человека вообще. Они существуют одновременно. Акценты на индивидуацию, мультикультурализм, многовекторность и многополярность противостоят консерватизму, сохранению традиций, общинности и вечным ценностям".

В.Д. Менделевич в лекции (2016) выделяет раздел "Психиатрия и наркология в период постмодерна", опираясь преимущественно на две монографии - Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой и перечисляет факторы, влияющие на характер возникновения аддиктивных нарушений, т.е. автор не сомневается, что современная отечественная наркология живет или начинает жить в новой реальности. По существу, В.Д. Менделевич делает попытку высказать свою философско-методологическую позицию в современной отечественной наркологии, как это ранее делал в ряде статей И.С. Павлов (2012).

Особенностью текущего времени является также и кризис современной психиатрии. Одной из первых причин кризиса современной психиатрии, на которые указывали Н.Г. Незнанов, П.В. Морозов и И.А. Мартынихин (2008), является отставание психиатрии от других медицинских дисциплин. Вторая причина кризиса психиатрии, по нашему мнению, не менее важная, - повышенный интерес к биологической психиатрии и клинической психофармакотерапии и практическая потеря интереса к общей и клинической психопатологии с подменой её клинической психологией с психодиагностикой психопатологического метода (целенаправленная беседа, симптоматология и синдромология). Третья причина кризиса - широкое проникновение философии постмодернизма в психиатрию и другие клинические нейронауки, особенно экспансия неврологов в клиническую психопатологию (синдромологию), в частности, в синдром деменции. Четвертая причина - формальный переход с пато- и нейропсихологии как разделов клинической психологии якобы на когнитивную психологию.

Особенностью современного периода нейронаук является нарастающая междисциплинарность, создающая огромную волну новых нейронаук: нейропсихиатрия, нейропсихология, нейробиология, нейропсихоанализ, социальная нейронаука, интерперсональная нейробиология и другие. При этом исследователи и создатели новых наук не утруждают себя выделением предмета науки.

Итак, в XXI веке идеи постмодернизма стали постепенно проникать в отечественные клинические нейронауки, в первую очередь, в психиатрию. Первой давлению на себе стала чувствовать достаточно молодая отрасль психиатрии - наркология. Ярким представителем данного направления методологии и философии постмодернизма стал В.Д. Менделевич, кото-

рый пытается заменить понятие "патологическое влечение к ПАВ" на "аддиктивное влечение" (2007-2017). По существу, наркология превращается в междисциплинарный раздел психиатрии или новую дисциплину - аддиктологию и даже в аддиктивную медицину с разными специалистами (и не только врачами), а психиатры же всерьёз стали говорить о "болезнях мозга", а не о психических расстройствах (патологии, заболеваниях).

Средства массовой информации формируют в массовом сознании пренебрежительный, уничижающий, оскорбляющий образ носителя психических расстройств, навязывая обществу образ отрицательного, а нередко социального опасного поведения душевнобольного для окружающих, а госпитализацию в психиатрический стационар - как "злую волю" врачей, членов семьи. Складывается впечатление, что преобладающий в массовом сознании правовой нигилизм вообще и медицинского права, в частности, целиком распространяется на носителей психических расстройств, независимо от диагноза и частоты обострений.

Профессиональная общественность практически утратила интерес к дискурсологии в речевой сфере социальных отношений, а также как к факту культуры и просвещения в разных сферах человеческой жизни, особенно в психологии здоровья и профилактической медицине, в частности психиатрии и наркологии. Практически отсутствуют институциональные статус-ориентированные дискурсы даже на страницах профессиональных журналов (приятным исключением является журнал "Вопросы наркологии", где практически в каждом номере есть раздел "Дискуссии").

Личностно-ориентированные (бытовые, бытийные) дискурсы в медицинском сообществе, направленные на разные группы общества, практически не используются ни в рамках педагогических коммуникаций в медицинских институтах, ни в других образовательных учреждениях. Отсутствует преподавание психологии здоровья, развития, профилактики, психогигиены, сохранения и поддержания психического здоровья, а, соответственно, и вопросов психической патологии и психических расстройств.

Между тем, дискурсология формируется как самостоятельная наука, имеющая как общие цели и задачи диалогического взаимодействия, так и частности по разным составляющим здоровья. Нет необходимости доказывать существующие различия в обществе к пониманию и реализации личностного отношения индивида к физическому и психическому здоровью. Возникает необходимость найти пути и способы разработки лингвистических, социолингвистических и философских подходов, позволяющих преодолеть определенные мифы, архетипы, заблуждения, логические ошибки, стереотипы, коммуникационные манипуляции и деформации личности и групп общества и использовать их для формирования "внут-

ренней картины психического здоровья - внутренней картины болезни" для преодоления их стигматизирующего и дискриминирующего влияния. Только в дискурсе, диалогическом взаимодействии, в речевом процессе формируется менталитет в обществе в целом и у каждого его члена в отдельности. Психиатрия всегда была и будет оставаться двуликой, обращенной одновременно и к нейронаукам (то есть к головному мозгу), и к гуманитарным наукам, в первую очередь, к психологии и социологии и никогда не растворится в них. Такова особенность предмета психиатрии - патология (расстройство, болезнь) психической функции (деятельности) головного мозга, а, следовательно, и его дисфункция (поражение, аномальное развитие) на генетическом, физико-морфологическом, биохимическом, нейрофизиологическом и других биологических уровнях. Научная психиатрия исходит из того, что человеческая психика и ее патология не существуют вне живого организма и главное - вне головного мозга. Психические процессы, состояния и образования являются функцией индивида, сформировавшиеся в результате эволюции на Земле. Именно у индивида возникает патология психической деятельности как функции (дисфункция) головного мозга. И в этом качестве патология психической деятельности предстает и относится как предмет к биологии, в частности к нейронаукам, но не может сводиться к ним полностью, т.е. психиатрия никогда не сведется к неврологии ("как болезнь мозга") даже при дальнейшем ее техническом развитии.

Однако со времен античности сложилось мнение, что с помощью биологических закономерностей психическая жизнь человека не может быть описана и понята в терминах биологических наук. Без "психологизации психиатрии" не обойтись, так как болеет не просто индивид, а субъект деятельности (в том числе поведения в болезни), личность, к тому же обладающая индивидуальностью. И, несмотря на все успехи научно-технического оснащения медицины, на сохранении физического здоровья человека и личности с его проблемами, страхами, ожидаемыми надеждами, психическими расстройствами и их стигматизацией, дискриминацией и дезадаптацией в социуме не обойтись без сохранения психического здоровья.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

АДДИКТОЛОГИЯ С ПОЗИЦИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Аддиктология как "новая" парадигма, преимущественно в наркологии, уже изначально находится в кризисе. Главное в этом кризисе - принадлежность к научной дисциплине. Если с химическими зависимостями

практически все понятно, то с нехимическими зависимостями все неоднозначно. Все неоднозначно с самим термином "аддикция" (зависимость).

Еще В.А. Дереча (2001) выделяет три варианта зависимости: 1. Зависимость как пристрастие и страсть; 2. Зависимость как генерализованное состояние; 3. Зависимость как телесное (физическое) состояние.

"Возмутитель спокойствия" профессор В.Д. Менделевич в новом веке с упорным постоянством, заслуживающим уважения, выступает с критическими и дискуссионными вопросами по психиатрии и особенно по ее разделу наркологии (аддиктологии). Несомненным успехом следует считать проведенную им в конце 2016 года конференцию "Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития" (Казань), где определил он свою философскую позицию (интерес) в психиатрии и в ее разделе наркологии. По существу, поставлен основной вопрос - философско-методологический подход (направление) в рамках философии науки, включая философию психиатрии как направление будущего развития отечественной психиатрии и наркологии. Но В.Д. Менделевич пошел дальше в статье "Фейк-диагнозы в психиатрических классификациях" (Неврологический вестник, 2018, № 4.) и вызвал очередную дискуссию.

После ознакомления с тремя дискуссионными публикациями (А.Ю. Егоров, М.Л. Зобин, В.В. Кузнецов) на статью В.Д. Менделевича возникла необходимость в некоторых соображениях по проведенной дискуссии.

Цель - обсудить проблемы методологии аддиктивных состояний с позиций функционального диагноза в психиатрии.

Можно во многом согласиться с В.Д. Менделевичем, что "все диагностические проблемы современной психиатрии связаны с отказом от термина "болезнь" и заменой его на термин "расстройство". Такой подход в МКБ-10 - для нужд статистики, хотя и клинической, и одновременно эклектической. Но этот подход весьма противоречив в научно-теоретическом ряде нейронаук. В клинической психиатрии для нужд реабилитации стал использоваться функциональный диагноз (Коцюбинский А.П., 2011-2015; Носачев Г.Н., 2017-2018).

Базовым положением биопсихосоциальной концепции диагностики психического расстройства (заболевания) является единство трех глобальных факторов (в разных соотношениях): биологический, психологический и социальный, т.е. биологический диагноз (соматический, "органный" диагноз, "болезнь мозга", психопатологический), психологический диагноз и социальный диагноз, которые вместе составляют функциональный диагноз. В нём учитываются как индивидуальные особенности организма и органа (мозга), так и индивидуальность психики субъекта деятельности и личности пациента и особенности его микро- и макросоциума. Наибольшие проблемы

вызывает у дискурсантов именно биологический диагноз в функциональном диагнозе, который строиться не на собственно морфологических ("орган-ных", неврологических, соматических), а на психопатологических синдромах (относительное исключение составляют F10-F19 и частично F60-69).

Базовые биологические характеристики биологического диагноза включают в себя генетические, органические и иммунно-эндокринные, лабораторные и параклинические исследования. Из них формируются клинико-соматический (неврологический) и клинико-психопатологический синдромальные (нозологические) диагнозы, в диапазоне от непсихотических до психотических, от позитивных до негативных, последние, - собственно при прогрессивном течении отдельных болезней, которые иногда приводят даже к развитию синдрома деменции (органической, токсической, эндогенной). Но биологический диагноз не включает в себя клинико-психологический метод с использованием клинической психодиагностики и не выстраивает на нём биологического диагноза. И хотя клиническая (нейро- и патопсихология) психология формально отнесена к клиническим нейронаукам, она является самостоятельным междисциплинарным разделом прикладной и практической психологии, частично медицины, преимущественно психиатрии, и не может быть отнесена в состав биологического диагноза (несмотря на исследовательскую "моду" в соматической медицине, включая неврологию; да и врачи-психиатры стали проводить даже в психиатрии нейропсихологические исследования вместо классического патопсихологического).

Психологический диагноз, по мнению А.П. Коцюбинского, - "результат исследования аспектов структуры личности пациента и особенности его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клинико-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления", а также активного участия во вторичной и третичной профилактике, в формировании копинг-стратегии поведения в борьбе с дезадаптацией и декомпенсацией проявлений болезни и повышения качества жизни в болезни и ремиссии.

В психологический диагноз само понятие "диагноз" пришло из медицины, что до сих пор создает разночтения у исследователя и потребителя ("носителя") диагноза (в клинической психологии - у врача и пациента (его родственников)). Понятие "диагноз" включает в себя такие интерпретации, как "между знание", "знание", "знание, отличное от другого" и т.д. и т.п., что, в конечном счете, является познанием в конкретной области, направленным не только на понимание происходящего (с человеком, машиной, природой), но, в ряде случаев, отражающим и организующим практическую деятельность.

Как в медицине, так и в психологии используется два понятия: "диагноз" и "диагностика". Последний термин употребляется (что, на наш взгляд, пра-

вильно) как обозначение процесса формирования знания. В медицине понятие "диагноз" является более широким: название болезни (расстройства), синдрома, нозологической формы и вытекающей из их практической деятельности. В современной психологии, особенно в клинической психологии термин "диагноз" обозначает некое мнение (заключение) или исключение какой-то психической деятельности. Ясно одно: без диагностического процесса (психодиагностики, диагностики) не будет и диагноза (заключение, мнения, решения и т.д.). Только в отдельных случаях комплексная и повторная психодиагностика становится основанием к поиску биологического диагноза.

Психологический диагноз включает в себя также: личностные характеристики - ценностные ориентации, в том числе психическое здоровье, внутренней картины болезни (рецидива, дезадаптации, декомпенсации) - внутренней картины здоровья (превенции поведения) и др.; интропсихические отношения (конфликты); психологические адаптационно-компенсаторные механизмы - психологические защиты, копинг-стратегии и внутреннюю картину болезни (здоровья).

Психологический диагноз - прерогатива только клинического психолога, хотя конкретные диагностические задачи ставятся врачами, на разных этапах диагностики от предварительного до заключительного в виде синдромального - нейропсихологического или патопсихологического, а не клинического диагноза.

Социальный диагноз включает в себя социальные характеристики личности (поведения) (социальный статус и межличностные конфликты), социальные компетенции и внешние социальные ресурсы (семья и внесемейные окружения и отношения). Как уже указывалось, в МКБ-10 приводятся феномены (симптомы, синдромы, состояния, режы нозология), которые не могут оцениваться как функциональный (клинический) диагноз болезни (идеальная структура: этиология, патогенез, клиника, течение, исход).

Междисциплинарный подход в функциональном диагнозе в психиатрии и основных клинических разделах не только не исключает принцип демаркации клинических наук как по предмету науки (субнауки), так и по методам исследования, составляющих функционального диагноза, но и являются обязательными.

Предмет науки - референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, т.е. это то, что она изучает (Канке В.А., 2008). Предмет психиатрии - патология психической деятельности как функции головного мозга, метод - клинико-психопатологический. Предмет клинической психологии (прикладной и практической медицинской психологии) - высшие корковые (локальные) функции (нейропсихология) и высшая психическая деятельность (патопсихология), метод исследования - клинико-психологичес-

кий (клинико-психодиагностический). Предмет социологии - психология (взаимоотношений) групп людей (от семьи до этноса), в частности, девиантология, метод - психолого-социальный.

В.Д. Менделевич в многочисленных статьях, монографиях и руководстве обсуждает аддикцию как нормальное и патологическое влечение, как психологическое, патофизиологическое и психопатологическое состояние, преимущественно аддиктивное поведение и аддиктивную личность. При этом не факт, что это психиатрический диагноз. Отнесение нехимических зависимостей к наркологии практически не оправдано ни с клинической, ни с прогностической, тем более с организационно-правовой сторон. Нет методологического смысла выделения аддиктологии как раздела психиатрии, так как нет ни самостоятельного предмета, ни метода исследования. Есть только языковая игра без логики и здравого смысла (утрируя: на место зависимости можно поставить "зависть", "агрессия"). Но есть и реальность в виде конкретных синдромов, например, анорексия при целом ряде психических заболеваний. Тогда это будет биологический (психиатрический) диагноз как законченная клиническая картина. В другом случае - как психологическая проблема и т.д.

Ю.С. Савенко (2008), разделяя объект психологии и психиатрии, видит его в следующем: "Поведение и внутренний мир человека - общий, но взятый в разном охвате. Психология ограничивается психическим слоем, психикой. Психиатрия охватывает не только психический, но также биологический и духовный слои и, таким образом всего человека, его деятельность, его мир, его жизнь, т.е. личность...".

Текущий выход, на наш взгляд, в функциональном диагнозе с его тремя диагнозами, каждый из которых возникает на том или ином этапе жизни человека при холистическом, антропологическом, биопсихосоциальном подходе. Тогда аддиктология предстает как междисциплинарное изучение проблемы при ведущих принципах демаркации и относительности и требует дальнейшего методологического и клинического уточнения.

Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Сахаров А.В.
**АССОЦИИРОВАННАЯ СО СТРЕССОМ МАНИФЕСТАЦИЯ
ПОЗДНЕЙ ШИЗОФРЕНИИ**

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Краевая клиническая психиатрическая больница
им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия*

По современным данным манифестация шизофрении наиболее часто происходит в молодом возрасте, чаще в 18-40 лет (Роштейн В.Г., 2018;

Тиганов А.С., 2012). К настоящему времени отсутствуют единые представления по поводу начала поздней шизофрении. По мнению E. Bleuler, поздняя шизофрения манифестирует после 40 лет. В последние десятилетия в связи с увеличением продолжительности жизни населения обсуждается иной рубеж начала поздней шизофрении, некоторые авторы определяют его как 60 лет (Cort E., 2018). В то же время многие отечественные и зарубежные исследователи придерживаются точки зрения E. Bleuler и считают, что к поздней шизофрении относятся те случаи шизофрении, дебют которой регистрируется в 40 лет и позже (Концевой В.А., 2012; Chen L. и др., 2018; Yasuda M., Kato S., 2013).

Клиника поздней шизофрении отличается от шизофрении, которая начинается в более ранние сроки. Поздняя шизофрения отличается малой прогрессивностью, медленным нарастанием негативных расстройств, редкой встречаемостью неврозоподобных и психопатоподобных расстройств и большой частотой возникновения аффективных расстройств и бредовых переживаний (Концевой В.А., 2012; Роштейн В.Г., 2018). Последние десятилетия был всесторонне изучен нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией. Установлено, что у пациентов с шизофренией с поздним началом имеются дефицит рабочей памяти, психомоторной скорости и исполнительных функций. Существует предположение, что это связано не с нейродегенеративными изменениями мозга, а со стресс-обусловленным ускоренным старением мозга (Van Assche L. и др., 2018). При диагностике поздней шизофрении нередко возникают трудности в связи с необходимостью ее отграничения от психозов иной этиологии (особые функциональные психозы позднего возраста, эндоформные проявления органических психозов) (Концевой В.А., 2012).

Мы представляем описание, на наш взгляд, редкого случая поздней шизофрении. Больная М., 45 лет, была госпитализирована в ГКУЗ "Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского" в июне 2018 года.

Из анамнеза. Наследственность отягощена психическим расстройством у дяди по линии матери (лечился в психиатрической больнице, со слов, у него были "голоса"). Уроженка города Читы Забайкальского края. Родилась в полной семье, младшим ребенком из двоих детей. Беременность у матери протекала без особенностей, родилась в срок, доношенным, здоровым ребенком. Росла и развивалась согласно возрастным нормам, от сверстников в развитии не отставала. В дошкольном возрасте болела только простудными заболеваниями и детскими инфекциями. С 3-х летнего возраста посещала детское дошкольное учреждение, была адаптированной в детском коллективе. В школу пошла в 7 лет, училась по-

средственно, не всегда понимала то, что объясняет учитель, но в целом со школьной программой справлялась, классы не дублировала, окончила 8 классов, получила аттестат. Затем окончила ПТУ, получила специальность швей-мотористки. Однако, по профессии никогда не работала. В течение жизни занималась низкоквалифицированным трудом (работала уборщицей, посудницей, официанткой), зачастую без официального трудоустройства. Последние 12 лет неофициально работала посудницей. Дважды была замужем. Первый брак распался из-за того, что муж злоупотреблял алкоголем, во время алкогольного опьянения избивал пациентку; со вторым мужем разошлась из-за того, что тот не имел постоянного заработка, уклонялся от трудоустройства, "сидел на ее шее". От браков имеет двоих детей (дочери 12 и 18 лет). В настоящее время проживает с детьми и отцом. Отношения в семье хорошие, дети пациентку слушаются, помогают ей по дому. По характеру себя считает малообщительной, впечатлительной, спокойной. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит. Аллергологический анамнез без особенностей. Черепно-мозговые травмы, эпизоды сноговорения, снохождения, приступы с потерей сознания отрицает. Жару, духоту переносит хорошо. В транспорте не укачивает. Алкогольные напитки употребляет редко, предпочитает вино, запоев в течение жизни не было. Наркотические вещества никогда не пробовала. В течение многих лет курит.

В марте 2018 года сопровождала мать при обследовании в Краевом онкологическом диспансере. Когда врач матери пациентки в ее присутствии озвучил диагноз - рак 4 стадии, пациентка закричала, затем возник плач, который продолжался около двух часов. После этого постоянно переживала по поводу заболевания матери, из-за выраженной тревоги дома не могла найти себе место, ночами не спала, по несколько раз за ночь подходила к матери, проверяла, дышит та или нет. Настроение было стойко сниженным. Через месяц на фоне сниженного настроения, бессонницы появились неприятные ощущения в теле: чувство жжения в эпигастральной области, ощущение кома в горле. Искала объяснение этих симптомов в Интернете, переживала, что она тоже заболела раком. В конце мая мать умерла. Пациентка к смерти матери отнеслась равнодушно, т.к. была фиксирована на своих неприятных ощущениях, переживаниях о том, что страдает онкопатологией. Самостоятельно обратилась в онкологический диспансер, по результатам обследования онкопатологии выявлено не было. По рекомендации врача-онколога в июне 2018 года обратилась в Краевую клиническую психиатрическую больницу им. В.Х. Кандинского, была госпитализирована в психотерапевтическое отделение.

В первый месяц нахождения в стационаре пациентка предъявляла жалобы на чувство жжения в эпигастральной области, ощущение комка в

горле, сниженное настроение, была фиксированной на психотравмирующей ситуации, связанной с диагностикой онкопатологии у матери и ее смерти, высказывала опасение о наличии у нее какого-нибудь не диагностированного заболевания. Пациентке был проведен общеклинический минимум обследования, она была осмотрена терапевтом, неврологом, гинекологом, окулистом. При этом терапевтом были диагностированы хронический гастрит, хронический бескаменный холецистит в стадии ремиссии, гинекологом - хронический сальпингоофорит с стадии ремиссии. Неврологом со стороны нервной системы патологии выявлено не было, при ЭЭГ диагностированы признаки разлитой ирритации коры с усилением восходящих активирующих влияний ретикулярной формации, при проведении ЭхоЭГ патологии выявлено не было. Пациентка с первых дней получала эсциталопрам в суточной дозе 20 мг, гидроксизин в суточной дозе 50 мг, феназепам 1 мг на ночь в течение 10 дней. Через месяц после начала лечения была отмечена положительная динамика: сон восстановился, настроение улучшилось, исчезли неприятные ощущения в теле, частично дезаутилизировались переживания по поводу психотравмирующей ситуации. Пациентка была переведена в дневной стационар для продолжения лечения. Но через три недели, несмотря на регулярный прием препаратов, произошло ухудшение психического состояния: нарушился сон, снизилось настроение, появились тревога, беспокойство. Пациентка была вновь госпитализирована в круглосуточный стационар. Схема лечения была изменена: больной был назначен amitриптилин в суточной дозе 75 мг, соннапакс в суточной дозе 50 мг. Несмотря на это, психическое состояние пациентки продолжало ухудшаться: на фоне сниженного настроения, выраженной тревоги появились жалобы на то, что она изменилась, утратила чувства, перестала любить своих детей, при этом находила изменения своей внешности при отражении в зеркале. Пациентка отмечала, что перестала воспринимать окружающий мир также четко как ранее. При этом психотравмирующая ситуация по поводу матери в переживаниях больной не звучала. Через некоторое время возникли вычурные неприятные ощущения того, что будто кто-то "щипет" ее мозг. Во время выраженной тревоги пациентка высказывала суицидальные мысли. В связи с этим больная была переведена на лечение в отделение клиники первого психического эпизода. Для исключения органической патологии головного мозга пациентка повторно была осмотрена неврологом, проведено МРТ головного мозга, но патологии со стороны головного мозга выявлено не было. При патофизиологическом тестировании было обнаружено нарушение операционального компонента мышления при сохранности других когнитивных функций. В связи с утяжелением психопатологических расстройств лечение пациентке было изменено: доза эсциталопрама

была увеличена до 20 мг в сутки, кветиапина - до 600 мг в сутки. На этой схеме лечения психическое состояние пациентки постепенно улучшилось: сначала купировалась тревога, затем исчезли неприятные ощущения, выровнялось настроение, позже всего восстановилось правильное восприятия собственной личности. К концу второго месяца терапии нейрорептиком в сочетании с антидепрессантом удалось полностью купировать психопатологические расстройства. После их купирования определялись невыраженные негативные расстройства в виде эмоциональной отгороженности, формальности контакта. В ноябре 2018 года пациента была выписана из стационара.

Анализ клинического случая. Наследственность отягощена психическим заболеванием дяди. Изначально личность имела сензитивно-шизоидные черты, низкий уровень адаптационного потенциала. Несмотря на это, пациентка была достаточно адаптированной в социальной жизни. Психические расстройства возникли после психотравмирующего воздействия. Сначала они проявились острой реакцией на стресс, которая сменилась невротической депрессией. Постепенно произошло усложнение психопатологической симптоматики: в структуре невротической депрессии возникли сенестопатические расстройства, которые послужили основой для формирования сенесто-ипохондрической симптоматики. Терапия антидепрессантом позволила ненадолго улучшить психическое состояние, но затем без внешних провоцирующих факторов депрессивные расстройства возобновились, но их проявления были более выраженными, чем ранее. Возникшие деперсонализационно-дерелизационные расстройства сопровождались ощущениями собственной измененности, утраты чувств, нарушениями узнавания своего отражения в зеркале. Вновь появившиеся сенестопатические расстройства отличались необычностью и вычурностью. Психопатологические расстройства удалось купировать только после включения в терапию атипичного антипсихотика кветиапина.

Таким образом, изначально психопатологические расстройства были связаны с психотравмирующей ситуацией, имели психологическую понятность. В дальнейшем они "оторвались" от психотравмы, произошло их усложнение и утяжеление. После купирования психопатологических расстройств были выявлены невыраженные негативные расстройства психической деятельности. При обследовании органической патологии со стороны головного мозга выявлено не было, но при патопсихологическом тестировании были диагностированы специфические расстройства мыслительной деятельности.

Был выставлен диагноз: Шизофрения недифференцированная с полиморфной симптоматикой (с депрессивными, сенесто-ипохондрическими, деперсонализационно-дерелизационными симптомами), период наблюдения менее года.

Озорнина Н.В., Озорнин А.С.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ККПБ ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО

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

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Тревожные расстройства, такие как паническое расстройство и генерализованное тревожное расстройство, в качестве отдельных нозологических единиц стали рассматривать относительно недавно. Так, термин генерализованное тревожное расстройство впервые был введен в практику DSM-III, а позднее в МКБ-10 (Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я., 2018). К настоящему времени отсутствуют полноценные эпидемиологические данные о распространенности тревожных расстройств в Российской Федерации. В мета-анализе эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах мира за последние 30 лет, усредненная оценка распространенности тревожных расстройств была выше, чем других психических расстройств (включая аффективные расстройства и зависимости) с распространенностью в населении 6,7% в течение года и 12,9% в течение жизни (Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н., 2017).

Тревожные расстройства приводят к значительной дезадаптации пациентов, при несвоевременном оказании психиатрической помощи имеют затяжное, хроническое течение (Bruce S.E. et al., 2005), сопровождаются суицидальным поведением (Sareen J. et al., 2005). Зачастую диагностика тревожных расстройств затруднена по причине соматических проявлений тревоги. Поэтому изначально пациенты обращаются к врачам общесоматической практики (Roy-Byrne P.P., Wagner A., 2004), а помощь у врачей-психиатров начинают получать только через несколько месяцев или лет после начала заболевания. Обнаружена высокая коморбидность тревожных расстройств с соматическими, психическими и наркологическими заболеваниями. Так, длительно существующая тревога приводит к появлению заболеваний сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем (H?rter M.C., Conway K.P., Merikangas K.R., 2003). Наиболее высокая частота коморбидности тревожных расстройств выявлена с большой депрессией (62,4%), затем - с дистимией (39,5%), социальной фобией (35,1%), обсессивно-компульсивным расстройством (34,4%) (Костюкова Е.Г., Ладыженский М.Я., 2018). С целью послабления тревоги пациенты нередко употребляют алкоголь и иные психоактивные вещества, что приводит к высокой распространенности наркологической патологии среди

больных с тревожными расстройствами (Alegria A.A. et al., 2010).

За последние годы изменилась тактика оказания помощи больным с тревожными расстройствами. Если ранее при терапии таких расстройств делался упор на транквилизаторы бензодиазепинового ряда (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988), то в настоящее время препаратами первой линии являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, прегабалин (Мосолов С.Н., Алфимов П.В., 2005; Потанин С.С. и др., 2017). Кроме того, тревожные расстройства являются результатом переплетения патогенетических факторов разных уровней: биологического, психологического, социального. Поэтому комплексная терапия, которая заключается в сочетании биологической терапии и психотерапии, может быть наиболее эффективна в лечении этой группы расстройств (Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н., 2017).

В 2018 году при анализе структуры невротических расстройств среди пациентов психотерапевтического отделения Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского было обнаружена их высокая встречаемость - 59,5%. Пациенты обратились за психиатрической помощью через 6-12 месяцев после появления тревожных расстройств. В течение этого времени пациенты многократно обследовались у кардиологов, неврологов, гастроэнтерологов, проходили различные дорогостоящие обследования, которые не диагностировали какой-либо значимой патологии. Некоторые пациенты из-за выраженных вегетативных проявлений тревоги даже были вынуждены вызывать себе скорую медицинскую помощь по несколько раз в день. Оказание помощи пациентам с тревожными расстройствами осуществляется в соответствии со стандартами психиатрической помощи и алгоритмами терапии. При лечении таких больных препаратами первого ряда являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин, эсциталопрам, флувоксамин). С целью быстрого облегчения состояния пациентов в первые дни используются транквилизаторы бензодиазепинового ряда, в последующем, при необходимости назначаются анксиолитики небензодиазепиновой структуры (гидроксизин). Описанная стратегия позволяет через 10-14 дней уменьшить на 50% частоту возникновения тревожных состояний и снизить их выраженность.

Наряду с фармакотерапией, в отделении применяются психотерапевтические методы лечения. Как известно, последние десятилетия характеризуются широкой интеграцией психотерапии в различные области медицины, в том числе и в психиатрию (Александровский Ю.А., 2000; Смулевич А.Б., 2015). В работе используются как индивидуальные, так и групповые методы психотерапии. При проведении индивидуальной психотера-

пии отдается предпочтение личностно-ориентированным, когнитивно-поведенческим методикам, рациональной психотерапии. Индивидуальные сессии ограничены по времени (50-60 минут), однако зачастую в работе с пациентами, страдающими коморбидными депрессивными расстройствами, временные ограничения установить невозможно, продолжительность сессий с такими пациентами может достигать двух и более часов. Проводимая групповая психотерапия включает в себя различные формы: групповая дискуссия, телесно-ориентированная терапия, проективный рисунок, мандалотерапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, аутогенная тренировка. Пациенты обучаются различным методам саморелаксации, саморегуляции. В случае необходимости, с пациентами и их родственниками проводится системная семейная психотерапия. В отделении должным образом организуется медицинский персонал и неустанно поддерживается постоянное позитивное взаимодействие пациентов в социальной среде ("терапия средой", "лечение средой"), что бесспорно способствует быстрейшему выздоровлению пациентов.

Современная психофармакотерапия в сочетании с описанными выше психотерапевтическими вмешательствами позволяет у 80-90% пациентов с тревожными расстройствами к концу месяца стационарного лечения добиться стабилизации психического состояния. В дальнейшем пациенты продолжают лечение либо в дневном стационаре больницы, либо в амбулаторном звене.

Таким образом, современные алгоритмы оказания психиатрической помощи демонстрируют свою эффективность, их использование позволяет быстро улучшить и стабилизировать психическое состояние пациентов с тревожными расстройствами.

Петрова И.В.

СОВРЕМЕННОЕ ПОКОЛЕНИЕ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ И ИХ РАСПРОСТРАНЕНИЕ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Дизайнерские наркотики (далее - ДН) представляют большую группу психоактивных веществ синтетического происхождения, которые разрабатываются и внедряются в незаконный оборот с целью обойти действующее законодательство.

В историческом плане сложно определить конкретное время наступления эпохи ДН. Специалисты из Великобритании считают, что реальная история дизайнерских наркотиков началась с момента синтеза фенилэтиламина (фенэтиламина), выполнявшегося под руководством А.Ф. Шуль-

гина. Свои психофармакологические изыскания А.Ф. Шульгин начал с уже известных галлюциногенных препаратов, впоследствии сместив акцент на дизайнерские препараты собственной разработки.

С конца 70-х гг. прошлого века синтезировано более 200 новых психоактивных веществ (ПАВ), многие из которых широко представлены на наркорынке. При этом следует признать, что в реальности синтез таких наркотиков выполнен намного раньше - в начале 20-го века. И все же настоящий "бум" проникновения ДН на наркорынок приходится на первое десятилетие 21-го века.

В России получили широкое распространение синтетические каннабиноиды и синтетические психостимуляторы.

В Забайкальском крае из синтетических наркотиков в большинстве случаев (99,8%) встречается синтетический психостимулятор альфа-пирролидиновалерофенон. В 2018 году в ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" стационарно лечились с диагнозом "синдром зависимости от психостимуляторов" (альфа-пирролидиновалерофенон) 80 человек, в 2017 году получили лечение 69 человек.

В 2018 году состояло под диспансерным наблюдением с диагнозом "синдром зависимости от психостимуляторов (альфа-пирролидиновалерофенон)" 27 человек, в 2017 году состояло 16 человек. С диагнозом "употребление психостимуляторов с вредными последствиями (альфа-пирролидиновалерофенон)" в 2018 году состояло 34 человека, в 2017 году - 10 человек.

Опасность данной группы наркотических веществ состоит в быстром и интенсивном развитии синдромов психической и физической зависимости, независимо от формы потребления.

Пляскина Е.В., Кучменко В.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАННЕМ И ПОЗДНЕМ НЕЙРОСИФИЛИСЕ

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

В настоящей работе нами описаны клинические случаи психических расстройств, при раннем и позднем нейросифилисе. Пациенты получали лечение в Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского в 2018-2019 гг.

Описание психических расстройств при раннем нейросифилисе.

Пациент А., 43 года. Анамнез. Наследственность не отягощена. Родился в полной семье, старшим из двоих детей. Развивался без особенностей. Окончил 9 классов. В течение жизни работал помощником маши-

ниста. Женат не был, детей нет. В возрасте 25 лет получил ЧМТ, лечился стационарно. Спиртные напитки употребляет умеренно, употребление наркотиков отрицает. Со слов матери, с осени 2016 г. появились нарушения речи в виде заикания, за медицинской помощью не обращался. Спустя год в июне 2017 года появилась шаткая походка, нарушилась память, поведение стало носить нелепый характер: выбрасывал из дома вещи, убегал из дома в неизвестном направлении, перестал ориентироваться в месте и времени. В связи с чем впервые был госпитализирован в ПБ, находился на лечении с 30.09.17 по 06.10.17 с диагнозом "органическое непсихотическое расстройство, в связи со смешанными заболеваниями головного мозга". В результате лечения стал более спокойным, однако сохранялись и нарастали неврологические нарушения в виде нарушений речи и походки, поэтому пациенту требовалось дообследование у невролога. Было рекомендовано поддерживающее амбулаторное лечение, однако пациент прекратил прием лекарственных препаратов и вскоре стал агрессивным, появились слуховые обманы восприятия, стал уходить из дома. В очередной раз после ухода из дома был избит, с полученными травмами находился на лечении в хирургическом отделении ЦРБ, где впервые был диагностирован "ранний нейросифилис". В связи с нарастанием продуктивных расстройств в виде истинных слуховых обманов восприятия, аффективных нарушений, пациент вновь был направлен на лечение в ПБ. Рекомендован курс антибактериальной терапии (бензилпенициллин 24 млн/сут), который был начат в условиях психиатрического стационара, где он находился с 30.10.17 по 17.11.17 с диагнозом "Органическое психотическое расстройство, в связи со смешанными заболеваниями головного мозга. Органический амнестический синдром. Соп. дз: Ранний нейросифилис от 26.10.17". В результате проводимого лечения появились признаки токсического гепатита (желтушность кожи и слизистых, повышение билирубина до 49,7 ммоль/л, АЛТ до 228 Ед/л, ЩФ 631 Ед/л). После отмены препаратов и проведения дезинтоксикационной и витаминотерапии уменьшилась желтушность кожи и слизистых оболочек, улучшились биохимические показатели крови.

В последующем по месту жительства окончил курс лечения по поводу нейросифилиса, в настоящее время находится на клинико-серологическом контроле у дерматовенеролога, психическое состояние пациента оставалось стабильным, до декабря 2018 года, когда пациент стал раздражительным, конфликтным, плохо спал, стал разговаривать сам с собой, уходить из дома, угрожать суицидом. Был доставлен в ПБ, госпитализирован 21.01.19. Неврологический статус. Лицо симметричное. Язык отклонен влево. Зрачки равновеликие. Нистагм установочный, фотореак-

ции живые, дружелюбные. Недостаточность конвергенции, отведений. Сухожильные рефлексы одинаковые с обеих сторон. Симптом Маринеску-Радовичи положительный с 2-х сторон. В позе Ромберга шаткость. Лобная дисбазия. Речь с дислалией. Психический статус. Внешне малоопрятен. Напряжен. Походка неустойчивая. Контакт доступен, ориентирован верно, в полном объеме, речь невнятная, отвечает в плане заданного. Настроение неустойчивое, аффективно заряжен в адрес матери. Обманы восприятия отрицает, хотя по внешнему виду исключить нельзя. Бредовые идеи, суицидальные мысли не высказывает.

В стационаре первое время испытывал истинные обманы восприятия, был аффективно неустойчив. В результате лечения, психическое состояние пациента стабилизировалось, выровнялся аффективный фон, купированы психопродуктивные расстройства. Обследования: RW РМП 2+, РПГА 2+ от 22.01.19, МРТ признаки дисциркуляторной энцефалопатии, атрофии головного мозга. Асимметрия боковых желудочков.

Пациент был осмотрен комиссионно: учитывая данные анамнеза, объективного осмотра выставлен клинический диагноз: органическое психотическое расстройство в связи со смешанными заболеваниями (травматического, токсического, инфекционного генеза) головного мозга. Галлюциаторный синдром. Психоорганический синдром, смешанный вариант, выраженные проявления. Сопутствующий диагноз: ранний нейросифилис (от 26.10.17). Клинико-серологический контроль. Энцефалопатия сложного генеза с дизартрией, умеренным атактическим синдромом (лобная дисбазия).

Описание психических расстройств при позднем нейросифилисе.

Пациент Ш., 39 лет. Анамнез. Наследственность отягощена суицидом отца. Беременность матери протекала с угрозой выкидыша, роды затяжные, тяжелые. В школе учился в классе коррекции. Специальности не приобрел, работал прессовщиком, в строительной бригаде. Женат не был, детей нет. ЧМТ, обмороки, аллергические реакции, венерические заболевания отрицает. До 14 лет отмечался энурез, до настоящего времени сохраняются сногворения. Жару, духоту переносит плохо. Стационарно обследовался по линии РВК, выставлен ДЗ: "Органическое расстройство личности", в связи с чем в армии не служил. Со слов матери, психическое состояние изменилось резко в январе 2017 г., когда в течение месяца "сын стал не такой", "не стал разговаривать, походка стала неустойчивая, речь смазанная, малопонятная, жаловался на онемение правой руки, ноги, изменился почерк, стал раздражительным, перестал справляться с привычной работой". За медицинской помощью не обращался. В марте 2017 года появились судорожные приступы, присоединились нарушения речи, походки. Обращались к неврологу по месту жительства, было проведено

обследование: МРТ головного мозга - патологических изменений не выявлено; ЭЭГ: диффузные изменения умеренные. Локальная эпилептиформная активность в теменно-затылочной области слева без признаков вторичной синхронизации; ЭхоЭГ: признаки легкого гидроцефального синдрома. Осмотр невролога - энцефалопатия сложного генеза. Легкий тетрапарез, дизартрия. В биохимическом анализе мочи от 31.07.2017: определение меди в моче - 5,9 мкмоль/сут (в норме от 0,003 до 1,26 мкмоль/сут), б/х крови - церулоплазмин 18 г/л (от 0,15 до 0,60 г/л), анализ крови на RW отрицательный от 31.07.2017. Рекомендована консультация психиатра в связи с нарастанием аффективных нарушений.

Находился на амбулаторном лечении в диспансерном отделении с 24.05.17 по 28.09.17 в связи с отсутствием сна, аффективными нарушениями. В результате проводимого лечения сон восстановился, выровнялся аффективный фон, однако нарастали интеллектуально-мнестические нарушения. Кроме того, вскоре стал проявлять агрессивные действия в отношении матери. С вышеуказанными жалобами был госпитализирован в ПБ, где находился на лечение с 10.10.17 по 19.10.17. Выровнялся аффективный фон, восстановился сон, однако в психическом статусе, по-прежнему на первом месте оставался когнитивный дефицит, достигающий уровня деменции, психотических расстройств не обнаруживал. Выставлен диагноз "Органическое непсихотическое расстройство, в связи с неуточненными заболеваниями головного мозга". Учитывая наличие неврологической симптоматики, которая развилась резко, быстро выросла и усугубилась в течение года, а также нарастание когнитивного дефицита, достигающего уровня деменции у молодого человека, и наличия данных лабораторных исследований (увеличение уровня церулоплазмينا крови, появление меди в биохимическом анализе мочи), с целью уточнения диагноза и выработки дальнейшей тактики пациент был выписан из стационара для дальнейшего обследования у невролога, окулиста, и гастроэнтеролога по месту жительства. При дальнейшем обследовании в амбулаторных условиях, был диагностирован поздний паренхиматозный нейросифилис, поэтому находился на лечении в соматическом стационаре в отделении неврологии, где наряду с когнитивным дефицитом, появилась психопродукция в виде слуховых истинных обманов восприятия, переведен в ПБ 27.02.2018 года.

Неврологический статус: язык с девиацией вправо. Конвергенция ослаблена. Сухожильные рефлексы D=S, снижены. Обследование: RW от 01.03.18 положит; б/х крови, ОАК, ОАМ без особенностей, МРТ ГМ от 22.02.18 - одиночные очаги микроангиопатии, MMSE 8 баллов. Психический статус. Внешне не достаточно опрятен. Вошел в кабинет медленно, с поддержкой матери. Контакт малопродуктивный из-за выраженных

когнитивных нарушений. Речь с выраженным дефектом звукопроизношения. Заданные вопросы понимает не сразу, отвечает после паузы, односложно. Память значительно снижена как на текущие, так и на прошлые события. В поведении импульсивен, с трудом удерживается на месте, инструкции не выполняет. По внешнему виду не исключены обманы восприятия, размахивает руками, озирается по сторонам. В отделении первое время с трудом удерживался на месте, был бестолковым, на попытки мед. персонала вернуть в палату реагировал агрессией, топал ногами, размахивал руками, утратил гигиенические навыки. Учитывая данные анамнеза, клинической картины, данные инструментальных и лабораторных методов исследования, комиссионно пациенту был выставлен клинический диагноз: "Деменция в связи с нейросифилисом, с преимущественными галлюцинаторными симптомами". Сопутствующий диагноз: "Поздний паренхиматозный нейросифилис".

Заключение. Таким образом, представленные нами клинические случаи демонстрирует проявления раннего и позднего форм нейросифилиса. В клинической картине на ранних этапах преобладали неврологические нарушения, в последующем наряду со снижением интеллекта, памяти присоединились психотические расстройства в виде истинных обманов восприятия. В обоих случаях установление диагноза было несвоевременным, так как при скрининговых методах диагностики сифилиса были получены отрицательные результаты обследования. Данный факт говорит о сложности диагностики специфических инфекций в условиях психиатрического стационара и свидетельствует о необходимости междисциплинарного подхода к ведению таких пациентов. Несмотря на всю сложность и многогранность клинических проявлений нейросифилиса, будем надеяться, что наше сообщение послужит дополнительным фактором, помогающим врачам разобраться в сложном диагностическом поиске, и позволит сложить негрубую, обрывочную симптоматику, выявляемую у больных, в точный диагноз.

Польская Н.А.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Россия*

Самоповреждающее поведение достаточно распространенное явление в подростковой популяции. Это связано с целым рядом факторов, к которым относятся онтогенетически обусловленные трудности взросления (кризис подросткового возраста), социальная ситуация развития (воспитание в социально неблагополучной семье, асоциальное окружение, дисфункцию-

нальная семья и т.п.), а также вовлеченность в аутодеструктивные онлайн-группы и субкультурные сообщества. Все это оказывает серьезное влияние на формирование идентичности в подростковом и юношеском возрасте.

Среди основных психологических факторов, оказывающих влияние на формирование склонности к самоповреждению, следует, прежде всего, отметить нарушения привязанности на ранних этапах развития младенца, конфликтность я-концепции и целый ряд проблем, связанных с нарушениями эмоциональной регуляции - неэффективность стратегий эмоциональной регуляции, руминация, избегание, трудности распознавания, контроля и выражения эмоций и т.п.

Большинство исследователей и специалистов сходятся во мнении относительно психологической значимости самоповреждающего поведения. Поэтому в данном сообщении мы выделим наиболее значимые психологические функции, которые реализуются через самоповреждение. В популяции подростков и юношей самоповреждающее поведение выполняет три важные функции: сигнальную, контроля и идентификации.

Сигнальная функция самоповреждающего поведения - это призыв о помощи. Самоповреждения в данном случае могут служить демонстрацией силы отчаяния, душевной боли, негативных эмоций, тревоги, свидетельствовать о депривации или стрессе.

Функция контроля заключается в том, что самоповреждение выступает способом снижения аффекта, изменения эмоционального состояния, уменьшения интенсивности негативных эмоций, совладания с психологическими трудностями. Согласно последним исследованиям, нарушения эмоциональной регуляции выступают устойчивыми предикторами уже первых эпизодов самоповреждающего поведения (Palmer et al., 2018). При высокой частоте самоповреждений отмечаются проблемы, связанные с пониманием эмоций, снижение диапазона стратегий эмоциональной регуляции (Gratz, Roemer, 2004, 2008), трудности распознавания собственных эмоций и эмоций других людей (Польская, 2010-2017). Ранее это было отмечено в исследовании Никсон и коллег: большая часть причин самоповреждений, указанных подростками, относилась к функции регуляции эмоций: совладать с чувством депрессии, страхом и волнением, выразить фрустрацию, гнев, отомстить, отвлечься от неприятных воспоминаний (Nixon, Cloutier, Aggarwal, 2002).

У подростков и юношей с эмоциональными и поведенческими расстройствами самоповреждение выступает как поведенческая стратегия эмоциональной саморегуляции и копинга, а при посттравматическом стрессовом расстройстве оказывается способом перенаправления гнева на собственное тело (Luxenberg et al., 2001). Контролирующая функция само-

повреждения выступает и в случае парасуицидального поведения: с одной стороны, самоповреждение становится способом предотвращения суицида (частичный суицид, говоря словами Карла Меннингера), и в этом случае данная стратегия оказывается относительно эффективной. Эта же условная эффективность самоповреждения отмечается и при пограничном расстройстве личности: недостаток пластичности в когнитивном оценивании людей и событий, трудности в поддержании целостности собственной личности, реактивность и интенсивность эмоций обуславливают обращение к самоповреждению как способу регуляции своего состояния (Linehan, 1993). С другой стороны, выбор данной стратегии базируется на преобладании неадаптивных копингов при переработке стресса, сочетающихся с раздражительностью, депрессией, гневом и враждебностью (Linehan, 1993).

Самоповреждение нередко направлено на самовоспитание или самонаказание, а также на осуществление контроля над другими людьми. С самонаказанием могут быть связаны самоповреждения больных депрессивными расстройствами. Но идею самонаказания в этом случае нельзя рассматривать как определяющую, а лишь как частную в комплексе идей, связанных с бессмысленностью жизни и самоуничижением. Отмечено, что самоповреждения с целью самонаказания часто осуществляются подростками, воспитывающихся или оказавшихся в асоциальном окружении. Бездомность, девиантное окружение и высокая частота различных форм насилия (Tyler, Whitbeck, Hoyt et al., 2003) создают почву для переживания негативных эмоций и побуждают бездомных осуществлять самоповреждения; в других случаях самоповреждения оказываются способом самонаказания или причинения себе боли (Ayerst, 1999; Tyler, Whitbeck, Hoyt et al., 2003). В данном случае самоповреждение выполняет сразу две функции: сигнальную - привлечь внимание к своей бедственной ситуации, и контроля - через самоповреждение воздействовать на свою личность и эмоции.

Функция идентификации при самоповреждении связана с культурно-статусными изменениями (начиная с изменений, связанных с формированием идентичности в подростковом возрасте, и заканчивая изменениями культурно-статусного характера, например, ассимиляция в новой культурной среде, включение в субкультурную группу) и с построением коммуникаций (Польская, 2007-2011).

Онлайн-среда, вовлеченность в сетевые сообщества аутодеструктивной тематики может стать почвой для формирования самоповреждающего поведения, а самоповреждение с целью идентификации становится условием вхождения в новую субкультурную группу. Функция идентификации объединяет ряд частных функций: укрепление чувства общности в группе, изменение социального статуса, искупление, исцеление. В более

широком контексте самоповреждение с целью идентификации отражает не только стремление изменить свою идентичность, быть принятым референтной группой, но культурные влияния на манипуляции с телесностью (мода, социальный интерес, религиозные убеждения).

Таким образом, в основе сигнальной функции самоповреждающего поведения в подростковом и юношеском возрасте - поиск помощи, поддержки, понимания со стороны других людей и способ рассказать о своих трудностях; в основе функции контроля - трудности эмоциональной регуляции и стремление повысить контроль над своими эмоциями и поведением; в основе функции идентификации - трансформации субъекта и приобретение им, с одной стороны, новой социокультурной роли (например, роли взрослого или более высокого социального статуса), а с другой стороны, получение новых персонально значимых свобод и более четкое определение личностных границ.

Наиболее клинически неблагоприятными являются самоповреждения, осуществляемые с целью контроля, так как они связаны с хроническими эмоциональными и личностными проблемами и дефицитами (напр., дефицит адаптивных копинг-стратегий, дефицит навыков эмпатии и эмоционального интеллекта, алекситимическая личность). В клинике у подростков и юношей с самоповреждениями наиболее часто преобладает именно эта функция - контроль над своим эмоциональным состоянием через самоповреждение. Самоповреждения, осуществляемые с целью идентификации, более нормированы правилами субкультурного сообщества. Сигнальная функция самоповреждения нередко может указывать на серьезные проблемы - это насилие и буллинг в отношении подростка.

Понимание того, какую функцию может выполнять самоповреждение, позволяет определить не только мишени психотерапевтического вмешательства и психологической помощи, но и их стратегии и конкретные приемы. Так, если основной функцией самоповреждающего поведения выступает функция контроля, то в качестве мишени выступает эмоциональная дисрегуляция, основной стратегией - развитие навыков эффективной регуляции эмоций, а в качестве конкретных приемов могут выступать как техники, направленные на осознание эмоций, так и техники, связанные с релаксацией, повышением осознанности и рефлексией. Если речь идет об идентификационной функции самоповреждения, то здесь наиболее эффективными могут оказаться приемы групповой терапии, включая группы встреч, коммуникационные тренинги и группы самопомощи. В случае, если самоповреждение - это сигнал социального неблагополучия, методы психологической и психотерапевтической помощи дополняются мероприятиями социально-психологической, юридической и педагогической поддержки.

Полянский Д.А.

**ОСОБЕННОСТИ КУПИРОВАНИЯ ПСИХОТИЧЕСКОЙ
СИМПТОМАТИКИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия*

В соответствии с эпидемиологическими данными в последние годы у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, как и в популяции в целом, все чаще диагностируется ВИЧ-инфекция (De Hert M., Trappeniers L., Wampers M., 2011; Murphy K., Edelstein N., Smith L., 2011). Сочетание двух одновременно развивающихся заболеваний не только влияет на клиническую картину каждого из них, но и создает определенные дифференциально-диагностические трудности. Они связаны с тем, что при ВИЧ-инфекции часто развиваются шизофреноподобные расстройства, острые параноидные и депрессивные психозы (Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., 2007; Querques J., Freudenreich O., 2016; Хритинин Д.Ф., Новиков В.В., 2016). Частота их развития по данным разных авторов составляет от 0,2-15% (Querques J., Freudenreich O., Stern T.A., 2016).

Так же как при шизофрении и шизоаффективном расстройстве при ВИЧ-инфекции наблюдается дисбаланс CD3+CD4+ и CD3+CD8+ Т-лимфоцитов. Иммунный ответ на внедрение в организм вируса иммунодефицита человека (ВИЧ) характеризуется снижением содержания в крови CD3+CD4+ Т-лимфоцитов и увеличением вследствие этого CD3+CD8+ Т-лимфоцитов (Покровский В.В., 2014). Снижение уровня CD3+CD4+ Т-лимфоцитов и индекса дифференцировки CD4+/CD8+ свидетельствуют о прогрессировании ВИЧ-инфекции (Bushman F.D., Nabel G.J., Swanstrom R., 2012; Volberding P.A., Greene W.C., 2012; Покровский В.В., 2014). В патогенезе ВИЧ-инфекции и шизофрении, шизоаффективного расстройства задействованы единые звенья иммунной системы, что может иметь значение при формировании однопсихических расстройств, оказывать влияние на прогрессивность обоих заболеваний и должно учитываться при формировании стратегии терапии данных форм сочетанной патологии.

Целью исследования являлось изучение клинико-психопатологических и иммунологических соотношений у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством для определения прогноза заболеваний и оптимизации их терапии.

Обследовано 192 больных: 69 ВИЧ-инфицированных больных параноидной шизофренией и 27 ВИЧ-инфицированных больных шизоаффективным расстройством (основная группа исследования) и 69 больных

параноидной шизофренией и 27 больных шизоаффективным расстройством без ВИЧ-инфицирования (контрольная группа исследования). Никто из ВИЧ-инфицированных больных основной группы по разным причинам антиретровирусную терапию не получали. Средний возраст вошедших в исследование больных основной группы составил 33,6±5,7 лет, в контрольной группе - 37,5±9,3 лет.

В соответствии с Международной классификации болезней 10-пересмотра больные основной и контрольной групп были разделены на следующие подгруппы: шизофрения параноидная, эпизодическое течение, F 20.01; шизофрения параноидная, непрерывно текущий тип, F 20.00; шизофрения параноидная с приступообразно-прогредиентным течением, F 20.0; шизоаффективное расстройство, F25.

Критерии исключения больных из исследования: мания с психотическими симптомами (F 30.2), маниакальный эпизод с психотическими симптомами (F 31.2), депрессивный эпизод тяжелый с психотическими симптомами (F 32.3); тяжелый органический амнестический синдром в связи с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) (F 04.4). В исследование не вошли ВИЧ-инфицированные больные шизофренией и шизоаффективным расстройством с сопутствующей зависимостью от психоактивных веществ (F 10-16).

В исследовании доказано, что развитие ВИЧ-инфекции влияет на клинико-динамические и структурно-психопатологические особенности шизофрении и шизоаффективного расстройства за счет снижения остроты психотических расстройств и уменьшения прогрессивности эндогенных заболеваний. ВИЧ-инфекция оказывает влияние на структурно-динамические особенности дефицитарных расстройств у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством. В структуру дефицитарных расстройств включаются нарушения исполнительских функций и поведенческие расстройства вследствие фронтальных поражений. В результате сочетания ВИЧ-инфекции и эндогенных заболеваний наблюдается трансформация личности по сензитивно-шизоидному типу. У ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством формируется незначительный когнитивный дефицит. ВИЧ-инфекция влияет на отдельные показатели эффекторного звена клеточного иммунитета у больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством. Структура острых и дефицитарных психопатологических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством коррелирует с иммунорегуляторным индексом CD4+/CD8+, что отражает вовлеченность эффекторного клеточного звена иммунитета в формирование клиники эндогенных расстройств.

С целью оптимизации терапии ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством было проведено изучение антипсихотических препаратов (галоперидол, трифлуоперазин, хлорпротиксен, рисперидон, клозапин, зуклопентиксол) в аспекте их терапевтической эффективности: Установлено, что для купирования психотических расстройств у больных основной группы по сравнению с больными контрольной группы происходило в более короткие сроки ($32,7 \pm 8,24$ суток против $48,53 \pm 16,25$ суток, $p=0,0015$) и обеспечивалось более низкими дозами большинства антипсихотических препаратов: галоперидол - $12,59 \pm 3,28$ мг и $16,0 \pm 3,38$ мг соответственно ($p=0,007$), хлорпротиксен - $52,65 \pm 35,76$ мг и $81,25 \pm 39,95$ мг ($p=0,027$), клозапин - $53,13 \pm 31,16$ мг и $131,82 \pm 51,35$ мг ($p=0,0013$). Достоверной разницы по терапевтическим дозам для трифлуоперазина, рисперидона и зуклопентиксола не получено.

При корреляционном анализе антипсихотической терапии и содержания CD3+CD8+ и CD3+CD8+ Т-лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством установлена статистически значимая положительная связь между абсолютным ($r=0,496$, $p=0,036$) и процентным содержанием ($r=0,711$, $p=0,001$) CD3+CD4+ Т-лимфоцитов и суточной дозой используемого в терапии зуклопентиксола. Данный факт показывает, что у больных с более сохранным уровнем CD3+CD4+ Т-лимфоцитов требуются его более высокие дозы для купирования острой психопатологической симптоматики, что косвенно указывает на потенциальное влияние зуклопентиксола на состояние эффекторного звена клеточного иммунитета у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Для клозапина установлены отрицательные корреляционные связи с абсолютным ($r=-0,908$, $p=0,000$) и процентным ($r=-0,855$, $p=0,000$) содержанием CD3+CD4+ Т-лимфоцитов, положительная корреляционная связь с процентным содержанием CD3+CD8+ Т-лимфоцитов ($r=0,702$, $p=0,000$) и отрицательная корреляция с иммунорегуляторным индексом CD4+/CD8+ ($r=-0,780$, $p=0,000$). Поэтому клозапин назначался для терапии острого психотического состояния ВИЧ-инфицированным больным шизофренией и шизоаффективным расстройством с нарушениями эффекторного звена клеточного иммунитета. Таким образом, средние суточные дозы зуклопентиксола и клозапина оказывали потенциальное влияние на состояние эффекторного звена клеточного иммунитета у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, что свидетельствовало об их вовлеченности в клиничко-психопатологические и клиничко-терапевтические закономерности развития шизофрении шизоаффективного расстройства.

Выводы. Полученные в исследовании данные по клиническому патоморфозу шизофрении и шизоаффективного расстройства у ВИЧ-инфицированных больных могут быть использованы в диагностике и дифференциальной диагностике сочетанной патологии, а выявленные особенности ее прогрессивности могут быть реализованы при определении дальнейшего прогноза. В работе изучены клиничко-динамические закономерности шизофрении и шизоаффективного расстройства, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, а также установлены принципы их терапии, которые улучшают терапевтический прогноз заболевания и экономическую эффективность проведенного лечения, что имеет теоретический и экономический эффект. Купирование острой психотической симптоматики у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством происходит в более короткие сроки и требует меньших среднесуточных доз антипсихотических препаратов. Меньшая терапевтическая нагрузка косвенно свидетельствует о снижении прогрессивности шизофрении и шизоаффективного расстройства при их сочетании с ВИЧ-инфекцией. Доказано влияние зуклопентиксола и клозапина на состояние эффекторного звена клеточного иммунитета у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, что свидетельствует об их вовлеченности в клиничко-психопатологические и клиничко-терапевтические закономерности развития шизофрении и шизоаффективного расстройства.

Раменская Н.М.

**РОЛЬ ВРАЧА ПСИХИАТРА В РАБОТЕ
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ОТДЕЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО
КРАЕВОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема сочетания зависимости от психоактивных веществ с другой психической патологией становится все более актуальной в связи с накоплением в популяции лиц с сочетанными формами психической и наркологической патологии, что подтверждается ежедневной клинической практикой и данными литературы. Длительные сроки лечения пациентов наркологического профиля в отделении медицинской реабилитации с необходимостью формирования качественного комплаенса с одной стороны "вынуждают" проводить коррекцию коморбидных аффективных, личностных, когнитивных, а порой и психотических нарушений, с другой - позволяют проводить дифференциальную диагностику психических и наркологических расстройств после купирования острого состояния (синд-

рома отмены) и постабстинентных состояний, что является затруднительным в условиях отделения неотложной наркологической помощи.

Для более эффективного и обоснованного ведения пациентов с "двойными диагнозами" в октябре 2018 года в состав полипрофессиональной бригады специалистов отделения медицинской реабилитации ГАУЗ "Забайкальский краевой наркологический диспансер" был включен врач-психиатр. В отделении проходят лечение мужчины и женщины старше 18 лет, жители г. Читы и Забайкальского края. Диагностические мероприятия на предмет выявления лиц с коморбидной психической патологией проводятся в отношении 100% пациентов отделения. Анализ наблюдения 112 пациентов за период с октября 2018 г. по апрель 2019 г. выявил ряд особенностей и проблемных сторон диагностики и ведения лиц с ассоциированными (коморбидными) состояниями.

Из 112 обследованных пациентов, средний возраст которых составил 31,2 года, 58% страдали алкоголизмом, 19,2% - наркоманией, осложненной алкоголизмом, 9,6% - полинаркоманией, 7,6% - наркоманией. Из общего количества обследованных пациентов в целом у 39 (35%) были выявлены коморбидные психические нарушения - в равной степени у лиц с алкоголизмом (у 20 пациентов) и наркоманией (у 19 пациентов). В диагностической оценке использовался преимущественно симптоматический (а не нозологический подход), который считается в большей степени "реабилитационно-ориентированным". Среди выявленных психических нарушений у лиц с алкоголизмом преобладали органические психические расстройства с дисфорическими проявлениями и с психоорганическими интеллектуально-мнестическими расстройствами легкой степени выраженности (40%), в 20% была выявлена психогенная депрессия, в 20% - расстройство личности эмоционально неустойчивого типа, в 1 случае - дистимия, в 1 случае - умственная отсталость легкая с легко выраженными нарушениями поведения. В 1 случае предполагалось (ввиду недостаточного катамнестического наблюдения) наличие циклотимии. Также одному пациенту с наркоманией, осложненной алкоголизмом, был установлен диагноз патологического влечения к азартным играм. У 25% больных алкоголизмом от общего числа обследованных в анамнезе были суицидальные попытки.

Особого внимания заслуживает тема депрессивных расстройств у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. По данным различных источников, уровень распространенности депрессивного расстройства среди мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, составляет до 25%, что в 3 раза выше, чем в общей популяции мужского населения. У женщин этот показатель еще выше и составляет более 45%. У 25-59% наркологических больных в процессе противопохмельной терапии отмечаются депрес-

сивные состояния. Алкоголизм проявляет выраженное патопластическое влияние на клиническую картину и динамику депрессивного расстройства, отрицательно сказывается на качестве соблюдения терапевтического режима и терапевтическом эффекте медикаментозной терапии, существенно увеличивает риск суицидального поведения и является одним из основных факторов, определяющих частоту повторных госпитализаций. Вероятность суицидального поведения у больных с коморбидными депрессией и алкоголизмом является наиболее высокой среди всей популяции психически больных, а основным фактором, коррелирующим с завершенностью суицидальной попытки депрессивных больных, является наличие сочетанной алкогольной патологии. Депрессивные симптомы, вторичные по отношению к употреблению алкоголя, как правило, редуцируются к 3-4-й неделе отказа от алкоголя. Достаточно сложно судить о том, являются ли определяемые аффективные признаки составной частью расстройства в виде алкогольной зависимости или же представляют собой нозологически самостоятельное заболевание. Таким образом, диагноз первичного депрессивного расстройства может быть установлен только после относительно продолжительного периода абстиненции.

Среди выявленных психических нарушений у пациентов с наркоманией (в 2-х случаях - синдром зависимости от героина, в 10-ти - от синтетических психостимуляторов, как правило, в сочетании с другими психоактивными веществами) преобладали личностные расстройства (55%), преимущественно эмоционально неустойчивые и диссоциальные; в 2-х случаях был установлен диагноз смешанного расстройства личности. В 2-х случаях было диагностировано органическое расстройство личности, в 1-м - затяжное депрессивное расстройство с признаками витальных переживаний, деперсонализационными расстройствами, наличием экзистенциальных переживаний типа ощущения "жизненного краха" и медленным ответом на проводимую антидепрессивную терапию, что требует дальнейшего катамнестического наблюдения. Изолированных случаев синдрома зависимости от каннабиноидов с коморбидными психическими нарушениями за период наблюдения не было. У 7% пациентов с наркоманией от общего числа обследованных в анамнезе были суицидальные попытки.

Проведенный анализ подтверждает тот факт, что между психиатрическими расстройствами и злоупотреблением веществами или зависимостью от них имеется множество путей взаимовлияния, что затрудняет определение того расстройства, которое является первичным. Основная сложность диагностической комплексной оценки пациентов с ассоциированными состояниями состоит в том, что симптомы хронического потребления ПАВ и симптомы психических заболеваний сходны. Кроме того, па-

циенты с коморбидными расстройствами имеют высокий уровень социальных проблем, которые в значительной степени маскируют симптоматику - бездомность, утрата работы, судимости, проблемные отношения с родственниками, обедненные социальные контакты. В целом, оценка ассоциированных состояний в большинстве случаев является сложным процессом, требующим, помимо тщательного клинического исследования, внимательного изучения наследственности и психосоциального анамнеза, а зачастую и длительного катamnестического наблюдения. В этой связи первоочередной задачей у пациентов с ассоциированными расстройствами является не валидная диагностическая оценка, которая возможна лишь после длительного наблюдения, а квалификация степени риска. При исключении медицинского риска (отсутствие необходимости в неотложной психиатрической помощи) на первое место выступает психологический риск, требующий оценки опасности пациента для себя и в отношении других и, соответственно, способности пациента участвовать в реабилитационной программе. Пациенты с ассоциированными расстройствами имеют достоверно больший риск агрессивного, в том числе и аутоагрессивного поведения. Кроме того, в ходе обследования акцент необходимо сделать на тех психотических симптомах, которые могут привести к деструктивной активности (императивные псевдогаллюцинации, бредовые идеи отношения и преследования).

В ряде научных работ показано, что стандартизованные диагностические интервью и клинические шкалы рассчитаны на "чистые" варианты психопатологии, при коморбидных психических расстройствах их ценность резко падает. В случаях коморбидной психической патологии любые попытки шкалированной оценки будут уступать клиническому исследованию и динамическому наблюдению, поскольку в каждом случае клиницист сталкивается с уникальным сочетанием психопатологических и наркологических феноменов, которые взаимно трансформируются. Тщательный сбор субъективного и, в особенности, объективного анамнеза, а также скрупулезная клиническая оценка симптоматики в динамике, нейропсихологическое исследование, оценка ответа на психофармакологическое лечение и психосоциальные реабилитационные мероприятия являются необходимым перечнем диагностических мероприятий при коморбидных психических расстройствах.

Следует отметить, что психопатологические симптомы могут влиять на эффективность терапии зависимости - пациенты с двойными диагнозами раньше выбывают из процесса лечения и имеют более высокий риск рецидива по сравнению с пациентами без психиатрических симптомов. Кроме того, коморбидная патология связана с большим разнообразием отрицательных социальных результатов.

Изолированное лечение только психического заболевания либо только наркологического расстройства неэффективно. Работа врача-психиатра в составе полипрофессиональной бригады специалистов отделения медицинской реабилитации позволяет проводить дифференциальную диагностику коморбидных психопатологических нарушений, своевременно назначать соответствующее фармакотерапевтическое лечение, что в итоге положительным образом сказывается на включенности пациента в реабилитационную программу. Однако, максимальный эффект можно получить только в случае, когда потоки пациентов с коморбидной патологией оптимизируются на всем протяжении от формирования до заключительных этапов реабилитации, а не в рамках отдельного отделения, что требует разработки и принятия дальнейших организационных решений.

Сансанова Л.Б., Тышкенова М.С., Доржиева О.А.
**ОБЗОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА
И ЗАДАЧИ НА БУДУЩЕЕ**

Республиканский наркологический диспансер, Улан-Удэ, Россия

ГАУЗ "Республиканский наркологический диспансер" Министерства здравоохранения Республики Бурятия (далее ГАУЗ РНД) осуществляет обширную деятельность в сфере профилактики наркологических расстройств - наркомании, алкоголизма, никотиновой и иных видов химической зависимости. С 2008 года в ГАУЗ РНД функционирует отдел профилактики, в штате подразделения: заведующий отделом профилактики - медицинский психолог, 4,5 ставки медицинских психологов. В настоящее время физических лиц 4 человека, в том числе заведующий отделом и три медицинских психолога.

Непрерывный профилактический процесс осуществляется в рамках основных направлений: это информирование населения о вреде потребления психоактивных веществ (ПАВ), обучение навыкам здорового образа жизни (ЗОЖ), раннее выявление потребителей наркотических средств и иных ПАВ. Основной целью субъектов профилактики является снижение спроса у населения на алкоголь, наркотики, табак. В сотрудничестве со всеми ведомствами и общественными организациями осуществляется профилактическая деятельность среди населения республики в рамках межведомственных планов. Традиционными межведомственными мероприятиями являются акции "Родительский урок" и "Классный час" (месячник) в школах города, "Летний лагерь - территория здоровья" в период летней оздоровительной кампании, оперативно-профилактические мероп-

приятия МВД по РБ "Дети России", "Подросток-игла", среди военнослужащих "Призывник", "Армия против наркотиков".

Любое развитие невозможно без творческого подхода, который, безусловно, важен в организации интересных мероприятий, разработке информационных и методических материалов. Отделом профилактики внедряются информирование в сети Интернет. В 2012 году создан и успешно реализуется Интернет-проект "Элуур" (в переводе с бурятского "трезвость", ссылка: элуур.рф). Это Интернет-сайт, содержащий большое количество профилактической информации, касающейся проблемы употребления алкоголя, наркотиков и табака. На сайте можно задать интересующий вопрос специалистам (врачу психиатру-наркологу, психотерапевту, медицинскому психологу и юристу). Кроме этого, осуществляется работа по информированию населения на официальном сайте диспансера (rndbug.ru) и в аккаунтах в социальных сетях Вконтакте (ЭЛУУР сайт про Здоровый Образ Жизни) и Instagram (eluurnd). Создаются ролики и передачи социальной направленности на телеканалах. С этой целью транслируются видеоролики с участием известных спортсменов республики, победителей и призеров международных турниров. Активно принимают участие в создании видеоматериалов волонтеры наркологического диспансера. С их участием выпущены в прокат: видеоролик по профилактике наркомании "Береги себя", ролик по наркотестированию, баннер наружной рекламы. Ролик по профилактике наркомании занял 1 место в номинации "Лучший ролик антинаркотической направленности" Всероссийского конкурса "Спасем жизнь вместе!" МВД России в 2018 году. Ежегодно республикой оказывается финансовая поддержка из средств государственной программы "Совершенствование государственного управления" на мероприятия по информированию населения, за 2016-2018 годы всего было выделено 400000 руб. на создание и прокат профилактических видеороликов, баннеров наружной социальной рекламы, профилактические статьи в периодической печати и модернизацию сайта элуур.рф.

Большой объем наглядных и информационных средств тиражируется ежегодно: плакаты, буклеты, листовки, памятки, методические брошюры общим тиражом до 18000 экземпляров. Макет и дизайн средств наглядной продукции разрабатываются специалистами отдела профилактики и печатаются на оборудовании для мини-типографии в ГАУЗ РНД. Некоторые плакаты, разработанные специалистами отдела, были высоко оценены на региональном и федеральном уровнях конкурса социальной рекламы "Новый взгляд".

Имеется большой опыт по внедрению комплексного проекта. Комплексная акция "Бурятия за трезвость!" реализуется в сельских районах

республики и включает в себя такие формы как "круглый стол" с участием глав поселений и субъектов профилактики, методический семинар для специалистов, творческие конкурсы на тему "Моя здоровая семья" среди школьников от 7 до 12 лет, интеллектуальный брейн-ринг среди школьников 14-17 лет, состязания по мини-футболу, "ярмарки здоровья" для населения, лекции и тренинги для обучающихся. Данный проект реализуется с 2011 года, акция уже была проведена в 12 районах и продолжается в других муниципальных образованиях. По итогам, проведенных мероприятий победители и призеры конкурсов награждаются почетными грамотами и ценными подарками. Лучшие работы творческих конкурсов в дальнейшем используются для изготовления профилактических материалов: плакатов, баннеров, блокнотов. Дети в своих работах демонстрируют свое видение здорового образа жизни и свой выбор в пользу отказа от употребления алкоголя и наркотиков без демонстрации или сцен употребления ПАВ, и ориентирована на позитивную тематику. По итогам Всероссийского конкурса "Здоровая Россия" в 2011 году проект "Бурятия за трезвость!" сертифицирован Министерством здравоохранения и социального развития РФ и вошел в библиотеку лучшего российского опыта по формированию ЗОЖ.

Также наиболее интересными формами работы отдела профилактики являются:

- ежегодная акция "велопробег против наркотиков", приуроченная к Международному Дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков (26 июня). Велопробег проводится ежегодно с 2013 года, ежегодно около двухсот любителей и профессионалов велоспорта, активные семьи и команды разных организаций преодолевают маршрут в 11 км.;
- акция в формате квест-игр на антитабачную тему "Дыши легко" приуроченная к Всемирному дню без табака и Международному дню защиты детей. Квест-игры проводятся с 2016 года специалистами диспансера совместно с волонтерами - студентами медицинского института Бурятского государственного университета. В процессе игры дети проходят различные этапы (станции) и узнают о последствиях курения и употребления алкоголя. Акция проводится для воспитанников детских учреждений Министерства социальной защиты населения;
- в рамках акции "Ярмарка здоровья" сотрудниками наркологического диспансера проводится профилактическая работа с населением. Выездные мероприятия проходят в трудовых коллективах, городских поликлиниках и стационарах больниц, в торгово-развлекательных центрах города Улан-Удэ. Специалисты (врачи психиатры-наркологи и медицинские психологи) проводят скрининг-обследование на определение рискованного уровня потребления алкоголя, проводят консультации по от-

казу от табакокурения, выявляют факторы риска, проводят разъяснительные и мотивационные беседы.

- акция "Трезвый водитель" стала традиционным межведомственным мероприятием, которая проводится совместными усилиями сотрудников ГИБДД, специалистов и волонтеров наркологического диспансера. В рамках данной акции с водителями проводятся профилактические беседы, раздаются листовки, буклеты. Водителям вручаются наклейки "Я не пью за рулем!" для размещения на автомобилях.

Вовлечение добровольцев (волонтеров) в профилактический процесс является важной составляющей нашей работы. Обучение и подготовка добровольцев последние три года осуществлялась в основном среди студентов медицинского института Бурятского государственного университета и Республиканского базового медицинского колледжа им. Э.П. Раднаева (РБМК). За три года подготовлено 110 человек, из которых наиболее активными и эффективными участниками профилактического процесса являются студенты 5 курса Медицинского института и первого курса РБМК. С их участием проходят практически все массовые мероприятия ГАУЗ РНД. В декабре 2018 года в честь завершения года добровольца в России 11 волонтеров ГАУЗ РНД были награждены благодарностями Правительства РБ, МЗ РБ и Администрации г. Улан-Удэ.

В рамках раннего выявления потребителей наркотических средств и психотропных веществ подростковой службой диспансера осуществляются профилактические медицинские осмотры среди обучающихся. Ежегодный охват наркотестированием составляет более 13000 школьников и студентов. Уровень выявления наркопотребителей составляет менее 1% из числа прошедших медосмотр. Задачами отдела профилактики в рамках раннего выявления являются: информационно-разъяснительная работа среди педагогов, родителей и обучающихся для снижения количества отказов, проведение профилактических мероприятий в образовательных организациях, где выявлены положительные результаты с целью недопущения дальнейшего распространения наркомании.

В целях методической поддержки специалистов, занимающихся профилактикой, проводятся семинары для специалистов и сотрудников образования, здравоохранения, социальной защиты населения, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, правоохранительных структур. Тематика семинаров "Организация первичной профилактики наркологических расстройств", "Задачи, принципы и формы профилактической деятельности", "Мотивационное консультирование пациентов наркологического профиля", "Профилактика профессионального "выгорания" специалистов помогающих профессий", также оказывается консультативная помощь

специалистам в организации профилактической работы. Ежегодный охват профилактическими мероприятиями составляет более 20000 человек.

Основными задачами развития профилактической службы являются:

1. Дальнейшее развитие межведомственного сотрудничества с внедрением новых форм взаимодействия.
2. Улучшение раннего выявления лиц, нуждающихся в наркологической помощи, во взаимодействии с первичным звеном, специализированными службами здравоохранения;
3. Вовлечение активной части населения (волонтеров, территориальных общественных самоуправлений, общественных организаций) в профилактику наркологических расстройств, особенно в сельской местности.
4. Информирование населения через современные медиаинструменты (ролики, баннеры, социальные сети, мобильные приложения).
5. Повышение уровня информированности родителей подростков по предупреждению наркомании и алкоголизма.

Сансанова Л.Б., Дашибылов С.В., Михайлова В.М.,
Бубаев Б.А., Тышкенова М.С.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР НАРКОЛОГИЧЕСКОГО И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРОВ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

*Республиканский наркологический диспансер, Улан-Удэ, Россия
Бурятский республиканский клинический онкологический диспансер,
Улан-Удэ, Россия*

Профессия медицинского работника относится к группе с высоким риском формирования синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). По определению Кристины Маслач (1981), СЭВ - это синдром эмоционального истощения, деперсонализации и снижения личностных достижений, который может возникать среди специалистов, занимающихся разными видами "помогающих" профессий.

Для исследования СЭВ среди медицинских работников был проведен опрос среди врачей и медицинских сестер наркологического и онкологического диспансеров Республики Бурятия (г. Улан-Удэ). Был использован вариант шкалы для измерения СЭВ, разработанный В.В. Бойко. Согласно шкале синдром эмоционального "выгорания" классифицируется по стадиям, для каждой из которых выделяют основные проявления или симптомы. Стадии (фазы): 1. фаза напряжения - начало формирования выгорания, когда характерны переживание психотравмирующих обстоя-

тельств, неудовлетворённость собой, чувство безысходности, тревога и депрессия; 2. фаза резистентности - на данном этапе человек искусственно ограничивает себя от чрезмерного эмоционального реагирования, избегает психологических перегрузок. Редукция профессиональных обязанностей и экономия эмоций - основные симптомы данной стадии; 3. фаза истощения - формирование СЭВ с падением общего энергетического тонуса, ослаблением нервной системы, формируются симптомы эмоционального дефицита и отстраненности, психосоматические и вегетативные проявления.

В исследовании приняли участие 17 врачей и 18 медицинских сестер Республиканского наркологического диспансера (РНД), 19 врачей и 15 медицинских сестер Бурятского республиканского клинического онкологического диспансера (БРКОД). С помощью опросника В.В. Бойко определяется наличие у работников сформированной, либо формирующейся фазы (или фаз) СЭВ, либо их отсутствие.

Среди врачей РНД в фазе напряжения находилось 17,6% специалистов, в фазе резистентности - 29,4%; в фазе истощения - 17,6%. У врачей БРКОД данные показатели составили 5,2%; 47,3% и 15,7% соответственно. У медицинских сестер РНД фаза напряжения определялась в 5,5% случаев, фаза резистентности - в 27,7% случаев, фаза истощения - в 16,6% случаев. У медицинских сестер БРКОД получены следующие показатели: 0%, 6,6% и 13,3% соответственно.

Как видно, фаза напряжения у врачей и медицинских сестер не особо актуальна, за исключением врачей РНД. Среди врачей обеих специальностей характерно наличие фазы резистентности, причем у онкологов процент выше. Фаза резистентности наиболее часто встречается у медицинских сестер РНД, чем в БРКОД. Фаза истощения сформирована как среди врачей, так и среди медсестер обеих диспансеров практически в равном количестве.

Выводы: 1. Синдром эмоционального выгорания - достаточно частое явление среди медицинских работников наркологической и онкологической служб. 2. Снижение профессиональных обязанностей и экономия эмоций - наиболее выраженные симптомы у медицинских работников. 3. Актуальными задачами в этой связи являются повышение психообразования медицинского персонала, доступность психологической помощи для работников в медицинских организациях, организация благоприятных условий труда.

Сансанова Л.Б., Михайлова В.М., Бубаев Б.А.
**ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО
ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ МУЖСКОГО ПОЛА
С ПАГУБНЫМ ПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ**
Республиканский наркологический диспансер, Улан-Удэ, Россия

Актуальность. Уровень реабилитационного потенциала - интегральная характеристика, отражающая все этапы формирования болезни и развития личности от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до четко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса. Он также объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного. В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала больные наркоманией могут быть разделены на три группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала.

Ввиду специфики диагноза исследуемой группы пациентов определение уровня реабилитационного потенциала является важнейшим критерием построения социально-психологической реабилитации. Методика, использованная в данном исследовании - шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией, регламентированная приказом МЗ РФ от 22 октября 2003 г. № 500 "Об утверждении ведения протокола больных "Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)".

Цели исследования. 1. Оценить общий уровень реабилитационного потенциала группы пациентов с пагубным употреблением наркотических веществ. 2. Изучить особенности социальной характеристики данной группы пациентов.

Выборка. Мужчины, старше 18 лет с пагубным употреблением наркотических веществ (по МКБ-10: F11.1, F12.1, F15.1, F19.1), направленные врачами психиатрами-наркологами амбулаторного приема на прием к медицинскому психологу.

В исследовании приняло участие 259 человек. Распределение по возрастам: 18-30 лет - 49,8%, 31-40 лет - 25,4%, 41-59 лет - 23,5%, старше 60 лет - 1,3%. Уровень образования: высшее образование - 14,7%, неоконченное высшее - 8,5%, среднее (начальное) профессиональное - 36,3%, среднее - 11,2%, неполное среднее - 29,3%. Трудовая занятость: имеют постоянную официальную работу - 27,8%, учатся - 0,4%, занимаются временными подработками, неофициальная работа - 46%, не работают, не учатся - 25,8%. Семейное положение: в официальном браке - 20%, сожительство - 51%, не

женат, разведен - 29%. Уровень реабилитационного потенциала был определен у пациентов с пагубным употреблением наркотических веществ и распределен следующим образом: высокий уровень - 3,8% (10 человек), средний уровень - 86,5% (224 человека), низкий уровень - 9,7% (25 человек).

Выводы:

1. Наибольшее число лиц с пагубным употреблением наркотических веществ имеет средний уровень реабилитационного потенциала - 224 человека (86,5%). Что в свою очередь, является неплохой основой для дальнейшей медико-психологической коррекции поведенческих нарушений пациентов и позволяет предупредить формирование наркотической зависимости.
2. Социальный портрет пациента с пагубным употреблением наркотических веществ - молодой человек, в возрасте до 30 лет, имеющий среднее или начальное профессиональное образование, не имеющий постоянной работы, состоящий в незарегистрированном браке.
3. Пагубное употребление психоактивных веществ - одна из наиболее распространенных наркологических нозологий в регионе. Обусловлено это широким произрастанием дикорастущей конопли на территории Бурятии и именно, среди наркопотребителей этого вида наркотика распространено данное расстройство.
4. Большое значение имеет психокоррекционная работа в условиях амбулаторного наблюдения для дальнейшей реабилитации пациентов. Учитывая наличие уголовной и административной ответственности пациентов, в их отношении необходимы меры социально-психологической адаптации.
5. Широкий спектр личностных проблем, включая нервно-психическую неустойчивость, безволие, слабую самодисциплину, низкую мотивацию к ведению здорового образа жизни, требуют от медицинских психологов в сотрудничестве с врачами психиатрами-наркологами разработки и внедрения длительных программ амбулаторной реабилитации.

Сарайкин Д.М., Соснина В.Г.

**ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ
ЭПИЛЕПСИЕЙ**

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия*

На сегодняшний день при изучении особенностей людей, больных эпилепсией, предпочтение отдается исследованию их когнитивных особенностей, изменениям в головном мозге, личностным качествам, но в отрыве от межличностных отношений и их роли в интимной сфере. В рамках нашего исследования мы стремились изучить психосексуальную сферу

людей, страдающих эпилепсией. В качестве одной из задач данного исследования выступило изучение самовосприятия людей, страдающих эпилепсией, особенностей их межличностных, семейных и сексуальных отношений. Определение благополучия и значимости изучаемых сфер отношений, наличие в них прямых и скрытых конфликтов, их отражение в интимной сфере взаимоотношений, обозначение "мишеней" для реабилитационного воздействия.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 102 респондента (возраст: 19-45 лет): 52 респондента (27 мужчин и 25 женщин), имеющие верифицированный диагноз "эпилепсия", и 50 условно здоровых респондентов (25 женщин и 25 мужчин). Психологический инструментарий: проективная методика "Незаконченные предложения" Дж. Сакса и С. Леви, клиническое интервью. Статистическая обработка: непараметрический U-критерий Манна-Уитни (SPSS версии 17.0).

Результаты. Между людьми, страдающими эпилепсией, и условно здоровыми респондентами обнаружилось статистически значимые различия в отношении эмоциональной насыщенности высказываний по таким показателям, как: отношение к себе ($p < 0,001$), нереализованные возможности ($p < 0,001$), отношение к будущему ($p < 0,05$), страхи и опасения ($p < 0,05$), отношение к прошлому ($p < 0,001$), отношение к подчиненным ($p < 0,001$), отношение к сотрудникам ($p < 0,05$), отношение к лицам противоположного пола ($p < 0,05$). Это указывает на то, что людям, страдающим эпилепсией, в большей степени свойственны проблемы с самооценкой, они сожалеют об упущенных некогда возможностях, негативно относятся к своему прошлому и будущему, им присуще большее количество страхов, свойственны трудности в отношениях с сотрудниками, подчиненными и лицами противоположного пола. Во время клинической беседы, пациенты часто отмечали неудовлетворенность собой, сожалели о том, что не смогли реализовать себя в профессии, получить желаемое образование, создать семью. Они говорили, что не строят долгосрочных целей, фиксируются на неудачах прошлого, у них не складываются отношения с коллегами, им свойственны страхи, связанные с возможностью возникновения приступов, с трудностями устройства на работу и построением интимных отношений с партнерами. В интимных отношениях это может проявляться в том, что люди, страдающие эпилепсией, боятся быть непринятыми со стороны партнера, переживают из-за возможности проявления эпилептических приступов при нем. Они стремятся уцепиться за прошлые взаимоотношения, даже если они не отличались гармоничностью, у них в целом отмечаются трудности в межличностных отношениях, затрудняющие построение отношений "на равных".

При оценке предложенных сфер отношений по выраженности благополучия, условно здоровые люди оценили как более благополучные

следующие сферы: отношение к подчиненным ($U=833$, $p<0,05$), друзьям ($U=865$, $p<0,05$) и сотрудникам ($U=827$, $p<0,05$). Так, люди, страдающие эпилепсией, зачастую озвучивали проблемы в межличностных отношениях, рассказывали, что предпочитают проводить время дома, т.к. у них нет друзей, подчеркивали свое одиночество. При построении интимных отношений это может проявляться в том, что люди, больные эпилепсией, менее активны, заводят меньше знакомств, следовательно, у них уменьшаются шансы построить отношения с лицами противоположного пола. В сравнении с респондентами контрольной группы люди, страдающие эпилепсией, оценили как более благополучные взаимоотношения с семьей ($U=725$, $p<0,001$) и отношения с матерью ($U=829$, $p<0,05$). Особенности семейных отношений у людей, страдающих эпилепсией, будут рассмотрены ниже. Что касается сексуальной сферы, можно отметить, что люди, страдающие эпилепсией, порой ставили ее на первое место по неблагополучию, чего не наблюдалось в ответах условно здоровых респондентов.

При оценке респондентами сфер отношений по значимости, выяснилось, что для условно здоровых респондентов более значимыми являются такие сферы, как: отношение к себе ($U=904$, $p<0,05$), отношение к будущему ($U=859$, $p<0,01$), отношения с лицами противоположного пола ($U=753$, $p<0,001$) и сексуальные отношения ($U=744$, $p<0,001$). Это говорит о том, что для условно здоровых людей более значим позитивный образ себя, они наполнены большими идеями, планами, целями, среди которых важное место отводится и интимным взаимоотношениям. Отличаются более уважительным, доверительным и в целом более позитивным отношением к партнерам, более заинтересованы сексуальной сферой. В сравнении с контрольной группой для людей, больных эпилепсией, более значимыми, являются отношение к отцу ($U=862$, $p<0,001$), матери ($U=901$, $p<0,01$) и чувству вины ($U=814$, $p<0,01$), что не находит подтверждений при клинической беседе. Так, при беседе люди, страдающие эпилепсией, часто выражали негативное отношение к родителям, упрекали их в излишнем контроле, однако пытались продемонстрировать по отношению к ним благосклонность, что можно объяснить либо чрезмерной зависимостью от родительских фигур, либо желанием показать себя с лучшей стороны, предоставляя социально желательные ответы. Большая выраженность значимости чувства вины, возможно, связана с фиксированностью людей, больных эпилепсией, на негативных чувствах и событиях своей жизни. В построении интимных отношений, зависимость от родителей может проявляться в неспособности к самостоятельности, принятию ответственности за свои решения, а также в стремлении к построению симбиотических отношений с партнером, неумении прощать и забывать обиды, что

может негативно сказываться на качественной стороне отношений.

Насчет наличия конфликтов (К - конфликты, где есть прямое указание на конфликт; Т - неосознанные конфликты в виде шоковых реакций и латентного увеличения времени ответа; сумма К и Т - ΣK) было отмечено, что людям, больным эпилепсией, в целом свойственен больший уровень конфликтности, который обнаружен касательно следующих сфер взаимоотношений: отношение к себе (К: $U=768$, $p<0,001$; ΣK : $U=754$, $p<0,001$), нереализованные возможности (К: $U=441$, $p<0,001$; ΣK : $U=505$, $p<0,001$), отношение к вышестоящим (К: $U=911$, $p<0,05$; Т: $U=930$, $p<0,01$; ΣK : $U=892$, $p<0,05$), страхи и опасения (К: $U=944$, $p<0,05$; ΣK : $U=923$, $p<0,05$), отношение к друзьям (К: $U=846$, $p<0,01$; ?К: $U=927$, $p<0,05$), отношение к лицам противоположного пола (К: $U=797$, $p<0,01$; ΣK : $U=758$, $p<0,001$), сексуальные отношения (К: $U=912$, $p<0,05$; Т: $U=748$, $p<0,001$; ΣK : $U=892$, $p<0,05$), чувство вины (К: $U=953$, $p<0,05$), отношение к будущему (Т: $U=933$, $p<0,01$), отношение к матери (Т: $U=926$, $p<0,01$), отношение к подчиненным (ΣK : $U=907$, $p<0,05$), а также в отношении общего уровня конфликтности ($U=653$, $p<0,001$).

Полученные данные говорят о том, что люди, больные эпилепсией, чаще выражали исключительно прямые ответы, указывающие на конфликт, касательно сфер отношений, затрагивающих отношение к себе, сферу нереализованных возможностей, чувства вины, сферу страхов и опасений, отношение к друзьям и лицам противоположного пола. Можно отметить, что конфликты в данных сферах отношений являются для людей, больных эпилепсией, привычными осознанными затруднениями, над которыми пациенты думали, размышляли, переживали их. Это находит свое отражение и в клиническом интервью, т.к. респонденты данной группы не скрывают негативного отношения к себе, признают, что не смогли многое реализовать в жизни, предъявляют свои страхи, выражают чувство вины, отмечают сложности в межличностных отношениях. Касательно отношения к будущему и отношения к матери, люди, больные эпилепсией, чаще стремились скрыть истинный ответ, подобрав социально желательный, что может говорить о неосознанности затруднений в данных сферах. Касательно отношений с вышестоящими и сферы сексуальных отношений, отмечено, что в сравнении с условно здоровыми респондентами, люди, больные эпилепсией, чаще давали, как агрессивные ответы, так и социально желательные. Поэтому нельзя однозначно сказать, об их осознанности и привычности для респондентов данной группы. Также у больных эпилепсией чаще отмечаются конфликты с подчиненными (общая сумма показателей К и Т).

Заключение. Таким образом, применение данной методики позволило обозначить мишени для планирования реабилитационных мероприятий. Так, при работе с людьми, больными эпилепсией, необходимо спо-

способствовать улучшению их отношения к себе, повышать их коммуникативные способности, снижать страхи и тревоги относительно построения межличностных и интимных отношений, способствовать их большей сепарации от родительских фигур, целеустремленности, умению строить долгосрочные планы, переоценке прошлого.

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Недосека Н.Ю.,
Банщикова Т.А., Петрухина А.А.

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В ЧИТЕ: ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ЗА 10 ЛЕТ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Очевидно, что динамика заболеваемости алкогольными психозами отражает динамику потребления алкоголя, при этом главным фактором заболеваемости является запойное пьянство в течение продолжительного периода времени. В литературе представлено большое количество факторов, влияющих на потребление спиртного, а, следовательно, на обращаемость населения за наркологической помощью. В этой связи, по-прежнему важным является исследование изменений ситуации, связанной с числом алкогольных психозов на конкретной территории.

Цель работы: изучение динамики обращаемости населения за наркологической помощью по поводу алкогольных психозов в городе Чите за последние 10 лет.

Материалы и методы. Алкогольные психозы оценивались по обращаемости в Забайкальский краевой наркологический диспансер за период с 2008 по 2017 годы. Всего учтено 3460 случаев. Мужчин среди госпитализированных было 74,4%, женщин - 25,6%; средний возраст составил $46,7 \pm 0,2$ лет. Среди всех алкогольных психозов 73,0 % пришлось на алкогольные делирии (F 10.4), 27,0% - на алкогольные галлюцинозы (F 10.5).

Результаты. Выявлено, что число обратившихся за медицинской помощью в Чите по поводу алкогольных психозов снизилась за 10 последних лет в 2,8 раза (с 488 в 2008 году до 173 в 2017 году), что, безусловно, отражает улучшение ситуации, связанное со снижением потребления алкоголя населением. При анализе годовой динамики заболеваемости алкогольными психозами зарегистрированы подъемы в январе (11,0%) и с марта по август (до 9,9%), минимальные показатели получены в феврале (6,3%) и с сентября по декабрь (от 6,6 до 7,2%). Январский пик обусловлен сохраняющимся традиционным новогодним пьянством. Рост числа психозов в весенне-летний период является также типичным для восточных регионов нашей страны.

Стоит отметить снижение за 5 последних лет обращений по поводу алкогольных галлюцинозов (если в структуре психозов на алкогольный галлюциноз в 2013 году приходилось 36,5%, то в 2017 году - только 13,3%; снижение в 2,7 раза). Это может быть связано с лучшей диагностикой алкогольного делирия в последние годы.

Заключение. Таким образом, можно утверждать о наличии положительной динамики в снижении потребления алкоголя населением Забайкальского края в 2008-2017 гг., что отразилось на снижении числа алкогольных психозов в регионе в 2,8 раза за данный период. Выставляется меньше диагнозов "алкогольный галлюциноз", показатель приближается к имеющемуся в научной литературе, что может свидетельствовать о лучшей верификации психотических расстройств врачами психиатрами-наркологами. При этом сохраняется неравномерность распределения алкогольных психозов по месяцам: их больше в январе и в весенне-летний период. Полученные результаты требуют дальнейшего регулярного анализа, особенно в свете смягчения алкогольной политики в Забайкальском крае и начавшегося роста продаж спиртного в 2018 году.

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Штань М.С.,
Дмитриева А.А., Павлова К.Ф., Пермяков В.Д.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ПСИХИАТРИЧЕСКИМ ОПЫТОМ

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Психические и поведенческие расстройства - это заболевания, которые не только касаются здоровья и личности самого больного, как правило, родственники также оказываются втянуты в данную ситуацию. При этом, с одной стороны, от поведения родственников пациента может зависеть его дальнейшая судьба, с другой, жизнь близких людей становится наполнена неприятными переживаниями. В результате у самих родственников могут развиваться созависимость, психосоматические заболевания и даже химические аддикции.

Цель исследования: изучение основных социально-психологических характеристик матерей детей, страдающих психическими расстройствами.

Материал и методы. Было проведено анонимное анкетирование и психологическое обследование сплошным методом 25 матерей детей с психическими заболеваниями, которые сопровождали их при обращении за амбулаторной медицинской помощью в диспансерное отделение Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского. Включенные в исследование были в возрасте от 21 до 45 лет (в среднем

33,8 ± 1,3 лет). Была разработана специальная карта обследования, которая включала социально-демографический блок и специальную часть. В специальной части оценивалось наличие созависимости при помощи шкалы измерения созависимости в отношениях Спанн-Фишера, депрессии по методике Цунга, степень алкоголизации при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста "AUDIT" (ВОЗ), распространенность невротических расстройств определялась с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича.

Результаты. Алкоголизмом родителей наследственность была отягощена у 12% матерей детей с психиатрическим опытом, суицидом близкого родственника - у 8%. Разведены в настоящее время 32% женщин, еще 16% проживают в гражданском браке. Отношения с близкими как плохие оценивают 20%; проживают в плохих бытовых условиях 36%; считают свою семью малообеспеченной 40%. Получили только неполное среднее и среднее образование 40% опрошенных, не имеют возможности работать 32%. Хроническое соматическое заболевание есть у 20% обследованных. Отметили у себя в анамнезе суицидальные мысли, замысли, намерения и суицидальные попытки 16% респондентов.

Согласно шкале Спанн-Фишера, умеренно выраженная созависимость была установлена у 60% матерей детей с психиатрическим опытом, резко выраженная - у 12%, проявления созависимости отсутствовали в 28% случаев. По шкале Цунга легкая депрессия определялась у 24% обследованных женщин, умеренная депрессия у 16%. Пробовали наркотики ранее 8% матерей; злоупотребляющих алкоголем не выявлено, большинство употребляли спиртные напитки крайне редко. При анализе полученных результатов по клиническому опроснику Яхина-Менделевича выявлено следующее: у 64% всех обследованных отсутствовали признаки невротических нарушений, у 24% были диагностированы невротические расстройства, ещё у 12% имелись предболезненные невротические состояния.

Заключение. Таким образом, существенная часть материей детей с психическими расстройствами имеет сложные жизненные обстоятельства - каждая третья разведена и не работает, имеет плохие бытовые условия; 40% относят себя к малообеспеченной категории граждан; каждая пятая сама имеет хроническое соматическое заболевание. При этом признаки созависимости были выявлены у 40% респондентов, в таком же количестве регистрируются признаки депрессии. В 24% случаев у них самих были выявлены невротические расстройства. Представленные факты подчеркивают необходимость внедрения комплексной профилактической работы с родственниками детей с психическими нарушениями.

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Сафарова Г.Б., Гармонова А.К.
**ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ К РЕЛИГИИ ЛИЦ
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Долгое время взаимоотношения между психиатрией и религией были весьма сложными, присутствовало мнение о возможности религии приносить как пользу, так и вред здоровью и психическому благополучию психиатрических пациентов. При этом религия может выступать не только механизмом психологической защиты, но и становиться жизненным ресурсом, способствующим формированию адаптивных функций. Поэтому духовно-ориентированный компонент лечения пациентов с психическими заболеваниями может демонстрировать многообещающие результаты (Kenneth I. et al., 2013). Конечно, встречается и негативная составляющая в виде религиозно-обоснованного насилия как побочного явления психических расстройств. В этой связи необходимы исследования, отслеживающие роль религии, особенно в отношении пациентов различных культур и с различными религиозными традициями. Работ, касающихся изучения этого вопроса в отношении лиц с психическими нарушениями в нашей стране, крайне недостаточно.

Цель работы: изучение отношения к религии лиц, страдающих психическими расстройствами.

Материалы и методы. Сплошным методом одномоментно и анонимно было проведено анкетирование пациентов с психическими расстройствами на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства, слабоумия, согласие пациента. На каждого респондента заполнялась специальная карта, включающая вопросы о религиозных взглядах опрашиваемого. Всего в исследование было включено 40 пациентов в возрасте от 26 до 58 лет. Женщины составили 37,5%, мужчины - 62,5%. Все опрошенные страдали шизофренией. Все включенные в исследование получали стационарное лечение от 1 до 4 раз в течение жизни. 57,5% респондентов проживают с родственниками, 42,5% живут в настоящее время одни. Работают лишь 35,0% опрошенных.

Результаты. Подавляющее большинство обследованных (87,5%) считают себя верующими людьми; 7,5% являлись атеистами; 5,0% не могли высказать своего отношения к религии. Придерживались православной веры 70,0% опрошенных пациентов, 5,0% - ислама, остальные не смогли конкретизировать свой ответ. Только 27,5% посещали церковь, при этом всего 15,0% - регулярно; соблюдали религиозные традиции - 10,0%. Большинство больных (62,5%) сообщили, что вера помогает им в преодолении заболевания,

7,5% не смогли определиться в ответе на данный вопрос. Вера дает "надежду и успокоение" 12,5% опрошенных, "уверенность в будущем" - 20,0%, "успокоение" - 12,5%, еще для 5,0% выступает "источником вдохновения". Положительно относятся к священнослужителям 35,0% респондентов.

Заключение. Таким образом, исследование выявило высокую приверженность к религии у пациентов психиатрического профиля молодого, трудоспособного возраста (87,5%), хотя только каждый четвертый посещает церковь и только каждый десятый соблюдает религиозные традиции. При этом большинство (62,5%) отмечает положительный эффект веры в преодолении заболевания. Определенная часть пациентов не смогла определиться в ответах на поставленные вопросы, что является особенностью имеющих расстройств. Проведенное исследование является первым опытом в изучении этого аспекта у пациентов в Забайкальском крае и требует дальнейшего продолжения.

Сахаров А.В., Бунина М.В., Бердникова М.Б.

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Краевая клиническая психиатрическая больница
им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия*

Цель работы: изучение структуры причин смертности у больных с психическими расстройствами в специализированном стационаре Забайкальского края за 2013-2017 гг.

Материалы и методы. Сплошным методом были проанализированы данные журнала учета смертности больных, находившихся на лечении в Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского в период с 2013 года по декабрь 2017 года. В исследование включены данные о смерти 90 пациентов. Мужчины среди умерших составили 48%, женщины - 52%.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что в данный 5-летний период времени 23% исследуемых умерли в результате осложнений пневмонии; 10% пациентов скончались в результате туберкулеза; у 14% пациентов были диагностированы онкологические заболевания; 14% больных умерли в результате ТЭЛА, 14% из-за инфаркта миокарда; 7% по причине внезапной коронарной смерти; 5% - в результате хронической сердечной недостаточности, как следствия ИБС; по 3% - в результате суицида, механической асфиксии и СПИДа; ввиду декомпенсации дисциркуляторной энцефалопатии умерло 2% исследуемых; по 1% - в результате хронической почечной недостаточности и ХОБЛ.

Вывод: в результате исследования было установлено, что наиболее частыми причинами смерти среди пациентов с психическими расстройствами в специализированном стационаре выступали заболевания органов дыхания и болезни сердечно-сосудистой системы.

Сахаров А.В., Колчанова Т.Г., Голыгина С.Е.,
Зимица М.В., Цыренова С.Д., Ибадова Г.В.

НЕКОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАРАСУИЦИДОВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

*Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Краевая клиническая психиатрическая больница
им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия*

Проблема самоубийств уже давно имеет глобальный характер, а парасуициды все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в той или иной кризисной ситуации. Имеющиеся данные, в том числе по Российской Федерации, демонстрируют значительные колебания показателя зарегистрированных суицидальных попыток на 100 тыс. населения: от 60 до более 200. Все это обусловлено объективными трудностями по сбору данных, даже по обращаемости в медицинские организации. Между тем актуальность регистрации незавершенных суицидальных действий заключается в необходимости развития кризисной помощи данному контингенту лиц с целью профилактики повторных парасуицидов. В 2012 году в Забайкальском крае начался сбор информации о распространенности суицидального поведения, была разработана краткая регистрационная форма, которая подается медицинскими организациями при обращении человека по поводу суицидальной попытки.

Цель работы: изучение некоторых характеристик суицидентов Забайкальского края, обратившихся за медицинской помощью по поводу суицидальной попытки.

Материалы и методы. Осуществлен анализ накопленных за семь последних лет регистрационных форм по обращаемости суицидентов в медицинские организации Забайкальского края. Такая информация поступала из ряда районов нашего субъекта, хотя некоторые вопросы вызывало качество заполнения документации и полный учет обратившихся. В целом, было проанализировано 2405 случаев парасуицида. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Женщин среди обратившихся за помощью в медицинские организации по поводу суицидальных попыток было 65,3%, мужчин - 34,7%: соотношение 1,9:1. Суициденты были в возрасте от 9 до 97 лет, средний возраст составил 32,5±0,3 лет. Распределение по возрастным

группам выглядит следующим образом: дети - 4,2%; подростки - 10,7%; 18-20 лет - 9,2%; 21-30 лет - 29,1%; 31-40 лет - 22,7%; 41-50 лет - 11,1%; 51-60 лет - 6,7%; 61-70 лет - 3,7%; 71 год и старше - 2,6%.

Способы парасуицидов были представлены в 62,0% случаев самоотравлениями, в 22,9% самопорезами, в 8,1% попытками самоповешения, в 1,5% падениями с высоты, в 0,5% самострелами, в 0,1% случаев самоожжениями, в 4,9% другими способами. У женщин традиционно преобладали попытки самоотравления - 79,8% (мужчины - 39,2%; $p < 0,001$), у мужчин значительную часть составили самопорезы - 36,6% (женщины - 15,5%; $p < 0,001$) и попытки самоповешения - 16,2% (женщины - 4,4%; $p < 0,001$). Получено отчетливое увеличение попыток самоубийств с марта по июнь (9,7-12,1%), со снижением в осенне-зимний период (5,9-7,1%). Медицинскую помощь в амбулаторных условиях получили 22,0% суицидентов, стационарную - 78,0%. Были проконсультированы психиатром - 57,9% обратившихся; психотерапевтом - 19,8%; психологом - 11,1%.

Заключение. Таким образом, в Забайкальском крае наблюдаются стабильно высокие показатели обращаемости населения за медицинской помощью после совершения суицидальных действий, особенно лицами в возрасте от 20 до 40 лет, преимущественно в весенний период. Преобладающими способами являются самоотравления, самопорезы и самоповешения. Пока не удалось достичь полного охвата консультациями специалистов данного контингента обратившихся. Представленные сведения демонстрируют необходимость совершенствования качества работы специалистов с данной категорией пациентов, а также ставят задачи по улучшению регистрации парасуицидентов.

Сизиков С.В.

РАБОТА КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА КАБИНЕТА АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

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

Активному диспансерному наблюдению подлежат пациенты, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а равно больные, направленные судом на принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях.

За период работы 2014-2018 гг. была проведена психодиагностика у пациентов с различными психическими расстройствами в количестве 783

человека, такими как, шизофрения, эпилепсия, сосудистые и органические заболевания головного мозга, расстройства личности и поведения, аффективные расстройства, умственная отсталость. Так, на конец 2014 года было обследовано 79 человек, в 2015 году - 166 пациентов, в 2016 году - 175 пациентов, в 2017 году - 190 пациентов, в 2018 году - 170 человек.

В период с 2014-2018 годы были реализованы несколько тренинговых программ. Тренинг "Бесконфликтного общения" - данный тренинг направлен на развитие социально-перцептивных навыков, тренировку навыков конструктивного межличностного взаимодействия, развитие навыков эмоциональной саморегуляции. Тренинг "Приверженность лечению" - данный тренинг направлен на повышение понимания своего психического состояния, процесса лечения и последствий, связанных с отказом от лечения, влияния роли психического расстройства в совершении общественно опасных деяний. Тренинг "Восстановление когнитивных функций" - данный тренинг направлен на восстановление когнитивных функций для более успешной адаптации в социуме. В этих тренингах приняли участие 384 человека. Данные программы позволили восполнить имеющиеся у пациентов информационный дефицит и коммуникативную недостаточность, сформировать навыки бесконфликтного поведения, научиться определять свои эмоции и узнавать эмоции других людей, научиться снижать уровень эмоционального напряжения, повысить социальную и психологическую адаптацию. Так же оказана индивидуальная консультативная психологическая помощь 83 пациентам.

Вывод: работая в рамках полипрофессиональной бригады, хочется отметить, что совместно проведенные работы специалистов способствует повышению мотивации пациентов к общению, развитию диапазона навыков общения, снижению конфликтности в межличностном общении, способствует формированию приверженности к лечению, улучшению базовых когнитивных функций. В результате, за анализируемый период наблюдается снижение показателя совершения новых общественно-опасных деяний пациентами на 12%.

Спирина И.Д., Живилова Я.С.

ПОСТРОЕНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Днепропетровская медицинская академия, Днепро, Украина

В мире прослеживается стойкая тенденция увеличения количества психических заболеваний. По прогнозам Всемирной организации здраво-

охранения, психические расстройства выйдут на одно из первых мест в структуре заболеваемости. Одним из пусковых механизмов возникновения психических расстройств является закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ). ЗЧМТ характеризуются различными отдаленными клиническими проявлениями, протекающими с частыми состояниями декомпенсации. По долгосрочным прогнозам, ожидается дальнейший рост частоты ЧМТ, а соответственно и увеличение количества пациентов с отдаленными последствиями. По распространенности, лица, совершившие общественно опасные действия (ООД) вследствие расстройств психики и поведения органического происхождения, занимают второе место после шизофрении. Таким образом, проблема имеет не только медицинский, но и социальный характер, так как требует значительных экономических затрат на лечение и социальную реабилитацию таких пациентов.

Цель исследования. Путем изучения клинической структуры и патопсихологических механизмов формирования психических расстройств у больных органическими поражениями центральной нервной системы, совершивших ООД, разработать алгоритм их психосоциальной реабилитации и психопрофилактики в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением.

Материалы и методы. На базе ГУ "Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины" было обследовано 103 больных с органическими поражениями центральной нервной системы в возрасте от 24 до 89 лет, которые совершили тяжелые ООД против жизни и здоровья человека. Проведено исследование когнитивных функций, эмоциональной сферы, изучены личностно-психологические особенности пациентов, их отношение к болезни. Патопсихологическое исследование включало: диагностическое интервью, опросник Спилбергера-Ханина для оценки реактивной и личностной тревожности, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS), характерологический опросник для выявления личностно-характерологических акцентуаций Леонгарда-Шмишека, диагностический опросник агрессивности Басса-Дарки, шкалу Mini-Mental State Examination (MMSE), тест Векслера (для определения интеллектуальных способностей).

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных было 83% мужчин и 17% женщин. Основными видами ООД обследованных лиц были убийство - 63%, покушение на убийство - 11%, тяжкие телесные повреждения - 26%. У 13% больных отмечалось 2 и более вида ООД, в частности, разбойные нападения, грабежи, сбыт и хранение наркотических веществ, которые были сопутствующими действиями по отношению к правонарушениям против жизни и здоровья граждан. Ранее привлекалось к уголовной ответственности 38% обследованных. Практически все обследо-

дуемые пациенты имели низкий уровень социального функционирования. Это существенно ограничивало возможность ведения социально-конгруэнтного способа жизни. Инвалидность имели 75% пациентов. Превалирующее большинство пациентов являлись инвалидами 2 группы - 48%, 24% являлись инвалидами 3 группы, 3% - инвалидами 1 группы.

При обследовании в 66% случаев были диагностированы расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга (F07), в 13,6% - другие психические расстройства вследствие поражения или дисфункции головного мозга или вследствие соматической болезни (F06), у 10,7% больных - деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках (F02), в 4,9% - васкулярная деменция (F01), в 2,9% - неуточненная деменция (F03), у 0,95% - деменция при болезни Альцгеймера (F00) и у 0,95% - органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем и другими психотропными веществами (F04).

У обследованных больных наблюдались как продуктивные, так и негативные синдромы нарушений психической сферы. Синдромологический анализ показал, что наиболее часто были представлены психорганический синдром - 28%, параноидный - 23%, судорожный - 18,5%. Деменция составляла 40%. В эмоциональной сфере преобладали тревожно-депрессивный (30%) и дисфорический (29%) синдромы. В 34% случаев было установлено 2 и более синдромов в структуре основного заболевания.

Наиболее частыми были следующие виды характерологично-личностных акцентуаций: возбудимый - 19%; застревающий - 16%, дистимный - 16%, демонстративный - 14%, педантичный - 13%, экзальтированный - 10%. С помощью клинико-психопатологического анализа идентифицированы негативные личностные реакции пациентов в ответ на пребывание в психиатрической больнице со строгим наблюдением. Реакция фрустрации - негативное восприятие изменений привычной окружающей среды на отделение. Реакция отрицания - оппозиционная настроенность к режимным требованиям отделения. Реакция агрессии - в двух разновидностях: диффензивная - пассивная, проявляется лишь при активном контакте окружающих и персонала с пациентом; оффензивная - активно-провоцирующая, пациент сам провоцирует возникновение конфликтных ситуаций с окружающими и персоналом. У обследованных пациентов преобладали неконструктивные варианты комплаенса: отрицательно-негативистический - 34%, амбивалентно-нестабильный - 27%, нейтрально-пассивный - 21%, нейтрально-формальный - 15%, конструктивный - 3%.

На основании полученных данных была разработана система психосоциальной реабилитации больных психическими расстройствами органического происхождения, которые совершили ООД и находятся на лечении в условиях больницы со строгим наблюдением. Определено содержание и

последовательность психокоррекционных мероприятий, которые направлены на психосоциальную реабилитацию больных и реинтеграцию их в социум. Психосоциальная реабилитация направлена на оптимизацию процесса социализации пациентов путем мобилизации когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов. Система психосоциальной реабилитации построена по этапно-ступенчатому принципу и включает следующие этапы: 1 этап - "Оценка психоэмоционального состояния"; 2 этап - "Установление комплаенса"; 3 этап - "Психотерапия и психокоррекция"; 4 этап - "Суппортивное психологическое сопровождение". Основным методом реализации медико-психологической реабилитации пациентов была когнитивно-бихевиоральная терапия, которая использовалась для коррекции нарушений эмоциональной сферы тревожно-депрессивного спектра. Также применялись элементы рациональной и суггестивной психотерапии. Составляющими системы психосоциальной реабилитации были: формирование комплаентности, психообразование, тренинг коммуникативных навыков, групповая психотерапия.

Анализ результатов проведенной программы реабилитации оценивался по следующим критериям: изменение формы комплаенса, степень выраженности тревоги, наличие депрессивной симптоматики, уровень агрессии, уменьшение длительности применения принудительных мер медицинского характера.

Выводы. На основании изучения клинической структуры и патопсихологических механизмов формирования психических расстройств у больных органическими поражениями центральной нервной системы, которые совершили общественно опасные деяния, разработаны принципы их психотерапевтической коррекции и психопрофилактики в условиях психиатрической больницы со строгим наблюдением. При внедрении программы психосоциальной реабилитации учитывался низкий ресурс психосоциальной адаптации таких пациентов и необходимость сочетания психотерапевтического воздействия с медикаментозной терапией. Система психосоциальной реабилитации базируется на этапно-ступенчатом принципе и содержит психообразовательную, когнитивно-трениговую и когнитивно-поведенческую составляющие.

Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Гненная О.Н., Коваленко Т.Ю.

СТРУКТУРА ТИПОВ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

*Днепропетровская медицинская академия, Днепро, Украина
Детский санаторий №1, Днепро, Украина*

Не вызывает сомнения, что отношение людей с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) к своему заболеванию является актуальным вопросом

клинической психологии. В первую очередь это обусловлено усовершенствованием высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРВТ) и необходимостью придерживаться длительного лечения, что требует высокого уровня приверженности для достижения лечебного эффекта в сравнении с другими хроническими заболеваниями (Рыбалко В.О. и др., 2015). Также особенности реагирования ВИЧ-инфицированных на свое заболевание зависят от все еще высокого уровня стигматизации в обществе и аутостигматизации среди самих пациентов данной группы (Демченко Л. и др., 2014), ряда психологических предикторов и изменения эпидемиологических особенностей распространения ВИЧ. 80% ВИЧ-инфицированных граждан, проживающих в странах бывшего СНГ, относятся к трудоспособному населению, 75% - моложе 30 лет (Global AIDS Monitoring, 2018). Понимание особенностей отношения к болезни среди ВИЧ-инфицированных даст возможность медицинским службам оказывать комплексный психологический подход в лечении и реабилитации.

Цель исследования: определить ведущие типы отношения у ВИЧ-инфицированных к своему заболеванию.

Материалы и методы исследования. Обследовано 43 пациента с заболеваниями, вызванными ВИЧ (В20-В24 по МКБ-10), которые находились на стационарном лечении в отделении Коммунального учреждения "Днепропетровский областной центр по профилактике и борьбе со СПИ-Дом". Из них: 27 (62,8%) мужчин и 16 (37,2%) женщин. Средний возраст обследованных $M(SD) = 38,53(8,10)$, средняя продолжительность ВИЧ инфекции - 4,0 (0,5; 7,0) года - $Me(25\%; 75\%)$. В зависимости от пути заражения: сексуальный путь - 32 (74,4%) пациента, парентеральный путь - 11 (25,6%) пациентов. В работе были использованы методы: анамнестический с анализом первичной документации, клинико-диагностическое интервью с использованием самостоятельно разработанной карты исследования больного и клинико-психологический метод "Тип отношения к болезни" (ТОБОЛ).

Результаты исследования. В результате проведенного обследования выявлено три ведущих, "чистых" типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных: 1) эргопатический тип отношения к болезни был выявлен у 11 (25,58%) пациентов; 2) анозоностический тип отношения к болезни - у 5 (11,63%); 3) сенситивный тип отношения к болезни - у 2 (4,65%) пациентов. Похожие тенденции наблюдались и для смешанных типов отношения к болезни, которые определялись наличием максимальных оценок по двум или трем шкалам. Анализ средних профилей типа отношения к болезни показал, что согласно обобщенных данных основной тип реагирования данной группы пациентов на свое заболевание - сенситивно-эргопатический. Также результаты исследования продемонстрировали, что эргопатический тип отношения к болезни коррелирует с возрастом боль-

ных ($\rho=0,31$; $p=0,047$), что свидетельствует о большей приверженности данного типа отношения к болезни у старших возрастных групп.

Выводы. Полученная структурная характеристика типов отношения к болезни у ВИЧ-инфицированных демонстрирует, что, несмотря на адаптивный способ поведения, который проявляется в стремлении сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве, для ВИЧ-инфицированных характерна тенденция пренебрегать обследованием и режимом принятия ВААРВТ и чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении на окружающих из-за ВИЧ-статуса. Усилия специалистов, в частности клинической медицины, должны быть направлены на то, чтобы помочь данной группе пациентов преодолеть кризисные ситуации и сформировать адекватное восприятие своего заболевания и гармоничное функционирование в социуме.

Спирина И.Д., Фаузи Е.С., Шорников А.В., Коваленко Т.Ю.
**КИБЕРАДДИКЦИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ
С ПРИЗНАКАМИ АКЦЕНТУАЦИИ ЛИЧНОСТИ**

*Днепропетровская медицинская академия, Днепро, Украина
Детский санаторий №1, Днепро, Украина*

В конце XX века в современном обществе произошла информационная революция, которая связана с активным внедрением в повседневную жизнь компьютерных технологий, современных гаджетов и всемирной сети Internet. Это явилось одним из предрасполагающих факторов роста нехимических зависимостей, а именно компьютерной зависимости. Формирование нехимических (психологических) аддикций связано в первую очередь предшествующим опытом преодоления индивидом фрустрирующих жизненных ситуаций. Чем чаще субъект в своей жизни сталкивается с трудными ситуациями, и чем меньше у него адаптивных личностных ресурсов и возможностей преодоления таких ситуаций, тем выше риск поиска личностью альтернативных способов ухода от проблем, т.е. иными словами выше личностная аддиктивная предрасположенность, путями реализации которой могут стать самые обычные и повседневные вещи, процессы и явления (Леонова Л.Г. и др., 1998). Подростки являются наиболее восприимчивым контингентом из-за несформированности психики и некритического восприятия в условиях перегрузки информацией. В то же время, современные семьи являются "нефункциональными", то есть не обеспечивают достаточный психологический комфорт для подростка, что увеличивает риск формирования зависимости.

Цель исследования: выявить девиантные проявления поведения и акцентуации характера личности у Интернет-зависимых подростков.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 60 учеников 8 и 9 классов общеобразовательной школы города Днепро. Испытуемые и их родители дали письменное согласие на участие в исследовании. Среди обследованных было 34 мальчика (57%) и 26 девочек (43%) от 15 до 17 лет. В исследовании использовались: тест на выявление Интернет-зависимости Кимберли-Янг, патохарактерологический диагностический опросник А. Личко, опросник определения склонности к девиантному поведению (Орел А.Н.).

Результаты исследования. По результатам теста на выявление Интернет-зависимости Кимберли-Янг было выявлено, что у 39% протестированных есть признаки Интернет-аддикции, у 56% определяется чрезмерное увлечение Интернетом и только 5% учеников являются обычными пользователями. В то же время, согласно патохарактерологическому диагностическому опроснику А. Личко, у подростков с признаками высокой Интернет-зависимости выявлено гипертимный тип акцентуации и возбудимый тип акцентуации личности. При помощи опросника определения склонности к девиантному поведению (Орел А.Н.) было выявлено аддиктивное поведение (41%), агрессивное поведение (26,4%), аутоагрессивное поведение (25,5%) и делинквентное поведение (7,1%). Установлена взаимосвязь между акцентуациями личности и кибераддикцией.

Выводы. Результаты, полученные при исследовании, определяют психологические и личностные особенности кибераддиктов, указывают на тесную взаимосвязь с акцентуациями личности, которые в свою очередь приводят к формированию девиантного поведения. Полученные результаты дают возможность разработать методические рекомендации для образовательно-психологической и психокоррекционной работы в общеобразовательных учреждениях.

Спирина И.Д., Широков А.В.
**ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С КОСТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**
Днепропетровская медицинская академия, Днепро, Украина

На данный момент Украина занимает одно из лидирующих мест среди стран с самой высокой степенью заболеваемости туберкулезом в мире, в том числе по показателям уровня устойчивости болезни к лечению и общего количества пациентов. Также стоит отметить, что наиболее высокий уровень заболеваемости туберкулезом и смертности от него отмеча-

ется у социально дезадаптированных групп населения, в том числе, тех, которые имеют психические расстройства разной степени выраженности. У большинства психически больных туберкулез возникает и развивается бессимптомно или со слабо выраженными клиническими проявлениями, что связано с неспособностью оценить первые клинические признаки болезни, а также с трудностями обследования этих пациентов, что приводит к позднему диагностированию заболевания, а проведенные реформы здравоохранения относительно вопроса лечения и реабилитации больных, страдающих шизофренией, коморбидной с туберкулезом, пока несовершенны. Это требует поиска новых подходов в проведении реабилитационных мероприятий таким пациентам.

Цель исследования: взяв за основу определение клинико-психопатологических и психосоциальных особенностей функционирования больных параноидной шизофренией, сочетанной с костным туберкулезом, разработать программы их психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 120 больных параноидной шизофренией, 60 из которых страдали шизофренией сочетанной с костным туберкулезом, а остальные 60 больных не имели сопутствующих заболеваний. В исследовании использовались: клинико-психопатологический метод (структурированного интервью, опросник МКБ-10 "Оценочный перечень симптомов и глоссарий для психических расстройств ВОЗ" (1994).

Также проводилось структурированное интервью в рамках клинико-феноменологического подхода с помощью разработанной карты исследования пациента, которая включала следующие блоки: социально-демографический, анамнестический, наследственный, соматический, эффективности и безопасности лечения, выяснялись особенности развития болезни: анализировались обобщения о социально-трудовой деятельности больного. Уделялось внимание образу жизни больного. Проводился анализ данных об перенесенных соматических и психических заболеваниях, и наличии стрессовых ситуаций. С целью стандартизации оценки клинико-психопатологической симптоматики была использована шкала PANSS. Для изучения субъективного самочувствия больных шизофренией под влиянием нейролептической терапии была использована шкала Subjective Well-Being Under Neuroleptic Treatment Scale - Short Form (SWN-S). Диагностика госпитализма и уровня его выраженности осуществлялись с помощью стандартизованной клинической шкалы, состоящий из 69 утверждений, по каждому из которых испытуемому предлагалось высказать свое мнение.

Результаты исследования. Отмечено, что больные с параноидной шизофренией, сочетанной с костным туберкулезом, отличаются систем-

ными и выраженными нарушениями функционирования в обществе с проблемами в самообслуживании, трудовой деятельности, деятельности в семье и дома, а также более выраженными проявлениями поведенческой дисфункции в больнице и склонны к более значительному снижению качества жизни, как по собственной оценке, так и по оценке врача с превалированием сформированного синдрома госпитализма.

Доказано наличие специфического состояния "коморбидной дезадаптации", составляющими которой являются клинико-психопатологические, средовые и психосоциальные факторы, которые выделены и ранжированы по степени влияния на ее формирование. Выделено три уровня коморбидной дезадаптации: легкая (26,7%), умеренная (33,3%) и выраженная (40%).

Разработанные мероприятия психосоциальной реабилитации больных параноидной шизофренией, сочетанной с костным туберкулезом, дифференцированные по содержанию в зависимости от уровня коморбидной дезадаптации, имеющейся у пациентов. Психосоциальная реабилитация при этом состоит из познавательной-поведенческой терапии, программ обучения для восполнения нейрокогнитивного дефицита, формирования психологической защиты социальных навыков больных. Последовательными шагами психосоциальных воздействий являются: повышение уровня медико-социальных знаний больного; обучение управлением медикаментозной психотерапией; совершенствование навыков овладения - способности при решении проблем в повседневной жизни; совершенствование навыков в решении жизненных и бытовых ситуаций; совершенствование коммуникативных навыков. Базовыми техниками при этом становятся психообразование, приемы когнитивно-поведенческой терапии и тренинга социальных и коммуникативных навыков, реализуемых преимущественно в групповой форме.

Выводы. Анализ эффективности внедрения указанных мероприятий выявил положительную динамику снижения выраженности позитивной и обще-психопатологической симптоматики шизофрении, повышения общего показателя качества жизни и отдельных его сфер, снижение уровня поведенческой дисфункции и улучшения сферы их межличностного взаимодействия, а также улучшением соблюдения пациентами режима поддерживающей психотерапии.

В результате внедрения разработанной методики психосоциальной реабилитации была установлена необходимость учитывать клиническую картину обоих заболеваний. Для этого были предложены рекомендации по повышению качества жизни данного контингента пациентов: для преодоления проблем в сферах общественной поддержки необходимо повышать мотивацию пациентов; психореабилитационное воздействие строится в направлении нивелирования негативных последствий базового психоло-

гического ощущения неудовлетворенности; особое внимание должно уделяться терапии как туберкулеза, так и психического расстройства; также нужно уделять внимание восстановлению самообслуживания, которое в целом являются более сложным объектом для терапевтического воздействия; меры психосоциальной реабилитации планируются, опираясь на показатель общего качества жизни.

Столярова А.Е.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Первый московский государственный медицинский университет

им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова, Москва, Россия

Последние годы в психиатрии возрос интерес к гендерным исследованиям, в том числе при расстройствах аффективного спектра. Женщины страдают депрессиями в два раза чаще, чем мужчины, что связано с психосоциальными и нейробиологическими факторами, такими как частота обращаемости к врачу, гормональные перестройки организма (менструальный цикл, беременность, послеродовой период, перименопауза). Для депрессий у женщин более характерны суточные колебания настроения, тревога, суицидальные мысли, усталость, отсутствие чувства сна; у мужчин чаще выявляются тревожный аффект, соматические симптомы, сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем, злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами. Большинство отечественных и зарубежных исследований отмечают гендерные особенности только у униполярных депрессий, но не касаются депрессий при БАР.

Цель: изучить на основании анализа отечественных и зарубежных авторов литературных источников современное состояние проблемы и особенностей клиники, течения и терапии депрессии при БАР с учетом гендерной принадлежности пациентов.

Материалы и методы: в обзор было включено 58 отечественных и зарубежных источников с 1984 по 2018 гг., в том числе научные статьи, литературные обзоры, учебно-методическая литература, клинические рекомендации, авторефераты диссертаций.

Результаты. Появление БАР, как самостоятельной нозологии относится к концу XX века в результате разделения Жюлем Ангстом маниакально-депрессивного психоза на биполярный и униполярный типы течения. Несмотря на наличие четких критериев постановки диагноза "Биполярное аффективное расстройство" в современных классификациях бо-

лезней (МКБ-10, DSM V), сохраняется высокий процент ошибочной постановки диагноза "РДР" больным с биполярным течением заболевания, что приводит к неправильному лечению и ухудшению прогноза. Это связано с тем, что гипоманиакальные и маниакальные состояния, наличие которых патогномонично для БАР, не расцениваются пациентами как болезненные, в связи с чем пропускается ими при сообщении анамнестических сведений и не является причиной обращения к врачу.

Для расстройств биполярного спектра характерны более ранний возраст начала ($19,5 \pm 0,7$) по сравнению с РДР ($37,9 \pm 1,6$), большая частота обострений, при этом меньшая продолжительность эпизодов, ухудшение состояния в осенне-зимнее время против классических весенне-осенних обострений при РДР, гипертимный преморбид, в то время как у больных с РДР - тревожный, отягощенный семейный анамнез (аффективные расстройства, шизофрения, алкоголизм у ближайших родственников).

В связи со сложностью правильной и своевременной постановки диагноза БАР сведения о распространенности в популяции этой нозологии широко варьируют в общей популяции и составляют 1,5-6,5%. При этом соотношение заболеваемости среди мужчин и женщин - 1:1. Вместе с тем имеются данные о большей заболеваемости женщин БАР II типа. В эпидемиологических исследованиях частота БАР I колеблется от 0,4 до 1,6%, а БАР II - от 0,5 до 1,9%. Несмотря на небольшой удельный вклад БАР в общее число депрессивных расстройств, оно связано с высоким уровнем суицида, инвалидизации, социальной дезадаптации. В среднем больные с БАР теряют 9 лет продолжительности жизни, 14 лет трудоспособности и 12 лет нормального здоровья. Течение биполярного аффективного расстройства имеет ряд гендерных отличий. У мужчин БАР начинается раньше, при этом первой фазой у них чаще бывает маниакальная и в структуре заболевания преобладают именно маниакальные эпизоды, в связи с чем выше уровень социальной дезадаптации. У женщин манифестация заболевания часто связана с менструально-генеративной функцией, периодами гормональной перестройки и представлена депрессивной фазой.

Заключение. Проблема аффективных расстройств и их изучение остается одной из актуальных для современной психиатрии. Это связано с их высокой распространенностью и социально-экономической значимостью. Ряд зарубежных и отечественных исследований посвящен проблемам дифференциальной диагностики депрессивного синдрома в рамках различных нозологий, в частности РДР и БАР, диагностических и клинических различий между ними. В научной литературе есть ряд исследований, указывающих на особенности клиники и течения униполярных депрессий в рамках РДР у мужчин и женщин. Однако нет данных о гендер-

ных особенностях биполярных депрессий, что существенно снижает эффективность проводимой терапии и качество жизни пациентов с БАР.

Ступина О.П., Штань М.С., Кучменко В.А.
**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ
НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТА С МЕТАХРОМАТИЧЕСКОЙ
ЛЕЙКОДИСТРОФИЕЙ**

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

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Метахроматическая лейкодистрофия является прогрессирующим нейродегенеративным заболеванием, вызванным мутацией гена, кодирующего фермент арилсульфатазу А, в основе которого лежит нарушение превращения сульфатидов в галактоцереброзид. Диагноз основывается на появлении в клинической картине неврологических симптомов: нарушение походки, спастичность, снижение мышечных стрейч-рефлексов и нейрорадиологические признаки демиелинизации. Ниже приведено описание клинического случая развития психических нарушений у пациента с метахроматической лейкодистрофией.

Пациент 40 лет. Анамнез. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в полной семье младшим из двух детей. Беременность, роды у матери, и раннее развитие пациента протекали без особенностей. Детское дошкольное учреждение посещал, адаптировался удовлетворительно. В школу пошел с 7 лет, классы не дублировал. После окончания 11 классов средней школы окончил летное училище. Работал авиационным техником, заочно получил высшее инженерное образование. Женат, от брака дочь.

В 2011 году во время подготовки к сессии длительное время испытывал психоэмоциональное напряжение, нарушилась речь. Был осмотрен неврологом, выставлен диагноз: "Острый рассеянный энцефалит вирусной этиологии с левосторонним гемипарезом, дизартрией". В дальнейшем нарастала астеническая симптоматика. Неоднократно проходил лечение у невролога, но постепенно прогрессировал неврологический дефицит и в 2016 году выставлен диагноз: "Метахроматическая лейкодистрофия, взрослая форма с развитием спастического тетрапареза, мозжечковой атаксии, дизартрии, быстро прогрессирующее течение". Постепенно присоединились когнитивные, поведенческие и инсомнические расстройства. В 2017 году прошел стационарное лечение в госпитале. На тот период в психическом статусе: верно ориентирован, но не помнит, когда последний раз лежал в отделении. Внешне опрятен, суетлив, неусидчив, походка "семяющая",

"подволакивает" левую ногу. На вопросы отвечает быстро, кратко, периодически соскальзывает на эмоционально значимые темы. Отмечаются нарушения речи в виде явлений моторной, сенсорной афазии. Речь скандированная, малопонятная, дизартричная. Эмоционально неустойчив, лабилен, раздражителен. Мышление ригидное, инертное, высказывает идеи отношения. Снижена память на текущие события, отвлекаем. Суицидальные мысли отрицает. Критика к своему состоянию отсутствует. В отделении навязчив к медицинскому персоналу с различными вопросами, бесцельно ходит по коридору, требует к себе дополнительного внимания. Соматический статус без значимых отклонений. Неврологический статус: речь невнятная с элементами дизартрии. Зрачки одинаковой формы, величины, реакция на свет сохранена. Аккомодация и конвергенция снижены. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сила в конечностях снижена до 4 баллов. Мышечный тонус повышен по пирамидному типу. Сухожильные рефлексы с рук оживлены, с ног высокие, равные. Двусторонний симптом Бабинского. В позе Ромберга пошатывается без четкой латерализации, тремор пальцев вытянутых рук. Дистальный гипергидроз.

ЭЭГ: очага патологической и пароксизмальной активности не выявлено. Общемозговые изменения легкой степени, компенсированные. Эхо-ЭГ без патологии. МРТ головного мозга: признаки демиелинизирующего заболевания головного мозга.

ППИ: выявлено умеренное снижение непосредственного запоминания и выраженное снижение отсроченного воспроизведения, снижение счетных операций, способности к визуальной репродукции, воспроизведению какой-либо информации. Значительное снижение активного внимания, психомоторного темпа работоспособности. Выраженные нарушения концентрации и избирательности внимания. Нарушение операциональной стороны мышления по типу снижения процесса обобщения. Нарушение динамики мыслительной деятельности, мышление инертное. По результатам методики MMSE 17 баллов, что соответствует выраженным нарушениям когнитивной сферы (деменции).

Несмотря на прием поддерживающей терапии пациент стал раздражительным, агрессивным, сексуально расторможенным, высказывал идеи отношения, что явилось поводом для госпитализации в психиатрический стационар в январе 2018 года. На фоне проводимой терапии антипсихотиками, нормотимиками, нейрометаболитами отмечалась незначительная положительная динамика в виде дезактуализации бредовых переживаний, выравнивания фона настроения, улучшения когнитивных функций, появления частичной критики к своему состоянию. Комиссионно выставлен диагноз: Деменция в связи с другими заболеваниями (метахроматическая

лейкодистрофия). Выписан из стационара на амбулаторное долечивание. С целью коррекции поведенческих и аффективных нарушений амбулаторно получал рисперидон и карбамазепин, для улучшения когнитивных функций - алзепил 10 мг/сут, холина альфосцерат 1200 мг/сут.

Однако, спустя 8 недель терапии у пациента стал нарастать неврологический и когнитивный дефицит с поведенческими нарушениями, что привело к повторной госпитализации за короткий промежуток времени и последующим оформлением пациента в дом-интернат.

Заключение. Клиническая картина в данном случае была типичной, однако, редкость возникновения заболевания и его дебют во взрослом возрасте затруднили своевременную диагностику и лечение.

Ступина О.П., Честикова З.И.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В ПЕРИОД 2016-2018 ГГ.

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

В Забайкальском крае, как и в целом в РФ последние годы происходит реформирование психиатрической службы, в соответствии со сложившейся в мировой практике общественно-ориентированной моделью и акцентированием психиатрической помощи на амбулаторное звено, в основе которого лежит реабилитационная идеология. Проведенные реорганизационные мероприятия в Забайкальской психиатрической службе представляют интерес к анализу динамики состояния психического здоровья населения. В 2018 году в амбулаторно-поликлинические учреждения психиатрической службы Забайкальского края обратилось за психиатрической помощью 33214 чел. (2016-35818; 2017-33680). По сравнению с 2016 годом их число уменьшилось на 7%; несмотря на то, что показатель общей заболеваемости за 3 года уменьшился с 3155,8 до 3096,0 (на 2%). Это произошло за счет уменьшения общей заболеваемости психическими расстройствами в группах непервичных расстройств и умственной отсталости. Однако, число зарегистрированных лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае (3096,0) превысило таковой показатель в РФ (2698,0) на 14,7%.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в Забайкальском крае, как и в РФ, преобладали больные непервичными расстройствами, таких больных было чуть меньше половины - 48,4% (2017 - 48,5%; РФ - 50,5%), на втором месте, в отличие от РФ находились больные умственной отсталостью - 28,1% (2017 - 28%; РФ - 21,8%), больные психозами и состояниями слабоумия составили 23,5% (2017 - 23,5%; РФ -

27,7%). В группе психозов и состояний слабоумия, как и в РФ, преобладали больные шизофреническими расстройствами, доля больных шизофренией в общем числе больных психозами и состояниями слабоумия составила 51,5% (2017 - 51,8%; РФ - 49,6%).

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами в Забайкальском крае в 2018 году составил 311,1 чел. на 100 тыс. населения, превысив таковой показатель от 2016 г. (223,3) на 39%. Первичная заболеваемость психическими расстройствами в 2018 году в Забайкальском крае увеличилась в группе непервичных расстройств с 153,9 чел. на 100 тыс. населения до 224,8, превысив российский показатель (208,5) на 8%. В группе психозов и состояний слабоумия первичная заболеваемость увеличилась с 43,0 до 52,5 на 100 тыс. населения (на 22%), в группе умственной отсталости - с 26,3 до 33,8 чел. на 100 тыс. населения (на 28%). Среди впервые выявленных с психическими расстройствами за 3 года возросла доля лиц в возрастах: 0-14 лет (от 33,7% до 34,8%), 15-17 лет (от 10,9% до 16%), 18-19 лет (от 4,7% до 6,4%), и уменьшилась доля лиц в возрастах: 20-39 лет (от 16,9% до 11,3%), 40-59 лет (от 11,4% до 9,4%), 60 лет и старше (от 22,3% до 22,1%). В структуре больных с впервые в жизни установленным диагнозом, как и в РФ, преобладали больные непервичными психическими расстройствами - 72,2% (2017-66%; РФ - 71,7%). На долю больных психозами и состояниями слабоумия пришлось 16,9% (2017 - 20,2%; РФ - 20,9%), умственной отсталостью - 10,9% (2017-13,8%; РФ-7,4%).

Под диспансерное наблюдение из числа обратившихся с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства было взято 197 чел. (2016 - 303; 2017 - 275) или 18,4 чел. на 100 тыс. населения (2016 - 28,0; 2017 - 25,5), что ниже, чем в РФ (40,4) на 54%. Консультативно-лечебную помощь из числа вновь выявленных больных в отчетном году получили 3141 чел. (2017 - 2436) или 292,8 чел. на 100 тыс. населения (2017 - 225,8), что выше российского показателя (250,3) на 17%. Соотношение групп диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи при первичной регистрации в отчетном году соответствовало 6% и 94% (2017 - 10,2% и 89,8%), что не достигает уровня показателя в РФ от 2017 года (13,9% и 86,1%). Доля больных шизофренией, которым при первичном обращении было назначено диспансерное наблюдение, увеличилась с 43,4% (2017) до 52,9%, что ниже такового показателя РФ (57%) только на 7%. В группе психозов и состояний слабоумия при первичной регистрации больные диспансерного наблюдения составили 27,5% (2017 - 39,3%), что ниже, чем в РФ (33,4%).

Соотношение диспансерного наблюдения и консультативно-лечебной помощи в группе больных с умственной отсталостью составило 3,6% и

96,4% (2017 - 7,5% и 92,5%), в РФ данное соотношение составляло 40% и 60%. Столь низкий процент взятых под диспансерное наблюдение обусловлен малым числом пациентов с тяжелыми формами умственной отсталости, такие больные при первичной регистрации в данной нозологической группе составили 8,5% (2017 - 7,2%).

В 2018 году зарегистрировано уменьшение контингента психически больных (2016 - 3008,8; 2017 - 2923,5; 2018 - 2912,2;) на 3,2% за счет уменьшения контингента в группе консультативно-лечебной помощи с 1868,6 до 1778,0 чел. на 100 тыс. населения и в группе диспансерного наблюдения с 1140,2 до 1134,1 чел. на 100 тыс. населения. В отчетном году контингент психически больных составил 31242 человек (2017 - 31544; 2016 - 32586) или 2912,2 чел. на 100 тыс. населения, что выше российского показателя от 2015 года (2510,6) на 16% (в 2017 превышение составляло 16%).

По состоянию на конец 2018 года в учреждениях края находилось под диспансерным наблюдением 12167 больных (2017 - 12462) и получали консультативно-лечебную помощь по обращаемости 19075 больных (2017 - 19082). Число больных на конец года в расчете на 100 тыс. населения составило соответственно 1134,1 чел. (2017 - 1155,0) и 1778,0 чел. (2017 - 1768,5). В РФ число больных на конец 2015 года в расчете на 100 тыс. населения составило соответственно в диспансерной и консультативной группах 1050,3 и 1460,3.

Число больных с психическими расстройствами трудоспособного возраста на 100 тыс. населения за 3 года уменьшилось на 6%, составило 1797,0 на 100 тыс. населения. Общее число работающих психически больных на 100 тыс. населения за этот период также изменилось в сторону уменьшения с 370,0 до 177,2 (на 52%). Доля пациентов трудоспособного возраста (19278 чел.) в общем числе пациентов, находившихся под диспансерным наблюдением и получавших консультативно-лечебную помощь, на конец 2018 года (31242 чел.), составила 61,7% (2016 - 63,5%; 2017 - 61%), а доля работающих (1901 чел.) составила только 6% (2016 - 12,3%; 2017 - 10,7%), что в очередной раз подтверждает существующую проблему трудоустройства лиц с психической патологией в Забайкалье.

В общем числе работающих лиц с психическими расстройствами 78% составили пациенты трудоспособного возраста (1486 чел.), а 22% пациенты пенсионного возраста (2017 - 80,5% и 19,5% соответственно). В РФ доля пациентов трудоспособного возраста в общем числе обратившихся за помощью была равна 56%, а доля работающих составила 16,4%. В числе всех работающих 85,1% составили пациенты трудоспособного возраста, а 14,9% пациенты пенсионного возраста.

Число инвалидов вследствие психических расстройств в отчетном

году уменьшилось на 2%, составило 936,1 чел. на 100 тыс. населения (2017 - 956,1), превысив российский контингент инвалидов на 30% (716,8). В расчете на 100 тыс. населения показатель первичной инвалидности вследствие психических расстройств в Забайкальском крае в 2018 году составил 31,7 (2017 - 35,1). Превышение краевого показателя над российским (29,2) составило 8,6%. В 2017 году превышение составляло 28%, в 2016 году - 31%.

Таким образом, впервые за последние годы увеличился показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами в Забайкальском крае (2018 - 311,1 чел. на 100 тыс. населения; 2017 - 251,3; 2016 - 223,3; РФ - 290,7), в т.ч. у детей от 0 до 14 лет включительно (2018 - 501,2 чел. на 100 тыс. населения; 2017 - 361,9; 2016 - 352,6; РФ - 541,9), значительно улучшилось качество оказания специализированной помощи детям с расстройствами аутистического спектра, снизились показатели инвалидности вследствие психических расстройств, что обусловлено усилением мер профилактической направленности в системе общего здравоохранения, повышением качества психосоциальной работы психиатрической службы и развитием частной медицины в области психического здоровья.

Тимкина О.А., Водогреева О.А., Петухова А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ-СТРЕССОВЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ ЧГМА

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Воздействие стрессовых факторов сопровождается изменением психического состояния во всех сферах психической деятельности человека. Совладающее поведение (копинг) характеризуется когнитивными и поведенческими стратегиями, направленными на преодоление стрессовых ситуаций. Преобладание активной стратегии, направленных на разрешение стрессовых ситуаций характеризует возможности личности, определяющие степень адаптации к трудным жизненным ситуациям. Изучение возможных поведенческих реакций является необходимым для выявления наиболее эффективных способов разрешения стрессовых ситуаций.

Цель работы: изучить доминирующую стратегию копинг-поведения в возможных стрессовых ситуациях у студентов Читинской государственной медицинской академии.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено анонимное анкетирование студентов 5 курса Читинской государственной медицинской академии. Всего в исследование было включено 47 респондентов. Средний возраст составил 22 года. Протестировано 36,2% юношей и 63,8% девушек. В работе использовалась методика "Копинг-поведение в стрессовых

ситуациях" (адаптированный вариант Т.А. Крюковой). Данный опросник включает в себя перечень реакций на стрессовые ситуации и предназначен для определения доминирующих копинг-стрессовых поведенческих стратегий.

Результаты. При оценке показателей опросника ведущей определялась та стратегия поведения, по шкале которой респондент набрал максимальное количество баллов. Чем выше значение показателей по отдельной шкале, тем чаще избирается личностью данная копинг-стратегия. При интерпретации результатов выявлено, что ведущей в стрессовых ситуациях копинг-поведенческой стратегией у 51,5% студентов ЧГМА является копинг, ориентированный на решение задачи. Указанная стратегия свидетельствует о наличии личностных ресурсов, способствующих эффективной адаптации. У 36,3% студентов доминирующей поведенческой реакцией, являлась копинг-стратегия, ориентированная на избегание трудных, стрессовых ситуаций. Наличие данной стратегии указывает на преобладание форм поведения, характеризующихся стремлением уйти от разрешения проблем. Копинг-поведение, ориентированное на эмоции установлено у 12,2% обследуемых. Данный вариант обусловлен эмоциональной регуляцией человеком своего поведения.

Вывод. В результате проведенного исследования установлено, что ведущей стратегией поведения (51,5%) в различных стрессовых ситуациях среди анкетированных студентов является вариант копинга, свидетельствующий о наличии активной поведенческой реакции, которая характеризуется преобладанием конструктивных способов разрешения проблем. У 36,3% студентов преобладающей реакцией на возможные стрессовые ситуации является копинг-стратегия, ориентированная на избегание, указывающая на стремление личности отказаться от активных действий, направленных на преодоление проблемных ситуаций. Выявленные доминирующие копинг-стратегии могут рассматриваться в процессе психотерапевтических интервенций и позволят осуществить личностно-ориентированный подход в процессе оказания психологической помощи студентам.

Тимкина О.А., Терешина С.Ю., Чекунова А.Д.

ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ У СТУДЕНТОВ ЧГМА

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Процесс учебной деятельности, особенно в период экзаменационных сессий, сопровождается возникновением нервно-психического напряжения, что свидетельствует о необходимости поиска поведенческих стратегий, направленных на сохранение состояния психического здоровья студентов. Понятие "стратегия" по отношению к процессу преодоления стресса

подразумевает определенные способы анализа условий, предвестников или признаков стрессогенной ситуации и поведение человека в данных условиях. Стратегия поведенческой активности связана с индивидуально-психологическими и адаптационными возможностями личности. Разнообразные виды конкретных стратегий преодоления стресса определяются специфическими особенностями стрессовых ситуаций, а также характером когнитивного реагирования, обуславливающего поведение человека в условиях психотравмирующих воздействий.

Цель работы: изучение особенностей стратегий поведенческой активности в стрессовых условиях у студентов Читинской государственной медицинской академии.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено анонимное анкетирование студентов 5 курса Читинской государственной медицинской академии. Всего в исследование было включено 58 респондентов. Средний возраст составил 22 года. Обследовано 38% юношей и 62% девушек. Психологическая диагностика стратегий поведенческой активности в стрессовых условиях осуществлялась с помощью опросника Н.П. Фетискина (Куприянов Р.В., 2012).

Результаты. Согласно опроснику Н.П. Фетискина среди характерологических особенностей студенты отметили следующие: 32% респондентов оценивают свой характер "вспыльчивым, с трудом поддающимся контролю"; 24% - "вспыльчивым, поддающимся контролю"; 36% - "вполне уравновешенным"; 8% студентов считают, что "почти никогда не выходят из себя". Изменения в характере за последние несколько лет отмечают 14% студентов. При обработке и интерпретации результатов опросника установлено, что к поведенческому типу А относятся 26% респондентов. Для студентов данной группы характерными психологическими особенностями являются: постоянное напряжение душевных и физических сил в борьбе за успех, импульсивность; склонность к соперничеству и признанию; стремление к доминированию в коллективе; неустойчивость настроения, легкая фрустрируемость внешними обстоятельствами и трудностями. При анализе полученных данных выявлено, что промежуточный тип поведенческой активности (АВ) отмечается у 31% студентов, для обследованных данной группы характерна эмоциональная стабильность и предсказуемость в поведении, относительная устойчивость к действию стрессогенных факторов. Среди обследованных студентов тип поведения В установлен у 43% студентов, для данной группы характерной является ярко выраженная прагматическая направленность, низкая потребность к деятельности, спокойствие, пониженная деловая активность.

Вывод. Установлено, что у 26% студентов отмечается преувеличен-

ная потребность в деятельности, неумение отвлечься от работы, неспособность к длительной и устойчивой концентрации внимания, нетерпеливость. Переходный тип поведенческой активности отмечается у 31% студентов. Для данной группы учащихся характерно умение сбалансировать деловую активность, напряженную работу со сменой занятий и умело организованным отдыхом. Среди большинства анкетированных студентов (43%) отмечается устойчивость настроения и поведения в стрессовых ситуациях, низкий уровень тревожности, сдержанность в словах, в исключительных случаях такие студенты готовы к принятию ответственности на себя. Полученные результаты могут учитываться в процессе оказания психологической помощи студентам, а также свидетельствуют о возможности применения психотерапевтических методов, направленных на обучение навыкам самоконтроля.

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Электроэнцефалография является относительно доступным методом и обычно широко назначается больным алкоголизмом. Качественные изменения биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга были описаны J. Venois, K.I. Capinas и A. Olivennes, при этом обозначены признаки снижения уровня бодрствования для данной популяции пациентов.

Цель: провести сравнительный анализ электроэнцефалографических показателей (спектральный и когерентный анализы) у больных алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Самаркандского областного наркологического диспансера, участники исследования: стационарные пациенты с диагнозом алкогольная зависимость (F10.2, n=44, 43,2±4,6 лет) и здоровые индивидуумы (контроль, n=26, 41,2±2,1 лет). Критерии включения: мужской пол, не родственные между собой, возраст 18-60 лет. Критерии исключения: эндогенные психические заболевания, острые и декомпенсированные хронические соматические заболевания, выраженное органическое поражение головного мозга любой этиологии. Электроэнцефалографию проводили на 19 канальном электроэнцефалографе "Нейро-ком" (Харьков), в режиме монополярных отведений с латеральными ушными референтными электродами. Анализ полученных данных проводили согласно общепринятой системе клинического анализа ЭЭГ.

Результаты. У больных алкогольной зависимостью сглаживается фокус и снижается мощность основного ритма, увеличивается удельный вес

медленно-волновой активности тета и дельта диапазонов, высокочастотная активность бета полосы усиливается в ростральных и снижается в каудальных корковых зонах. Значимых отличий по профилю межполушарной асимметрии у больных алкоголизмом с высоким и низким уровнем генетического риска не зарегистрировано. У больных с высоким риском мощность медленно-волновой активности (дельта-тета диапазона) превосходила нормативные данные по всем корковым зонам за исключением затылочных отделов, у больных с низким риском, напротив, мощность тета-дельта ритмов была диффузно снижена.

Выводы. Мощность основного ритма снижена у всех пациентов, но менее выраженные нарушения с более сохранными зональными различиями регистрировались у больных с низким уровнем генетического риска. Когерентность, усредненная по всем корковым зонам и частотным диапазонам, повышена у всех пациентов с высоким риском. Изменения БЭА при алкогольной зависимости носят относительно стереотипный характер и отражают снижение функциональной активности головного мозга вследствие выраженной дисфункции сомногенных срединно-стволовых структур в данном состоянии.

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ И СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Алкоголизм является самым распространенным наркологическим заболеванием. Заболевание может развиваться как в зрелом, так и в пожилом возрасте в зависимости от специфических характеристик конкретной преморбидной личности, социальных, генетических, биологических и других факторов. Многие исследователи считают, что злоупотребление алкоголем является фактором, который увеличивает внешнюю смертность, особенно в группе самоубийц. Увеличение потребления алкоголя значительно увеличивает вероятность самоубийства и, следовательно, изучение этой категории пациентов представляет особый научный и практический интерес.

Цель исследования: оценить преморбидные особенности личности и суицидальное поведение больных алкоголизмом позднего возраста.

Материал и методы: обследовано 60 больных алкоголизмом в возрасте от 45 до 65 лет, у которых при поступлении в стационар выявлялись различные формы суицидальной активности. Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 7 до 25 лет. В зависимости от возраста, в

котором сформировался алкоголизм, все пациенты, включенные в исследование, были распределены на 2 группы: основную и сравнения. Основная группа - 40 мужчины, у которых развитие алкогольной зависимости происходило в возрасте после 38 лет. Группа сравнения - 20 человек с формированием абстинентного алкогольного синдрома в молодом возрасте. Набор группы сравнения проводился с учетом сопоставимости по возрасту, нозологической принадлежности и стадии заболевания. Ведущие методы исследования: клинико-anamnestический, клинико-психопатологический.

Результаты. В основной группе было выявлено 45% пациентов, у которых признаки психопатизации личности произошли на фоне органического поражения ЦНС вследствие перенесенных травм, хронической сосудистой патологии, алкоголизма и др. Психопатии диагностировались лишь у 10% человек. В группе сравнения, напротив, достоверно превалировали ($p < 0,05$) лица с приобретенными чертами психопатических расстройств на фоне хронической алкоголизации (40%) при одновременном уменьшении доли пациентов с акцентуациями характера.

Преобладание в группе сравнения шантажных форм суицидального поведения подтверждалось более высокой частотой среди этих пациентов лиц с возбудимыми - 15,0% (эмоционально-неустойчивыми по МКБ-10 - F60.5) и истероидными - 10,0% (F60.4) чертами личности. В основной группе, напротив, достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались лица с астеническими чертами характера - 15% (F60.7). У каждого третьего больного (основная - 30%, сравнения - 30%) личностные характеристики не укладывались в определенных классифицируемый тип и оценивались нами как смешанный (F61.0) вариант. В категориях МКБ-10 тип личности, выделяемый традиционной отечественной школой психиатров как "неустойчивый", не указан. Пациенты с данными чертами нами были отнесены в группу - "неуточненное" (F60.9). В основной группе количество этих людей составило 15%. Полученные данные показывают гетерогенную составляющую личности изучаемого контингента.

Мы провели углубленный опрос 46 пациентов с попытками самоубийства: 50% основной группы и 40% группы сравнения имели в анамнезе проявления суицидального поведения. Частота самопорезов достоверно чаще ($p < 0,05$) была отмечена больными группы сравнения - 30% (основная группа - 20%). На самострел указали 15% больных основной группы и 11,7% группы контроля; на самоотравление 10% и 5%; падение с высоты - 3,3% и 5% больных соответственно.

Согласно нашим наблюдениям, факторы, которые объясняют высокие показатели суицидального поведения в группе сравнения, заключаются в психопатологических аспектах большей частоте истерических реакций и шантажного характера попыток самоубийства. Учет этих особен-

ностей важен при разработке индивидуальных программ психотерапевтической коррекции и выборе методов биологической терапии.

Туровская Н.Г., Кондратович А.В.
**ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ
КАК ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ**

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия*

*Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая
больница, Волгоград, Россия*

Сегодня роль семьи в воспитании детей становится все более и более значимой. От стиля семейного воспитания и семейных ценностных установок зависит не только развитие у ребенка способности к волевой регуляции поведения, степень эмоциональной зрелости и уровень развития самосознания, но и формирование морально-этических инстанций, мировоззрения в целом. К сожалению, в свете современных реалий, не все семьи способны или стремятся в должной мере осуществлять возложенные на них функции по воспитанию детей. В ряде случаев недостатки родительского воспитания могут стать причиной возникновения у несовершеннолетних нервно-психических расстройств.

В качестве примера, доказывающего данное утверждение, приводим анализ клинического случая - историю пациентки П. (женский пол, 13 лет).

За медицинской помощью П. обратилась ее мама с жалобами на то, что в течение последних двух недель девочка ее обманывала и не ходила в школу, регулярно наносила порезы на предплечье правой руки, интересуется в интернете "картинками о смерти", жаловалась матери на отсутствие настроения и суицидальные мысли; после того, как мама узнала о прогулах дочерью школы и стала выяснять причину пропусков, устроила истерику, активно высказывая суицидальные мысли. Из выписки из истории развития ребенка по месту жительства и беседы с матерью стало известно, что наследственность девушки патологически неотягощена, ребенок воспитывается матерью и отчимом вместе с сестрой 3-летнего возраста, младший брат пациентки живет с их общим отцом в другой семье. Пациентка родилась от третьей беременности, протекавшей на фоне токсемии в первом триместре и нетугого обвития пуповины, первых родов (самостоятельных, срочных, без патологии). Ранее развитие пациентки - без особенностей. Детский сад начала посещать в 1,5 года, адаптировалась удовлетворительно. В школу пошла в 7 лет. Из школьной характери-

стики: "За время обучения показала средний уровень по учебным дисциплинам. Учится на "3" и "4". Интересы к учебе не проявляет. К занятиям часто не готова, имеет пропуски уроков без уважительной причины. По характеру общительная, добрая, умеет расположить к себе, стремится к излишней самостоятельности, имеет друзей значительно старших по возрасту, склонна к вранью. Во взаимоотношениях со взрослыми всегда вежлива, дисциплину на уроках и переменах не нарушает. С одноклассниками спокойные, дружеские отношения, но авторитетом в классе не пользуется".

Когда девушке было 6 лет, ее родители "развелись со скандалом", девочка осталась проживать с матерью. С родным отцом и братом девушка поддерживает доброжелательные отношения, часто подолгу проживает в семье отца на каникулах. С 10-летнего возраста пациентка стала проживать с отчимом, с которым у нее также сложились доброжелательные отношения. По поводу своих с дочерью отношений мама отметила, что они могут быть как хорошими, так и конфликтными (маму сердит то, что дочь периодически красит в разные цвета волосы, сделала пирсинг; по этому поводу в семье неоднократно были значительной силы конфликты). В беседе с психиатром девушка рассказала: "С мамой не понимаем друг друга...настроение плохое больше года...последние две недели еще хуже стало...плохо спала, утром при пробуждении чувствовала себя разбитой, уставшей, поэтому не ходила в школу...никого не хотела видеть", появились суицидальные мысли - "сброситься с крыши или порезать вены". Причиной суицидальных мыслей девушка считает недавнее расставание с молодым человеком, которое стало для нее неожиданностью.

В процессе психологического исследования испытуемой выявилось, что уровень развития ее интеллекта соответствует возрастной норме. При исследовании мышления были обнаружены отдельные признаки искажения процесса обобщения и нарушения целенаправленности мыслительных процессов по типу разноплановости. Однако, в процессе наблюдения, тестирования и беседы с психологом черты эмоционального притупления, мотивационного снижения и аутизации девушки выявлены не были (испытуемая проявляла богатую мимику, обильно жестикулировала, была синтонна, эмпатична по отношению как ко взрослым, так и сверстникам (другим пациентам отделения)). Фон настроения в процессе исследования отличался выраженной неустойчивостью. Испытуемая была склонна к привлечению внимания окружающих, рассказывая о событиях прошлого, несколько приукрашивала их описание, иногда в ущерб логичности повествования. Рефлексия собственных переживаний при этом была несколько затруднена. Результаты обследования с помощью Патохарактерологического диагностического опросника (Иванов Н.Я., Личко А.Е.) по-

казали, что личность испытуемой формируется в рамках двух разнонаправленных тенденций психастено-шизоидного и лабильного типов акцентуаций характера. При этом не исключено, что черты эмоциональной лабильности не являются характерологическим признаком испытуемой, а обусловлены экзогенными (в первую очередь, психогенными) факторами.

Так, в ходе исследования детско-родительских отношений выявились черты дисгармонии в отношении между родителями и ребенком. В беседе с психологом девушка утверждала, что у нее в целом хорошие отношения с мамой и отчимом ("Мы с мамой, как подружки" и т.п.). Однако на рисунке семьи изобразила только отчима, маму и младшую сестру, всех - без частей лица, кистей и стоп. Признает, что часто ссорилась с мамой, но причину ссор видит, преимущественно в себе: "Я с ней часто ругалась, она говорила уроки делать... Я возвращалась домой поздно, даже если на одну минуту задерживалась, ругалась сильно... Она очень сильно волновалась, я этого не понимала... Еще я ленивая очень. У меня, когда настроение хорошее, я дома все делаю... Чаше было плохое... Я чувствительная, расстраиваюсь из-за каждой мелочи, слабохарактерная в общем... Настроение портилось по причине и без...".

В ответ на вопрос психолога "Бывает, что вы с мамой вместе смотрите и обсуждаете какой-нибудь фильм, сериал?" ответила: "Да, "Игру престолов... Ждем последний сезон". Совместное времяпровождение с мамой девушка описывает следующим образом: "В игры играем, на компьютере... она - на одном, я - на другом". Девушка утверждает, что мама может оказать ей психологическую поддержку, однако уточняет: "Я стараюсь о переживаниях (с близкими) редко говорить, она (мама) переживает, расстраивается, потом мы с ней вместе плачем, мама рассказывает, как ей было тяжело с папой". Про отношения с отчимом испытуемая говорит следующим образом: "мы с ним мало общаемся, с ним не ссоримся... Он иногда объясняет, мягко ругает". В отношениях с родным отцом девушка разочарована, считает, что он лучше относится к младшему брату. Однако с сочувствием сообщает психологу о проблемах отца (на работе, в личной жизни), о которых он ей регулярно рассказывает при встрече или по телефону.

Не понимая причин своего состояния, девушка отмечает, что ей намного лучше в больнице, чем дома: "Мне здесь намного лучше... дома чувствую какое-то давление... не от родителей... дома чувствую, что что-то не так".

Таким образом, в ходе психологического исследования, с одной стороны, выявляются ее повышенная сензитивность, аффективная обусловленность мышления, некоторые трудности тестирования реальности, с другой - выраженная дисгармония детско-родительских отношений. За внешне в целом благополучными отношениями между родителями и ребенком

скрывается грубое нарушение психологических границ между членами семьи, спутанность семейных ролей (родители не просто не оказывают дочери психологическую поддержку, они эмоционально эксплуатируют ее, перегружая собственными переживаниями, используя ребенка как "товарища, с которым можно поделиться собственными проблемами, посмотреть любимый сериал, поиграть в свои любимые игры", не проявляя заботы о гармоничном развитии личности ребенка на материале, соответствующем ее возрасту и интересам). Последнее обстоятельство существенно усугубляет эмоционально дисгармоничное состояние девушки, создает почву для возникновения у нее депрессии и суицидальных мыслей.

Понятно, что медико-психологическое сопровождение такого ребенка должно носить многоцелевой характер и осуществляться в процессе взаимодействия ряда специалистов (Туровская Н.Г., 2017).

Умнякова К.С.

УРОВЕНЬ АУТОАГРЕССИИ И СМЫСЛОЖИЗНЕННЫЕ ОРИЕНТАЦИИ ЛЮДЕЙ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ КАННАБИНОИДЫ

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

Аутоагрессивное поведение - это система вредящих физическому и психическому здоровью действий, которые могут проявляться в виде эпизодов или быть постоянными. Эти действия в своем основании имеют актуальную конфликтную зону на поведенческом (действия, поступки) и эмоционально-чувственном (ощущения, эмоции, чувства, переживания) уровнях. Проблема аутоагрессии и контроля агрессии стоит в обществе весьма остро, но на настоящий момент времени не достаточно прикладных и теоретических исследований, обеспечивающих поиск путей снижения аутоагрессивных тенденций. Это является актуальным, поскольку зависимость ударяет по личностному и профессиональному становлению людей молодого возраста, люди зрелого возраста лишаются возможности активно трудиться.

Ценности выступают основным ядром личности, обнаруживают влияние на направленность и содержание социальной активности, общий подход к окружающему миру и самому себе, придают смысл и направление деятельности, определяют поведение и поступки человека, поэтому специалистам крайне важно знать содержание ценностно-смысловой сферы личности аддикта, чтобы оказывать эффективную психокоррекционную помощь.

В проведенном исследовании целью являлось определение уровня аутоагрессии, изучение характеристик смысложизненных ориентаций, мотивационных тенденций лиц, употребляющих каннабиноидные вещества.

Группой сравнения выступили лица, которые достигают эффекта расслабления в процессе занятий йогой. Также было важно выявить, является ли употребление каннабиноидных веществ и занятия йогой механизмами, позволяющими справляться с трудными жизненными ситуациями.

Исследование было разделено на этапы: на первом этапе проводилось клиничко-психологическое интервью по специально разработанному списку вопросов, на втором этапе проводилось психодиагностическое обследование. Использовался клиничко-психологический (интервью), психодиагностический методы: STAXI Спилбергера (1995), опросник СЖО Д.А. Леонтьева (1998), проективная методика МММ Нюттена (2004).

В исследовании принимало участие три группы в составе 15 человек: лица, употребляющие каннабиноидные вещества, лица, практикующие йогу, и контрольная группа. Средний возраст составил 24,0 года, на вопросы ответили 7 девушек и 8 юношей?. Основным критерием включения в экспериментальную группу было употребление препаратов каннабиноидов на протяжении минимум 2 лет 4 раза месяц. Критерием попадания во внутреннюю группу сравнения было отсутствие признаков склонности к аддиктивному поведению, выявленных в ходе клиничко-психологического интервью (важным являлся вопрос о том, является ли йога способом снятия нервного напряжения), и наличие занятий йогой на протяжении как минимум 2 лет 3 раза в неделю.

В результате было выявлено, что средние показатели аутоагрессии находятся в пределах нормы у всех трёх групп, однако у людей, занимающихся йогой, цифра ниже, что может быть свидетельством того, что йога более эффективно помогает справиться с агрессией в долгосрочной перспективе. Люди, практикующие йогу, снижают риск аутоагрессивных тенденций, поскольку занятия направлены на открытое и комфортное для самого человека выражение своих эмоций и чувств. В ситуации невозможности демонстрации негативных чувств - гнева, злости, агрессии - важно уметь переносить их во времени и перенаправлять на другой объект во внешнем пространстве.

У лиц, употребляющих каннабиноидные вещества, удовлетворенность процессом и результатами своей жизни ниже, а мотивационные тенденции направлены на получение удовольствия, а не на личностный рост.

По общей осмысленности жизни средние результаты всех трёх групп находятся в рамках нормы, но некоторые данные группы, употребляющих каннабиноиды, ниже нормы, а самое максимальное значение близко к минимальным показателям йогов и нормы. Из чего мы делаем вывод о недостаточной осмысленности жизни людей, употребляющих каннабиноиды, в сравнении с группой, практикующей йогу, и нормой.

Исходя из вышесказанного, мы предполагаем, что представителям, употребляющим наркотические вещества, сложно обрести жизненную перспективу, осознать и управлять своими целями, конструировать и сравнивать разные варианты поведения, а практикующие йогу и группа нормы направлены на жизнь и способны осознавать свой выбор. Представителям группы, употребляющей каннабиноиды, не свойственно планировать своё будущее, они привыкли жить здесь и сейчас, но при этом результаты проективной методики МММ говорят о том, что лица в данной группе всё же имеют планы на жизнь, но опасаются, что их осуществление может не произойти, возможно, именно этим страхом и обосновываются низкое значение их результатов по шкале "цели в жизни".

На основе теста МММ и проведенного клинико-психологического интервью было выявлено, что йоги стремятся к всестороннему развитию, просветлению, заботятся о своём здоровье, в противовес им люди, употребляющие каннабиноиды, в большей степени интересуются материальными благами. Из ответов на вопросы клинико-психологического интервью мы предполагаем, что регулярные занятия йогой служат механизмом, позволяющим преодолеть психологические последствия травмирующей ситуации, однако люди, употребляющие каннабиноиды, не были единодушны в своих ответах: часть согласны с тем, что наркотик помогал освободиться от тягостных мыслей, другие говорили о том, что он лишь усугублял состояние или не помогал совсем.

В ходе исследования нами был апробирован предполагаемый набор методик, выяснена их чувствительность, сделаны выводы о необходимости их дополнения для проведения дальнейших исследований, также следует значительно увеличить количество респондентов для проведения количественного анализа данных.

Полученные результаты говорят о необходимости продолжения исследования, поскольку изучение уровня аутоагрессии и смысложизненных ориентаций людей, употребляющих каннабиноидные вещества, способствует разработке реабилитационных психологических программ, улучшению качества жизни аддиктов. Если специалисты будут верно анализировать психологические реакции зависимых личностей, то смогут оказывать своевременную психокоррекционную помощь, а значит, улучшать прогноз избавления от зависимости.

Хорошевская Ю.В.
**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ИЗ РАЙОНОВ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

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

Нарушение основ здорового образа жизни, рост уровня заболеваемости, снижение параметров физического развития детей и подростков, особенно проявившиеся в последние годы, закономерно привели к ухудшению состояния здоровья молодых людей, что, в свою очередь, затрудняет комплектование Вооруженных сил России здоровым пополнением. Особенно актуальным наряду с терапевтической и хирургической патологией является состояние психического здоровья лиц призывного возраста, а также лиц, первично поставленных на воинский учет. Риск изменения психического состояния в рядах Вооруженных сил России связан прежде всего с резким изменением ритма жизни молодого человека, когда он после комфортной и привычной домашней обстановки попадает в строго регламентированные со своими порядками и требованиями условия, где зачастую накладываются эмоциональные переживания по поводу разлуки с домом, повышенной ответственности и т.д. Поэтому важной задачей является качественное обследование лиц призывного возраста у психиатра, выявление у них личностных расстройств, нарушений интеллектуального развития, акцентуированных черт характера и др. до отправления на срочную Военную службу.

В ГКУЗ "Краевая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского" данной работой занимается отделение военно-врачебной экспертизы, которое функционирует с 21 сентября 2017 года. Оно рассчитано на 15 коек круглосуточного пребывания. Пациенты с районов Забайкальского края госпитализируются в понедельник, а выписываются в пятницу, проводят 4 койко-дня. При необходимости дообследования, в сложных случаях, требующих более длительных сроков обследования и наблюдения, привлечения к работе других специалистов, пациент может быть оставлен на более длительных срок.

В 2018 году в отделении обследовано 481 человек, из них 155 - лица призывного возраста и 326 ППГВУ (первичная постановка на воинский учет).

Распределение призывного контингента по нозологическим формам выглядит следующим образом: диагноз органическое непсихотическое расстройство (F06-07) выставлен в 62 случаях (12,8%), шизофрения (F20-29) в 2 случаях (0,4%), расстройство личности (F60-69) в 209 случаях (43,4%) из них инфантильное расстройство личности диагностировано в

134 случаях (64,2%). Умственная отсталость (F70-79) диагностирована у 143 человек (30%), расстройство поведения детского возраста (F 90-99) в 12 случаях (2,5%), изолированный логоневроз - 3 случая (0,7%), психически здоров в 49 случаях (10%), диагноз не установлен в 1 случае из-за языкового барьера.

В 2018 году, как и в предыдущем, в общей нозологической структуре отделения первое место занимает диагноз "расстройство личности" - 43,4%, против 39% в 2017 году. Показатель умственной отсталости по сравнению с 2017 годом снизился, составив 30% (в 2017 году - 40%). Психическое здоровье подтверждено 10% призывников (7,5% в 2017 году).

Отдельно хочется отметить, что в 2018 году из 481 обследованных, ранее уже наблюдающихся у психиатра было 132 человека, и 82 человека имели ранее установленный диагноз комиссией ПМПК (сведения об этом имелись в амбулаторных картах, либо обучались эти ребята по коррекционным программам в школе), а по подросткам (обследуемые до 18 лет): всего обследовано 326 ребят, из них ранее уже наблюдающихся у психиатра было 92 человека, и 51 человек имели установленный диагноз комиссией ПМПК, однако, под наблюдение психиатра все эти лица не попали.

Таким образом, росту первичной заболеваемости лиц призывного возраста в районах Забайкальского края способствует не только неблагоприятная обстановка, но и отсутствие взаимодействия между службами в регионе, в частности службы ПМПК, детской поликлинической и психиатрической служб. В связи с этим, необходимо проводить информационно-методическую работу с педиатрами, детскими неврологами и психиатрами для своевременной ранней выявляемости психических расстройств у детей для снижения показателей первичной заболеваемости у подросткового контингента.

Также необходимо наладить передачу информации между ПМПК и психиатрической службой для оказания качественной и своевременной помощи детям и подросткам при выявлении у них психических расстройств.

Чижик Н.А.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2014-2018 ГГ.

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

Проблема роста общественно опасных действий, совершенных лицами с психическими расстройствами, привела к изменениям не только в подходе оказания помощи, а также созданию новых видов учреждений психиатрического профиля.

Активное диспансерное наблюдение. В Забайкальском крае с начала открытия "Кабинета активного диспансерного наблюдения" (АДН) в 2014 году отмечалось увеличение числа пациентов на 32,5% за 4 года, в основном за счет создания группы первичной профилактики общественно-опасных действий (ООД). Так в 2014 году на конец года в кабинете АДН состояло 628 человек. В 2015 году - 745 пациентов; в 2016 году - 932 пациента; в 2017 году - 933 пациента. В 2018 году - 931 пациент, из них: женщин - 17,2%, мужчин - 82,7%, средний возраст - 37 лет; проживает в городе 24,0%, в селе - 76,0%.

За период 2014-2018 гг. наблюдается преобладание группы пациентов с психозами и (или) состояниями слабоумия, что составило 54,2%, группа пациентов с диагнозом умственная отсталость - 29,6%, наименьший процент наблюдается группы пациентов с заболеваниями, связанная с употреблением психоактивных веществ - 0,4%. В 2014 году процент пациентов, совершивших новое ООД, составил 17,8% (начало работы кабинета АДН), в 2015 году - 23,7% (накопление опыта и формирование целостной базы), в 2016 году - 17,3% (работа по профилактике ООД), в 2017 году - 15,9%, в 2018 году - 11,7%.

Активному диспансерному наблюдению подлежат: пациенты, в прошлом совершившие общественно опасные деяния и находившиеся, в связи с этим на принудительном лечении; лица, имевшие судимости в прошлом, еще до начала психического заболевания; лица, у которых имеется симптоматика, указывающая на вероятность совершения общественно опасных действий, т.е. "группа первичной профилактики". Разработанная научными сотрудниками ФМИЦПН им. В.П. Сербского методика "Структурированная оценка риска общественно-опасных пациентов" была внедрена в работу врачей-психиатров Забайкальского края с марта 2017 года.

Группа первичной профилактики кабинета АДН сформировалась в 2015 году, доля пациентов данной группы составляла - 2% (16 человек), в 2016 году - 12,5% (117 человек), в 2017 году - 21,0% (196 человек), в 2018 году - 25,0% (233).

Амбулаторное принудительное лечение и наблюдение (АПНЛ). АПНЛ в 2014 году получал 171 человек, в 2015 году - 166, в 2016 году - 158, в 2017 году - 103, в 2018 году - 87 человек. В 2014 году на конец года в группе АПНЛ состояло 109 человек, в 2015 году - 86 пациентов, в 2016 году - 61 пациент, в 2017 году - 49 пациентов, в 2018 году - 52 пациента. За 4 года наблюдается снижение количества пациентов на 52,3%, большую часть данной группы составляют пациенты с психозами и (или) состояниями слабоумия - 46,0%.

Из общего числа больных, находящихся на конец года на АПНЛ, чис-

ло больных, длительность принудительного лечения которых (включая пребывание в стационаре) более пяти лет, составило в 2014 году 27 человек, в 2015 году - 20 человек, в 2016 году - 16 человек, в 2017 году - 9 человек, в 2018 году - также 9 человек. Снижение данного показателя на 66,6% объясняется созданием кабинета АДН и проведением телемедицинских комиссионных осмотров с районами.

Выводы. Анализ работы кабинета АДН за период с 2014 по 2018 годы показал увеличение числа пациентов на 32,6%, что обусловлено созданием в 2015 году группы первичной профилактики ООД, так в 2015 году число пациентов составляло всего 2%, тогда как в 2018 году - 25,0%. В 2014 году новые общественно-опасные деяния совершили 17,8% от всего числа пациентов, состоящих как на АДН, за 4 года наблюдается снижение данного показателя на 12%. Общее число больных, находящихся на конец года на АПНЛ, длительность принудительного лечения которых более пяти лет, уменьшился в 3 раза за четыре года.

Шестакова Н.В., Киселева Т.У.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СТОЙКОГО КОНВЕРСИОННОГО РАССТРОЙСТВА

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

Пациентка Ю., 44 года. Анамнез. Наследственность не выявлена. Уроженка Забайкалья, единственный ребенок в семье, воспитывалась бабушкой в условиях гиперопеки. В школу пошла с 7 лет, училась на "отлично". Ходила в музыкальное училище с 1-го класса. Закончила школу с золотой медалью. Далее окончила институт народного хозяйства, получила профессию экономиста. Работала преподавателем. Жару, духоту переносит хорошо. В транспорте не укачивает. Снохождение, сноговорение отрицает. Судорог не было. Неоднократно легкие ЧМТ (со слов, избивал муж). Замужем с 19 лет, роды в 23 года от второй беременности. Беременность протекала "тяжело", была эклампсия, роды путем кесарева сечения в 36 недель. Считает, что с этого времени изменилась. После рождения ребенка муж стал избивать ее, обижал ребенка (со слов). Считает, что после "неудачного наркоза" стала задыхаться, не могла спать лежа, несколько лет постоянно принимала гормоны. Уволилась с работы. Муж ушел из семьи, материально не помогал. Вновь пошла работать лишь в 36 лет, администратором, затем регистратором. На рабочих местах долго не задерживалась. Вновь не работает последние 3 года. С октября 2015 года (в 41 год) во время нахождения во Владивостоке "почувствовала, что

что-то не то": внезапно стала теряться на улице, оказывалась в незнакомых местах, не помнила, как туда попала. Стали "выпадать волосы, парализовало левую руку". Резко снизилась память, не могла воспринимать новую информацию, стала заторможенной, перестала понимать "быструю речь окружающих". В результате старалась не выходить из дома, много спала, ничего не делала. Стала меньше общаться с людьми, т.к. "не помнила, что должна сказать, многих забыла". Не выходила из дома без надобности, потеряла прежние интересы. В незнакомой обстановке сразу теряется, "в голове мыслей нет, не могу сообразить и понять, что нужно делать". Много обследовалась у разных специалистов, в том числе у неврологов и эндокринологов, рекомендован осмотр психиатра. Со слов, в больницах теряется, но ее водит подруга. Обратилась на дневной стационар психиатрической больницы, госпитализирована.

Психический статус. Ориентирована верно. В кабинет заходит нарочито робко, шатается. Беседует охотно, активно, многоречива. Предъявляет жалобы, которые "должны направить внимание врача в необходимое ей русло". Замечания врача, предложения способов избегания "провалов памяти" игнорирует. При прицельных расспросах говорит безостановочно, с большим трудом можно прервать ее рассказ и переключить внимание на другой вопрос. Людей, не проявляющих сочувствия и интереса к ее заболеванию называет "злыми". Речь изобилует детскими оборотами и интонациями, знакомых называет "Светка", "Ежик", "Сашка". Мимика однообразная, с ужимками. Вращает глазами, удивленно их "выпучивает", поджимает губы. Манерна, демонстративна. Периодически говорит демонстративно медленно, с придыханием, детскими всхлипами. Фон настроения ровный. Очень подробно и детально сообщает анамнестические сведения, но на вопросы о том, что происходило вчера и сегодня ответить не может. Истошечности не выявляет. Бреда, галлюцинаций не отмечается. Критики к состоянию нет.

Соматический и неврологический статус при осмотре без особенностей. МРТ головного мозга - патологических изменений не выявлено. ЭЭГ и ЭхоЭГ - легкие диффузные изменения. Психолог: без особенностей. Заключение эндокринолога - диффузный токсический зоб, эутиреоз. Терапевт - хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести. Получала лечение: гидроксизин до 50 мг/сут, хлорпромазин до 25 мг/сут, тиоридазин до 50 мг/сут, карбамазепин до 400 мг/сут. Консультирована психотерапевтом.

В отделении пациентка не выказывает заинтересованности лечением, диагнозом, но интересуется определением группы инвалидности, т.к. "жить не на что". Когда считает, что врач не обратил на нее должного внимания, начинает говорить о своей "тяжелой жизни: не включаю свет по вечерам и ем только манную кашу, знакомые мне помогают". Настаивает на том, что

больше не сможет работать: "я же ничего не помню". С каждым посещением расширяет перечень жалоб, необычных ситуаций, произошедших с ней. На осмотры приходит пунктуально, записывает в блокнот замечания врача и потом зачитывает на них ответы, которые продумала. Движения замедлены, когда считает, что врач ее видит, походка становится шаткой. При этом, когда думает, что ее не видит медперсонал, спокойно разговаривает с другими пациентами в коридоре. Поведение и реакции демонстративны, театральны. Однократно демонстрировала истерическую реакцию с жалобами на боли в животе, требовала к себе внимания; соматической патологии не выявлено. На комиссионный осмотр соглашается после уговоров, выказывает инфантильные реакции в виде беспокойства: "а вдруг меня там обидят", "вы добрые, я к вам привыкла". Во время беседы выражение лица демонстративно-испуганное, речь медленная, с запинками, детскими интонациями. При этом достаточно хорошо улавливает настроения врачей, что хотят от нее услышать. Когда задали вопрос, на который не знала какой должна была быть реакция, растерялась. Держится демонстративно неуверенно, спрашивает: "я все правильно говорю", явно беспокоится о вынесении ей диагноза. За время наблюдения пациентки (4 месяца) не произошло какой-либо редукции имеющихся расстройств: сохраняются жалобы на расстройства памяти, "дезориентированность", расширяется круг ситуаций, при которых они возникают.

Клиническая оценка. Пациентка с детства отличалась следующими чертами характера: инфантильность, демонстративность, чудаковатость в поведении и внешнем виде. Но в целом оставалась адаптивной. Роды, вероятно, явились провоцирующим фактором; после них "изменилась по характеру", появились конверсионные, соматоформные и ипохондрические расстройства. Сохраняющаяся стрессовая ситуация в связи со слабым здоровьем ребенка и конфликтами в семье приводит к усугублению появившихся нарушений. Возникает масса жалоб соматического характера, как она говорит: "нет ни одного живого органа", проявляет достаточную настойчивость в многочисленных походах к врачам, обследованиях, фиксирована на болезненных переживаниях и изменениях в анализах. Пациентка дезадаптирована, не работает, не выходит практически из дома. В обычной жизни ее характеризуют как "странную, неадекватную, беспомощную". В 2015 году без видимых причин возникло острое состояние с ипохондрическими ощущениями и "нарушением" памяти. Вновь продолжила посещение врачей с требованиями постоянных обследований.

Первоначально производит впечатление слабоумной, глубоко дефектной больной, но это не находит объективного подтверждения при внимательной беседе и в заключении психолога, после осмотра невролога,

эндокринолога, инструментальных обследований (ЭЭГ и МРТ головного мозга). Обращают на себя внимание истерические стигмы в поведении (необычные позы, демонстративная детскость, амнестические жалобы, "атаксия"), которые временно исчезают или ослабевают при переключении внимания, зависят от эмоционального состояния пациентки. Кроме подвижности симптоматики, обращает на себя внимание ее обогащение и расширение под влиянием новой информации (беседы с врачами), видимый манипулятивный характер болезненных расстройств. Проводимая терапия не показала должной эффективности. Была определена группа инвалидности, жалобы соматического характера ушли на второй план и остались проявления сниженной памяти. При этом диссоциативная амнезия чаще внезапно возникает, протекает недлительно и заканчивается полным восстановлением памяти. В данном случае "амнезия" сохраняется и проявляется в выгодных для пациентки ситуациях.

Учитывая вышеизложенное, необходимо дальнейшее наблюдение с проведением дифференциального диагноза с шизофренией. В настоящее время объективных данных для этого недостаточно.

Эрхитуева Т.Г., Салданова Б.Г., Алсаев А.Л.
**ОПЫТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЕНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА**

Республиканский наркологический диспансер, Улан-Удэ, Россия

Отделение медицинской реабилитации открыто 1 июня 2012 года на базе Республиканского наркологического диспансера. Отделение рассчитано на 25 коек. Реабилитационное направление является приоритетным в деятельности наркологической службы. Необходимость осуществления медико-социальной помощи в восстановлении утраченных навыков и реадaptации зависимого человека ставит перед наркологическим сообществом задачи по повышению уровня и качества работы. В отделении осуществляется реабилитация пациентов, как на бюджетной, так и на платной основе. Немаловажным условием прохождения реабилитации является собственное желание человека отказаться от употребления психоактивных веществ и готовность к сотрудничеству с медицинским персоналом по преодолению зависимости.

Реабилитационные услуги предоставляются комплексно, что подразумевает проведение реабилитационных мероприятий специалистами разных профилей: врачом психиатром-наркологом, врачом психотерапевтом, медицинским психологом, специалистом по социальной работе. Предоставление услуг должно быть построено на принципах добровольности и

уважения к личности зависимых от психоактивных веществ для восстановления духовных, моральных и нравственных общечеловеческих ценностей, воспитания чувств социальной значимости и ответственности, а также приобретения трудовых навыков, опыта проживания в коллективе, решения конфликтов мирным путем и становления в социуме. Содержание и длительность реабилитации определены реабилитационной программой, разработанной врачом психотерапевтом С.В. Ивановой, и рассчитана до 90 дней, а также условиями программы, которые необходимо выполнять реабилитанту.

Специалистами по социальной работе, в рамках выполнения реабилитационных мероприятий, осуществляются следующие виды деятельности:

1. Деятельность по реализации социальных услуг и мер социальной поддержки:

- консультация пациентов по вопросам, связанных с правом граждан на социальное обслуживание в государственной системе социальных служб и защиту своих интересов;
- осуществление взаимодействия с центром занятости населения, биржей труда, комитетами социальной защиты, социального обеспечения, отделом профилактики правоохранительных органов и других учреждений, организывает консультации по социальным и правовым вопросам специалистов вышеперечисленных служб и ведомств;
- создание необходимых условий для проведения процедур, связанных со здоровьем и содействие в проведении процедур, оказываемых врачами узкой специализации, в т.ч. медико-социальной экспертизы;
- оказание содействия в решении вопросов занятости, трудоустройства, профессионального обучения, в оформлении и восстановлении утраченных документов и пособий, социального сопровождения после выписки;
- оказание помощи в решении социально-бытовых проблем пациентов, содействие в обучении в соответствии со школьной программой детей и подростков, находящихся на лечении;
- помощь в формировании, вовлечении пациентов и их родственников в группы самопомощи, терапевтические сообщества, оказание содействия в лечебной и профилактической групповой работе;

2. Обучающая и консультативная деятельность:

- тренинги социальных навыков - это обучающая процедура для повышения компетентности при социальных взаимодействиях. Тренинг действенного поведения в различных социальных ситуациях помогает пациентам с зависимым поведением, полностью или отчасти утратившим общественные связи и отношения, обучиться новым социальным навыкам или усовершенствовать уже имеющиеся навыки и настойчивость в процессе ролевой игры и воспроизведения желательного поведения.

- трудовая терапия проводится с целью восстановления и развития нарушенных функций, формирования компенсаторных навыков, навыков по самообслуживанию и по выполнению трудовых операций, приобретения или усовершенствования реабилитантами профессиональных навыков и умений, способствующих физическому и интеллектуальному развитию (трудотерапия в швейных и раскройных мастерских, обучение навыкам кройки и шитья, творческого рукоделия (плетение, вышивание, вязание, тканебумагопластика, изготовление предметов по технологиям традиционных художественных промыслов, выжигание и др.). Упомянутые виды действий должны способствовать психофизическому восстановлению и воспитанию у реабилитантов чувства социальной значимости и ответственности, вызывать ощущение успеха и осознание социальной полезности, а также способствовать социальной адаптации человека.

- лекции и мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний (ВИЧ, гепатит, туберкулез и др.), алкоголизма, наркомании и никотиновой зависимости, направленные на предупреждение возникновения заболеваний, устранение факторов риска их развития. Данные мероприятия формируют у пациентов реабилитационного отделения мотивацию на здоровый образ жизни, чувство ответственности, внимательность, предусмотрительность, воспитывает бережное отношение к собственному здоровью.

3) Социокультурная деятельность, направленная на организацию здорового досуга. Социокультурная реабилитация - одно из звеньев комплексного подхода, включающее в себя организацию досуга реабилитантов для удовлетворения их духовных потребностей, расширения их культурного и общего кругозора: посещение театров, кинотеатров, музеев, выставок, творческих конкурсов, спортивно-оздоровительных и других мероприятий. Так, например, отделение реабилитации ГАУЗ РНД с 2016 года сотрудничает с РОО "Объединение женщин буддисток Республики Бурятия", совместно с которыми организывает работу по проведению лекций, семинаров, арт-терапии и иных мероприятий по вопросам духовного и физического оздоровления, знакомства с традициями и культурой республики, пропаганды семейных ценностей.

Существует многолетний опыт сотрудничества отделения реабилитации с представителями Православной Церкви и Буддийской Традиционной Сангхи России, которые проводят церковную службу и духовную беседу с пациентами с целью морально-нравственного воспитания и оздоровления, что входит в успешный курс реабилитации и дальнейшей ресоциализации.

Также, начиная с 2018 года, специалистами по социальной работе осуществляется взаимодействие с культурно-досуговыми учреждениями

республики. Так в прошедшем году был организован выезд в Государственный Русский драматический театр им. А.Н. Бестужева пациентов отделения, направленных на реабилитацию по линии Министерства социальной защиты населения в рамках проекта "С чистого листа" и их детей, находящихся под опекой и в реабилитационном центре. Реализуется сотрудничество с другими учреждениями культуры республики - театр кукол "Ульгэр", Бурятская государственная филармония, Галерея искусств народов Азии, Национальный музей Республики Бурятия, Этнографический музей народов Забайкалья. Ежегодно для пациентов отделения организуются встречи с представителями бурятского кинематографа с показом художественных и документальных фильмов о Республике Бурятия. Приглашаются известные режиссеры, сценаристы, актеры, операторы-монтажеры.

К всемирным и международным дням по охране и укреплению здоровья: Всемирный день здоровья (7 апреля), Всемирный день без табака (31 мая), Международный день защиты детей (1 июня), Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков (26 июня), Всероссийский день трезвости (11 сентября), Международный день по отказу от курения (третий четверг ноября) проводятся спортивные состязания между подгруппами реабилитантов и представителями анонимных групп (АА, АН). В мероприятиях активное участие принимают специалисты диспансера. Спортивные мероприятия нацелены на пропаганду спорта и физической культуры, обучение пациентов с зависимостями к двигательной активности. Кроме этого, в отделении ежедневно проводятся утренняя зарядка, занятия в тренажерном зале. Культурно-досуговые мероприятия, а также мероприятия с участием священнослужителей, известных личностей, творческие вечера и спортивные состязания активно проводятся в период прохождения пациентами стационарной реабилитации и благоприятно влияют на процесс адаптации и ресоциализации.

Яковлева М.В., Берчитова В.В.

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

*Медицинский институт Северо-Восточного федерального
университета, Якутск, Россия*

По данным амбулаторно-поликлинических учреждений соматизированные депрессии и психосоматические расстройства составляют от 7 до 31%. Тревожные и депрессивные расстройства являются одним из самых распространенных нарушений психического здоровья, причем среди женщин такой спектр расстройств встречается в 2 раза чаще. Рост распрост-

раненности депрессивных и тревожных расстройств в популяции объясняют многими причинами. Среди них урбанизация, миграция, увеличение плотности населения, постоянно возрастающий уровень стресса и ослаблением социальной поддержки. Среди факторов, способствующих увеличению распространенности аффективных расстройств, рассматриваются также увеличение средней продолжительности жизни людей с хроническими соматическими заболеваниями, часто сопровождающимися депрессией.

Актуальность данной проблемы также связана с тем, что пациенты, страдающие тревожно-депрессивными расстройствами длительное время не получают специализированного лечения, которое по стандартам не только должно включать медикаментозную терапию, но и должно содержать психотерапевтический комплекс. Долгое время такие пациенты лечатся у врачей-терапевтов, неврологов, как правило, без значительного эффекта. Необходимо отметить, что терапия таких расстройств также связана с большими трудностями, так как данные состояния развиваются вследствие своеобразного слияния экзогенной патологии (чаще всего сосудистой) и эндогенной "почвы". Чаще всего тревожно-депрессивные расстройства резистентны к медикаментозной терапии, требуют длительного и тщательного наблюдения, имеют хроническое, волнообразное течение.

Целью исследования является изучение распространенности, клинической картины тревожно-депрессивных состояний у женщин в пре- и климактерическом периоде по данным Якутского республиканского психоневрологического диспансера.

Задачи исследования: 1. Определить основную клиническую картину расстройств. 2. Установить основные социальные характеристики пациенток с тревожно-депрессивными расстройствами. 3. Выявить возможное влияние психосоциальных факторов на тяжесть тревожно-депрессивных нарушений у женщин. 4. Сформировать основные принципы терапии тревожно-депрессивных расстройств у женщин в пре- и климактерическом периоде.

Материалы и методы. Пациентки в пре- и климактерическом периоде с тревожно-депрессивным состоянием, госпитализированные в дневное отделение ГБУ РС (Я) ЯРПНД. Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический, катamnестический, психометрический (госпитальная шкала Гамильтона и шкала тревожности Спилберга - Ханина). Всего было исследовано 34 случая тревожно-депрессивных состояний у женщин в пре- и климактерическом периоде. По этническому признаку: представители якутской этнической группы составили 13 человек (38,2%), славянской этнической группы - 18 человек (52,9%), другие этнические группы - 3 человека (8,8%). Все женщины находились на стационарном лечении в дневном отделении.

Результаты. При распределении по возрасту определялись два возрастных "пика" среди пациенток с тревожно-депрессивными расстройствами. Так, первый "пик" приходится на возраст с 51 до 55 лет, а второй с 61 по 65 лет. Вероятно, данная особенность связана с тем, что, как правило, в возрастном периоде с 50 по 55 лет у женщин наиболее ярко проявляются нейроэндокринные расстройства, связанные с наступлением климакса, которые практически всегда сопровождаются развитием различных тревожных и (или) депрессивных расстройств. Второй "пик" вероятно, связан с тем, что именно с этого периода присоединяются различные сосудистые заболевания головного мозга (атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия, гипертоническая болезнь), которые в значительной мере провоцируют и способствуют развитию тревожно - депрессивных расстройств у женщин.

Большинство пациенток находились на пенсии - 14 человек (41,1%), 12 женщин работали (35,4%), а 8 пациенток не имели постоянно места работы (23,5%). 47% женщин имели высшее образование, 35,3% - средне-специальное и только 6 (17,6%) человек имели среднее (школьное) образование. Можно отметить, что достаточно большое количество пациенток имело высшее образование. При анализе семейного статуса, оказалось, что большая часть женщин состояло в браке (82,3%) и лишь 4 женщины никогда не были замужем (11,7%). Считается, что женщины находящиеся в браке реже, чем одинокие, страдают различными невротическим расстройствами. В данном случае оказалось наоборот, вероятно это связано с тем, что риск заболеть невротическим расстройством у одиноких женщин касается только молодого и среднего возраста. Все женщины имели детей, причем одного - 12 человек (35,2%), двоих - 16 человек (47%), троих - 3 человек (8,8%) и четверых - 4 (11,7%). При анализе длительности течения тревожно-депрессивных состояний у пациенток до момента поступления в дневное отделение оказалось, что данный показатель имеет выраженную вариабельность. Большинство пациенток имеют длительность заболевания более 5 лет. Это еще раз подтверждает тот факт, что тревожно-депрессивные расстройства в инволюционном периоде у женщин имеют хронический, затяжной характер и в дальнейшем часто рецидивируют.

В анамнезе 6 женщин имели эндокринную патологию (17,6%), одна женщина страдала онкологическим заболеванием (2,9%) и одна пациентка перенесла в прошлом инсульт (2,9%). У 11 пациенток (32,3%) менструальная функция была еще сохранена, но у 23 женщин (67,6%) она уже отсутствовала. Чаще всего женщины с тревожно-депрессивными расстройствами госпитализировались в дневное отделение в зимний и летний период (32,3% и 32,3%), а осенью и весной женщины обращались за медицинской помощью в два раза реже (17,6% и 17,6%).

Клиническая картина тревожно-депрессивных расстройств представлена в основном не ярко выраженной депрессией с выраженным тревожным компонентом. Тревога в большинстве случаев имеет "витальный" характер. Часто женщины жалуются на ощущение "камня в груди", "сжимания сердца". Также в клинической картине отмечаются выраженные вегетативные расстройства в виде потливости, тремора рук, похолодания конечностей, сердцебиения, побледнения кожных покровов. В большинстве случаев приступы тревоги развиваются до нескольких раз за день, в особо тяжелых случаях тревога практически никогда не отступает. Вследствие "витализации" аффекта большинство пациенток имели достаточно выраженную ипохондричность (76,4%), выразившуюся в тревожно-мнительном отношении к обследованию, в обстоятельном интересе к принимаемым лекарствам, в тщательном "прислушивании" к своему соматическому состоянию. Чаще всего у пациенток обнаруживались легкие депрессивные расстройства (61,7%), депрессивные расстройства средней степени тяжести диагностировались в 35,2% случаев, и только в одном случае была диагностирована тяжелая тревожная депрессия.

При оценке уровня депрессии с помощью госпитальной шкалы Гамильтона оказалось, что легкая депрессия была обнаружена у 79,4% (27 случаев), а средней тяжести у 20,5% (7 случаев). В целом эти данные практически не расходятся с данными полученными с помощью клинического осмотра и опроса. При определении уровня тревожности с помощью шкалы Спилберга оказалось, что большинство пациенток имели средней уровень общей тревожности (61,7%) и только у 2 женщин была установлена выраженная тревога (5,8%).

Все пациентки получали антидепрессанты, причем трициклические (амитриптилин) в 64,7% (22 случая), а остальные женщины получали СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), наиболее часто использующимися были феварин, эсциталопрам, рексетин. В 47% случаев понадобилось использование транквилизаторов (фенозепам и грандаксин), так как тревожный компонент длительное время редуцируется на фоне приема антидепрессантов, особенно СИОЗС. В 15 случаях женщина также получали сосудистую терапию (глиатилин, кавинтон, церебро) в виде курса. В некоторых случаях (35,2%), когда тревожный компонент не купировался на фоне приема антидепрессантов и транквилизаторов, в курс терапии были подключены антипсихотики, такие как галоперидол (в каплях), хлорпротексен и сонопакс. Как правило, в первую неделю практически все пациентки (кроме имеющих выраженную соматическую патологию) получали курс внутривенного введения амитриптилина. Это способствовало критическому снижению уровня тревож-

ности, что в значительной мере облегчало состояние пациенток уже на первой неделе интенсивного лечения. Далее все пациентки переводились на таблетированные формы антидепрессантов и параллельно к терапии подключались психотерапевтические мероприятия. Чаще всего использовались методы когнитивной психотерапии (больного учат правильно справляться с приступом тревоги с помощью различных упражнений), методы релаксации, групповая психотерапия. В купе с психотерапевтическими методиками, лекарственная терапия дает гораздо лучший результат и способствует более лучшему прогнозу. Все пациентки выписывались на постоянной поддерживающей терапии антидепрессантов, в дальнейшем эта терапия должна носить практически хронический характер. Хотелось бы отметить, что в дальнейшем лишь 23,5% пациенток были повторно госпитализированы в дневное отделение с тревожно-депрессивной симптоматикой

Выводы:

1. Наиболее чаще с тревожно-депрессивными расстройствами обращаются женщины в возрастном периоде от 50 до 60 лет. Практически все пациентки имеют достаточно высокий социальный статус и уровень образования. В большинстве случаев такие больные имеют семью и детей.
2. При клинической оценке состояния чаще всего диагностируется легкая депрессия и средний уровень тревожности. Причем при нарастании тяжести депрессивных расстройств уровень тревожности падает.
3. При терапии тревожно-депрессивных расстройств используется комплексный подход, сочетающий активное применение психофармакотерапии и методов психотерапии. Основными препаратами для лечения тревожно-депрессивных расстройств являются антидепрессанты.

Arifdjanova A.B., Sharipova F.K.

**FEATURES OF EMOTIONAL DISORDERS IN WOMEN WITH
POSTPARTUM DEPRESSION**

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. According to foreign researchers, by 2020, depression will be one of the main causes of disability and will take second place after cardiovascular disease. According to German researchers, one in five women during her life suffered a depressive episode, and postpartum (postportal) depression in the first two months after childbirth occurs in 10-20% of women (Filonenko A.V., 2016). Currently, there are several directions in assessing the relationship of personal characteristics of pregnant women and the formation of depressive pathology. Foreign researchers assign a decisive role to the constitutional and genetic characteristics, considering them as determining the further course and

manifestations of the disease, note the pathoplastic effect of premorbid on the clinical picture of depression and identify certain personal traits as predictors of depression (Grechany S.V., Kagadei E.V., 2016).

In most modern sources, personality disorders are among the symptoms that complicate the picture of postpartum depression and require psychotherapeutic correction in the treatment of pregnancy and the postpartum period. Among the factors predisposing to the occurrence of affective postpartum disorders, traditionally described anxiety and depression in the prenatal period, depressive episodes in history, Psychotrauma during pregnancy neonatal diseases and adverse family relationships, leading to a lack of support for women by her husband (Cheng Q., Jiang G.X., 2011). Features of a woman's reaction to psychotraumatic events of pregnancy, childbirth and the postpartum period, including family conflicts and diseases of the newborn, and psychological adaptation to the status of the mother largely depends on the personal characteristics of women (Skegg K., 2005). In the literature, great importance is given to the phenomenon of "transitional motherhood", which consists in the acquisition of a new psychosocial status by a woman, which affects the way of life and value priorities (Fomenko A.N., Grechany S.V., 2016).

Objective: to study the role of pathopsychological examination in the diagnosis of postpartum depression in first-born women.

Materials and methods. The object of the study were 30 women with depressive disorders of postpartum Genesis who were on inpatient treatment in the City Clinical Psychiatric Hospital in Tashkent. The criterion for the selection of patients for the study was the presence of a verified diagnosis of ICD-10 F-53.0. All were examined prior to delivery did not consist on the account at psychiatrists and neurologists, they have the pregnancy proceeded without pathology and complications, the birth was physiological. From experimental methods to assess the severity of depressive symptoms and psychosocial status used scale of anxiety and depression Hamilton (HARS, HDRS), and to determine the constitutional and personal characteristics of the test questionnaire was used Leonard-Shmisheka.

Results. The study using the scale of anxiety and depression Hamilton revealed the presence of anxiety and depressive disorders of varying severity in 85% of patients, with manifestations of anxiety were observed in 80% of the study, depression of different degrees of severity - 100% of the surveyed; more than half of the patients was noted the presence of anxiety of moderate severity (55%), 5% of the surveyed subclinically expressed anxiety and 40% of patients - stated expressed anxiety. Depressive symptoms was manifested classic symptoms of hypotonia, slowing of mental activity and inhibition of the motor areas. At the height of the depressive affect in 8% of the subjects

there were ideas of self-abasement, there was a tendency to the emergence of suicidal thoughts and plans related to fears for the future of the child, the inability to care for him, concern for his health. In the formation of depressive pathology, such clinical manifestations as loss of interests and feelings of joy in normal activity, noticeable suffering, the expression of ideas of self-blame and hopelessness, painful experience for the inability to maintain a household and take an active part in the upbringing of your baby were revealed. In the study of personality traits with the help of the test of Leonard were identified: affective-exalted personality type in 3 patients (10%), stuck personality type in 8 patients (26.7%), affective-labile type in 40% of cases (12 examined), anxious-fearful type in 5 patients (16.7%), in 6.6% of cases, an emotive personality type of women with depressive pathology.

In the study groups, a comparative assessment of the dynamics of the severity of depression and constitutional-typological features of the personality of the first-born women was carried out. For all the examined there was a significant decrease in physical health indicators, the first-born women noted the inability to cope with normal physical activity.

Patients with anxiety-fearful personality type complained of deterioration of physical health, inability to function in everyday life, even in the presence of depression of moderate severity.

Patients with an emotive personality type hardly performed physical activity, they also low estimated the General feeling of well-being, but with a favorable situation in the family and maintaining the usual social contacts against the background of severe depression, these indicators remained at a sufficiently high level.

Patients with anxious - fearful and stuck personality type on the background of depression, severe reduction in number of social contacts, deteriorated relationship in the family, which created additional experiences, has formed a self-destructive installation, ideas of self-accusation, appeared suicidal thoughts and tendencies, the tendency to reflect on moral topics. In women with affective-labile personality type, there was a direct correlation between the severity of depressive disorders and social relationships, with depression of moderate severity in 100% of cases arose against the background of family conflicts, depression is extremely severe and severe developed due to violations of relationships with relatives through her husband and his relatives. Premorbidity features of the personality of the first-born women had a certain influence on the severity of depression and the level of anxiety, the dynamics and duration of the disease.

Conclusion: thus, it was found that the most common postpartum depression severe neurotic level occurred in individuals with affective-labile personality type. Moderate depressive disorders were observed in persons

with stuck and anxious-fearful personality types. Mild depressive disorders were diagnosed in patients with affective-exalted and emotive personality type.

Early detection of emotional disorders in women with postpartum depression makes it possible to determine the level of anxiety and the severity of depression, polymorphism of the clinic, is a factor in preventing an unfavorable prognosis of the disease, allows for more differentiated treatment and rehabilitation care and optimize the psychotherapeutic approach in choosing methods of psycho-correction impact, taking into account personal characteristics.

Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.

PREVENTION OF SUICIDAL TENDENCIES IN ADOLESCENTS

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. According to Russian researchers (Minukhin S., 2014, Moskvicheva N.L., 2015; Danichkina V.E., 2017; Basova A.Ya., 2017), familial dysfunction affects the occurrence of behavioral disorders in children, providing models for development of addictive, including Internet dependent behavior. Modern technologies of neuroimaging allow us to broaden our understanding of the pathogenesis of suicidal behavior and highlight neurophysiological markers that allow an objective assessment of suicidal risk. Objective: to study the influence of parental education styles on the formation of Internet-dependent and suicidal behavior in children and adolescents, taking into account their personal characteristics, in order to optimize early psycho-prophylaxis and psycho-correction assistance to this population.

Material and methods. 68 visitors of Internet clubs and Internet cafes aged from 15 to 18 years were selected as an object for research; A specially designed questionnaire, created by the staff of the Department of Psychiatry, together with clinical and social psychologists, contained a list of psychological test questions to identify risk factors for the formation of Internet addiction and suicidal tendencies. To diagnose the parameters of the family system, the questionnaire "The scale of cohesion and flexibility of the family system" was used (Olson D., Portner D.). In the process of psychopathological research, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Spilberger-Khanin Anxiety Questionnaire were used to determine the emotional status, and the pathocharacterological diagnostic questionnaire Lichko was used to identify the typological characteristics of adolescent personalities. Analysis of suicidal risk in adolescents was carried out using the Colombian scale of assessing the severity of suicide.

Results and Discussion. During the study, it was found that there is a direct correlation relationship between certain parameters of family relationships and a tendency to addictive Internet behavior. Most of the children and

adolescents examined were from families that had dysfunctional family relationships. Through a survey among these individuals, a group of socially neglected adolescents was identified. Among them, 15% grew up in an incomplete family, 25% in a socially disadvantaged family, 30% of the subjects had problems in communicating and establishing new social ties. In 53% of the surveyed, hereditary aggravated alcoholism of parents (one of the parents) or mental pathology was revealed, which, in turn, led to conflicting relationships in the family, non-compliance with moral and social norms of behavior in the family and poor material and living conditions. The study identified adolescents raised in dysfunctional families with a destructive relationship (70%), brought up by one parent (cases of social orphanhood and improper upbringing of the "hypo-type" type); families in which there were both parents, but one of them was non-native (often stepfather) and with him the teenager had a conflicting relationship.

The analysis of the obtained data established 12% of adolescents prone to delinquent and deviant behavior, with a hedonistic lifestyle, formed in the process of an ambivalent upbringing style in families, with a low level of prohibitions, which is further characterized by significant disciplinary sanctions. According to the results of the diagnosis "The scale of cohesion and flexibility of the family system", the largest number of families with the wrong extreme type of upbringing was identified, which leads to disruption of the functioning of the family system, the emergence of a crisis in interpersonal relationships. A teenager in such a family grows up in conditions of emotional deprivation and lack of attention and love on the part of parents; he is left to himself and, by virtue of his personal immaturity, is subject to the detrimental effect of the cybernetic Internet environment. In the case of an ambivalent type of family relations, a high degree of freedom completely devoid of responsibility is combined with complete alienation between family members, leading to the formation of a schizoid and unstable type of character accentuation. These levels indicate a crisis in the family structure.

As a result of the impulsive behavior of the parent, positive emotions can be blocked in the child, as a result of which the need for good mood is caused by artificial means, in particular through the formation of a computer game addiction, which has addictive potential and increases the production of serotonin in the brain. Parenting styles have a significant impact on the formation of Internet addiction behavior, are one of the socio-psychological factors in the pathogenesis of Internet addiction. In addition, such children are characterized by an affective blockade of the intellect with a negative concept of the environment, which only aggravates the position of the disharmoniously developing personality and often leads to negative emotions and the involvement of children in the so-called death groups of the virtual space.

The study of emotional disorders showed that their presence and severity are associated with the type of game activity, the length of playing experience and the stage of dependence on role-playing computer games. On the HADS scale, subclinical anxiety and depression were detected in 48% of respondents. In 9.5% of adolescents, testing on the HADS scale revealed clinically significant anxiety and depression. In the surveyed group, as a result of testing using the Spielberger-Khanin questionnaire, anxiety disorders of varying severity were found in 98% of adolescents, more than half of the subjects showed signs of anxiety of moderate severity (55%), 35% of the subjects had no clinically significant anxiety and in 10% of adolescents - expressed anxiety. The test data showed that all adolescents had a negative emotional state, the severity of which correlated with the data obtained during testing on the HADS scale.

In the study of personality traits using the PDO Lichko test, it was revealed that the personality traits of the examined adolescents did not reach the degree of psychopathy (personality disorder), but in all cases accentuation of certain traits of character could be noted. Among all those examined, a demonstrative personality type was found in 6 adolescents (9%), a stuck personality type in 20 adolescents (30%), schizoid type in 56% of cases (38 examined), anxious and fearful type in 4 adolescents (5%). The study found only suicidal thoughts in 50% of the subjects, suicidal thoughts with intentions and planning in 31% of the subjects, in 15% of cases, adolescents with suicidal thoughts made suicidal attempts in the form of cuts in the forearms and the use of drugs to attract attention to yourself persons.

Conclusions: thus, a tendency to Internet addiction in adolescents with stuck and schizoid traits brought up in dysfunctional and destructive families, who have a high level of anxiety and the presence of clinically severe depression, a tendency to suicidal tendencies and intentions. Anxiety-depressive disorders are leading in the clinical picture of addiction and increase with the development of Internet addiction, leading to vulnerability in the development of emotional self-regulation, inability to cope with stressful situations, the development of pronounced astheno-depressive states and the pathological personality formation. The findings suggest the need for psychocorrectional work with children and adolescents from the suicidal risk group to prevent the formation of dependence on computer games and social networks and communities.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

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

Материалы
Всероссийской научно-практической конференции
"Г Кандинские чтения",
посвященной 170-летию
со дня рождения В.Х. Кандинского
(Чита, 6-7 июня 2019 года)

**Под научной редакцией
А.В. Сахарова**