

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Материалы межрегиональных
научно-практических конференций

«Актуальные вопросы наркологии
в современных условиях»
(г. Чита, 08-09 июня 2023 года)

«Актуальные вопросы
психиатрии и наркологии
Дальневосточного федерального округа»
(г. Петропавловск-Камчатский,
14-15 сентября 2023 года)



2023 год

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского Минздрава России
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России
Министерство здравоохранения Забайкальского края
ГКУЗ Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского
ГАУЗ Забайкальский краевой наркологический диспансер
Министерство здравоохранения Камчатского края
ГБУЗ Камчатский краевой психоневрологический диспансер
ГБУЗ Камчатский краевой наркологический диспансер

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Материалы
межрегиональных научно-практических конференций
«Актуальные вопросы наркологии в современных условиях»
(г. Чита, 08-09 июня 2023 года)

«Актуальные вопросы психиатрии и наркологии
Дальневосточного федерального округа»
(г. Петропавловск-Камчатский, 14-15 сентября 2023 года)

**г. Чита
2023 год**

УДК 616.89

ББК 56.1

А 43

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы межрегиональных научно-практических конференций (Чита, 8-9 июня 2023 года; Петропавловск-Камчатский, 14-15 сентября 2023 года). – Чита, 2023. – 188 с.

Материалы двух межрегиональных научно-практических конференций «Актуальные вопросы наркологии в современных условиях» (Чита, 08-09 июня 2023 г.) и «Актуальные вопросы психиатрии и наркологии Дальневосточного федерального округа» (Петропавловск-Камчатский, 14-15 сентября 2023 г.) представляют собой сборник научных работ участников.

Цель конференции определена как обмен современными научными достижениями и обсуждение актуальных проблем психиатрии, наркологии и психотерапии с акцентом на особенности Дальневосточного федерального округа. Широка тематика работ, изданных в рамках проведенных научных мероприятий:

1. Современные подходы к организации психиатрической и наркологической помощи в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе: обсуждение «новых» тенденций и перспектив их внедрения.

2. Актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и поведенческих расстройств.

3. Современный взгляд на вопросы терапии, прогноза и профилактики психических заболеваний и аддикций.

4. Современные аспекты психофармакотерапии.

5. Биологические основы психических и наркологических расстройств.

6. Актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлено более 60 научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:

С.В. Шпорт, А.В. Сахаров (научные редакторы)

О.П. Ступина, О.П. Дубинин, Е.В. Назипова,

Д.И. Кургак, С.Е. Голыгина

СОДЕРЖАНИЕ

Агеенкова Е.К., Гребень Н.Ф. (Минск, Республика Беларусь) Специфика потребностей и давлений среды у пациентов с алкогольной зависимостью, проходящих лечение в условиях стационара.....	9
Агибалова Т.В., Поплевченков К.Н., Бузик О.Ж. (Москва, Россия) Особенности коморбидной психической патологии у пациентов с зависимостью от нескольких психоактивных веществ.....	13
Алигаева Н.Н. (Рязань, Россия) О некоторых аспектах наркозависимости осужденных-инвалидов.....	16
Алигаева Н.Н. (Рязань, Россия) Диагностика расстройств пищевого поведения у осужденных лиц	18
Атгаева Л.Ж., Макаров И.В. (Москва, Санкт-Петербург, Россия) Корреляционное исследование влияния степени тяжести стереотипий у детей с ранним детским аутизмом и расстройством аутистического спектра на развитие тревожных расстройств у их родителей.....	20
Бабарахимова С.Б. (Ташкент, Узбекистан) Исследование особенностей депрессивной симптоматики у подростков.....	24
Беляев А.Ф., Михайличенко Н.М. (Владивосток, Россия) Возможности лечения и реабилитации пациентов с паническими атаками методами остеопатии	28
Бурт А.А., Уваров И.А. (Ижевск, Россия) Обзор зарубежных исследований, изучающих суицидальное поведение подозреваемых, обвиняемых и осужденных.....	32
Бурт А.А., Уваров И.А. (Ижевск, Россия) Динамика заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения в пенитенциарных учреждениях	36
Васильева Е.В., Коростелева О.Е. (Курск, Россия) Особенности социального функционирования подростков, с детства страдающих психическими расстройствами	39

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г. (Томск, Россия)	
Социальная адаптация пациентов с аффективными расстройствами в зависимости от наличия коморбидности с алкогольной зависимостью	42
Васильева С.Н., Симуткин Г.Г. (Томск, Россия)	
Риск суицидального поведения пациентов с биполярным аффективным расстройством при коморбидности с алкогольной зависимостью	44
Вицкая И.Н., Гусев А.Ю. (Чита, Россия)	
Практика направления подэкспертных для проведения стационарного судебно-психиатрического обследования, анализ причин невозможности принятия решения в амбулаторных условиях.....	45
Вицкая И.Н., Гусев А.Ю. (Чита, Россия)	
Анализ динамики случаев несовершеннолетних потерпевших в преступлениях против половой неприкосновенности за 2021-2022 годы.....	48
Гиленко Т.Д. (Москва, Россия)	
Патохарактерологические особенности и их взаимосвязь с агрессивным поведением у лиц с расстройством личности	50
Голыгина С.Е., Терешков П.П., Сахаров А.В. (Чита, Россия)	
Маркеры иммунного ответа в крови пациентов с первым эпизодом шизофрении	53
Голыгина С.Е., Болдырева А.А., Мингалёв М.О., Сахаров А.В. (Чита, Россия)	
Некоторые психологические показатели студентов с суицидальными попытками в анамнезе	55
Голыгина С.Е., Омеляненко В.И., Бирюзова Л.У., Писаренко С.Ю., Шароглазова В.А., Сахаров А.В. (Чита, Россия)	
Ряд психологических характеристик пациентов с алкогольной зависимостью	57
Давыдова Ю.Д., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Мустафин Р.Н., Лобаскова М.М., Малых С.Б., Хуснутдинова Э.К. (Уфа, Москва, Россия)	
Анализ ассоциации относительной длины теломерных повторов у индивидов с депрессивной симптоматикой	59
Дубинин О.П. (Чита, Россия)	
Состояние наркологической службы Забайкальского края	61
Жукова Д.И. (Санкт-Петербург, Россия)	
Нарушение понимания ситуации при шизофрении	65
Захаров Р.И., Уваров И.А., Иванова Г.Р. (Москва, Ижевск, Россия)	
Семья в эпоху перемен	69

Захаров Р.И., Уваров И.А., Иванова Г.Р. (Москва, Ижевск, Россия) Системная этиопатогенетическая психотерапия как основа метода «сознательная трезвость»	70
Ипатов К.А. (Санкт-Петербург, Россия) Особенности аффективного состояния и его связь с мотивацией к изменению поведения в отношении пав у пациентов в период наркологической реабилитации	74
Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В. (Ташкент, Узбекистан) Динамические аспекты когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра	78
Козлов М.Ю. (Москва, Россия) Лампа Вуда персонологии – могут ли черты «темной триады» пролить свет на развитие некоторых психических расстройств?	81
Козлов М.Ю. (Москва, Россия) Зависимость и привязанность, что может сказать теория отношений о злоупотреблении психоактивными веществами	84
Коньков В.И. (Москва, Россия) Влияние экзогенных факторов на передачу алкогольной зависимости от отца к дочери	87
Коньков В.И. (Москва, Россия) Использование сенсibilизационной терапии для поддержания трезвости у больных алкоголизмом на фоне «кодирования»	88
Кормилина О.М., Теркулов Р.И., Мингазов И.Ф. (Новосибирск, Россия) О некоторых аспектах связанных с наркотиками заболеваемости и смертности населения в Новосибирской области	90
Кормилина О.М., Теркулов Р.И., Мингазов И.Ф. (Новосибирск, Россия) Анализ показателей смертности, связанной с алкоголем, в Новосибирской области	92
Кошкина Е.А., Смирновская М.С., Кошкин Е.А., Круглых А.А. (Москва, Россия) Подходы к разработке интегрального показателя по оценке качества и эффективности деятельности подразделений наркологической службы	95
Краснянская С.М., Бирюков А.В., Струкова Е.Ю. (Тамбов, Россия) Опыт реализации системы комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с психическими расстройствами	100

Лазо Ю.В., Далакова А.М., Кузнецова О.С., Шипицына П.И., Давыдова Е.В., Сахаров А.В. (Чита, Россия)	
Катамнез интеллектуальных нарушений у детей Забайкальского края	103
Лыткин В.М., Макеенко В.В., Раев В.К., Нечаев А.П. (Санкт-Петербург, Россия)	
Осоотношении состояния сознания и суицида	105
Лютин Д.В. (Санкт-Петербург, Россия)	
Тренинги адаптивного биоуправления в программах реабилитации пациентов с посттравматическими стрессовыми расстройствами	109
Милехина А.В., Драчева Е.В. (Москва, Россия)	
Применение гипербарической оксигенотерапии в комплексном лечении пациентов с рекуррентным аффективным расстройством	110
Мындускин И.В., Сахаров А.В., Голыгина С.Е. (Чита, Россия)	
Прогностическое значение некоторых маркеров нейровоспаления у пациентов с первым эпизодом шизофрении	113
Надеждин А.В. (Москва, Россия)	
Средний (медианный) уровень P _{Eth} , как возможный количественный показатель вклада алкогольной интоксикации в развитие алкоголь-атрибутированной/ассоциированной соматической патологии	117
Носова Е.С. (Полярный, Россия)	
Динамика показателей самоубийств в Российской Федерации с 1990 по 2021 гг.	120
Озорнин А.С., Иринчеев М.М., Цыренов С.Б. (Чита, Россия)	
Исследование когнитивных нарушений у больных с острым психотическим расстройством при терапии галоперидолом и рисперидоном	122
Пасько Л.Б. (Чита, Россия)	
Анализ поступления в круглосуточный стационар несовершеннолетних с суицидальным поведением	124
Пережогин Л.О. (Москва, Россия)	
Порочный круг психических расстройств у подростков – активных пользователей социальных сетей	125
Пичиков А.А., Тихомиров Д.И. (Санкт-Петербург, Россия)	
Вэйпинг и психическое здоровье подростков	129

Раменская Н.М. (Чита, Россия)

Опыт скрининговой диагностики хронического употребления алкоголя в рамках медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием133

Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Колесников Д.А., Воронько Е.А., Шевченко Е.В. (Луганск, Россия)

Влияние уровня боевого опыта на депрессивную и тревожную симптоматику137

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Голыгина Д.В., Овсянкина Д.А., Харламова В.А. (Чита, Россия)

Психологические особенности лиц, имеющих татуировки139

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Терембовецкая Е.Э., Абрамец Е.А., Сверкунова И.В. (Чита, Россия)

Некоторые психологические характеристики студентов с патологическим использованием социальных сетей141

Свилина Е.А. (Чита, Россия)

Роль психотерапии, основанной на био-психо-социо-духовном подходе и православных традициях, при реабилитации пациентов143

Ситчихин П.В. (Краснодар, Россия)

Психиатрические бригады скорой медицинской помощи в условиях реорганизации медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения147

Ступина О.П., Пасютина М.С., Клинова М.А., Кандаурова Ю.С., Мелентьева В.А., Юдина Д.А., Голубицкая Д.А., Туранова Г.В., Сахаров А.В. (Чита, Россия)

Основные эпидемиологические характеристики суицидального поведения несовершеннолетних в Забайкальском крае по данным мониторинга151

Тетендова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Надеждин А.В., Федоров М.В., Кучеров Ю.Н., Анисимова А.Н., Михалев И.В., Иванова М.Ю., Дюжев Д.В., Колобов К.Ю., Шадрин Ю.А., Шайлина И.М., Соколова Е.В. (Москва, Россия)

Использование социальных сетей пациентами наркологического стационара154

Уваров И.А. (Ижевск, Россия)

Формирование профессиональных компетенций по наркологии у студентов медицинской академии.....157

Уваров И.А. (*Ижевск, Россия*)

Психопатологические расстройства при зависимости от синтетических катинонов и синтетических каннабиноидов160

Уваров И.А., Порцева И.А., Захаров Р.И. (*Ижевск, Москва, Россия*)

Клинико-социальные особенности больных алкогольной зависимостью со стойкими, необратимыми нарушениями психических функций (инвалидность) в Удмуртской Республике162

Усюкина М.В., Корнилова С.В. (*Москва, Россия*)

Нарушение саморегуляции поведения больных эпилепсией164

Фецюра И.В. (*Тула, Россия*)

Использование глутатиона в лечении алкогольной болезни печени168

Чудаева А.А., Агибалова Т.В. (*Москва, Россия*)

Значение психотерапии родителей, имеющих детей-подростков, страдающих пагубным употреблением психоактивных веществ (постановка проблемы)171

Шилова О.В., Шаденко В.Н., Шапаревич А.С., Глебко О.П. (*Минск, Республика Беларусь*)

Распространенность депрессивных расстройств среди взрослого населения Республики Беларусь175

Якимова И.Ю. (*Чита, Россия*)

Диссоциативное расстройство множественной личности (наблюдение из практики врача-психиатра)177

Якимова И.Ю. (*Чита, Россия*)

Расстройство аутистического спектра: синдром Аспергера (клинический случай)180

Яковлева Д.В., Казанцева А.В., Давыдова Ю.Д., Еникеева Р.Ф.,

Валинуров Р.Г., Хуснутдинова Э.К. (*Уфа, Россия*)

Репликативный анализ ассоциаций GWAS-локусов генов PCDH7, XKR6, BDNF, SORCS3 с манифестацией антисоциального поведения184

СПЕЦИФИКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И ДАВЛЕНИЙ СРЕДЫ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Агеенкова Е.К., Гребень Н.Ф.

*Академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь
Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Республика Беларусь*

Синдром алкогольной зависимости является наиболее распространенным расстройством и серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. Так, по данным ВОЗ, «в европейском регионе доля общего нездоровья и преждевременной смертности, обусловленная алкоголем, самая большая в мире». Указывается, что риск вреда для здоровья и социального вреда повышается пропорционально количеству алкоголя, потребленного на протяжении всей жизни, а также возрастает риск смерти от хронических заболеваний, связанных с алкоголем (ВОЗ, 2022).

Личность пациентов с синдромом зависимости от алкоголя неоднократно становилась предметом исследований в наркологии, т.к. предполагается, что именно личностные особенности могут являться предикторами развития данного заболевания. Обзор работ по данной теме показал, что у страдающих от алкогольной зависимости снижена целеустремленность, удовлетворенность жизнью, они не воспринимают жизнь как интересный и наполненный смыслом процесс, имеют зависимые расстройства личности (Echeburúa E. et al., 2005). Указывается, что неадаптивные черты их личности оказывают влияние на патогенез, клиническое течение и исходы лечения (Gedam S.R., Pati P.S., 2018). Когнитивные установки мужчин, злоупотребляющих алкоголем, по сравнению с таковыми у здоровых отличаются большей зависимостью от одобрения окружающих, большей потребностью в любви и внимании, менее развитым чувством собственного достоинства (Гребень Н.Ф., 2021). У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя нарушены саморегуляция аффективной сферы, контроль над импульсами; они не способны поддерживать высокую самооценку, поддерживать близкие межличностные отношения и регулировать их (Сэбшин Э., 2000). Рядом авторов обнаружено, что среди зависимых от алкоголя преобладают лица с экстернальным локусом контроля, в отличие от здоровых, у которых чаще встречается интернальный локус контроля (Борок Н.Г., Суботялов М.А., 2016). При этом для них характерно представление о себе как о слабой личности, не обладающей достаточной сво-

бодой выбора, не способной контролировать события собственной жизни, а ответственность за значимые события они возлагают на других людей или случай (Павликова Ю.А., 2020). Наши исследования показали, что у пациентов с алкогольной зависимостью реализуемый ими выбор интернального или экстернального типа поведения никак не влияет на положительный исход их жизненного пути (Агеенкова Е.К., Гребень Н.Ф., 2022).

Цель настоящего исследования заключалась в изучении значимых потребностей и давления среды у пациентов с алкогольной зависимостью.

Методологическим основанием исследования явился алгоритм анализа рассказов, предложенный Г. Мерреем в его проективной методике «Тематический апперцепционный тест» (ТАТ). Он включает в себя списки 30 «потребностей» (целей, мотивов, импульсов, желаний, намерений, внутренних состояний, тенденций внешнего поведения), а также 7 «давлений среды», окружающих героев рассказа. Для достижения поставленной цели применялась методика «Персональная сказка», предложенная Е.К. Агеенковой и Ю.А. Фондо (2004), которая направлена на выявление жизненного сценария ее автора. Персональная сказка представляет собой авторское произведение, сочиненное по следующей инструкции: «Сочините, пожалуйста, сказку». При недостаточном понимании сути задания дается развернутая инструкция: «Сочините, пожалуйста, сказку, чтобы в ней были действующие лица и сюжет. Начните так: «Жил(а)-был(а)» или «Жили-были». Далее сочините, как и где жил герой сказки, что с ним происходило». В связи с тем, что исследование было направлено на определение жизненного сценария, исследуемые переменные анализа («потребности» и «давления среды») выявлялись на начальных и на завершающих этапах повествования. Это было необходимо для обнаружения и оценки жизненного события или «опыта» (Зиновьева Е.В., Костромина С.Н., 2022), которое явилось «поворотным этапом жизненного пути индивида» (Рубинштейн С.Л., 1989).

Материалом исследования явились персональные сказки пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, проходящих медикаментозное и психотерапевтическое лечение в условиях стационара. В исследование приняли участие 48 человек (28 мужчин, 20 женщин).

Результаты. Анализ персональных сказок с помощью алгоритма Г. Меррея позволил выявить следующие закономерности.

1. Наличие или отсутствие у главного героя сказок на начальном этапе повествования позитивных жизненных условий («давление среды») и связанных с ними переживаний не влияет на его завершение. В равной

степени оно может быть, как адаптивным, так и дезадаптивным.

2. В большинстве персональных сказок описывается отдельный жизненный опыт из списка «Давления среды», оказавший влияние на последующий жизненный период его главного героя («ассоциативное присоединение», «физическая агрессия», «подавление», «ограничение», «отсутствие», «отрицание», «потеря»). Причем в 36 случаях (75%) он был травматичным в эмоциональном плане и повлекшим дезадаптивное поведение, в том числе и злоупотребление «мертвой водой», «зельем», «мухоморами», «лечебным эликсиром», «волчьими ягодами» и другими символическими аналогами алкоголя. Однако в данных сказках этот негативный жизненный опыт служит лишь оправданием этой дезадаптации.

3. В большинстве случаев личностной «потребностью», ставшей основой для дезадаптивного изменения жизненного пути главного героя сказки, явилась «потребность игры», т.е. жизненная беззаботность и безответственность (27 случаев, 56,25%), фактор незащитности, включающий следующие потребности: «беспомощность», «подавленность», «пассивность», «потребность поиска покровителя», «потребность в уважении, поддержке» (18 случаев, 37,5%), а также потребность «поиск дружеских связей» (18 случаев, 37,5%). Ряд суждений пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, связанных с «потребностью игры», характеризуют их устойчивое стремление и в дальнейшем связать свою жизнь с употреблением алкоголя (3 случая, 6,25%).

4. Изучение содержательной части потребности «потребность суждения» (25 случаев, 52,1%) позволило обнаружить ряд закономерностей. Так, суждения, характеризующие волевою регуляцией жизненных процессов (например, необходимость общаться со здравомыслящими субъектами и следовать их мудрым советам, помогать своим близким и другим людям, решение спасти свой дом и свою жизнь, начать новую жизнь) приводит в конце сказки к конкретным позитивным жизненным изменениям в сторону избавления от зависимости (12 от общего количества, 25%). Отсутствие на завершающих этапах сказок реальных позитивных изменений в жизни главных героев связано с суждениями о необходимости связаться с «добрыми волшебниками», с докторами, последовать советам друзей, полюбить себя и Бога, принять принцип фатальности и другие менее определенные решения (13 от общего количества, 27,1%). Т.е. эти суждения характеризуют лишь намерения изменить жизнь, но не отражают конкретные действия в этом направлении. В этом случае необходимо принять во внимание, что нашими анализантами были лица с синдромом

зависимости от алкоголя, проходящие лечение в условиях стационара. В связи с чем подобные суждения могут быть связаны с начальным этапом психотерапевтического воздействия.

Применение методологии Г. Меррея для анализа персональных сказоч пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, позволило определить следующие их личностные характеристики:

1. У пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, их доминирующие потребности обусловлены беззаботностью, безответственностью и беспомощностью в решении жизненных задач.

2. Среди давлений среды, которые наиболее часто упоминаются в сказках пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, для оправдания дезадаптивных действий фигурируют следующие: «ассоциативное присоединение», «физическая агрессия», «подавление», «ограничение», «отсутствие», «отрицание», «потеря».

3. Наиболее эффективными стратегиями изменения дезадаптивного поведения пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, являются планы по формированию конкретного жизненного опыта, исключаящие или сводящие к минимуму такие потребности, как «потребность игры», «беспомощность», «подавленность», «пассивность», «потребность поиска покровителя», «потребность в уважении, поддержке», «поиск дружеских связей».

4. Менее адаптивные установки пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, не направлены на самостоятельное совладание с жизненными трудностями, а связаны с ожиданием помощи со стороны близких людей и «добрых волшебников».

Заключение. Используемый нами метод исследования, согласно классификации Л.Ф. Бурлачука (1997), относится к экспрессивным методам проективной психодиагностики. Данные методы дают большие возможности для раскрытия индивидуальности человека и, в частности, его целостной жизненной стратегии. Полученные результаты необходимы практикующим психотерапевтам, т.к. они дают наиболее полную информацию о направлении коррекции зависимых расстройств поведения.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ НЕСКОЛЬКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Агибалова Т.В., Поплевченков К.Н., Бузик О.Ж.

*Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ, Москва,
Россия*

Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой частоте встречаемости сочетания зависимости от психоактивных веществ и психических расстройств: от 12% в общей популяции до 80% среди пациентов психиатрических и наркологических стационаров (ВОЗ, 2022). Актуальность изучения больных с «двойным диагнозом» обусловлена не только их распространенностью, но и их низкой курабельностью, более тяжелым течением заболевания, тяжелой степенью медицинских и социальных последствий.

Цель исследования – изучение коморбидной психиатрической патологии у пациентов с зависимостью от нескольких ПАВ.

Материалом для исследования был 131 пациент. Критерии включения: диагноз «сочетанная зависимость от нескольких ПАВ» (F19.2 по МКБ-10); мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет; подписание информированного согласия на участие в исследовании. Критерии невключения: обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза. Методы: клинико-психопатологический, психометрический (шкала оценки депрессии Мантгомери-Асберг; шкала самооценки тяжести депрессии Бека) анамнестический, катамнестический, статистический.

Результаты. Все пациенты были разделены на 4 группы. В 1 группу вошло 35 пациентов (27%) с зависимостью от каннабиноидов и психостимуляторов. Во 2 группу вошло 30 пациентов (23%) с зависимостью от опиоидов и психостимуляторов. В 3 группу вошло 32 пациента (24%) с зависимостью от алкоголя и психостимуляторов. В 4 группу вошло 34 пациента (26%) с зависимостью сразу от нескольких ПАВ. Все больные после купирования основных проявлений синдрома отмены в наркологическом отделении были обследованы при помощи психометрических шкал. По результатам запросов в психоневрологические диспансеры по месту жительства больных, психические расстройства у них были выявлены до формирования зависимости. Наличие психической патологии подтверждалось после консультации психиатра.

Далее пациенты продолжали лечение в условиях стационарной или амбулаторной реабилитации. Во всех группах преобладали пациенты с расстройством личности (от 48% до 62%). В большинстве случаев встречалось диссоциальное (антисоциальное) расстройство личности (F60.2 по МКБ-10). Другая коморбидная психиатрическая патология была представлена шизотипическим расстройством (F21), депрессивным эпизодом разной степени тяжести (F32), генерализованным тревожным расстройством (F41.1). Шизотипическое расстройство наиболее часто встречалось у пациентов 1 группы (10 человек 29%) с зависимостью от каннабиноидов и психостимуляторов и 4 группы (7 человек 21%) с зависимостью от нескольких ПАВ одновременно. Депрессивный эпизод легкой и средней степени тяжести чаще всего встречался у больных 3 группы (8 человек 25%) с зависимостью от алкоголя и психостимуляторов, в этой же группе было больше всего больных с генерализованным тревожным расстройством (5 человек 16%).

У большинства больных в постабстинентном периоде преобладали аффективные нарушения разной степени выраженности. В результате обследования больных по шкале Мантгомери-Асберг были получены следующие результаты. Наиболее выражены депрессивные расстройства были у больных 2 группы ($25,42 \pm 3,04$ балла) и 4 группы ($25,82 \pm 3,94$ балла). Так же достаточно интенсивная депрессивная симптоматика прослеживалась у больных 2 группы ($24,43 \pm 4,37$ балла). Наименьшие показатели по шкале Мантгомери-Асберг были выявлены у больных 1 группы ($22,4 \pm 5,00$ балла). При этом надо отметить, что во всех группах клинические признаки депрессивной симптоматики были выраженными (более 15 баллов). Максимальные и минимальные показатели по шкале самооценки тяжести депрессии Бека по группам были схожими с показателями по шкале Мантгомери-Асберг. Наибольшие показатели наблюдались у больных 2 группы ($19,29 \pm 5,29$ баллов) и 4 группы ($19,82 \pm 5,85$ баллов). Степень выраженности депрессивных расстройств в 3 группе составила $17,49 \pm 5,96$ баллов. Минимальные показатели были у пациентов 1 группы – $16,85 \pm 5,46$ баллов. Невысокая тяжесть депрессивных расстройств при самооценке больными своего состояния была связана со снижением критического отношения к своему состоянию и заболеванию в целом. Часть больных хотела показать себя в «лучшем свете» и пыталась скрыть депрессивную симптоматику, чтобы сократить сроки пребывания в клинике и быстрее выписаться. Сниженная критика в отношении своего состояния и заболевания в целом дополнительно подчеркивает выраженность патологического влечения к

наркотику, а именно не только аффективного, но и идеаторного компонента среди всех обследованных пациентов.

Клинические проявления психопатологических расстройств в постабстинентном периоде, отличалась в зависимости от варианта коморбидной психиатрической патологии. У пациентов 1 группы с зависимостью от каннабиноидов и психостимуляторов и наличием антисоциального расстройства личности в психическом статусе преобладали тревожно-депрессивные нарушения, тревожно-ипохондрические переживания, моторная ажитация. У пациентов 1 группы с шизотипическим расстройством в психическом статусе преобладали депрессивные нарушения с тоской, тревожные расстройства, моторная заторможенность. У пациентов 2 группы чаще всего сочеталась зависимость от опиоидов и психостимуляторов с антисоциальным расстройством личности и в психическом статусе преобладали дисфорические нарушения, тревожно-злобный фон настроения, дисфорические вспышки, тревожные переживания с соматовегетативными жалобами, стойкой бессонницей. У пациентов 3 группы с зависимостью от алкоголя и психостимуляторов и антисоциальным расстройством личности в психическом статусе преобладали астено-депрессивные нарушения и гипостения. При сочетании у пациентов 3 группы зависимости от алкоголя и психостимуляторов с депрессивным эпизодом в психическом статусе преобладали депрессивные нарушения с ангедонией, идеи самообвинения, суицидальные мысли, моторная заторможенность. При сочетании у пациентов 3 группы зависимости и генерализованного тревожного расстройства в психическом статусе преобладали депрессивные нарушения с выраженными тревожными расстройствами, чувством страха, соматическими жалобами. У пациентов 4 группы с зависимостью от нескольких ПАВ чаще встречалось антисоциальное расстройство личности и в психическом статусе преобладали депрессивно-дисфорические нарушения, тревожные переживания, дисфорические вспышки, суицидальные мысли. При сочетании у больных 4 группы зависимости с шизотипическим расстройством в психическом статусе преобладала депрессивная симптоматика с тоскливым оттенком, с периодическими дисфорическими вспышками, моторной заторможенностью и чувством тревоги.

Заключение. У большинства пациентов с зависимостью от нескольких психоактивных веществ в качестве коморбидной психиатрической патологии встречается антисоциальное расстройство личности (от 48% до 62%). Из других психических расстройств у больных с зависимостью от каннабиноидов и психостимуляторов чаще всего встречается шизо-

типическое расстройство (29%). Депрессивный эпизод разной степени выраженности (25%) и генерализованное тревожное расстройство (16%) чаще всего сочетаются с зависимостью от алкоголя и психостимуляторов. У больных зависимость сразу от нескольких ПАВ чаще всего сочетается с антисоциальным расстройством личности (62%) и шизотипическим расстройством (21%). Коморбидная психиатрическая патология влияет на клиническую картину постабстинентного периода, что необходимо учитывать при психофармакотерапии и психотерапии больных в рамках лечебно-реабилитационного процесса.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ НАРКОЗАВИСИМОСТИ ОСУЖДЕННЫХ-ИНВАЛИДОВ

Алигаева Н.Н.

Академия ФСИН России, Рязань, Россия

Осужденные-инвалиды являются одной из уязвимых категорий лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы. С каждым годом их численность в исправительных учреждениях возрастает, что требует своевременной разработки программ психологического сопровождения данных лиц в период отбывания наказания.

Приобретение инвалидности является экстремальной ситуацией в жизни человека, которая влечет за собой негативные последствия, как для физического здоровья, так и психического. Травмы, поражения, заболевания, ставшие причиной развития инвалидности, тяжело проживаются человеком и могут сопровождаться соматическими и психическими болями, в стремлении избавиться от которого инвалид прибегает к уходу от реальности путем употребления психоактивных веществ, в том числе наркотических.

Химическую зависимость часто именуют болезнью эмоций, так как нарушения в эмоциональной сфере наблюдаются на каждом этапе развития зависимости, даже до злоупотребления наркотическими веществами. Эмоциональная сфера осужденных-инвалидов характеризуется сужением спектра и яркости проявляемых эмоций, их огрублением, примитивностью, нестабильностью. Осужденные испытывают трудности с опознанием эмоций и их различением, затрудненностью описания собственного эмоционального состояния. Для совладания с экстремальной ситуацией приобретения инвалидности человек может прибегать к такой страте-

гии, как «застревание» на одной из категорий временной перспективы (негативное прошлое, будущее), что может способствовать развитию депрессивных проявлений, апатии, негативизма. Употребление наркотических средств могло выступать тем механизмом, позволяющим временно облегчить состояние человека, снизить его болевые ощущения. Однако постепенная утрата способности контролировать и регулировать свое состояние приводит к его ухудшению и формированию зависимости. При прекращении употребления зависимый оказывается эмоционально не приспособленным к трезвой жизни, что приводит к возврату употребления данных веществ.

Распространены ситуации, когда предпосылками употребления наркотических веществ являются социальные (безработица, стрессовые ситуации) и психологические (низкая самооценка, тревожность, уязвимость в межличностных контактах) факторы. Злоупотребление психоактивными веществами приводит к социальной и личностной деградации: ради очередной дозы наркотика человек может совершить правонарушение с жестокими последствиями. Измененное состояние зависимого человека может способствовать обморожению, травматизации, осложнению хронических соматических заболеваний в связи с отсутствием должного медикаментозного лечения. Данные последствия являются причинами постановки осужденному группы инвалидности.

В условиях отбытия наказания значимыми задачами сотрудников психологических лабораторий являются: «помощь в осознании ответственности за свое состояние, создание установки на восстановление позитивных социальных связей, развитие рефлексивного компонента личности: анализ собственного жизненного пути, формирование конструктивного отношения к своему прошлому, формирование мотивации достижений, навыка постановки и достижения целей, снятие страха трудностей, формирование отношения к психологическому напряжению как необходимому условию собственного развития» (Ковачев О.В., 2015).

Таким образом, ситуация приобретения инвалидности, способствующая ограничению возможностей человека, может приводить к злоупотреблению наркотическими веществами с целью ухода от реальности, соматических и психических болей, от собственной беспомощности и затрудненности жизнеобеспечения. Однако и злоупотребление наркотическими веществами под воздействием социальных и психологических факторов может способствовать приобретению и развитию тяжелых соматических заболеваний, травм, совершению правонарушений, что по-

влечет постановке группы инвалидности и отбытию наказания в местах лишения свободы.

ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ

Алигаева Н.Н.

Академия ФСИН России, Рязань, Россия

Осужденные являются той категорией лиц, для которых часто свойственны различные проявления поведенческих расстройств. Условия временной изоляции до рассмотрения материалов уголовного дела в суде и вынесения приговора, ситуация отбытия наказания в местах лишения свободы являются достаточно напряженными и оказывают существенное влияние на личностные и поведенческие особенности данных лиц, в частности усугубляя уже имеющиеся психические нарушения.

Расстройства пищевого поведения осужденных представлены следующими заболеваниями: компульсивное переедание, булимия и анорексия. Переедание и голодание относятся в так называемую группу промежуточных аддикций, т.к. пища в своем содержании имеет различные химические вещества, но, в отличие от психоактивных веществ, они необходимы человеку для жизнеобеспечения и функционирования (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2001). Согласно МКБ-10 выделяют раздел F50 Расстройства приема пищи, в состав которого включены следующие заболевания: F50.0 Нервная анорексия, F50.1 Атипичная нервная анорексия, F50.2 Нервная булимия, F50.3 Атипичная нервная булимия, F50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами, F50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами, F50.8 Другие расстройства приема пищи, F50.9 Расстройство приема пищи неуточненное. Критерии, указанные в МКБ-10, позволяют врачам уточнить имеющиеся у осужденного симптомы и служат одними из основных факторов при постановке диагноза.

Для лиц с зависимым типом личности характерны следующие признаки, способные оказать помощь при диагностике расстройства: отсутствие самостоятельности в принятии решений, трудность в перенесении одиночества, беспомощность и опустошенность, легкая ранимость и восприимчивость, податливость малейшей критике и т.д. (Орлова О.В., 2015).

Прием пищи в исправительном учреждении регламентируется Прика-

зом Министерства юстиции РФ от 4 июля 2022 г. № 110 «Об утверждении Правил внутреннего распорядка следственных изоляторов уголовно-исполнительной системы, Правил внутреннего распорядка исправительных учреждений и Правил внутреннего распорядка исправительных центров уголовно-исполнительной системы», Приказом Министерства юстиции РФ от 2 сентября 2016 г. № 696 «Об утверждении Порядка организации питания осужденных, подозреваемых и обвиняемых, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы», согласно которым в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) организуется трехразовое питание (завтрак, обед и ужин) с интервалами между приемами пищи не более 7 часов. Часы приема пищи определяются начальником учреждения УИС в распорядке дня. Также продукты питания могут приобретаться осужденными в магазине, расположенном на территории исправительного учреждения, или получены путем приема посылок и передач.

Строгая регламентация приемов пищи и приобретаемых продуктов питания затрудняет процесс переживания с дальнейшим развитием психического расстройства на данном фоне. Однако одним из распространенных процессов в среде осужденных может являться голодание. Как правило, голодание выступает одним из основных способов публичного протеста, демонстративно-шантажного поведения осужденных или возможностью заявить о своих проблемах. Голодовка одного человека может перерасти в групповой отказ от приема пищи, который в некоторых случаях можно рассматривать как злостное нарушение установленного порядка отбывания наказания, как действие, дезорганизующее привычную деятельность исправительного учреждения. При этом если голодовка является отчаянным действием осужденных, пытающихся привлечь к себе внимание со стороны недобросовестных и незаконопослушных сотрудников пенитенциарных учреждений, то данное действие не может являться дезорганизующим деятельность исправительных учреждений, поскольку не содержит посягательства на жизнь и здоровье сотрудников УИС и их близких, а также не свидетельствует о попытке избежать отбывания наказания, а предоставляет возможность проведения проверки деятельности исправительного учреждения контролирующими структурами (Щербаков А.В., Сидорова М.М., Щербаков Н.А., 2016). Голодовка может формироваться на фоне диетотерапии, прописанной осужденным, имеющим острые и хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта, кожи и подкожной клетчатки и т.д. Эйфория, возникающая в состоянии

голода, способна оказывать условно-подкрепляющее действие и приводить к развитию аддикции, а также вызывает потерю контроля, что ведет к продолжению голодания, даже если оно становится опасным для его здоровья (Егоров А.Ю., 2010).

Необходимость разграничения истинного расстройства пищевого поведения от демонстративности процесса голодания вносит сложности в деятельность сотрудников исправительного учреждения. Диагноз расстройства пищевого поведения устанавливается врачом-психиатром. При подтверждении данного заболевания с осужденным реализуют необходимые мероприятия для контроля его состояния. Психологическая помощь заключается в выявлении психологических причин возникновения данных изменений и дальнейшей коррекции нарушений пищевого поведения с помощью, например, техник когнитивно-поведенческой психологии. Причинами могут выступать скрытый комплекс неполноценности, тревожность, эмоциональная нестабильность и неустойчивость, неспособность справляться с жизненными трудностями, брать на себя ответственность за принятие решений и т.д. (Орлова О.В., 2015).

Таким образом, диагностика расстройств пищевого поведения осужденных лиц должна проводиться своевременно в период первичного осмотра врача-психиатра. Сотрудники психологических служб при возникновении в ситуации голодовки спорных вопросов должны незамедлительно обратиться к медицинским работникам за подтверждением или опровержением наличия возможных пищевых поведенческих расстройств.

КОРРЕЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СТЕРЕОТИПИЙ У ДЕТЕЙ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У ИХ РОДИТЕЛЕЙ

Агтаева Л.Ж., Макаров И.В.

*Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ,
Москва, Россия*

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

*Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Введение. В течение последних десяти лет все больше и больше детей с ранним детским аутизмом (РДА) и расстройством аутистического спектра (РАС) выявляется как за рубежом, так и у нас в стране (Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э., 2019). Несмотря на разницу методов исследования в других странах (Великобритания, 2006, 2009; Япония, 2008; США, 2009; Норвегия, 2010; Южная Корея, 2011; Исландия, 2013) очевидно, что анализируемая переменная находится в диапазоне 0,87-2,64% (Фесенко Ю.А., Фесенко Е.Ю., 2021). РАС – это пожизненное расстройство развития нервной системы, характеризующееся дефицитом социального общения, повторяющимся и ограниченным паттерном поведения и необычной сенсорной чувствительностью или интересами. РАС оказывает значительное влияние на жизнь детей и их семей. Дети, которые живут с этим расстройством, имеют больше трудностей в регуляции поведения, они испытывают затруднения при общении с окружающими, в том числе с членами их семей и ровесниками (Гречаный С.В., 2021). Наличие РАС может привести так же к агрессивному поведению и самоповреждениям. Таким образом, течение РАС влияет как на самого ребенка, так и на членов его семьи.

Что касается родителей, то имеющиеся исследования показывают наличие у них возможности развития тревоги или проявления депрессивных симптомов (Саркеева Д.Ю., 2019). Учитывая масштабы распространения РАС и возможные последствия, с которыми сталкиваются родители таких детей, важно знать уровень тревоги последних, чтобы определить их потребности и оказать соответствующие меры поддержки. В нашей стране исследований по этому вопросу не проводилось. В связи с этим целью исследования являлось выявление уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РДА и РАС, а также определение корреляции между степенью тяжести стереотипий у этой группы детей и уровнем тревоги их родителей.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с 2022 по 2023 гг. на базе филиала Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ») – «Психоневрологический диспансер №15» (ПНД №15).

С целью исследования степени выраженности стереотипий у детей были использованы результаты опроса родителей (507 человек) с помощью специально разработанного валидизированного опросника. Приме-

няли шкалу степени тяжести стереотипий от 3 до 12 баллов по результатам оценки частоты, прерывания стереотипного поведения и его влияния на повседневное общение ребенка с окружающими. Оценка степени тяжести проявления стереотипий проводилась по шкале: 3-4 баллов – легкая степень; 5-7 баллов – средняя степень; 8-12 – тяжелая степень. В исследовании приняли участие родители детей в возрасте от 3 до 10 лет (средний возраст $3,7 \pm 1,2$ лет), из них 364 (71,8%) мальчиков и 43 (28,2%) девочек. Средний возраст постановки диагноза находился в пределах $3,0 \pm 1,2$ лет (от 1 до 4 лет). Большинство детей находились на момент исследования на домашней форме обучения (65,4%).

С целью исследования уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РДА и РАС, была проведена психодиагностика с помощью методики самооценки тревоги «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)», подшкала тревоги. Оценка степени тяжести проявления тревоги проводили по дополненной шкале, разделив клиническую выраженность в зависимости от степени тяжести проявления тревоги: 0-7 (нормальный уровень, тревога/депрессия отсутствуют); 8-10 (субклиническая тревога/депрессия); 11-15 (клиническая умеренно выраженная тревога/депрессия); 16-21 (тяжелый клинически выраженный уровень тревожности/депрессии). Все участники исследования подписали добровольное согласие на участие в нем.

Статистическую проработку полученных результатов проводили с помощью программного пакета Microsoft Excel 2020 и Statistica 10,0. Перед статистическими расчетами все данные были проверены на нормальность распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. Из-за отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью долевого соотношения в выборке, медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для интерпретации результатов корреляционного анализа использовалась шкала Чеддока. Учитывали наличие связей по показателям 0,50-0,69 – «средний», 0,70-0,89 – «сильный», >0,90 – «очень сильный». Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «р» принимался равным 0,05.

Результаты. Согласно ответам родителей анализируемой группы детей с РДА и РАС на предложенные вопросы опросника, содержащие сведения о частоте возникновения стереотипий, отвлечении ребенка от

стереотипического поведения, помехах стереотипий в общении ребенка с окружающими, было выявлено, что большая доля детей с РДА и РАС (64,5%) характеризуется ежедневными стереотипиями с трудным отвлечением или прерыванием стереотипного поведения (у 56,8%), которые мешают ребенку общаться с другими детьми (в 89,55% случаев), с родителями и родственникам (в 76,73% случаев), что также мешает насущным занятиям детей (в 83,23% случаев). Средний показатель частоты возникновения стереотипий составил $1,88 \pm 0,58$ баллов Ме 2 Мах 3 Мин 1 Q1: Q3 – 2:2. Средний показатель легкости отвлечения ребенка или прерывания стереотипного поведения составил $1,9 \pm 0,65$ баллов Ме 2 Мах 3 Мин 1 Q1: Q3 – 1:2. Средний показатель влияния стереотипий на общение ребенка с окружающими составил $3,82 \pm 1,2$ балла Ме 4 Мах 6 Мин 1 Q1: Q3 – 4:4. Средний общий балл тяжести стереотипий в анализируемой группе детей составил $7,6 \pm 2,3$ балла (средняя степень тяжести стереотипий) Ме 8 Мах 12 Мин 3 Q1: Q3 – 7:8.

С целью исследования уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РДА и РАС, была проведена психодиагностика с помощью методики самооценки тревоги HADS, подшкала тревоги. Так большая доля родителей детей с РДА и РАС (47,93%) характеризуется клинически умеренно выраженной тревогой. Средний показатель тревоги в анализируемой выборке родителей составил $11,6 \pm 3,01$ баллов (клиническая умеренно выраженная тревога) Ме 12 Мах 21 Мин 3 Q1: Q3 – 9,5:14.

Проведенное исследование зависимости выраженности тревоги родителей от степени выраженности стереотипий у детей показало наличие статистически значимой ($p=0,0001$) тесной связи влияния степени тяжести стереотипий на уровень тревоги у родителей при $r=0,819$.

Обсуждение. По результатам анкетирования родителей (законных представителей) выбранной когорты было выявлено, что большая доля детей с РДА и РАС характеризуется ежедневными стереотипиями с трудным отвлечением или прерыванием стереотипного поведения, которые мешают ребенку общаться с другими детьми, с родителями и родственникам, что также мешает насущным занятиям детей. Полученные данные подтверждают более ранние исследования о влиянии РДА и РАС на социализацию детей (Беспалько А.А., 2020; Balfour L.J., 2007), но в них не учитывалась тяжесть проявления стереотипий, что является актуальным и показало высокую долю частоты возникновения и тяжесть течения стереотипного поведения.

Большая доля родителей детей с РДА и РАС характеризуется клини-

чески умеренно выраженной тревогой. Эти данные подтверждают более ранние исследования о влиянии психиатрической патологии у ребенка на уровень психического состояния родителей (Keating J., Van Goozen S., Uljarevic M. et al., 2023; Shiloh G., Gal E., David A. et al., 2023). Выявлено влияние степени тяжести стереотипий на уровень тревоги у родителей: с увеличением степени тяжести стереотипного поведения у ребенка - уровень тревоги родителей так же повышается. Полученные данные подтверждают исследования, опубликованные зарубежными авторами (Kalvin C.B., Marsh C.L., Ibrahim K. et al., 2020).

Всесторонняя оценка характеристик родителей, в том числе и родительской тревожности, может помочь в разработке и точности конкретных вмешательств, ориентированных на семью.

Заключение. Тяжесть повторяющегося поведения у ребенка с РДА/РАС указывает на риск развития симптомов тревоги у его родителя с $r=0,819$, $p=0,0001$. Понимание того, что у родителей детей с РДА/РАС возможно развитие тревожных расстройств, актуально для практических врачей и нуждается в дальнейшем исследовании. Полученные результаты могут использоваться в рамках программ раннего вмешательства и помощи семьям детей с РДА/РАС.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Введение. В последние десятилетия отмечается стремительный рост депрессивных нарушений среди детско-подросткового контингента населения, связанный с воздействием на несформированных в личностном плане несовершеннолетних (Абдуллаева В.К., 2020). У детей и подростков депрессивная патология, в отличие от взрослой популяции населения, в редких случаях клинически протекает с классической симптоматикой депрессивной триады (Жукова Н.Ю., 2017; Nurkhodjaev S., 2020). Чаще всего клиническая картина депрессии имеет атипичный характер, отличается стёртостью основных симптомов, маскированностью под другие заболевания, преобладанием соматовегетативных нарушений (Абдуллаева В.К. и др., 2020). По данным ряда авторов, только 27% детей с де-

прессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались специалистами общесоматического профиля (Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S., 2020). При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с не выраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию, компьютерную зависимость (Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B., Abbasova D.S., 2020) В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями (Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., 2019).

Цель исследования: изучить особенности депрессивной симптоматики у подростков с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи.

Материал и методы исследования. Объектом для исследования было выбрано 111 подростков в возрасте от 15 до 19 лет включительно, 78 мальчиков и 33 девочек (средний возраст $16,96 \pm 1,98$ лет), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента с наличием депрессивных расстройств. Клинико-психопатологический метод применялся для выявления ведущего на момент осмотра психопатологического синдрома. Все установленные диагнозы основывались на критериях МКБ-10. Личностные особенности подростков мы определяли при помощи Модифицированного патохарактерологического диагностического опросника (Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001). Депрессивные расстройства нами были выявлены с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга (ZDRS) (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 1995).

Результаты и их обсуждение. На инициальном этапе нашего исследования было проведено изучение особенностей клинических проявлений депрессивной патологии у подростков. Согласно классификации Э.Г. Эйдемиллера (2005), в подростковом возрасте депрессивная симптоматика подразделяется на подростковые депрессивные эквиваленты – делинквентный, астенопатический, тревожный, ипохондрический, которые маскируют типичную классическую триаду депрессии, воспринимаются как особенности пубертатного периода и весьма затрудняют диагностику

и лечение. В нашем исследовании все подростки были распределены на пять групп в зависимости от преобладания ведущего симптома депрессии – дисфорическая, тревожная, дисморфофобическая, астенопатическая и маскированная.

Дисфорическая депрессия клинически проявлялась вспышками то-скливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцирует формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствует побегам из дома и бродяжничеству, приводит подростка в асоциальные компании. В клинических проявлениях дисфорической депрессии нами выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурение, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. В нашем исследовании дисфорическая депрессия была верифицирована чаще (у 33 подростков), чем другие виды, и в основном наблюдалась у мальчиков с социализированным расстройством поведения.

У подростков с тревожной депрессией на фоне сниженного настроения возникало чувство ожидания опасности неопределённого характера, которое формировало представление о неблагоприятном развитии событий, подростки находились в состоянии постоянного напряжения, во власти дурных предчувствий, у них наблюдались соматовегетативные реакции, неусидчивость и непоседливость, неадекватное реальной ситуации поведение. Тревожная депрессия была установлена у 30 подростков обследуемой группы.

Дисморфофобическая депрессия наблюдалась лишь у 14 (12,61%) девочек-подростков. В клинической картине дисморфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты. В отличие от нервной анорексии, девочки с дисморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограниченное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удручёнными, у них отмечалось чувство малоценности, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождалось понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничужения.

В клинической картине астенопатической депрессии ведущими жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Пониженный фон настроения при астенопатической депрессии неправильно трактовать как апатию, скорее всего это скудость проявлений снижения настроения. Вариант астенопатической депрессии встречался у 14 подростков, которые в большей мере предъявляли жалобы на слабость, плаксивость, быструю истощаемость и усталость.

У пациентов с маскированной депрессией на первом плане были жалобы ипохондрического характера, такие подростки аgravировали имеющимися соматическими заболеваниями, на фоне пониженного настроения, отсутствия аппетита, повышенной утомляемости, отказывались посещать школьные занятия и уроки, готовить домашние задания, помогать по дому. Маскированная депрессия встречалась у 20 пациентов исследуемой выборки.

Нами была изучена корреляция между клинической формой депрессии и типом акцентуации характера подростка. Сравнительный анализ распределения подростков с разным типом акцентуации характера в зависимости от клинической формы депрессии выявил относительное преобладание дисфорических депрессий у подростков с эпилептоидной акцентуацией характера (18,0%), однако статистически достоверных различий с подростками с истероидным (9,0%; $p > 0,05$), аффективным (1,8%; $p > 0,05$), гипертимным (0,9%; $p > 0,05$) и неустойчивым (1,8%; $p > 0,05$) типом акцентуации характера по этому показателю не выявлено. Тревожная депрессия чаще наблюдалась у подростков с психастеническим складом личности (12,6%), хотя статистически значимых различий с истерическим (2,7%; $p > 0,05$) и аффективным (11,7%; $p > 0,05$) складом личности не обнаруживалось. Астенопатическая депрессия чаще наблюдалась у истерических личностей (5,4%), однако достоверных различий с личностями аффективного (0,9%; $p > 0,05$), психастенического (3,6%; $p > 0,05$) и неустойчивого (2,7%; $p > 0,05$) склада не установлено. Дисморфофобическая депрессия встречалась у 11,7% подростков с истероидной акцентуацией характера,

однако различия с личностями психастенического (0,9%; $p>0,05$) склада по этому признаку не обладали статистической значимостью. У гипертимных (5,4%) личностей относительно чаще диагностировалась ипохондрическая депрессия, но статистически значимых различий с подростками с истероидным (2,7%; $p>0,05$), аффективным (0,9%; $p>0,05$), психастеническим (4,5%; $p>0,05$) и неустойчивым (2,7%; $p>0,05$) типами акцентуации характера по этому показателю не выявлено. Корреляция клинической формы депрессии с преморбидными типологическими особенностями личности оказалась достаточно сильной ($C=0,71$; $p<0,001$) и превышала размеры связи с нозологической принадлежностью депрессивного расстройства.

Заключение. Таким образом, проведённое исследование установило, что наиболее часто в пубертатном периоде формируются дисфорические депрессии со значительными нарушениями поведения у лиц с эпилептоидной акцентуацией характера. Полученные результаты позволяют выделить важные личностные мишени психотерапевтической работы с пациентами, склонными к развитию депрессивной симптоматики.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПАНИЧЕСКИМИ АТАКАМИ МЕТОДАМИ ОСТЕОПАТИИ

Беляев А.Ф., Михайличенко Н.М.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет,
Владивосток, Россия*

Панические атаки (ПА) являются актуальной проблемой в области охраны здоровья, как в России, так и за рубежом в связи с высокой распространенностью, опасностью перехода в хронические и более тяжелые формы, социальной дезадаптацией (Федоряка Д.А., 2016). Распространенность панических атак в течение жизни в общесоматической сети достигает 22,7% (Чухловина М.Л., 2020).

Нередко паническая атака выступает симптомом основной патологии – соматического заболевания (ИБС, нейроциркуляторной дистонии, язвенной болезни желудка, хронического аднексита и т.п.) или психического расстройства (ипохондрии, депрессии, истерического или тревожно-фобического невроза, невроза навязчивых состояний, шизофрении) (Казенных Т.В. и др., 2016).

В настоящее время диагностика и лечение ПА представляют собой

серьезную медико-социальную проблему, поскольку дифференциальная диагностика нередко затруднена из-за наличия жалоб на боль в сердце, сердцебиение, одышку, затрудненное дыхание, головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, сопровождающиеся тревогой, страхом смерти (Чухловина М.Л., 2014).

Особенности клинической картины вызывают затруднения не только у пациентов, но и у специалистов по внутренним болезням. Отсутствие настороженности и информированности у специалистов в отношении тревожных расстройств в сочетании со стойкими «необъяснимыми симптомами» приводят к чрезмерным финансовым потерям на дорогостоящие дополнительные исследования и оказывают отрицательное влияние на социальные и профессиональные качества пациента, так как у него формируется стойкая уверенность в том, что он страдает «опасной» соматической патологией (Шиков А.С., 2018.)

Тело для обычного человека часто выступает смутным объектом, сводящимся к болевым ощущениям, внешнему виду, физиологическим потребностям. То, как тело реагирует на психологическое и эмоциональное неблагополучие, остается закрытым и непонятным человеку, что осложняет саму картину болезни и ее диагностику. Тело вписывается в автобиографию, а зачастую меняет и сам ход личной истории человека, как, например, происходит при тяжелом физическом заболевании. Имеется и обратная зависимость тела от психологического состояния (Николаева В.В., 2011). Современная наука, стремительно движется к пониманию взаимосвязи психических состояний и памяти тела человека, физиологических реакций и психических процессов личности, механизмов связи психических состояний и тела человека (Ревуцкая И., 2017)

Выбор остеопатического метода в реабилитации пациентов с паническими атаками связан с его успешным применением в сфере восстановительной медицины, например, при лечении вертеброгенных заболеваний периферической нервной системы (Красноярова Н.А., 2014), цереброваскулярных заболеваний (Белаш В.О. и др., 2022), хронической головной боли напряжения (Новиков Ю.О. и др., 2022; Мирошниченко Д.Б., 2017; Касумова А.А. и др., 2021), цервикогенных головных болей (Шишин И.В. и др., 2013), миофасциального болевого синдрома (Зуев Д.С. и др., 2019), синдрома вегетативной дистонии (Красноярова Н.А., 2014), дыхательных расстройств при Ковид-пневмонии (Беляев А.Ф. и др., 2021, 2022).

Целью нашего исследования явилась попытка обосновать возможности применения методов остеопатии в лечении и реабилитации пациен-

тов с паническими атаками.

Материал и методы. В исследовании, длящемся 3 месяца, участвовали 80 человек с паническими атаками в возрасте от 18 до 60 лет, которые методами рандомизации были распределены на 2 группы по 40 человек: основную, в которой применялся комплексный подход в виде фармакотерапии и методов остеопатии, и группу сравнения, где использовалась только фармакотерапия.

В обеих группах при фармакологическом лечении использовались антидепрессанты из группы СИОЗС (пароксетин, сертралин, флуоксетин, эсциталопрам), антидепрессанты из группы СИОЗСиН (венлафаксин), индивидуально назначались транквилизаторы (алпрозалам, диазепам, грандаксин, мезапам).

В обеих группах экспериментально-психологическое тестирование (шкала депрессии Бека, шкала тревоги Гамильтона, опросник Вейна) проводилось до и через 3 месяца после лечения. Показатели психоэмоциональных нарушений сравниваемых групп пациентов до лечения были статистически не значимы. В основной группе остеопатическое тестирование и лечение проводилось 4 раза: в первый месяц 1 раз в 2 недели, в последующие 2 месяца 1 раз в месяц. Остеопатическая коррекция проводилась с учетом выявленных у пациентов соматических дисфункций и носила индивидуальный характер. Феноменом остеопатической диагностики является пальпаторное выявление соматических дисфункций (СД), проявляющихся как нарушение подвижности, податливости и равновесия тканей; нарушение крово- и лимфообращения, выработки и передачи эндогенных ритмов и нарушение нервной регуляции (Потехина Ю.П., 2020).

Результаты. После проведенного лечения и реабилитации пациентов с паническими атаками было установлено, что при терапии методами остеопатии положительная динамика в виде исчезновения и урежения приступов наблюдалась у 82,5% пациентов основной группы (через 3 месяца лечения), а в группе сравнения только у 32,5%.

При остеопатическом тестировании у всех пациентов в исследуемых группах были обнаружены соматические дисфункции регионов головы, твердой мозговой оболочки, грудного отдела позвоночника, ребер. Функциональные биомеханические нарушения в различных отделах позвоночника, дисфункции в краниосакральной системе вызывают рефлекторные и компрессионные воздействия на периферическую нервную систему, влияют на кровоснабжение головного мозга, на венозный отток из полости черепа, на секрецию и резорбцию спинномозговой жидкости, оказывают

воздействии на симпатическую и парасимпатическую нервную систему (Потехина Ю.П. и др., 2020).

В основной группе на фоне комплексного лечения отмечалось значительное уменьшение и исчезновение соматических дисфункций различных регионов тела (черепа, таза, позвоночника, твердой мозговой оболочки, печени), что явилось по критерию Манна-Уитни статистически значимым ($p < 0,05$) фактором. На фоне фармакологического лечения у пациентов группы сравнения остеопатические повреждения оставались неизменными.

Среди соматических дисфункций сфено-базилярного синхондроза (СБС) наблюдалось сочетание нескольких паттернов, как правило, преобладали латеральный стрейн, правая торсия, правый СБР. У 82,5% пациентов основной группы и у 85% группы сравнения правая торсия сочеталась с правым СБР и латеральным стрейном влево. У 10% пациентов основной группы и у 12,5% пациентов группы сравнения левая торсия сочеталась с левым СБР и латеральным стрейном вправо.

На фоне комплексного лечения удалось устранить соматические дисфункции костей черепа в основной группе у 95,0% пациентов. У 2 (5,0%) пациентов остались только локальные соматических дисфункции сфено-базилярного синхондроза. В группе сравнения соматические дисфункции остались неизменными. Наряду с повышенным уровнем тревоги, депрессии, вегетативных расстройств у пациентов с ПА выявлены соматические дисфункции в нескольких регионах тела, что говорит о глобальном уровне поражения, что может играть роль в патогенезе панических атак, способствовать их хроническому течению.

В результате реабилитации пациентов с паническими атаками отмечалась положительная динамика показателей депрессии, тревоги, вегетативных изменений в обеих группах, но в основной группе показатели психоэмоциональных нарушений стали достоверно меньше, а в группе сравнения была отмечена только тенденция к снижению психоэмоционального напряжения. Так, уровень депрессии в основной группе снизился с $15,40 \pm 1,28$ до $4,2 \pm 0,43$ баллов, а в группе сравнения с $15,85 \pm 1,13$ до $9,88 \pm 1,04$; уровень тревоги в основной группе снизился с $24,85 \pm 1,02$ до $8,60 \pm 0,85$ баллов, а в группе сравнения с $23,75 \pm 1,14$ до $12,55 \pm 1,09$ баллов. Уровень вегетативных изменений в основной группе до лечения составлял $43,0 \pm 1,32$ баллов, через 3 месяца лечения стал $13,18 \pm 1,22$, а в группе сравнения отмечено снижение с $41,05 \pm 1,57$ до $24,48 \pm 1,89$ баллов.

Для оценки выраженности болевого синдрома использовалась

10-балльная визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли. В основной группе отмечалось снижение головной боли на фоне комплексного лечения с $4,63 \pm 0,41$ баллов до $1,02 \pm 0,24$ баллов, в группе сравнения – с $4,6 \pm 0,49$ до $3,63 \pm 0,42$ баллов. Аналогичная динамика прослеживается при сравнении болевого синдрома в грудном отделе позвоночника: в основной группе показатель снизился с $4,35 \pm 0,44$ до $0,68 \pm 0,23$ баллов, в группе сравнения с $4,0 \pm 0,51$ до $3,42 \pm 0,49$ баллов.

Заключение. Таким образом, остеопатическая коррекция соматических дисфункций позволяет не только восстановить подвижность костей черепа, позвоночника, ребер, но и улучшить работу вегетативной нервной системы, оказать положительное влияние на психоэмоциональную сферу, тем самым повысить эффективность фармакотерапии и реабилитационных мероприятий при лечении пациентов с паническими атаками.

Изучение телесности пациентов с паническими атаками методами остеопатии является интересным направлением и может быть перспективным для разработки методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

ОБЗОР ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ИЗУЧАЮЩИХ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДОЗРЕВАЕМЫХ, ОБВИНЯЕМЫХ И ОСУЖДЕННЫХ

Бурт А.А., Уваров И.А.

Научно-исследовательский институт ФСИН России,

Ижевск, Россия

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Значимость исследования суицидального поведения в пенитенциарных учреждениях трудно переоценить. По сей день данная проблема остается актуальной для всех стран мира. Осужденные являются наиболее уязвимой категорией для самоубийств и самоповреждающего поведения, так как являются мишенью различных пенитенциарных факторов, в том числе пенитенциарного стресса, насилия в тюрьме, дисциплинарных наказаний. Данные факторы усугубляются особым фоном этих лиц: неблагоприятным социальным анамнезом, наличием психиатрической патологии, отрицательным криминальным опытом.

Целью нашего исследования был обзор научных статей, посвящен-

ных исследованиям суицидального поведения подозреваемых, обвиняемых и осужденных в зарубежных странах.

Материалы и методы. Нами был проведен обзор научных статей научно-медицинского ресурса <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> о распространенности суицидального поведения среди подозреваемых, обвиняемых и осужденных с психическими расстройствами. Ключевыми словами поиска в базе были «суицидальное поведение», в также «осужденные», «заклученные», «психические расстройства», «расстройства поведения».

Результаты. Данные авторитетного журнала «Lancet Psychiatry» приводят обширный систематический обзор и мета-анализ, в котором обобщены результаты 35 независимых исследований из 20 стран. В общей сложности проведен анализ 663 735 заключенных, из которых около 3,8% наносили себе повреждения в тюрьме. По данным этих исследований проведено ранжирование факторов риска, способствующих нанесению самоповреждений. Всего проанализировано более 40 факторов риска. На первом месте среди факторов риска были предшествующие суициды, включая текущие и недавние суицидальные мысли, суицидальные мысли в анамнезе в течение всей жизни, а также предыдущие членовредительства. Большое значение для выявления факторов риска членовредительства в тюрьме играл отягощенный психиатрический анамнез: наличие психиатрического диагноза, особенно выраженная депрессия и пограничное расстройство личности. Кроме того, были приняты во внимание и специфические пенитенциарные факторы: одиночное заключение, дисциплинарные нарушения, а также применение в отношении заключенного физического или сексуального насилия. В числе прочих отмечены факторы, которые обладали низкой специфичностью именно для самоповреждения и суицидального поведения в тюрьме: социально-демографические и криминологические факторы.

На основании данных систематического обзора построена таблица ранжирования факторов риска самоубийств в пенитенциарных учреждениях.

Сравнение риска наступления суицида у осужденных с психическим расстройством и без проведено в исследовании S. Fazel et al. (2013). В данном систематическом обзоре в качестве примера были взяты биполярное расстройство, депрессия и расстройства шизофренического спектра. Приведен анализ 5 исследований. Авторы отмечают более высокий риск суицидов у заключенных при расстройствах шизофренического спектра, на втором месте находится депрессия. Тогда как биполярное расстройство

считается не настолько выраженным в плане суицидального риска – риск выше в 2,4 раза.

Таблица 1.

Ранжирование факторов риска суицидов в пенитенциарных учреждениях зарубежных стран

№ п/п	Фактор риска	Отношение шансов
1	Текущие или недавние суицидальные мысли	13,8
2	Выраженная депрессия	9,3
3	Пограничное расстройство личности	9,1
4	Суицидальные мысли в анамнезе в течение всей жизни	8,9
5	Наличие психиатрического диагноза	8,1
6	Предыдущие членовредительства	6,6
7	Одиночное заключение	5,6
8	Дисциплинарные нарушения	3,5
9	Жертва сексуального или физического насилия в тюрьме	3,2
10	Биполярное расстройство	2,4
11	Социально-демографические факторы	1,5-2,5
12	Криминологические факторы	1,8-2,3

Анализ суицидального поведения среди осужденных женщин проведен в статье, посвященной описанию исследования случай-контроль у женщин, совершивших попытку суицида в тюрьме. Подчеркнуто, что наличие депрессии у женщин повышает вероятность суицида в 23,7 раза, а наличие 2-х и более психических расстройств – в 18 раз. Если же известно, что если женщина ранее получала стационарное лечение в психиатрической клинике, то это повышает шансы самоубийства в 25 раз, а если в анамнезе были попытки суицида, то вероятность повторного совершения парасуицидальных попыток повышается в 129 раз (Marzano L. et al., 2010).

В качестве валидных диагностических критериев высокого риска самоубийства или самоповреждения отмечено (Perry A.E. et al., 2010), что

наиболее точными оказались четыре инструмента скрининга: Контрольный список самоубийств, Шкала вероятности самоубийства, Опасения по поводу самоубийства для правонарушителей в тюремной среде (SCOPE) и Шкала потенциального самоубийства. Два последних теста указывали на наиболее высокие индексы чувствительности и специфичности.

Известно также несколько исследований, обобщающих результаты скрининга на оценку риска суицидального поведения. В частности, имеется исследование N.B. Riblet et al. (2022), которое указало на несколько эффективных способов оценки суицидального риска с поправкой на различные лечебные учреждения, психиатрические стационары и тюрьмы. Данный систематический обзор проведен с учетом исследований за последние 60 лет, что является наиболее масштабным анализом в сфере профилактики суицидов в закрытых учреждениях.

Изучение программ по предотвращению суицидального и самоповреждающего поведения в исправительных учреждениях согласно данным систематического обзора (Stijelja S., Mishara B.L., 2022) показало, что за последние 20 лет наибольшее количество исследований по антисуицидальным программам проведено в США (54%). Чаще всего данные работы носили описательный характер без наличия контрольной группы (38%). Наибольшую эффективность программ авторы обзора отмечают в отношении снижения смертности от самоубийств, тогда как программы снижения инцидентов и членовредительства и снижения суицидальных мыслей были менее эффективны. Кроме того, исследователи отмечают эффективность многокомпонентных программ, направленных на различные факторы наступления суицида.

Заключение. Таким образом, в преддверии предстоящего исследования в отечественной пенитенциарной системе были проранжированы факторы риска суицидального поведения среди осужденных. На первом месте находились присутствующие у заключенного текущие или недавние суицидальные мысли, на втором – выраженная депрессия. Кроме того, имеющими высокое значение факторами риска являлись суицидальные мысли в анамнезе в течение всей жизни, а также наличие психиатрического диагноза. Среди женщин доля этих факторов многократно усиливалась, при этом распространенность суицидального поведения среди осужденных женщин была также многократно выше, чем у остального контингента.

**ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Бург А.А., Уваров И.А.

Научно-исследовательский институт ФСИН России,

Ижевск, Россия

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Нередко заболевания, связанные с психическими расстройствами, индуцируют повышенную преступность. По данным И.Ф. Обросова (2004), в исправительных колониях отмечается высокий удельный вес осужденных, страдающих психической патологией. Зачастую к уголовной ответственности привлекаются лица, имеющие психические расстройства, но степень выраженности у них такова, что они могут понимать характер и значение действий, совершенных ими. Необходимо уделять особое внимание осужденным, имеющим в «анамнезе» подтвержденные психические расстройства, а также учитывать степень выраженности психических заболеваний при назначении наказания. Также стоит помнить о том, что ведение преступного образа жизни, условия содержания в местах лишения свободы отражается на восприятии осужденных и тем самым формирует определенные особенности (Димитров А.В., Сафронов В.П., 2003). Больные с психическими расстройствами и страдающие пагубными зависимостями чаще всего совершают преступления, осуществляют кражи, растраты, мошенничество. Значительной опасностью обладает поведение таких больных при галлюцинациях, при котором около 43% больных подчиняются приказам голосов и совершают преступления против половой свободы и половой неприкосновенности личности. Больные с бредовыми идеями преследования, бредом воздействия, бредом особого значения, императивными и комментирующими галлюцинациями чаще совершали преступления против жизни и здоровья (более чем в 60%), реже противоправные действия против собственности (около 25%), в меньшей степени хулиганские действия (от 3% до 10%) (Волкова Т.Н., Михайлова А.В., 2008). Совокупность свойств личности и приобретенных психологические качества в результате заболевания оказывает значительное влияние на поведение личности, проявляющееся в социальных, уголовно-правовых, а также уголовно-исполнительных характеристиках осужденных (Гофман А.Г., 2017; Воронин Р.М., Датий А.В., Кузнецова

А.С., 2023). Анализ дисциплинарной практики в исправительных учреждениях и следственных изоляторах Российской Федерации показывает, что наркозависимые обвиняемые, подозреваемые и осужденные чаще других становятся нарушителями режима отбывания наказания (Гришко А.Я., 2007; Ганишина И.С., Жарких А.А., 2013). При этом распространенность психических расстройств среди женщин, отбывающих наказание в исправительных колониях, также высока (Барденштейн Л.М., Шаклеин К.Н., 2023; Ежова О.Н., 2023). Они отличаются эмоциональной лабильностью, не устойчивостью к стрессу, чувствительностью, повышенной тревожностью, демонстративностью в поведении, восприимчивостью (Шаклеин К.Н., Барденштейн Л.М., 2023).

Целью нашей работы был анализ трендов заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения среди осужденных, находящихся в пенитенциарных учреждениях Российской Федерации в период с 2016 по 2021 гг.

Материалы и методы. В работе проведен анализ сведений ведомственных статистических форм ФСИН России по психическим заболеваниям (ПИН-8), по заболеваемости контингента (ЗАБ-3) и по численности контингента (ФСИН-1) за 2016-2021 гг. Произведен расчет экстенсивных и интенсивных показателей уровня, динамики и структуры заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения среди контингента осужденных лиц.

Результаты. Показатель общей заболеваемости психическими расстройствами среди осужденных имел волнообразные изменения за период 2016-2021 гг. В 2021 г. данный показатель составил 7789,1 на 100 тыс. осужденных, что на 3% меньше, чем в 2016 г. (7964,1 на 100 тыс. осужденных). Оценивая результаты за 2016-2021 гг. общей заболеваемости среди осужденных, видно, что заболеваемость алкоголизмом составляет примерно половину среди заболеваемости психическими расстройствами; при этом большую часть занимает заболеваемость наркоманией.

Наибольшая заболеваемость алкоголизмом среди осужденных по различным типам учреждений принадлежит традиционно ЛИУ для больных наркоманией. Значение заболеваемости алкоголизмом в ЛИУ для больных наркоманией в 2021 г. составило 43166,7 на 100 тыс. осужденных, что на 29% больше, чем в 2016 г. (33440,6 на 100 тыс. осужденных). На втором месте среди зарегистрированной заболеваемости – ЛИУ для больных туберкулезом (заболеваемость колебалась от 4868,0 на 100 тыс. до 5967,9 на 100 тыс. осужденных в 2021 г.). На третьем месте были исправительные

учреждения – заболеваемость алкоголизмом в них за 6 лет повысилась на 17% с 2990,2 до 3497,2 на 100 тыс. осужденных в 2021 г.

Показатели заболеваемости психическими расстройствами, алкоголизмом и наркоманией среди осужденных женщин за 2021 г. составили соответственно: 40192,2 на 100 тыс. осужденных женщин, что на 7% меньше, чем в 2016 г.; 8131,1 на 10 тыс. осужденных женщин, что на 4% меньше по сравнению с 2016 г.; 18386 на 100 тыс. осужденных женщин, что на 8% меньше, чем в 2016 г. Сравнивая данные за 2016-2021 гг. среди осужденных женщин, можно отметить, что заболеваемость наркоманией составляет половину от заболеваемости психическими расстройствами, а заболеваемость алкоголизмом составляет четверть среди заболеваемости психическими расстройствами.

Показатели заболеваемости наркоманией и алкоголизмом среди несовершеннолетних осужденных значительно уменьшились за 6 лет. Так, показатель заболеваемости наркоманией в 2021 г. составил 3852,1 на 100 тыс. осужденных несовершеннолетних, что на 57% меньше, чем в 2016 г.; показатель заболеваемости алкоголизмом в 2021 г. – 693,4 на 100 тыс. осужденных несовершеннолетних, что на 86% меньше, чем в 2016 г.

По данным анализа структуры психических заболеваний за 6 лет можно сделать следующие выводы, что за 2016 г. лидирующую позицию занимают психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ – 56,31%; на 2-ом месте – наркомании – 37,5%; 3 место занимает алкоголизм – 17,37%; на 4-ом месте – органические, включая симптоматические психические расстройства – 14,78%. Оценивая в динамике структуру заболеваний среди лиц, находящихся в местах лишения свободы, можно отметить, что за 6 лет среди всех психических заболеваний среди осужденных структура резко не изменилась. Пятое место в структуре заболеваемости психическими расстройствами принадлежит сочетанию ВИЧ-инфекции с наркоманией.

Заключение. Значительную долю среди осужденных с психическими расстройствами и расстройствами поведения занимают наркомании. Алкоголизм составляет примерно четверть от общей заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения. Традиционно численность осужденных с психическими расстройствами и расстройствами поведения сконцентрирована в лечебно-исправительных учреждениях, как наркологического профиля, так и предназначенных для лиц, больных туберкулезом. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения среди женщин и среди несовершеннолетних осужден-

ных за 6 лет имеет тенденцию к снижению. Наиболее выражено снижение среди подростков: по наркомании – на 57%, по алкоголизму – на 86%. В структуре заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ, на втором месте – наркомании, на третьем месте – алкоголизм.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ, С ДЕТСТВА СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИ- МИ РАССТРОЙСТВАМИ

Васильева Е.В., Коростелева О.Е.

Курская клиническая психиатрическая больница им. святого великомученика и целителя Пантелеимона, Курск, Россия

В настоящее время большое значение в развитии здравоохранения уделяется сбережению психического здоровья подрастающего поколения, что обусловлено медицинскими, кадровыми и социально-экономическими аспектами. Психические расстройства, начавшиеся в раннем возрасте, негативно отражаются на формирующейся психике и личности, что осложняет процессы социализации. На современном этапе развития психиатрии, когда благодаря эффективному и своевременному проведению диагностических обследований, психофармакотерапии и доступности реабилитационных мероприятий удается в большинстве случаев значительно уменьшить выраженность дефекта заболевания, скорректировать поведенческие нарушения, устранить продуктивные расстройства, но остаются проблемы, связанные с социальным функционированием и адаптацией (Андреева О.О. и др., 2013). Ранняя инвалидизация по психическому заболеванию – устойчивый феномен, при этом во взрослом возрасте большинство детей-инвалидов переходят в разряд инвалидов II группы (Шмакова О.П., Андреева О.О., 2013).

Социально-психологическая адаптация предполагает приспособленность личности к гармоничной жизнедеятельности в обществе, которая объединяет необходимость соответствовать требованиям социума и собственными потребностями, мотивами, интересами. Актуальность исследования социальной адаптации в психиатрии, как одной из наиболее социально ориентированных направлений в медицине, приобретает особое значение с акцентом на возможностях приспособить пациентов в социуме,

а также эффективной оценки социальных навыков и адаптации с целью определения социального функционирования в обществе и направления на медико-социальную экспертную комиссию.

Цель нашего исследования: изучить и оценить уровень сформированности социальных навыков и умений для эффективной социальной адаптации подростков, с детства страдающими психическими заболеваниями, для дальнейшего направления на медико-социальную экспертизу, а также улучшения и оптимизации медико-психологической помощи.

В подростковом кабинете врача-психиатра отдела детской психиатрии диспансерного отделения ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» (ОБУЗ ККПБ) под наблюдением состоят подростки, страдающие с детства психическими расстройствами. Одной из задач врача-психиатра является направление подростков и детей на медико-социальную экспертизу и оценка их адаптации и социального функционирования. Подростковый врач-психиатр направляет своих пациентов в год совершеннолетия на МСЭ с целью уточнения нарушения психических функций для определения степени ограничения жизнедеятельности (I, II или III группа инвалидности). Важным критерием является оценка социального функционирования и адаптации подростков в социуме.

Психологическое пространство имеет большое и разнообразное количество диагностических методик для оценки социально-психологической адаптации, но большинство методик имеют сложно-сформулированные вопросы, и подростки, имеющие интеллектуальный дефект или снижение когнитивных функций, быстро истощаемы и инертны, что затрудняет возможность объективно оценить вопросы и ставит под сомнение полученные результаты. Существует «Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» для выявления социального функционирования и адаптации подростков, страдающих с детства психическими заболеваниями – опросник для выявления и оценки степени выраженности нарушений формирования жизненно необходимых повседневных навыков и умений у подростков и лиц юношеского возраста (14-19 лет) с детства страдающих хроническими психическими заболеваниями. Это структурированный опросник, состоящий из 149 утверждений, которые специалист должен подтвердить или опровергнуть в разговоре с пациентом. Предполагается присутствие третьего лица, непосредственно опекающего пациента, поскольку ответы на ряд утверждений могут вызвать затруднения у больного, и требуют

участия близкого ему взрослого.

Подростковый врач-психиатр совместно с медицинскими психологом в течение года обследовали юношей (парней и девушек), которым был установлен психиатрический диагноз в детском возрасте и имеющих инвалидность и претендующих на дальнейшее направление на МСЭ с целью уточнения степени инвалидизации. В ходе исследования в рамках одного психиатрического диагноза наблюдались разные показатели в зависимости от начала возникновения болезненного состояния и типа течения. Некоторые подростки на фоне психофармакотерапии, прохождения психосоциальной реабилитации (активно занимались с психологами, социальными работниками), чьи родители адекватно реагировали и принимали особенности заболевания ребенка, выполняли все рекомендации врачей, включались в программу психообразования, что благоприятно сказывалось на адаптации подростка в социуме. Так же мы наблюдали зависимость формирования социальных навыков и умений от типа воспитания и принятия психического нарушения ребенка родителями. При гиперпротекции родители оберегали ребенка и не формировали необходимые социальные навыки. Была вторая крайность, когда родители долго игнорировали особенности нарушения и не предпринимали необходимые меры, в результате был упущен сенситивный и самый благоприятный возрастной период для формирования соответствующих социальных навыков, которые в будущем помогли бы более эффективной социальной адаптации.

Мы можем сделать вывод, что на формирование социальных навыков и умений подростков, страдающие психическими расстройствами с детства, влияет не только физиологическая, нейрокогнитивная и интеллектуальная особенности течения заболевания, но и тип семейного воспитания, психообразование родителей, а также недостаток социального образования у детей и подростков. Поэтому необходимо больше уделять времени в детских психиатрических учреждениях на психообразование родителей или опекунов, активно включать в работу специалистов по социальной работе, способствовать формированию необходимых социальных навыков и умений для эффективной социализации подростков.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ КОМОРБИДНОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, Россия

Алкогольную зависимость относят к числу наиболее часто встречаемых коморбидных патологий при аффективных расстройствах (Nabavi B. et al., 2015). Аффективные расстройства при коморбидности с алкогольной зависимостью отличаются более частым повторением депрессивных эпизодов, большим числом суицидальных попыток, большей степенью дезадаптации и худшим прогнозом (Cardoso B.M. et al., 2008; Simhandl C. et al., 2016).

Цель: определение уровня социальной адаптации пациентов с аффективными расстройствами в сочетании с алкогольной зависимостью.

Материал и методы. Было обследовано 63 пациента с аффективными расстройствами (20 женщин и 43 мужчин). Возраст пациентов женского пола – ME = 45,5 лет, интерквартильная широта (MDQ) – [35; 56], мужского пола – 38 лет [31; 57]. В зависимости от аффективного расстройства пациенты изучаемой выборки распределились следующим образом: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод – 19% (n=12), рекуррентное депрессивное расстройство – 42,9% (n=27), депрессивный эпизод – 27% (n=17), дистимия – 11,1% (n=7). Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 32 пациента с аффективными расстройствами и алкогольной зависимостью, а в группу сравнения – 31 пациент с аффективными расстройствами без сопутствующей аддиктивной патологии. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и AP, без каких-либо статистически значимых различий по этим переменным ($p > 0,05$). Для оценки уровня социальной адаптации пациентов использовалась шкала самооценки социальной адаптации (ШССА), разработанная в 1997 году M. Bosc, A. Dubini, V. Polin. В зависимости от общего количества баллов по ШССА пациенты сравниваемых групп были разделены на 3 подгруппы: с плохой социальной адаптацией (от 0 до 22 баллов), с затрудненной социальной адаптацией (от 22 до 35 баллов) и с хорошей социальной адаптацией (от 35 до 52 баллов).

Результаты. Оценка уровня социальной адаптации исследуемых пациентов показала, что и в основной группе, и в группе сравнения большую долю составили пациенты с затрудненной и плохой социальной

адаптацией (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных с разным уровнем социальной адаптации в исследуемых группах

	Основная группа, n (%)	Группа сравнения, n (%)
Плохая социальная адаптация	6 (18,7)	3 (9,7)
Затрудненная социальная адаптация	23 (71,9)	17 (54,8)
Хорошая социальная адаптация	3 (9,4)	11 (35,5) #

Примечание: # - $p < 0,05$, где # межгрупповые различия.

В основной группе пациентов с хорошей социальной адаптацией по ШССА оказалось меньше, чем в группе сравнения: 9,4% и 35,5% соответственно ($p = 0,03$; $\chi^2 = 4,79$). Полученные результаты подтверждают литературные данные о негативном влиянии аффективных расстройств и алкогольной зависимости на социальную адаптацию пациентов, а сочетание вышеозначенных расстройств приводит к более выраженному снижению данного показателя.

Заключение. Пациенты с аффективными расстройствами, коморбидно протекающими с алкогольной зависимостью, имеют более низкий уровень социальной адаптации, чем пациенты с изолированными аффективными расстройствами.

Исследование проведено по основному плану НИР. Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири. Номер госрегистрации 122020200054-8.

РИСК СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, Россия

Результаты многочисленных исследований выявляют высокий уровень коморбидности биполярного аффективного расстройства с другими психическими расстройствами, в том числе с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (Merikangas K.R. et al., 2011; Hsu H.E. et al., 2022). Коморбидность биполярного аффективного расстройства и алкогольной зависимости сопряжена с серьезными социальными последствиями (Di Florio A. et al., 2014) и высоким суицидальным риском (Chen P.H. et al., 2021).

Материал и методы: С целью изучения влияния коморбидной алкогольной зависимости на суицидальное поведение пациентов с биполярным аффективным расстройством было проведено сравнение 2-х групп пациентов: пациенты с биполярным аффективным расстройством и коморбидной алкогольной зависимостью – 30 человек (16 мужчин и 14 женщин, возраст – 43 года [29; 55]) и пациенты с биполярным аффективным расстройством без наличия данной коморбидности в количестве 59 пациентов (39 женщин и 20 мужчин, возраст – 36 лет [29; 50]). Оценка продолжительности биполярного аффективного расстройства у пациентов сравниваемых групп не обнаружила статистически значимых различий (10 [7; 15] лет и 11 [5; 16] лет, $p=0,922$). Давность алкогольной зависимости пациентов основной группы составила 9 лет [4; 10,5].

Из методов исследования применялись: клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Для оценки риска суицидального поведения у обследованных пациентов был использован опросник суицидального поведения – SBQ-R (The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised), позволяющий интегративно оценить наиболее важные аспекты суицидального поведения у пациентов (Osman A. et al., 2001).

Результаты. Анализ хронологии появления сочетанных расстройств у обследуемых пациентов показал, что в большинстве случаев биполярное аффективное расстройство манифестировало раньше алкогольной зависимости – в 83,3% случаев ($n=25$). При оценке суммарных баллов по шкале SBQ-R были выявлены межгрупповые различия: у пациентов с

коморбидностью биполярного аффективного расстройства и алкогольной зависимостью данный показатель оказался выше, чем у пациентов без алкогольной зависимости (9 [6; 11] и 7 [4; 19] соответственно, $p=0,009$).

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что присоединение алкогольной зависимости к биполярному аффективному расстройству повышает риск суицидального поведения пациентов.

ПРАКТИКА НАПРАВЛЕНИЯ ПОДЭКСПЕРТНЫХ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТАЦИОНАРНОГО СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕВОЗМОЖНОСТИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Вицкая И.Н., Гусев А.Ю.

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

В практике проведения судебно-психиатрических экспертиз случаи невозможности принятия решения в амбулаторных условиях встречаются регулярно, что обусловлено объективными трудностями постановки клинического диагноза и, что является наиболее важным, определения юридического критерия невменяемости. Известно, что принятие экспертного решения требует полноты обследования, принятия во внимание всех аспектов выявленной клинической картины, уровня социальной адаптации или, наоборот, дезадаптации обследуемого; определения его волевой регуляции собственных поступков и действий и особенно тех, что стали предметом судебно-следственной ситуации.

Столь детальное исследование должно опираться на определенный массив объективных характеризующих сведений; медицинскую документацию с максимально возможным подробным описанием течения психопатологического процесса при его наличии; полный объем проведенных следственных действий, установивших все нюансы исследуемой ситуации с ролью подэкспертного в ней. Неполнота таких сведений является одной из распространённых причин невозможности объективной и всесторонней оценки конкретного экспертного случая.

Однако, даже при всей полноте собранных сведений нередки случаи, когда эксперт сталкивается с несоответствием клинической картины имеющимся анамнестическим сведениям в рамках текущего психического

статуса. Систематически встречающиеся случаи невозможности однозначного определения способности подэкспертного к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действий, волевой регуляции исследуемых действий, прогнозированию их последствий для себя и окружающих обусловили практику направления обследуемого в таких случаях на стационарное обследование для принятия экспертного решения. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза (однородная, комиссионная или комплексная) призвана, с одной стороны, возместить недостаток полноты сведений о психической деятельности подэкспертного, а с другой – устранить возможные противоречия между объективным психическим статусом на момент проведения амбулаторного обследования с имеющимся анамнезом путем динамического наблюдения за обследуемым в условиях психиатрического стационара.

Мы привели сравнительный анализ случаев невозможности принятия экспертного решения в амбулаторных условиях в городе Чите за 2021-2022 годы. Отмечается примерно равное количество направлений обследуемых на стационарное судебно-психиатрическое обследование (33 случая в 2022 году против 40 случаев в 2021 году) при сохранении примерно одинакового годового плана выполнения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз, что, на наш взгляд, свидетельствует о системности подхода экспертов к каждому конкретному обследованию и руководстве едиными определенными критериями к вынесению заключений о невозможности вынесения экспертных выводов.

Анализ структуры таких направлений позволяет выделить определенные закономерности в преобладании определенных нозологических групп. Так, устойчиво ведущее место занимает подозрение на наличие у подэкспертного эндогенного процесса (20 случаев из 33 в 2022 против 25 случаев из 40 в 2021 году) году. Это, вероятно, связано с некоторой неочевидностью протекания отдельных форм расстройств группы шизофрении в виде скрытой от немедицинского взгляда дефицитарной симптоматики, инкапсулированных бредовых идей и ряда других проявлений, которые, однако, при экспертной оценке могут ограничивать либо в полной мере лишают подэкспертного способности к осознанию фактического характера и общественной опасности своих действия для себя и окружающих.

Отдельную сложность составляет различие подлинной симптоматики психического расстройства с защитно-установочным (чаще – с симулятивным) поведением, что является однозначным показанием к направлению подэкспертного на стационарное обследование.

Отмечается значительное снижение таких случаев, если в 2021 году таких случаев было 9 из 40 направлений, то в 2022 году исключение симуляции стало основанием всего для 3 случаев. Такая тенденция, вероятно, обусловлена сложностью убедительного следования подэкспертным сознательно выбранной им такой модели поведения, что делает очевидным несоответствие предъявляемых жалоб с объективным психическим статусом. Существенную часть из направленных на стационарное обследование составляют лица с дефицитарностью интеллектуально-мнестической сферы психической деятельности (5 случаев из 33 в 2022 году против 4 в 2021 году). Важным здесь является степень выраженности такой дефицитарности, поскольку это напрямую влияет на способность подэкспертного к прогнозированию последствий своих действий. Прочие случаи (исключение деменции и расстройства психики, вызванные употреблением психоактивных веществ, системными заболеваниями, затрагивающими центральную нервную систему) являлись единичными.

Вторую часть настоящего исследования составил сравнительный анализ социального кластера лиц, направляемых на стационарное судебно-психиатрическое обследование. Здесь также отмечено наличие устойчивых тенденций. В частности, сохраняется преобладание жителей сельской местности (75% в 2022 году или 25 случаев из 33; 63% или те же 25 случаев из 40 в 2021 году). Неработающие граждане также составляют большинство направляемых (26 случаев из 33 или 79% от общего числа направленных в 2022 году против 28 из 40 или 70% в 2021 году). Также обращает на себя внимание преобладание мужчин (88% в 2022 году и 95% в 2021 году). Возраст большинства направляемых на стационарное обследование в среднем составляет менее 45 лет (88% в 2022 году и 75% в 2021-м), доля подростков в общей группе также довольно велика: 24,3% в 2022 году и 12,5% в 2021 году.

Следовательно, общий социальный портрет направляемого подэкспертного представляет собой мужчину до 45 лет, проживающего в сельской местности, не занимающегося систематизированной регулярной трудовой деятельностью. Определение причинно-следственных корреляций вышеозначенных социальных параметров с направлением на стационарное судебно-психиатрическое обследование может составлять предмет отдельного психиатрического и социологического исследования, однако на предварительном этапе можно указать на такие факторы, как отсутствие полноценного психиатрического наблюдения в условиях проживания в сельской местности, ограниченность в социальных контактах, вы-

сокий риск подверженности вследствие социально-неустроенной жизни экзогенным воздействиям на головной мозг и, как следствие, на психическую деятельность, большую вовлеченность в криминальную деятельность. Сбор сведений обо всех аспектах жизнедеятельности обследуемых в указанных условиях проживания органами следствия и дознания также оказывается довольно затруднительным и нередко носит формальный характер.

При анализе заключений о невозможности принятия экспертного решения в амбулаторных условиях была также обнаружена любопытная тенденция, суть которой заключается в том, что большинство подэкспертных при проведении клинической беседы были доступны продуктивному контакту, таких обследуемых в 2021 году было 77,5% от общего количества направленных в 2021 году и 94% в 2022-м. Направленная клиническая беседа при достаточной открытости подэкспертного позволила обнаружить ранее не выявленную симптоматику, что также становилось основанием для стационарного обследования.

Заключение. Таким образом, даже краткий анализ причин невозможности принятия экспертного решения в амбулаторных условиях позволяет увидеть устойчивые тенденции в направлении таких подэкспертных на стационарное судебно-психиатрическое обследование, что указывает на системный подход и руководство четкими критериями в определении таких заключений. Анализ показывает важность полноты сбора объективных характеризующих сведений об обследуемом и детального всестороннего изучения медицинской документации. Несмотря на довольно длительный срок такого стационарного обследуемого (от 30 до 60 календарных дней при необходимости), стационарная судебно-психиатрическая экспертиза подчас является единственно возможным вариантом для принятия объективного решения по исследуемой судебно-следственной ситуации.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ СЛУЧАЕВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТЕРПЕВШИХ В ПРЕСТУПЛЕНИЯХ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ ЗА 2021-2022 ГОДЫ

Вицкая И.Н., Гусев А.Ю.

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

Случаи несовершеннолетних потерпевших в преступлениях против

половой неприкосновенности в судебно-психиатрической практике представляют интерес в силу довольно регулярной частоты их встречаемости. Еще в недавнем отрезке времени каждый отдельный деликт с фигурированием несовершеннолетнего в качестве потерпевшего в сексуальном преступлении воспринимался как некий эксцесс, то в последнее время доля таких преступлений составляет устойчивый процент от общего количества исследуемых уголовных дел. Такая тенденция воспринимается достаточно тревожной в силу уязвимости и беспомощности несовершеннолетних к посягательствам такого рода. Задачами судебно-психиатрического (комплексного психолого-психиатрического) исследования в таких случаях является, как правило, оценка способности потерпевших понимать характер и значение совершаемых с ними действий и оказывать сопротивление, а также их способность воспроизвести произошедшую ситуацию и дать показания, которые могут быть приняты следствием в структуру доказательной базы.

Учитывая особую специфичность таких правонарушений, анализ личности потерпевших, условия их микросоциального окружения представляют особый интерес. Так, обращает на себя сохраняющаяся устойчивая тенденция к количеству таких правонарушений: в 2021 году было зафиксировано 52 таких случая, в 2022 году – 55 при сохранении примерного количества общего количества выполненных судебно-психиатрических экспертиз.

Были исследованы потерпевшие по статьям 131 УК РФ (изнасилование), 132 и 135 УК РФ (иные действия сексуального характера и развратные действия), при этом случаев изнасилования отмечается существенно меньше в 2021 году (6 случаев против 46), как и в 2022 году (9 случаев против 46). Указанная тенденция, вероятно, свидетельствует о наполняемости полового удовлетворения посягателя действиями с сексуальным подтекстом вместо прямого полового контакта с одной стороны, и иллюзией меньшей ответственности за содеянное, а также большей трудности в доказывании таких деликтов. Ожидаемо, большинство из общего количества таких потерпевших составляют девочки (43 случая из 52 в 2021 году, и 50 из 55 – в 2022), хотя и случаи, когда в качестве потерпевших выступают несовершеннолетние подростки мужского пола, встречаются регулярно.

Анализ таких случаев позволил выделить ряд определенных закономерностей. В течение анализируемого периода времени отмечается преобладание случаев сексуального деликта, в которых потерпевшими выступа-

ют несовершеннолетние жители сельской местности (32 случая против 20 в городской среде в 2021 году и 34 случая против 23 в 2022 году). Также, отмечается преобладание таких случаев в семьях с алкоголизирующимися родителями (24 случая из 52 в 2021 году и 37 из 55 в 2022 году). Данное наблюдение может составлять предмет отдельного социологического исследования, однако, даже поверхностный анализ позволяет установить влияние социальной неустроенности, алкогольно-агрессивного или попустительского поведения родителей в отношении потерпевших. Согласно наблюдениям, случаев внесемейного посягательства на половую неприкосновенность устойчиво больше (32 случая против 20 в семье в 2021 году и 48 случаев против 7 в 2022 году), что свидетельствует о преобладании попустительски-гипоопекаемой модели воспитания со стороны семьи. Особый интерес представляет изучение виктимности потерпевших, то есть в силу определенных особенностей психической деятельности и личности, уготованности к попаданию в сексуальные деликты в качестве пострадавшего. Из всей выборки потерпевшие с интеллектуальной дефицитарностью составляют большинство, по отношению к таковым с поведенческими нарушениями (в 2021 году – 8 случаев против 2; в 2022 году – 10 против 5), большинство же потерпевших признавались условно психически здоровыми, нюансы их личностного профиля находились в компетенции психолога.

Заключение. Таким образом, данный анализ ставил целью обращение внимания на сохраняющийся рост сексуальных деликтов в отношении несовершеннолетних, влияние социально-неблагоприятной среды на предрасположенность вовлечения потерпевших в столь травматичную ситуацию, а также иные факторы, предрасполагающие к возникновению таких правонарушений.

ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С АГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Гиленко Т.Д.

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

Введение. Несмотря на то, что проблема агрессии уже длительно исследуется многими отечественными и зарубежными авторами, она

по-прежнему остается одной из наиболее актуальных в судебной психиатрии. С расстройством личности традиционно связывают высокий риск совершения агрессивных действий в отношении себя и окружающих, что обуславливает высокую криминальную активность данной категории лиц, в связи с чем, их доля в судебно-экспертной практике остается стабильно высокой. Оценка риска причинения вреда приобретает особое значение в свете изменений международной классификации болезней, в которой совершение агрессивных действий выступает в качестве диагностического критерия расстройства личности. Изучение выраженности дезадаптирующих личностных черт и их комплексного воздействия на общую способность к саморегуляции и способность руководить своим поведением в криминальной ситуации в настоящий момент является проблемой, требующей исследования.

Цель настоящего исследования – выявление индивидуально-типологических и патохарактерологических особенностей обвиняемых с расстройствами личности и их взаимосвязей с агрессивным противоправным поведением.

Материал исследования. Было обследовано 65 подэкспертных в возрасте от 19 до 67 лет (средний возраст – $37,8 \pm 13$ лет), проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России с 2020 по 2022 г. Критериями включения в исследование являлись: мужской пол, возраст на момент обследования старше 18 лет, агрессивные противоправные деяния, установленные при настоящей экспертизе диагноза: специфического и смешанного расстройства личности (F60, F61 по классификации МКБ-10). Критерии исключения: наличие иной психической патологии, в том числе коморбидной, а также состояние интоксикации психоактивными веществами (ПАВ) в период, относящийся к инкриминируемому деянию. Выборка была разделена на 2 группы в соответствии с наличием/отсутствием диагноза расстройства личности, согласно критериям МКБ-10.

Основная группа была представлена лицами с установленным диагнозом специфического (F60, $n=17$) и смешанного расстройства личности (F61, $n=21$), всего испытуемых в первой группе – 38 человек (58,5 %). Группа сравнения представлена психически здоровыми подэкспертными, среди которых были лица, которым никакого диагноза в соответствии с МКБ-10 установлено не было (63%, $n=17$), а также лица с акцентуированными личностными чертами (37%, $n=10$), всего во второй группе было 27 подэкспертных (41,5 %). Контрольная группа состояла из 20 здоровых

добровольцев, не совершавших противоправные деяния, сопоставимых по возрасту и полу.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, статистический. Использовались опросник NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) для оценки степени выраженности доменов «Большой Пятерки», Personality Inventory for ICD-11 (PiCD) – для оценки дезадаптивных личностных черт, рекомендованный МКБ-11, опросник Басса-Перри.

Результаты. Корреляционный анализ показателей шкал опросников NEO-FFI и методики Басса-Перри в основной группе показал, что «нейротизм» имеет прямую корреляционную связь с «враждебностью» ($r=0,559$, $p<0,001$); «экстраверсия» - с «физической агрессией» ($r=0,436$, $p=0,013$), «гневом» ($r=0,499$, $p=0,004$) и общей суммой баллов ($r=0,426$, $p=0,015$), «конформность» - с физической агрессией ($r=0,375$, $p=0,035$), и общей суммой баллов ($r=0,397$, $p=0,024$); «добросовестность» - с «физической агрессией» ($r=0,520$, $p=0,002$), «враждебностью» ($r=0,432$, $p=0,013$) и общей суммой баллов по агрессии ($r=0,461$, $p=0,008$).

В группе сравнения «нейротизм» коррелировал с «физической агрессией» ($r=0,567$, $p=0,006$), «гневом» ($r=0,650$, $p=0,001$), «враждебностью» ($r=0,647$, $p=0,001$), «вербальной агрессией» ($r=0,477$, $p=0,025$) и общей суммой баллов ($r=0,624$, $p=0,002$); «открытость опыту» - с «физической агрессией» ($r=0,519$, $p=0,013$), «гневом» ($r=0,602$, $p=0,003$), «враждебностью» ($r=0,495$, $p=0,019$); «конформность» - с «гневом» ($r=0,445$, $p=0,038$), «вербальной агрессией» ($r=0,460$, $p=0,031$), и «общим баллом агрессивности» ($r=0,425$, $p=0,049$).

В группе контроля «нейротизм» имеет прямую корреляционную связь с «враждебностью» ($r=0,547$, $p=0,023$) и «гневом» ($r=0,481$, $p=0,050$); «экстраверсия» обратно коррелирует с «враждебностью» ($r=-0,523$, $p=0,031$); «конформность» с «враждебностью» ($r=0,713$, $p=0,001$) и общим баллом ($r=0,581$, $p=0,014$).

Корреляционный анализ показателей шкал опросников PiCD и Басса-Перри в основной группе показал, что «гнев» имеет прямую корреляцию с «негативной аффективностью» ($r=0,628$, $p=0,016$) и «расторженностью» ($r=0,684$, $p=0,007$).

В группе сравнения «негативная аффективность» коррелирует с «враждебностью» ($r=0,795$, $p=0,018$) и общей суммой баллов ($r=0,731$, $p=0,040$); «отчужденность» - с «враждебностью» ($r=0,370$, $p=0,021$); «диссоциальность» - с «вербальной агрессией» ($r=0,728$, $p=0,040$); «растор-

моженность» - с «физической агрессией» ($r=0,826$, $p=0,011$), «гневом» ($r=0,805$, $p=0,016$), «враждебностью» ($r=0,707$, $p=0,050$) и «общим баллом агрессивности» ($r=0,833$, $p=0,015$); «ананкастность» имеет обратную корреляционную связь с общей суммой баллов по шкалам агрессии ($r=-0,324$, $p=0,044$).

В контрольной группе «негативная аффективность» имеет прямую корреляционную связь с «враждебностью» ($r=0,502$, $p=0,040$); «отчужденность» - с «враждебностью» ($r=0,517$, $p=0,034$), «гневом» ($r=0,682$, $p=0,003$) и «общим баллом агрессивности» ($r=0,500$, $p=0,041$); «диссоциальность» - с «вербальной агрессией» ($r=0,548$, $p=0,023$) и «общим баллом агрессивности» ($r=0,634$, $p=0,006$).

Заключение. Выявленные с помощью корреляционного анализа связи между показателями психометрических шкал продемонстрировали своеобразие исследуемых групп, позволяющее определить личностные особенности, в большей степени связанные с формированием агрессивного поведения.

Проведенное исследование показывает, что для лиц с расстройством личности характерна высокая базовая агрессивность, которая находит свое отражение, как в доменах «Большой Пятерки», так и дезадаптирующих чертах опросника для МКБ-11, в частности связана с показателями нейротизма, экстраверсии, конформности, добросовестности, негативной аффективности и расторможенности. Выраженность некоторых дезадаптивных черт у лиц с расстройством личности, которые в теории должны обуславливать агрессивное поведение, могут «сглаживаться» личностными структурами, ингибирующими агрессию, формирующимися как компенсация свойств личности, приводящих к дезадаптации.

МАРКЕРЫ ИММУННОГО ОТВЕТА В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Гольгина С.Е., Терешков П.П., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Существует большое количество гипотез, объясняющих механизмы развития шизофрении, при этом нейровоспаление является одним из ключевых факторов, который присутствует на протяжении всей болезни. Так, описаны сдвиги в гуморальной и клеточной системах иммунитета с активацией аутоиммунных механизмов и гиперпродукцией провоспа-

лительных пептидов, в том числе цитокинов и хемокинов, повреждение гематоэнцефалического барьера, хроническая активация микроглии, запуск процесса нейровоспаления. При этом на современном этапе развития науки все большее внимание уделяется так называемым «иммунным контрольным точкам». Их роль и участие в процессах нейровоспаления недостаточно изучена при шизофрении, особенно у больных с первым эпизодом заболевания.

Цель исследования: изучение некоторых показателей иммунного ответа в плазме крови у больных с первым эпизодом параноидной шизофрении до назначения терапии.

Материал и методы. Было обследовано 18 пациентов с диагнозом F20.09, контрольная группа – 35 человек. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Оценка содержания 12 контрольных точек иммунного ответа в сыворотке крови проводилась методом проточной флюориметрии на проточном цитометре Cyto FLEX LX (Beckman Coulter, США) с использованием тест-системы «Human Immune Checkpoint Panel 1» (BioLegend, США) в соответствии с инструкцией фирмы-производителя. Определялись: sCD25 (IL-2Ra); 4-1BB; sCD27; B7.2; TGF- β 1; CTLA-4; PD-L1; PD-L2; PD-1; Tim-3; LAG-3; Galectin-9. Забор крови осуществляли до начала терапии.

Статистическая обработка осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12». Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что при первом эпизоде параноидной шизофрении присутствует повышение в крови относительно контрольных значений уровня sCD25 (IL-2Ra) в 1,4 раза ($p < 0,05$), PD-1 ($p = 0,0322$) и Galectin-9 ($p = 0,0090$) – в 1,2 раза, LAG-3 – в 1,1 раза ($p < 0,05$). PD-L2 оказался сниженным в 1,3 раза ($p = 0,0138$).

Содержание в крови 4-1BB (CD-137), sCD-27, B7.2 (CD-86), FA TGF- β 1, CTLA-4 не отличалось между здоровыми лицами и пациентами с шизофренией.

sCD25 (IL-2Ra) – α -рецептор интерлейкина-2 – цитокин, который играет критическую роль в пролиферации T- и B-лимфоцитов и контроле иммунного гомеостаза. Повышение уровня sCD-25 у пациентов с шизофренией предполагает аутоиммунный характер воспаления при данном заболевании. PD-1 и PD-L2 – лиганды рецептора программируемой клеточ-

ной гибели-1 и 2. Данные молекулы играют ключевую роль в иммунной толерантности. Доставляют ингибирующие сигналы и выполняют жизненно важную иммунорегуляторную роль в активации Т-клеток и иммуноопосредованном повреждении тканей. Galectin-9 участвует во многих физиологических функциях: рост, дифференцировка, адгезия, взаимодействие и гибель клеток. Его уровень повышается при аутоиммунных заболеваниях, кроме того показатель играет существенную роль в нейропротекции и нейровоспалении. LAG-3 – ген активации лимфоцитов-3 – является ингибирующим корецептором и играет важную роль в аутоиммунитете, противоопухолевом и противоинфекционном иммунитете.

Заключение. Предварительные результаты исследования демонстрируют значимые изменения содержания основных маркеров иммунного ответа в плазме крови пациентов с первым эпизодом шизофрении до назначения терапии, что подтверждает весомую роль нейроиммунного воспаления, в том числе с вовлечением аутоиммунных механизмов с активацией микроглии при данном заболевании.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТУДЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ПОПЫТКАМИ В АНАМНЕЗЕ

Гольгина С.Е., Болдырева А.А., Мингалёв М.О., Сахаров А.В.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Суицидальное поведение сохраняется в качестве актуальной медико-социальной проблемы современного общества, при этом серьезную тревогу вызывают показатели суицидального поведения среди молодежи. В этом плане особой группой следует считать студентов. Отрыв от родственников, постоянные учебные, трудовые, психоэмоциональные нагрузки, не соблюдение режима сна и отдыха, обилие информации как учебной, так и поступающей из соцсетей и иного контента могут приводить к психическому перенапряжению, потреблению психоактивных веществ и иному деструктивному поведению.

Цель работы: изучение некоторых психологических характеристик студентов, имеющих опыт суицидальной попытки в анамнезе.

Материалы и методы. Было проведено анонимное онлайн-анкетирование студентов Читинской государственной медицинской академии. Для создания онлайн-опросника использовался сервис Google Forms. Разрабо-

танный опросник включал социально-демографический блок и специальную часть. В специальной части оценивалась склонность к суицидальным реакциям по опроснику СР-45 (Юнацкевич П.И.), суицидальный риск по опроснику суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой, частота невротических расстройств с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, признаки депрессивных расстройств по шкале самооценки депрессии У. Цунга, собирался наркологический анамнез, определялась степень алкоголизации при помощи теста «AUDIT» (ВОЗ).

Всего в опросе принял участие 391 студент ЧГМА в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст $20,1 \pm 0,1$ лет). Лиц мужского пола было 23,3% (91), женского – 76,7% (300). Было установлено, что 54 человека совершали ранее суицидальные попытки, поэтому они сформировали исследуемую группу, контрольной группой выступили студенты, прошедшие данный опрос и не совершавшие суицидальных попыток, в количестве 337 человек.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel 2007 и Statistica-12. Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты. По результатам исследования определено, что 13,9% студентов имели опыт суицидальной попытки в анамнезе. Ведущим способом парасуицида выступали самопорезы (59,9% случаев), далее шли самоотравления (31,5%) и самоповешения (3,7%), на иные способы пришлось 4,9%. Данные суицидальные действия в состоянии алкогольного опьянения предпринимали 11,1% респондентов.

По опроснику СР-45 склонность к суицидальным реакциям высокого уровня выявлена у 11,1% студентов основной группы, выше среднего – у 14,8%, среднего – у 57,4%, ниже среднего – у 16,7%, низкий уровень зафиксирован не был. В контрольной группе аналогичные показатели составили 2,1% ($p=0,0006$), 7,4%, 25,5% ($p=0,0000$), 43,3% ($p=0,0002$) и 21,7% ($p=0,0000$) соответственно.

По опроснику суицидального риска Т.Н. Разуваевой значимые отличия получены по шкале «Максимализм»: 16,7% и 4,5% ($p=0,0005$) соответственно.

При анализе результатов по опроснику Яхина-Менделевича выявлено, что невротические расстройства и предболезненные невротические состояния в основной группе встречаются в 61,1% случаев, в контрольной

– в 46,6% случаев ($p=0,0474$).

Признаки депрессивного состояния по шкале Цунга в исследуемой группе отмечались у 31,6% опрошенных, в группе контроля – у 25,2%.

По результатам теста AUDIT 12,9% студентов с парасуицидом в анамнезе имеют риск развития алкогольных расстройств, в контрольной группе этот показатель составил 5,6% ($p=0,0449$).

Заключение. Таким образом, 13,9% студентов ранее совершали суицидальные попытки, преобладающими способами выступают нанесение самопорезов и самоотравление. Установлено, что данные обучающиеся имеют более высокую предрасположенность к суицидальным реакциям, большую частоту встречаемости невротических расстройств, депрессивных нарушений и склонности к рискованному употреблению алкоголя.

РЯД ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Голыгина С.Е., Омельяненко В.И., Бирюзова Л.У., Писаренко С.Ю.,
Шароглазова В.А., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Согласно современным представлениям в концепции развития алкогольных расстройств помимо действия самого психоактивного вещества особая роль отводится психологическим, социальным и культуральным факторам. Стигматизация пациентов наркологического профиля, потеря социального статуса, нарушение семейных взаимоотношений, одиночество, чувство безвыходности и безнадежности, негативные оценки со стороны общества, предвзятость в отношении больных с зависимостями нередко не просто не способствуют ведению трезвого образа жизни, а подчас и наоборот провоцируют увеличение частоты и кратности злоупотребления.

Цель работы: изучение некоторых психологических особенностей пациентов с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Сплошным методом анонимно было проведено психологическое обследование пациентов с алкогольной зависимостью отделения № 1 Забайкальского краевого наркологического диспансера.

На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта. Психологический портрет больных оценивался при помощи шкалы безнадежности Бека, Шкалы субъективного ощущения одиночества

(UCLA Loneliness Scale), российской адаптации опросника Кирстен Нефф «Сочувствия к себе». Всего в исследование был включен 81 респондент в возрасте от 20 до 64 лет (средний возраст составил $40,9 \pm 1,1$ лет). Женщины составили 25,9 %, мужчины – 74,1 %. Продолжительность злоупотребления алкоголем от 2 до 39 лет (средняя продолжительность злоупотребления $17,8 \pm 0,7$ лет).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением описательных методов статистики пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. Безнадежность рассматривается как система негативных ожиданий относительно будущего, индивиды с повышенным уровнем безнадежности верят, что все в их жизни будет идти не так, что они ни в чем не преуспеют, не достигнут своих целей. Данный показатель может выступать косвенным индикатором суицидального поведения. По нашим данным, согласно шкале безнадежности Бека, у 51,9 % обследованных признаков безнадежности выявлено не было, легкая безнадежность определена у 39,5 %, умеренная – у 8,6 %, тяжелых проявлений не представлено.

При оценке субъективного ощущения одиночества обнаружена высокая степень у 23,5 % обследуемых, средняя степень – у 54,3 % пациентов, низкая степень – у 22,2 % больных с алкогольной зависимостью.

Концепция сочувствия к себе строится на способности по-доброму и не осуждающе относиться к себе в ситуациях неудач, понимая их общечеловеческую природу и не изолируя себя от них. Так, низкий уровень сострадания к себе отмечался у 35,8 % обследуемых, умеренный или средний уровень – у 44,4 %, высокий – у 19,8 % пациентов с алкогольной зависимостью. Низкий уровень сочувствия к себе включает склонность к глобальному осуждению и обесцениванию, переживание эмоциональной и общей изоляции, доминирование негативного образа самого себя. При среднем уровне появляется доброжелательное отношение к самому себе, ощущения единства и общности с другими. Высокий уровень является самым оптимальным и объединяет как адекватное представление самого себя, своего поведения и поступков, так и общность с окружающими.

По шкалам: «Самокритика» – средний уровень присутствовал у 58,0 %, высокий – у 42,0 %. «Общность с человечеством» – низкий уровень выявлен у 3,7 %, средний – у 67,9 %, высокий – у 28,7 %. «Самоизоляция» – низкий уровень наблюдался у 7,5 %, средний – у 62,9 %, низкий – у 29,6 %. «Внимательность» – средний уровень отмечался у 63,0 %, высокий – у 37,0 %. «Чрезмерная идентификация» – низкий показатель был обнару-

жен у 1,2 % опрошенных, средний – у 58,0 %, высокий – у 40,8 %.

Заключение. Таким образом, у трети пациентов с алкогольной зависимостью имеются выраженные проявления безнадежности и низкий уровень сострадания к себе, при этом они обладают достаточно высоким уровнем самокритики и общности с социумом. 77,8 % лиц с алкоголизмом испытывают чувство субъективного одиночества. Указанные психологические характеристики должны учитываться в процессе лечения и реабилитации таких пациентов.

АНАЛИЗ АССОЦИИИ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ДЛИНЫ ТЕЛОМЕРНЫХ ПОВТОРОВ У ИНДИВИДОВ С ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Давыдова Ю.Д., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Мустафин Р.Н., Лобаскова М.М., Малых С.Б., Хуснутдинова Э.К.

*Институт биохимии и генетики – обособленное структурное
подразделение Уфимского федерального исследовательского центра
РАН, Уфа, Россия*

*Уфимский университет науки и технологий, Уфа, Россия
Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Россия*

*Психологический институт Российской академии образования,
Москва, Россия*

В настоящий момент депрессия является одним из самых распространенных психических заболеваний и по различным оценкам в развитых странах от нее страдает до 10% населения (Власов Н.А., 2023), что обуславливает актуальность ее изучения на всех уровнях развития, начиная с молекулярно-генетического. До сих пор при изучении наследственной природы депрессии внимание исследователей было сосредоточено преимущественно на классических путях нейротрансмиссии, а именно на моноаминергических системах головного мозга, однако теперь существуют предположения о влиянии относительной длины теломерных повторов (ОДТП) на развитие депрессивной симптоматики.

Теломеры – это гетерохроматиновые структуры, необходимые для поддержания целостности и стабильности хромосом, которые неизбежно сокращаются в ходе репликации, по причине чего они в литературе рассматриваются как маркеры старения. Однако существуют данные, со-

гласно которым сокращение ОДТП может быть связано не только с возрастом, но и с воздействием окислительного стресса и воспаления – процессов, потенциально вовлеченных в развитие депрессивных расстройств (Broniarczyk-Czarniak M. et al., 2022). При этом результаты данных исследований носят довольно противоречивый характер (Teyssier J.R. et al., 2010; Schutte N.S. et al., 2015; Tyrka A.R. et al., 2016; Verhoeven J.E. et al., 2019). При этом на основании положительных данных возникают предположения о возможном использовании ОДТП в качестве маркера стресса для диагностики риска развития депрессивных расстройств.

Материалы и методы. В настоящем исследовании приняли участие 1065 индивидов (79,25% женщин) без наследственной отягощённости психическими заболеваниями (средний возраст $19,53 \pm 1,75$ лет). Все индивиды, принявшие участие в исследовании, прошли психологическое тестирование по определению индивидуального уровня депрессивности (шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI)), а также анкетирование, включающее вопросы относительно особенностей социально-демографической среды в период воспитания, и сдачу образцов периферической крови.

Выделение ДНК из образцов крови было осуществлено методом фенольно-хлороформной экстракции. Определение ОДТП проводилось методом количественной ПЦР. Анализ ассоциации ОДТП с фенотипическими вариациями уровня депрессивности проводился с использованием линейного регрессионного анализа в среде программирования R v. 4.1.2.

Результаты. В ходе исследования не было выявлено ассоциации ОДТП с вариациями уровня депрессивности ($F=2,02$; $p=0,15$). Однако было обнаружено влияние таких факторов, как «место воспитания» и «возраст» на ОДТП. Так, ОДТП оказалась ниже у индивидов, воспитывавшихся в городской среде по сравнению с индивидами родом из сельской местности, а также достоверно снижалась с возрастом испытуемых ($F=7,50$; $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, была установлена ассоциация ОДТП с возрастом и урбанизацией, что согласуется с имеющимися литературными данными (Lulkiewicz M. et al., 2020), в то время как первоначальная гипотеза о связи ОДТП с депрессивной симптоматикой не была подтверждена, что предполагает включение в будущие исследования дополнительных генетических маркеров, вовлеченных в регуляцию теломеразной активности.

Исследование выполнено при финансовой поддержке мега-гранта

Правительства Республики Башкортостан (соглашение №1 от 2.12.2022 г.) и мега-гранта Правительства Российской Федерации (проект №075-15-2021-595).

СОСТОЯНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Дубинин О.П.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В 2022 году в Забайкальском крае зарегистрировано 21198 пациентов с наркологической патологией, что составляет 2% от всего населения края (РФ 2022 г. – 1,3%). Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 13388 человек (63,2% от общего числа зарегистрированных), потребители наркотических веществ – 5374 человека (25,3%), потребители ненаркотических веществ – 128 человек (0,6%), потребители никотина – 2308 человек (10,9%).

Общая заболеваемость (болезненность) наркологическими расстройствами в 2022 году составила 2031,5 на 100 тыс. населения, что выше данного показателя 2021 года (1948,9) на 4,2%, выше на 60% показателей РФ (2022 г. – 1268,5) и на 9% ДФО (2022 г. – 1856,8).

В 2022 году показатель первичной заболеваемости всеми наркологическими расстройствами в Забайкальском крае составил 268,3 на 100 тыс. населения, в сравнении с 2021 годом (234,5) заболеваемость выросла на 14,4%, показатель в 2,1 раза выше показателей РФ (2022 г. – 127,4) и в 1,4 раза по ДФО (2022 г. – 191,9).

Суммарный показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя и алкогольными психозами в 2022 году по краю составил 70,5 на 100 тысяч населения, что выше соответствующего показателя 2021 года (68,5) на 2,9% и показателя РФ (2022 г. – 46,5) в 1,5 раза, но ниже показателя ДФО (2022 г. – 81,05) в 1,1 раза. Показатель первичной заболеваемости алкогольными психозами в 2022 году составил 15,2 на 100 тыс. населения, по сравнению с уровнем 2021 года (16,0) снизился на 5%, и стал ниже показателя ДФО (2022 г. – 16,5) на 8,5%, но превышает показатель РФ (2022 г. – 9,8) на 55%.

В 2022 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от наркотических веществ составил 9,0 на 100 тысяч населения, что выше показателя 2021 года на 40,6% (6,4), но ниже показателя РФ (2022 г. – 9,6)

на 5,3% и показателя ДФО (2022 г. – 15,8) в 1,8 раза.

В 2022 году в Забайкальском крае зарегистрирован 331 подросток с наркологической патологией. Большинство зарегистрированных – потребители алкоголя – 198 человек (59,8% от общего числа зарегистрированных подростков), потребители наркотических веществ – 73 человека (22,0%), потребители ненаркотических веществ – 30 человек (9,1%), потребители никотина – 30 человек (9,1%). Число впервые выявленных в 2022 году подростков с наркологическими расстройствами возросло и составило 141 человек, показатель заболеваемости всеми наркологическими расстройствами составил 350,2 на 100 тыс. подросткового населения, что на 69% выше показателя 2021 года (207,2), это связано с включением сведений о наркологических расстройствах, связанных с употреблением никотина.

Наркологическая служба Забайкальского края представлена ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер», расположенным в г. Чите, а также 4 стационарными отделениями и 29 наркологическими кабинетами, расположенными в районах края. В 2022 году в Забайкальском крае работал 51 врач психиатр-нарколог (физическое лицо). Показатель обеспеченности населения врачами психиатрами-наркологами составил 0,4 на 10 тысяч населения (РФ 2022 г. – 0,33; ДФО – 0,43).

По состоянию на 01.01.2023 года в медицинских организациях края предусмотрено 72,75 штатных должностей врачей психиатров-наркологов, занято – 60,25. Таким образом, укомплектованность штатами врачами психиатрами-наркологами составила 82,8% (РФ 2022 г. – 80,8%; ДФО 2022 г. – 82,5%). Коэффициент совместительства врачей психиатров-наркологов в 2022 году составил 1,4 (РФ 2022 г. – 1,5; ДФО 2022 г. – 1,5).

Во всех районах Забайкальского края наркологическая служба укомплектована врачами психиатрами-наркологами. В 18 районах края наркологическую помощь оказывают врачи психиатры-наркологи, в 13 районах края работают врачи психиатры-наркологи – внешние совместители. Все врачи психиатры-наркологи имеют сертификаты специалистов, средние медицинские работники – сертификаты специалистов, а также свидетельства об аккредитации. Из 51 врача психиатра-нарколога высшую аттестационную категорию имеют 17 врачей (33,3%), первую – 9 (17,6%), вторую – 5 (9,8%).

В 2021-2022 гг. в клинической ординатуре по специальности «психиатрия» обучались 26 врачей ординаторов, из них 15 – ординаторы первого года обучения, 11 – ординаторы второго года обучения. Первичную

переподготовку по специальности «психиатрия-наркология» в 2022 году прошли 2 врача, повышение квалификации по специальности «психиатрия-наркология» – 6 врачей психиатров-наркологов. Ежегодно заключаются договоры с выпускниками ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России с целью укомплектования наркологической службы края врачами психиатрами-наркологами.

В 2022 году отмечено снижение нагрузки на врачебную должность врача психиатра-нарколога на амбулаторном приеме. Функция врачебной должности уменьшилась на 5,9%, с 7280 посещений в 2021 году до 6850 в 2022 году. Доля посещений по поводу заболевания в 2022 году составила 20,0% (2021 г. – 21,2%) Число посещений всего детей 0-17 лет в 2022 году к врачам психиатрам-наркологам составило 25844, что на 5,3% больше предыдущего года (2021 г. - 24551).

В 2022 году 927 пациентов с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что составило 5,5% от числа пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года (РФ 2021 г. – 4,8%). Успешно завершили реабилитационную программу 446 пациентов или 48,1% от числа включенных (РФ 2021 г. – 56,2%). Отказались от реабилитации 48 пациентов.

В 2022 году число лиц, направленных на медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), в Забайкальском крае составило 3361 человек, из них лиц, которые управляют транспортным средством – 305 (9,1%). Установлено фактов алкогольного опьянения – 2032, опьянения наркотиками – 352. В 2022 году на 14,8% увеличилось число отказов от освидетельствования у лиц, которые управляют транспортным средством: с 94 до 108.

На 01.01.2023 года на территории края развернута 131 наркологическая койка круглосуточного пребывания и 25 реабилитационных наркологических коек. В ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» развернуто 95 наркологических коек круглосуточного пребывания, 36 наркологических коек развернуто в 4 медицинских организациях районов края (ГАУЗ «Краевая клиническая больница №4» г. Краснокаменск – 8 коек, ГУЗ «Балейская ЦРБ» – 8 коек, ГУЗ «Борзинская ЦРБ» – 10 коек, ГУЗ «Петровск-Забайкальская ЦРБ» – 10 коек).

Показатель обеспеченности населения наркологическими койками на 10 тыс. населения составил 1,26 (РФ 2022 г. – 1,3; ДФО – 1,63). Занятость круглосуточной наркологической койки в 2022 году в стационарах Забайкальского края увеличилась и составила 285,0 дней в году (РФ 2022 г. –

277,0; ДФО 20221 г. – 298,0). Средняя длительность пребывания пациента на койке – 6,6 койко-дней (РФ 20221 г. – 11,0; ДФО 2022 г. – 11,0). Оборот койки – 42,6 (РФ 2022 г. – 25,2; ДФО 2022 г. – 27,1). В 2022 году в стационарах Забайкальского края пролечено 3683 пациента с наркологическими расстройствами, умерло – 9. Больничная летальность составила 0,2.

Число пациентов, проходивших стационарную реабилитационную программу, в 2022 году составило 248 человек или 8,9% от числа проходивших стационарное лечение. Успешно завершили стационарный этап реабилитации 181 человек или 73,0% от числа включенных в программу. После прохождения стационарной реабилитации было направлено для прохождения амбулаторного ее этапа 137 человек, или 75,7% от числа успешно завершивших стационарный этап реабилитации. Показатель занятости наркологической реабилитационной койки в 2022 году составил 338,8 дня. Средняя длительность пребывания пациента на койке – 68,9 койко-дней, оборот койки – 4,9.

Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет в 2022 году по Забайкальскому краю составило 12,6 (РФ 2021 г. – 12,6; ДФО 2021 г. – 13,4). Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2 лет – 12,2 (РФ 2021 г. – 11,1; ДФО 2021 г. – 12,1). Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет по Забайкальскому краю составило 14,3 (РФ 2021 г. – 13,7; ДФО 2021 г. – 15,6). Число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии свыше 2 лет – 11,6 (РФ 2021 г. – 10,8; ДФО 2021 г. – 12,2).

Доля больных алкоголизмом, повторно госпитализированных в течение года по Забайкальскому краю составила 19,7 (РФ 2021 г. – 30,3; ДФО 2021 г. – 26,6). Доля больных наркоманией, повторно госпитализированных в течение года – 15,0 (РФ 2021 г. – 30,4; ДФО 2021 г. – 25,5).

Снятие с наблюдения в связи с выздоровлением (синдром зависимости от алкоголя) по Забайкальскому краю – 3,3 (РФ 2021 г. – 3,1; ДФО 2021 г. – 3,7). Снятие с наблюдения в связи с выздоровлением (синдром зависимости от наркотиков) по краю 7,2 (РФ 2021 г. – 3,71; ДФО 2021 г. – 4,3).

Таким образом, представленные показатели характеризуют динамику деятельности наркологической службы Забайкальского края в сравнении с показателями по Дальневосточному федеральному округу и по Российской Федерации и в определенной степени отражают эффективность проводимых профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий среди населения региона.

НАРУШЕНИЕ ПОНИМАНИЯ СИТУАЦИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Жукова Д.И.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им.
И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Общеизвестным является тот факт, что социальное восстановление больных шизофренией определяется не только биологической реактивностью организма и клиническими особенностями заболевания, но и личностными особенностями больных и имеющимися в их распоряжении социально-психологическими ресурсами (Кабанов М.М., 1985, 1990; Воловик В.М., 1975, 1977; Вайзе К., Воловик В.М., 1980; Вид В.Д., 1993; Kreyssig M, 1982; Weise K., 1984; Ware J.E., 1992). В связи с этим, важным является проблема личностной (психологической) адаптации (Карвасарский Б.Д. и др., 1990), рассматриваемой в качестве существенной составляющей общего процесса психической адаптации, который позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять актуальные потребности индивида, не нарушая адекватного соответствия между его психическими и физиологическими характеристиками (Березин Ф.Б., 1988).

Огромное значение в системе социально-психологической адаптации больных играют характеристики их защитно-совладающего поведения, включающего в себя механизмы психологической защиты и копинг-механизмы (механизмы совладания со стрессом). В последние годы к изучению этих вопросов было привлечено большое внимание ученых, однако исследований, посвященных изучению механизмов психологической адаптации у больных шизофренией, проводилось явно недостаточно. Особенно незначительным, несмотря на развитие представлений об этиопатогенезе шизофрении в рамках модели «уязвимость-стресс-болезнь», предполагающей в качестве необходимого условия для развития заболевания наличие индивидуально непереносимого стрессового воздействия (Zubin J., Spring B., 1977) оказалось число работ, касающихся изучения копинг-механизмов у этих больных.

В имеющихся исследованиях авторы указывают на то, что у больных шизофренией отмечается дефицит навыков социального и проблемно-решающего поведения, значительно снижающий их способность эффективно совладать со стрессовыми жизненными ситуациями (Bellack A. et al., 1990; Shean G., 1982; Wiedl K.H. et al., 1991). Показано также (Ибригит

М., 1997), что преобладание в копинг-поведении этих пациентов эмоциональных и избегающих решения проблем копинговых стратегий усугубляет болезненные переживания, служит фактором дальнейшей социально-психологической дезадаптации личности больных шизофренией.

Одновременно при рассмотрении вопросов, касающихся копинг-поведения, исследователями уделяется существенное внимание психологическим характеристикам личности (выносливость, самооценка, личностный контроль, восприятие социальной поддержки, ролевая компетентность, знание и навыки, убеждения), которые авторы относят к «внутренним копинг-ресурсам» (Folkman S., 1984; Shumaker S. et al., 1984; Perrez M., Reicherts M., 1992; Brehnm S., Kassin S., 1990).

При этом проведенные в этом русле исследования указывают на то, что в клиническом и социальном восстановлении пациентов существенная роль принадлежит не какой-либо одной психологической характеристике, а только их совокупности (Скороходова Т.Ф., Райзман Е.М., Рожков С.А., 1998). При этом исследований такого плана в отношении больных шизофренией почти не проводилось. Имеются лишь единичные работы, свидетельствующие о перспективности такого подхода (Karila A., 1996).

Таким образом, в связи с происшедшей в последние годы сменой психиатрической парадигмы – с нозоцентрической на адаптационную (Нуллер Ю.Л., 1992) – внимание исследователей все в большей степени сосредоточивается на изучении адаптационных процессов при психических расстройствах и, в частности, на вопросах совладания со стрессом. В то же время применительно к больным шизофренией таких исследований сравнительно немного, имеющиеся сведения носят отрывочный характер, а копинг-механизмы чаще всего рассматриваются в отрыве от имеющихся у пациентов ресурсов.

В репертуаре копинг-поведения больных шизофренией преобладают когнитивные стратегии, направленные на индивидуальную переработку проблем, и мало используются поведенческие стратегии, направленные на разрешение проблем; практически не используются стратегии, направленные на снятие эмоционального напряжения и выражение чувств. Некоторые копинг-стратегии, являющиеся конструктивными способами совладания со стрессом для психически здоровых людей, оказываются крайне дезадаптивными для больных шизофренией. Успешность социального функционирования пациентов зависит главным образом от поведенческих копинг-стратегий, направленных на сохранение социальных отношений, и умения больных придать этим отношениям доброжелательный характер.

В формировании относительно конструктивных типов приспособительного поведения большую роль играют поведенческие копинг-стратегии, в то время как в формировании дезадаптивных типов приспособления – неконструктивные эмоциональные стратегии. Имеется тесная взаимосвязь между копинг-поведением и психологической защитой, при этом формирование определенных копинг-стратегий обусловлено выраженностью определенного типа психологической защиты. Формирование у больных шизофренией активных проблемно-решающих копинг-стратегии затруднено в связи с ограниченностью внутренних копинг-ресурсов. Проблема, таким образом, заключается не в том, что больные шизофренией не могут найти конструктивные копинг-ответы, а в том, что они не способны адекватно оценить стрессовую ситуацию и степень своих возможностей по совладанию с ней.

Выделенные в результате исследования 7 стилей защитно-совпадающего поведения представляют собой целостные конструкты, включающие в себя копинг-ресурсы, копинг-механизмы и психологическую защиту, которые являются «психологическим обеспечением» социальной адаптации больных шизофренией. Наиболее благоприятными для успешной социальной адаптации больных являются защитно-совладающий стиль «обесценивание и игнорирование проблемы» и защитно-совладающий стиль «сила личности».

В современной литературе, касающейся проблемы адаптации, выделяются следующие ее дефиниции: психическая адаптация, психологическая адаптация, социальная адаптация (Александровский Ю.А., 1976, Воловик В.М., 1975, Березин Ф.Б., 1988, Нальчаджян А.А., 1988; Воробьев В.М., 1993). Наиболее признанным является определение адаптации как динамического процесса приспособления организма (как системы) к изменившимся условиям существования, целью которого является поддержание динамического равновесия между организмом и внешней средой (1982).

Процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды принято называть психической адаптацией. Ю.А. Александровский (1976) определяет психическую адаптацию как «выражение системной деятельности многих биологических и психологических подсистем». В.М. Воловик (1975) описывает ее как «активную личностную функцию, обеспечивающую согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни». Сходной точки зрения придержи-

вается Ф.Б. Березин (1988), рассматривающий психическую адаптацию в качестве процесса, который позволяет человеку устанавливать оптимальные соотношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять актуальные потребности личности, не нарушая адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками. В отличие от этих авторов, В.М. Воробьев (1993) понимает психическую адаптацию как механизм, возникающий лишь «в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями».

Во многом сходными с этой точкой зрения являются воззрения сторонников системной концепции, в рамках которой человек понимается как открытая подсистема в иерархическом ряду других подсистем (Gunther, 1982, 1984; Любан-Плоцца В., 1996), как часть социокультурального поля, во взаимовлиянии с которым он находится, а способность к адаптации рассматривается с точки зрения функционирования различных уровней организма (физиологический, когнитивный, эмоциональный и транзактивный).

С учетом сказанного, является целесообразным условное разделение процесса адаптации на три блока: биологический, психологический и социальный (Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., 1996), что соответствует общепринятому в литературе (Ананьев Б.Г., 1969) представлению о трех уровнях психической регуляции (биологическом, индивидуально-личностном и личностно-средовом).

Наиболее существенной, по мнению некоторых авторов (Алексеева Д.А. и др., 1990), является проблема личностной (психологической) адаптации, поскольку личность выступает как максимально обобщенная и устойчивая целостность психических свойств и процессов, обнаруживающая себя в самых разных проявлениях активности и в различных социальных условиях (Ананьев Б.Г., Палей И.М., 1969).

Социальная адаптация понимается как результирующая процессов биологической и психологической адаптации в окружающей среде и представляет собой один из механизмов социализации личности. Она осуществляется на разных уровнях: общества, трудового коллектива, непосредственного окружения. Конечной целью психобиологической и социальной адаптации является достижение равновесия между индивидуумом и окружающей средой, позволяющего сохранять прежние и развивать новые возможности для удовлетворения потребностей.

Нарушения адаптации личности могут являться источником различных психических и психосоматических расстройств (Алексеева Д.А. и

др., 1990). В связи с этим актуальным является изучение влияния стрессовых жизненных событий (психосоциальных стрессоров) на психическое здоровье человека. При этом, с точки зрения некоторых исследователей (Положий Б.С., 1996) актуальной становится и проблема психологической уязвимости личности, являющейся подходящей почвой для развития психических декомпенсаций и в силу этого – «своеобразной предрасположенностью будущих психопатологических нарушений».

СЕМЬЯ В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН

Захаров Р.И., Уваров И.А., Иванова Г.Р.

*Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования, Москва, Россия*

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

НИИ Федеральной службы исполнения наказания, Ижевск, Россия

НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

При воспитании детей на семью ложится серьезная нагрузка. Меняется внешняя среда: социально-экономические условия, нарастает количество негативной информации, меняются формы обучения в школе. Часто у родителей не хватает элементарных знаний. Как научить ребенка самостоятельности, инициативности, ответственности? Как его воспитать перспективным? Доступным и понятным становится процесс воспитания при ответе на вопросы: какие требования предъявляет к ребенку внешняя среда в три года, когда он идет в детский сад, в первый класс школы, при поступлении в среднее или высшее учебное заведение? Какие требования предъявляет среда при выходе на работу, создании своей семьи?

В три года ребенок чаще всего переходит в разряд воспитанников детского сада. Важно научить его спокойно обходиться без родителей несколько часов. Этот навык формируется с момента выписки из родильного дома, когда 2-3-недельного ребенка оставляют на несколько часов с папой, бабушками, дедушками, другими взрослыми, с кем можно оставить ребенка. Ребенок научен самостоятельно одеваться, раздеваться, спать по режиму детского сада, есть пищу, приготовленную в детском саду. Для таких детей переход к новой социальной роли становится легким (Захаров Р.И., Уваров И.А., Иванова Г.Р., 2020).

В первом классе ребенок может в сентябре самостоятельно и с удовольствием выполнять домашние задания, спокойно с мотивацией рабо-

тать 40-45 минут на уроке. Навыки усидчивости начинают формироваться с первых часов жизни при грудном вскармливании. Дети, имеющие возможность сосать материнскую грудь до 12-24 месяцев, умеют получать удовольствие при выполнении этих монотонных действий. Чем больше у ребенка самостоятельных обязанностей, в первую очередь связанных с самообслуживанием, включением в семейные обязанности, тем быстрее ребенок умеет переключать свое внимание. (Захаров Р.И. и др., 2019).

Карантин 2020 года, дистанционное обучение школьников, студентов – как результат, многие столкнулись со сложностями. Возможность контролировать постоянно детей была не у всех, а самостоятельности и ответственности не было сформировано. В советской школе патриотизм трудовой и военный формировался с первого класса – санитарные тройки, октябрята, пионеры, комсомольцы. Это шло под руководством государства. С началом перестройки данные модели воспитания были утрачены, а семья не захотела, не сумела взять функции воспитания на себя (Уваров И.А. и др., 2018). И таких сложных моментов в воспитании становится все больше: интенсивная информированность – виртуальное пространство, формирование игровых зависимостей, распространенность и доступность психоактивных веществ. Самым эффективным во все времена и, особенно, в эпоху перемен, является профилактика – предупреждение через формирование адаптивных стереотипов мышления и поведения, формирование самостоятельности и ответственности за собственное поведение. В первую очередь это может сделать только семья.

СИСТЕМНАЯ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ОСНОВА МЕТОДА «СОЗНАТЕЛЬНАЯ ТРЕЗВОСТЬ»

Захаров Р.И., Уваров И.А., Иванова Г.Р.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

НИИ Федеральной службы исполнения наказания, Ижевск, Россия

НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

В основе формирования стереотипов алкогольного мышления лежат алкогольные традиции, которые реализуются через такие механизмы научения, как подражание, рефлекс-импринты-якоря-ассоциации, оперантное, когнитивное и волновое научение.

Первый блок системной этиопатогенетической психотерапии – социально-психологический, то есть проводится коррекция стереотипов мышления и поведения. Исходя из этого, приводим определение понятия «психотерапия»: «Психотерапия – процесс обучения адаптивным стереотипам мышления и поведения». Программа «Сознательная трезвость» основана на том принципе, что пьющий человек сам, добровольно, осознанно принимал спиртное и получал от этого удовольствие. Точно также осознание трезвости, формирование влечения к трезвости, обучение навыку получать удовольствие в трезвости является первым шагом программы. Программа «Сознательная трезвость» предлагает человеку альтернативу – научиться получать удовольствие от трезвости. Это каторжный труд учиться новому поведению, идти против традиций пьющего общества, которое отстаивает свою идеологию. «Не пьют только больные или кодированные», т.е. трезвость соблюдают только «ущербные». И многим проще «умереть», сначала в социальном плане (потеря семьи, работы, здоровья), а потом и физически, чем лишиться себя удовольствия от опьянения, удовольствия от выполнения ограничивающего стереотипа мышления: «Выглядеть хорошо в соответствии с мнением окружающих». Один из вопросов в программе «Сознательная трезвость» для пьющих при проведении психотерапевтической коррекции: что для них важнее, получить удовольствие от первой рюмки, принятой после промежутка трезвости, или получить удовольствие от общения с ребенком, женой, матерью?

Второй шаг программы обучение трезвости: Как предупредить влечение? Как снять влечение? Как отказать с достоинством от выпивки? Как вести себя в пьющем обществе?

Третий шаг программы – ликвидация последствий пьянства: улучшение здоровья (убрать раздражительность, нормализовать сон); обучение основам саморегуляции – умение снять напряжение; улучшение семейных отношений, обучение семьи жить с трезвенником; нормализация производственных отношений; развитие возможности достичь желаемой цели.

Из десяти больных алкоголизмом, высказывающих желание встать на путь трезвости, только трое хотят приложить усилия. Остальные ждут чуда или играют в алкогольные игры: «Колобок» – я лечился у того-то, и мне не помогло, я лечился несколько раз с перечислением методов, и мне не помогло, а теперь посмотрю на Вас, сумеете помочь или нет? Часть больных предлагают игру «Условие», которая выглядит так: вот если были бы такие-то условия, то я бы не пил; вот если бы меня вылечили.

«Поддавки» – больному ставят условие или лечись, или разводимся, уволим с работы и т.д. И таких игр существует более тридцати, основная цель всех игр – сохранить алкоголику право на получение удовольствия от выпивки и доказать несостоятельность лечения. Обязательным элементом программы является выяснение правил игр пьющего и выработка новых правил трезвенника для больного и его семьи.

У программы «Сознательная трезвость» существует несколько модификаций. Для людей, проходящих многократно безэффективное лечение, разработана программа «Сознательная трезвость-2», в которой одним из этапов является формирование веры в успех выздоровления.

«Сознательная трезвость-3» разработана для лечения больных пивным алкоголизмом (Пакриев С.Г., Уваров И.А., Захаров Р.И., 2017).

Одно из проявлений алкоголизма – токсическая алкогольная энцефалопатия. Данная патология клинически проявляется: морально-этическим снижением – утратой знаний и навыков, которые проявляются через интегративное мышление; нарушением процессов возбуждения и торможения – эмоциональная неустойчивость, нарушение сна, нарастание органических астенических расстройств. Наличие психоорганических когнитивно-дефицитарных расстройств в существенной степени снижает эффективность психотерапии.

Второй блок системной этиопатогенетической психотерапии – лечение в первую очередь токсической энцефалопатии, для этого используется программа Я.П. Гирича (1994) – немедикаментозное лечение хронических алкогольных энцефалопатий. Рекомендуются курс терапии 6 месяцев, первый месяц сеансы проводятся еженедельно, в последующие месяцы – 1 раз в 2 недели. Время сеанса 40-60 минут. Психотерапевтические формулы звучат на фоне музыки. Данный блок лечения строится с учетом того, что анатомо-гистологическим базисом энцефалопатии являются структурные изменения в центральной нервной системе. Нормализация тонуса сосудов головного мозга вызывает улучшение в перифокальной зоне, способствует восстановлению функций нейронов, следовательно, может не только упредить нарастание выраженности церебральной дефицитарности при органических психических расстройствах, но и в какой-то степени ее уменьшить. Сеанс начинается с телесно-ориентированной психотерапевтической методики прерывания патологических рефлексов на пораженный орган с нервной системы. В нее включен комплекс миорелаксационных и собственно психотерапевтических приемов, анатомо-физиологическая обоснованность и терапевтическая эффективность которых

доказана экспериментально и клинически. Проводятся следующие приемы: постизометрическая релаксация мышц спины и поясницы; постизометрическая релаксация мышц шеи и головы; контакт пассы с формулами погружения; дистант пассы с традиционными «общеукрепляющими» формулами; в заключительной части сеанса применяются формулы, основанные на понимании социально-психологических механизмов патогенеза (Гирич Я.П., 2001). Постизометрическая релаксация мышц спины и поясницы. Используются традиционные короткие и длинные «растяжки». После достижения расслабления поперечнополосатых мышц переходят к манипуляциям на позвоночнике (Захаров Р.И., 2016).

Первая манипуляция – указательный палец прижимается к боковой поверхности остистого отростка (начиная с первого грудного позвонка) и по часовой стрелке медленно его «обходят» несколько раз. При болезненности и подвижности давление не проводится. Время манипуляции на всем позвоночнике – 4-5 минут.

Вторая манипуляция – большим и указательным пальцами захватывается остистый отросток и медленно предпринимается попытка как бы сместить его в стороны перпендикулярно оси тела. При болезненности и подвижности давление не проводится. Время манипуляции на всем позвоночнике также 4-5 минут.

Третья манипуляция – массаж мышц, расположенных на дужках позвонков. Все пальцы рук (большой с одной стороны, остальные с другой) прижимаются к остистым отросткам, подушечки ногтевых фаланг всех пальцев надавливают на тела позвонков и медленно проводят движения вверх-вниз по ходу позвоночника. Общее время процедуры 4-5 минут.

Четвертая манипуляция – тракция позвоночника. Таз фиксируется к кушетке. Руки врача проводятся под мышки больного, и проводится вытяжение позвоночника в течение 1-2 минут.

Пятая манипуляция – собственно «прерывание» патологических рефлексов. Проводится на грудном и поясничном отделах. Ладонь устанавливается на крайнем повороте на позвоночнике. При выдохе производится поворот кисти в противоположное крайнее положение с одновременным нерезким надавливанием на позвоночник. Воздействие оказывается с осторожностью при наличии остеопороза. При наличии структурных изменений в позвоночнике процедура не проводится. Общее время манипуляции 2 минуты.

Четвертый блок системной психотерапии – работа с взаимоотношениями больного с созависимыми родственниками и окружением. При уча-

ствии родственников – коррекция у них явлений созависимости.

Данный подход позволяет получить высокий (более 30% фактического излечения) эффект при хронически протекающих невротических расстройствах, осложнившихся структурными изменениями в гладкомышечных органах, при хронических протекающих терапевтических болезнях.

Параллельно проводится лечение внутренних органов пораженных алкогольной интоксикацией с обязательным привлечением врача-терапевта. Одной из ранних у мужчин поражается репродуктивная система – проявляется сексуальными расстройствами: ослабление влечения в трезвом состоянии, задержка семяизвержения, раннее семяизвержение, ослабление эрекций. Данные проявления укладываются в понятие «токсическая кастрация», и в ряде случаев при начальных стадиях деградации это понятие является мощным эмоционально-стрессовым фактором для начала обучения трезвости.

Для коррекции стереотипов мышления и поведения больного алкогольной зависимостью подходят практически все методики психотерапии, а при сочетании их с эмоционально-стрессовой психотерапией эффективность лечения возрастает.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ И ЕГО СВЯЗЬ С МОТИВАЦИЕЙ К ИЗМЕНЕНИЮ ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ПАВ У ПАЦИЕНТОВ В ПЕРИОД НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ипатова К.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Длительное и систематическое употребление ПАВ наносит не только серьезный ущерб физическому и социальному благополучию, но также изменяет психологическую сферу человека: происходит деформация личности, претерпевает серьезные изменения мотивационно-потребная сфера, деформируется аффективная сфера личности, формируются поведенческие стереотипы, препятствующие отказу от употребления ПАВ (Земсков Л.Н., 1991). Формирование установки на отказ от ПАВ во многом зависит от состояния эмоциональной сферы на первых этапах ремиссии (Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю., 2000; Менделевич В.Д., 2010; Белоколов В.В., Вакнин Е.Е., 2019). При этом эмоциональ-

ные нарушения препятствуют мотивации к отказу от ПАВ и затрудняют реабилитацию (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., 1996; Илюк Р.Д., Громько Д.И., 2018).

В условиях современной системы медицинской реабилитации наркологических пациентов, помимо учета многообразия личностных реакций на болезнь, ценностно-смысловой сферы и мотивации к отказу от ПАВ, актуальным является изучение влияния фактора добровольности/принудительности лечения на показатели стабилизации ремиссии. В этой связи представляется важным определить предикторы, влияющие на мотивацию к изменению поведения в отношении ПАВ и принятию помощи, у пациентов, которые находятся на первом этапе формирования терапевтической ремиссии в условиях медицинской реабилитации.

Цель исследования – изучение особенностей аффективного состояния и его связь с мотивацией к изменению поведения у пациентов в период медицинской наркологической реабилитации.

Материалы и методы. В 2020-2022 гг. было обследовано 120 пациентов с установленным наркологическим диагнозом согласно МКБ-10 F.10.x.-F.19.x, которые проходили медицинскую реабилитацию в условиях отделения медицинской реабилитации №1 СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница». Среди обследованных пациентов – 90 мужчин (75%), 30 женщин (25%). Возраст – от 20 до 57 лет, средний возраст составил 33 года ($M=33,67$; $\sigma=7,64$). Группа 1 ($n=50$): пациенты, проходящие реабилитацию добровольно; группа 2 ($n=70$): пациенты, проходящие реабилитацию по решению суда. В качестве психодиагностического инструментария были применены: 1) Интегративный тест тревожности (Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В.); 2) Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана (модификация В.В. Бойко); 3) Шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» W.R. Miller и J.S. Tonigan (SOCRATES). Математический анализ проводился с помощью критерия нормальности распределения Колмогорова-Смирнова, сравнительного анализа с использованием t-критерия Стьюдента, метода корреляции r-Пирсона.

Результаты и их обсуждение. Психоземotionalное состояние исследуемых групп пациентов характеризуется некоторыми особенностями. Так, показатели шкал ситуативной тревоги укладываются в диапазон умеренно выраженных значений. Были обнаружены различия в группах по шкале «Астенический компонент тревожности» личностной тревожности, средние показатели которой выше в группе, проходящих реабили-

тацию добровольно, что подтверждается уровнем статистической значимости ($x_{срГр1}=6,62\pm 2,12$, $x_{срГр2}=5,47\pm 2,47$; $p=0,009$). В обеих группах показатель личностной тревожности и ее компоненты находится от умеренной до сильной выраженности.

Статистически значимых различий в обеих группах пациентов по выраженности социальной фрустрированности не обнаружено. Уровень социальной фрустрированности находится в зоне неопределенных значений.

Были обнаружены статистически значимые различия в группах пациентов по всем шкалам опросника готовности к изменению поведения в отношении ПАВ и лечению, средние показатели по шкалам «осознание» ($x_{срГр1}=35,2\pm 20,02$, $x_{срГр2}=25,43\pm 17,8$; $p=0,005$), «амбивалентность» ($x_{срГр1}=53,2\pm 29,42$, $x_{срГр2}=41,0\pm 18,19$; $p=0,001$), и «действие» ($x_{срГр1}=56,6\pm 22,37$, $x_{срГр2}=42,29\pm 22,88$; $p=0,002$) выше в группе, которые проходили реабилитацию добровольно. В группе пациентов, которые проходили реабилитацию в связи с возложенным судом наказанием, все компоненты мотивации имеют низкие показатели, что может указывать на соответствующий низкий уровень готовности к изменениям поведения в отношении ПАВ и принятию помощи.

Исследование связи мотивации к изменению поведения в отношении ПАВ с аффективной сферой и выраженностью социальной фрустрированности у пациентов, находящихся на первых этапах реабилитации, и проходящих реабилитацию добровольно, позволило выявить некоторые связи. Так наблюдается корреляционная связь компонентов мотивации к изменению поведения в отношении ПАВ и лечению с уровнем социальной фрустрированности по факторам «осознание» ($r=0,351$; $p=0,012$) и «действие» ($r=0,306$; $p=0,031$). Обнаружены слабые корреляционные связи фактора «действие» с эмоциональным дискомфортом личностной тревожности ($r=0,282$; $p=0,05$), и с тревожной оценкой перспектив ($r=0,294$; $p=0,039$). Наблюдается положительная корреляционная связь средней силы компонента мотивации «амбивалентность» с эмоциональным дискомфортом ситуативной тревоги ($r=0,323$; $p=0,022$) и тревожной оценкой перспектив в структуре ситуативной тревоги ($r=0,331$; $p=0,019$).

Исследование особенностей аффективного состояния и мотивации к изменению поведения в отношении ПАВ и принятию помощи у пациентов, проходящих реабилитацию по решению суда, показало положительные корреляционные связи слабой силы компонента мотивации «осознание» с эмоциональным дискомфортом ($r=0,251$; $p=0,036$), фобическим

компонентом ($r=0,261$; $p=0,029$) и тревожной оценкой перспектив ($r=0,323$; $p=0,006$). Наблюдалась взаимосвязь эмоционального компонента мотивации «амбивалентность» с тревожной оценкой будущего ($r=0,270$; $p=0,024$) в структуре личностной тревожности. Наибольшее количество корреляционных связей наблюдалось по компоненту «действие», где были выявлены связи средней силы с тревожной оценкой перспектив в структуре ситуативной тревоги ($r=0,346$; $p=0,003$), эмоциональным дискомфортом ($r=0,360$; $p=0,002$), астеническим компонентом ($r=0,243$; $p=0,042$), фобическим компонентом ($r=0,247$; $p=0,040$), тревожной оценкой будущего ($r=0,375$; $p=0,001$) в структуре личностной тревожности.

Заключение. Результаты проведенного исследования дают обоснованное представление о том, что у наркологических пациентов, которые проходят медицинскую реабилитацию, выраженность социальной фрустрированности связана с астеническими проявлениями и тревожным ожиданием будущего. Когнитивный (осознание) и эмоциональный (амбивалентность) компоненты мотивации также связаны с уровнем социальной фрустрированности. Поведенческий компонент мотивации (действие) связан с выраженностью социальной фрустрированности, ощущением эмоционального дискомфорта и тревожным ожиданием будущего.

У пациентов, которые проходили реабилитацию ввиду возложенного на них судом обязательства, также наблюдалась связь компонентов мотивации с текущим эмоциональным состоянием, в структуре которого были выражены астенический и фобический компоненты тревожности на фоне тревожного ожидания будущего.

Полученные результаты могут представлять интерес для специалистов, которые занимаются медицинской и социальной реабилитацией потребителей ПАВ, в том числе вопросами ресоциализации и реадaptации. Особенности аффективного состояния и его связь с мотивацией к изменению поведения могут выступать важным барьером для успешной реабилитации пациентов наркологического профиля, особенно на первых этапах. Одновременно, выявленные психологические характеристики могут иметь прогностическое значение в практике мотивационной и терапевтической работы как с пациентами медицинской реабилитации, которые добровольно обратились за помощью, так и тех, кто был направлен по причине возложенного судом обязательства.

ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Рогов А.В.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Узбекистан*

Цель: изучение клинико-психопатологических аспектов когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра.

Материалы и методы исследования. В ходе работы было обследовано 47 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 5 до 13 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении. Критериями включения в исследование являлось: отсутствие аутистических расстройств, эндогенного процесса в детстве у всех обследуемых больных. Обследуемые дети обучались либо в массовой школе, либо в специализированных учебных заведениях, иногда в индивидуальной форме. Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 28 здоровых детей (18 мальчиков и 10 девочек), учеников массовых школ от 5 до 13 лет. Критериями включения в контрольную группу явились: отсутствие обращений в специализированные учреждения за психиатрической и психоневрологической помощью, отсутствие эндогенной и психоорганической патологии в анамнезе.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Накопление этих расстройств в течение первых 2-2,5 лет жизни и оформление их в определенные сочетания предопределяет формирование вариантов синдрома детского аутизма, различающихся по степени раннего аффективного взаимодействия ребенка с близкими и с окружением в целом.

Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. Различные формы патологии беременности были выявлены в 73,5% случаев, что почти в 1,5 раза чаще, чем среди здоровых детей. Также было отмечено, что токсикоз беременности встречался во

всех группах с одинаковой частотой, в то время как угроза прерывания беременности возникала несколько чаще в группе контроля, где в анамнезе у матерей беременность протекала без особенностей. Перинатальная патология наблюдалась у 68,3% больных. Наибольшая частота перинатальной патологии – в 85,6% случаев – отмечалась в основной группе. В большинстве случаев (73,2%) двигательные навыки формировались соответственно возрастным нормативам, преобладание нормального моторного развития в преморбидном периоде наблюдалось во всех группах. Значительно чаще (79,6%) нормальное моторное развитие на первом году жизни отмечалось среди здоровых детей. Искажения в развитии речи в манифестном периоде наблюдались в большинстве случаев (78,6%). В группе с тяжелой задержкой психического развития отставание составляло от 5 до 12,6%. Для этой группы была характерна выраженная диссоциация в развитии отдельных сфер и дезинтеграция преимущественно в развитии исполнительных когнитивных функций. На максимально низком уровне было развитие подражания, исполнительных и вербальных когнитивных функций, экспрессивной речи. Большинство детей основной группы произносили фразы только в состоянии эмоционального напряжения или вообще не пользовались фразовой речью, наблюдалось общее недоразвитие речи. Для данной группы была характерна стереотипное манипулирование. Сложность в ответной реакции на вербальные реакции отмечалось у детей в качестве трудности обучения по причине выраженного дефицита внимания, а у некоторых детей – по причине часто возникающих состояний выраженного двигательного возбуждения. В связи с низкой обучаемостью больных данной группы трудно ожидать хотя бы частичной компенсации задержки.

При сравнении групп наблюдались существенные различия в распределении больных в каждой из групп в зависимости от варианта начала расстройства. Задержка спонтанной речи наблюдается у 76,2% детей в возрасте от 5-7 лет. До 12 лет искажения речевого развития сохраняются у 1/3 детей, постепенно снижаясь до 32,7% в возрастной группе до 12 лет, подростки старше 12 лет имеют подобные нарушения в 24,3% случаев, достоверность различий составила $p < 0,001$. Таким образом, можно утверждать, что эта симптоматика расстройства постепенно редуцируется без вмешательства специалистов по мере взросления ребенка.

В зависимости от пола зарегистрированы следующие показатели: у девочек от 5-7 лет речевая задержка встречается в 78,7%, а у мальчиков этого возраста в 80,6%, от 7 до 10 лет сохраняется почти одинаково, что

составляло у 51,5% мальчиков и 79,2% девочек, у подростков до 13 лет речь формируется у 35,7% девочек и 46,5% мальчиков. Остается выраженной несформированность развития речи в возрасте 13 лет почти у 44,3% мальчиков, а у девочек этого же возраста расстройство речевого развития отмечалось гораздо меньше (9,7%). Также необходимо отметить, что у девочек и мальчиков в возрасте до 10 лет выраженность нарушений почти равная, а после 10 лет наиболее стойкое недоразвитие речи сохраняется гораздо выше среди мальчиков.

Нарушение или отсутствие ролевых и имитационных игр у детей до 7 лет встречается в 86,9% случаев, игровая деятельность у ребенка с расстройством аутистического спектра формируется трудно, о чем свидетельствуют вышеупомянутые данные. В группе детей, которые впервые были осмотрены врачом специалистом в возрасте 5-11 лет, эти симптомы отмечались в 78,3% случаев. В старшей возрастной группе нарушение речи составило 65,8% среди таких детей. Таким образом, значительной разницы в оформлении клинической картины у мальчиков и девочек по данному диагностическому признаку не определилось. Стереотипная, повторяющаяся речь, а также автономная речь может значительно затруднить адаптацию детей в детских дошкольных учреждениях или в детских школьных учреждениях, иных детских коллективах. В возрастной группе детей до 7 лет аналогичные нарушения имели место быть в 43,5% случаев, а в возрастной группе до 13 лет стереотипная речь наблюдалась почти в 82,6% случаев. Таким образом, у детей до 7 лет с расстройством аутистического спектра часто отсутствует спонтанная речь, а при ее появлении отмечаются различные речевые нарушения. Они отмечаются и при обращении к специалисту в более старшем возрасте. Так, у детей до 15 лет такие нарушения наблюдаются в 72,2% случаев, у детей и подростков старше 11 лет – в 42,6%. Автономность речи отмечается почти у половины девочек до 7 лет (49,1%) и выявляется в этом же возрасте у 63,2% мальчиков. К 11 годам у мальчиков отмечается незначительное увеличение проявлений (до 53,4%), а у девочек частота проявлений повышается до 79,2%. Также необходимо отметить, что к 13 годам уже 51,4% девочек отличает склонность придерживаться определенного распорядка и ритуалов, у мальчиков происходит увеличение этого симптома до 63%. После 12 лет сохраняются специфические изменения поведения у половины мальчиков и всех девочек.

Заключение. Таким образом, основываясь на полученных результатах, можно предположить, что поведенческие нарушения при расстрой-

ствах аутистического спектра, выражающиеся в расстройствах социализации, коммуникации, уменьшаются с возрастом даже без обращения за помощью к специалисту. Понимание нормальных возрастных изменений в характере и степени отзывчивости и активности ребенка в отношениях с близкими и через них, с более широким окружением позволяют уточнить характер первичных трудностей при угрозе аутистического развития. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять его аффективные переживания.

ЛАМПА ВУДА ПЕРСОНОЛОГИИ – МОГУТ ЛИ ЧЕРТЫ «ТЕМНОЙ ТРИАДЫ» ПРОЛИТЬ СВЕТ НА РАЗВИТИЕ НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ?

Козлов М.Ю.

*Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина,
Москва, Россия*

*Российская академия народного хозяйства
и государственной службы, Москва, Россия*

В последние годы обнаруживается сближение типологических и факторных моделей личности, что особенно актуально в приложении к клинико-психологическим типологиям, как правило, опирающихся не столько на методы математического анализа, сколько на единообразное клиническое впечатление. В этом контексте представляется любопытным взглянуть как концепция «темной триады» (нарциссизма, психопатии и Макиавеллизма) – трех коррелирующих друг с другом личностных черт, объединенных идеей некоторой злонамеренности и произвольности, связана с различными психическими заболеваниями.

Не так давно в США была предпринята попытка проанализировать, как связаны черты «темной триады» (ТМ) и альтернативная модель личностных расстройств (Alternative Model of Personality Disorder (AMPD)), которая представляет собой черты противоположного полюса известной «большой пятерки», а именно – негативную аффективность, отстраненность, антагонистический стиль поведения, расторможенность и психотизм, через сочетание и заострение которых и предлагается определять личностную патологию.

Черты ТМ по данным корреляционного и регрессионного анализов оказались ответственны за 30% выраженности черт альтернативной модели личностных расстройств (Somma, A., 2020). Связь личностных расстройств и черт ТМ была также изучена на выборке пациентов, страдающих расстройствами, относящимися к кластеру «В» Американской классификации расстройств личности, куда входят диссоциальное, пограничное, гистрионное и нарциссическое расстройства. Анализ материала показал ожидаемое отличие обеих выборок по полу: мужчины чаще, чем женщины показывали заострение черт макиавеллизма, психопатии и склонность к диссоциальному расстройству личности, а женщины чаще страдали пограничным, гистрионным и нарциссическим расстройствами личности. Что касается главных выводов исследования, а именно связи ТМ и личностных расстройств, в каждом случае было показано сильное влияние той или иной черты ТМ и их констелляций, что позволяет описывать каждое из расстройств кластера «В» различным сочетанием и преобладанием тех или иных черт ТМ (Vossen T.J. et al., 2017).

Черты ТМ могут участвовать и в развитии наркотической зависимости. Исследования показали, что нестабильная самооценка, связанная с нарциссизмом и импульсивный поиск стимуляции, характерный для психопатии, могут увеличивать риск развития аддикций (Jauk E., 2019). Подтверждением этого вывода стало исследование связи ТМ и поведенческой зависимости, а именно гэмблинга, показавшее, что все черты ТМ влияют на риск развития игровой зависимости, но более всего – черты психопатии (склонность к асоциальному поведению, импульсивность, эгоизм, бессердечность). Тем не менее, важно отметить, что сам гэмблинг является формой девиантного поведения, и его корреляции с чертами психопатии, в которую такого рода поведение входит как один из фасетов, приводит к циркулярной объяснительной логике, в которой асоциальное поведение «объясняется» асоциальным поведением (Trombly D.R., 2017).

В исследовании, посвященном связи черт ТМ и тревожного расстройства во время пандемии Ковид-19, было выявлено, что черты нарциссизма и психопатии в выборке условно здоровых испытуемых коррелировали с более высоким уровнем тревоги, главным медиатором чего служило одиночество. Представляется вполне логичным, что именно черты нарциссизма и психопатии, а не макиавеллизма, приводили к чувству одиночества и повышению тревоги, поскольку они наиболее связаны с эгоцентризмом и дефицитом эмпатии (Shengbo L. et al., 2022).

Любопытное исследование было опубликовано в издании

«Comprehensive Psychiatry» в 2016 году, где изучались связи ТМ с нарушениями сна, тревожной сензитивностью и низкой переносимостью неопределенности. В частности, было показано, что нарушения сна положительно связаны с Макиавеллизмом и психопатией, нарциссизм таких связей не показал, что можно считать косвенным подтверждением достаточно известного вывода, что именно негативная аффективность – предиктор ухудшения качества сна. Такие же данные были получены и по двум другим переменным, и тревожная сензитивность и низкая переносимость неопределенности (как важные предикторы нарушений сна) оказались связаны с Макиавеллизмом и психопатией. Как и в остальных приведенных выше исследованиях, черты психопатии оказались более всего связаны с нарушениями сна через два выявленных медиатора, предположительно за счет большей антиципационной тревоги и слабости совладающих навыков, что и приводит к повышению сензитивности и неуверенности в способностях совладать с неожиданными трудностями (Sabouri S. et al. 2016).

На роль еще одного медиаторного фактора, также связанного с чертами Макиавеллизма и психопатии, по результатам изучения методами поведенческой генетики, претендует алекситимия. Следует сказать, что и сами черты ТМ по данным целого ряда исследований определяются наследственными факторами и индивидуальными, а не общим, средовыми (микросоциум) (Cairncross M. et al., 2013).

Выводы:

1. Черты «темной триады» показывают связь с самым различным спектром психической патологии: личностными и аффективными расстройствами, нарушениями сна, поведенческими и химическими зависимостями.

2. Черты «темной триады» определяют 30% альтернативной модели личностных расстройств, сконструированной через полярные значения факторов «большой пятерки».

3. Сочетания черт ТМ позволяют описывать личностные расстройства кластера «В» в соответствии с классификацией DSM-4.

4. Психопатия, по данным большинства исследований, является наиболее значимым фактором, вкладывающимся как в развитие аддиктивных расстройств, так и ухудшения качества сна.

5. Нарциссизм показывает наименьшие корреляции с психическими расстройствами.

6. Среди медиаторных факторов, пролегающих между чертами ТМ и некоторыми психическими расстройствами, лежат: алекситимия, дефи-

цит копинговых механизмов, повышенная тревожная сензитивность, чувство одиночества.

7. Черты «темной триады» связаны с генетическими и микросоциальными факторами.

ЗАВИСИМОСТЬ И ПРИВЯЗАННОСТЬ, ЧТО МОЖЕТ СКАЗАТЬ ТЕОРИЯ ОТНОШЕНИЙ О ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Козлов М.Ю.

*Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина,
Москва, Россия*

*Российская академия народного хозяйства
и государственной службы, Москва, Россия*

Теория привязанности описывает работу определенного биологического инстинкта, под влиянием которого ребенок ищет близости к значимому другому в ситуации угрозы или дискомфорта. Своевременная реализация этой потребности обеспечивает не только выживание ребенка, но формирование адекватных представлений о мире и значимых людях. На основе полученного в раннем возрасте опыта формируются своеобразные «стили» привязанности, т.е. модус того поведения и отношения, которым ребенок реагирует на близкое окружение.

Кроме «надежного» стиля, характеризующегося ощущением безопасности, доверия к близким, способности просить, получать и принимать помощь, формируются и «небезопасные» стили привязанности. Чаще всего формирование ненадежной привязанности связано с ситуациями жесткого обращения, пренебрежения потребностями ребенка, различных форм насилия и т.д. Ненадежные стили привязанности являются неспецифическим фактором уязвимости, сильно ассоциированным с целым спектром психической патологии, в том числе и поведенческих нарушений. Стоит оговориться, что речь идет не только о психологической теории, объединяющей клинические наблюдения, но и об описании довольно сложной системы, реализуемой целым комплексом специфических нейронных структур и нейрохимических посредников.

В большом исследовании, посвященном связи ненадежной привязанности и злоупотреблением наркотиками, было показано, что существует

как минимум три нейроэндокринных пути, с помощью которых ранний детский опыт небезопасной привязанности может оказывать свое влияние. Было изучено влияние дофаминергической системы внутреннего вознаграждения, аффилиативной системы, связанной с действием окситоцина и глюкокортикоидных гормонов, вовлеченных в формирование стресс-реакции. Изменение работы этих систем в связи с психотравмирующими событиями раннего детства значительно повышают риск возникновения зависимости от психоактивных веществ, однако медиаторные (личностные, поведенческие) факторы до конца не изучены (Strathearn L. et al. 2019).

Любопытное исследование было опубликовано в журнале «Psychopharmacology» (Burkett J.P., 2012), в котором проводились параллели между поведенческими, анатомическими и фармакологическими коррелятами социальной привязанности и зависимости. Были объединены данные нейровизуализационных и биохимических исследований, показавших значительное перекрытие областей мозга и медиаторов, участвующих в поведении привязанности и зависимости, что было особенно заметно в области мезолимбического дофаминового пути. Авторы резюмируют, что «зависимость» (привязанность) от другого индивида, по своему физиологическому профилю похожа на зависимость от психоактивных веществ». Таким образом, можно предположить, что по своему действию наркотические вещества могут имитировать психофизиологические эффекты надежной привязанности к значимым другим, воздействуя на те же нейроэндокринные системы.

Обзор научной литературы, посвященный ответу на вопрос «является ли социальная привязанность – аддиктивным расстройством?», еще раз подтвердил данные о том, что нейромедиаторные пути и гены, эволюционировавшие для медиации мотивационных аспектов социального взаимодействия, родительства, образования романтических пар и привязанности к новорожденным, вовлекаются в формирование зависимости от наркотических веществ (Insel T.R., 2003). Таким образом, именно индивиды с ненадежными типами привязанности должны быть более заинтересованы в эффекте психоактивных веществ. Эта гипотеза нашла свое подтверждение в исследовании, изучавшем типы привязанности у подростков, злоупотреблявших опиоидами, и контрольной группы испытуемых без наркотической зависимости. Были установлены сильные корреляционные связи между тревожным типом привязанности и злоупотреблением опиоидами, коморбидная психическая патология оказалась также связанной

с тревожным типом привязанности, а не с тяжестью основного заболевания (Schindler A. et al., 2005). Под тревожным типом привязанности понимают потребность в другом человеке, сопровождающуюся ощущением недоверия, ревности, ненадежности, постоянной неуверенности в себе, недостаточности, выраженным страхом утраты объекта привязанности, что может приводить к экстремальному, манипулятивному поведению для «сохранения» другого, связь с которым представляется непрочной. Выраженность и некоторая «витальность» этого страха требует эффективных совладающих навыков, часто несформированных, особенно у подростка, что вынуждает его искать иные средства борьбы с сепарационной тревогой.

Данные показывают, что лечение злоупотребления психоактивными веществами, может требовать более длительной коррекции, с прицелом на внутренние рабочие модели привязанности. Поскольку, как уже было показано ранее, нарушение реализации этой фундаментальной потребности заставляет искать эмоциональной поддержки и регуляции в употреблении наркотических средств (Fletcher, 2015). При этом ненадежные типы привязанности являются генеральным, неспецифическим фактором уязвимости, но промежуточные механизмы между причиной и отдаленными во времени последствиями недостаточно изучены. Однако, один из главных механизмов, через который небезопасные типы привязанности влияют на аддиктивное поведение – это трудности аффективной саморегуляции. В процессе развития ребенок учится справляться со своими эмоциями благодаря «эмоциональному коучингу», валидации, т.е. подкреплению адекватной оценки и способов выражения эмоций, что невозможно без наличия доверительной фигуры. Отсутствие этой валидирующей и обучающей копинговым навыкам фигуры приводит к дефициту целого комплекса знаний и навыков, препятствующих адекватной эмоциональной саморегуляции (Estévez A. et al., 2017).

Резюмируя, можно сказать, что химическая зависимость является субститутом надежной привязанности, используя те же нейромедиаторные, структурно-функциональные и генетические пути, которыми реализуется аффилиативная потребность. Таким образом, помимо учета неспецифического фактора риска небезопасных внутренних моделей, для индивидов, страдающих зависимостью от психоактивных веществ, необходимы долгосрочные психотерапевтические программы, корректирующие поведенческие, когнитивные и социальные дефициты, порожденные небезопасными типами привязанности и, до известной степени, их самих.

ВЛИЯНИЕ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПЕРЕДАЧУ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОТЦА К ДОЧЕРИ

Коньков В.И.

*Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия
Российский национальный исследовательский университет
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

Анализируя данные ВОЗ последних нескольких лет, можно отметить, что по детскому алкоголизму первое место занимает Украина, где частота данного заболевания была выявлена у детей от 14 до 18 лет в 40% случаев. Россия по данной патологии также находится среди «лидеров» (VrkićBoban I. et al., 2018). Дети, у которых родители страдают алкоголизмом, имеют предрасположенность не только к алкоголизму, но и к развитию других зависимостей (наркомании, лудомании). Гены, отвечающие за формирование алкоголизма, оказывают свое влияние лишь на 60% случаев, другие 40% обусловлены экзогенными факторами (Healey C. et al., 2014), т.е. развитие алкоголизма имеет эндоформную predisposition своего формирования и развития.

Материал и методы. Исследование было выполнено на 36 женщинах: 25 женщин, страдающих зависимостью от алкоголя; 11 женщин, которые являлись сотрудниками ГБУЗ «МНПЦН ДЗМ», среди которых алкоголизм не выявлен. Возраст женщин исследования был от 25 до 45 лет. В выборке принимали участие женщины, отец которых имел алкогольную зависимость. Сочетание с употреблением алкоголя других психоактивных веществ (ПАВ) допускалось. Все респонденты дали письменное информированное согласие на участие в данном исследовании. Данное количество женщин было достаточно для проведения сравнительного статистического анализа.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Statistika 10.0», где оценка статистической разницы проводилась по критерию Пирсона (p). Данные представлены в виде отношения шансов (OR) и доверительных интервалов (нижняя и верхняя границы) (CI) (Гланц С., 1998).

Результаты. Было выявлено, что взаимоотношения между отцом и дочерью были представлены двумя формами: ласка, заботливость и участие (первая форма); грубость, возможное рукоприкладство (вторая форма). Отношения первой формы были выявлены среди 2 сотрудников ГБУЗ «МНПЦН ДЗМ» и 19 пациенток. Отношения второй формы выявились

среди 9 сотрудников и среди 6 пациенток.

По результатам статистической обработки полученных данных было выявлено: $OR=14,25$; 95% CI 2.389 - 85.016; $p = 0.002$.

Заключение: экзогенный фактор, имеющий влияние на передачу наследственной предрасположенности к развитию алкоголизма от отца к дочери, который представлен в виде грубости и жесткости, имеет сдерживающее/задерживающее влияние на развитие алкоголизма.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ТРЕЗВОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА ФОНЕ «КОДИРОВАНИЯ»

Коньков В.И.

*Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия
Российский национальный исследовательский университет
им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

Проблема алкоголизма в настоящее время существует во всем мире. Для ее преодоления проводился и вводился ряд мероприятий, которые не всегда оказывались действенными, или имели лишь временный эффект. Развитие разнообразных программ лечения к настоящему времени не привели к значимому результату эффективности терапии больных алкоголизмом. Это обусловлено рядом методологических, теоретических и практических проблем, которые есть в наркологии (Валентик Ю.В., 1995; Альтшулер В.Б., 2002; Демина М.В., 2003). Поэтому проблема лечения и выздоровления пациентов с алкоголизмом остается актуальной по настоящее время.

Материал и методы. Исследование по данной проблематике было выполнено на 33 пациентах, страдающих зависимостью от алкоголя (7 женщин и 26 мужчин). Возраст пациентов в исследовании был от 25 до 45 лет. В выборке принимали участие лица, которые были настроены на поддержание трезвости путем «кодирования». Сочетание с употреблением алкоголя других психоактивных веществ (ПАВ) не допускалось. В исследование не включались пациенты, имеющие на момент исследования диагноз: гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, цирроз печени. Также в исследование не включались пациенты, которые имели эндогенную патологию. Данное количество пациентов было достаточно для проведения сравнительного статистического анализа. Все пациенты дали письменное

информированное согласие на участие в данном исследовании.

Для статистической обработки полученных данных использовалась программа «Statistica 10.0», где оценка статистической разницы проводилась по критерию Пирсона (p). Данные представлены в виде отношения шансов (OR) и доверительных интервалов (нижняя и верхняя границы) (CI) (Гланц С., 1998).

Результаты. Исследование было построено таким образом, что пациенты были разделены на две группы – 16 человек (3 женщины и 13 мужчин) – первая группа и 17 человек (4 женщины и 13 мужчин) – вторая группа. В первые 5 дней после поступления пациентов на лечение им активно проводилась инфузионная, дезинтоксикационная, электролитная терапия согласно стандартам оказания наркологической помощи. Затем пациенты переводились на ноотропную и витаминотерапию; с первых дней с ними велась психотерапевтическая работа.

Пациенты первой группы, помимо вышеуказанной терапии, принимали на протяжении 20 дней дисульфирам в суточной дозе 500 мг. На 20 день пациентам обеих групп проводилось «кодирование» путем введения плацебо-препарата. Оценка поддержания трезвости проводилась на протяжении полугода с момента «кодирования» путем связи с данными пациентами и их родственниками (по телефону и при личной встрече).

В результате проведенного исследования было выявлено, что все пациенты первой группы сохранили трезвость на протяжении первых двух месяцев после кодирования. Среди пациентов второй группы «срыв» и возобновление алкоголизации отмечались среди 4 пациентов. На протяжении следующих двух месяцев рецидив алкоголизма отмечился у двух пациентов первой группы и 6 пациентов второй группы. По итогам последних двух месяцев алкоголизацию возобновили еще один пациент первой группы и два пациента второй группы. Таким образом, по прошествии 6 месяцев с момента «кодирования» после курса сенсibilизационной терапии дисульфирамом рецидив алкоголизма наблюдался среди 3 пациентов первой группы и среди 11 пациентов второй группы, кто не получал предшествующей терапии дисульфирамом. По результатам статистической обработки полученных данных было выявлено: $OR=7,944$; 95% CI 1.601 - 39.417; $p = 0.008$.

Вывод: использование сенсibilизационной терапии (дисульфирам) на предварительном этапе перед «кодированием» приводит к формированию более стойкой и длительной ремиссии у пациентов с алкоголизмом.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кормилина О.М., Теркулов Р.И., Мингазов И.Ф.

*Новосибирский областной клинический наркологический диспансер,
Новосибирск, Россия*

Цель исследования – изучить тенденции заболеваемости и смертности населения по причинам, связанным с наркотиками.

Материалы и методы: изучены статистические материалы по мониторингу за острыми отравлениями химической этиологии по материалам федерального и регионального информационного фонда. Проведен анализ годовых отчетов по острым отравлениям (отчетные данные за 2017-2022 гг.). Изучены статистические материалы Росстата. Метод аналитический.

Результаты и обсуждение. В Новосибирской области в 2022 году было зарегистрировано 20415 больных наркологическими заболеваниями (без никотиновых расстройств). В структуре зарегистрированных наркологических заболеваний на расстройства, связанные с употреблением алкоголя, в 2022 г. приходится 73,3%; 25,9% – на расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ; 0,8% – на расстройства, связанные с употреблением ненаркотических психоактивных веществ.

Показатель общей заболеваемости наркоманией составил в Новосибирской области в 2022 году 154,1 на 100 тысяч населения (2021 г. – 148,6). Особенности выявленных тенденций – наблюдается снижение доли заболеваемости каннабиноидной наркоманией и рост числа зависимых от наркотиков и сочетаний наркотиков разных групп на 24%.

Уровень ремиссии (на 100 больных среднегодового контингента) и снятия с наблюдения больных наркоманией в 2022 году составил от 1 года до 2 лет – 15,5% (2021 г. – 15,4%); свыше 2 лет – 12,6% (был 12,9%). За 2022 год в Новосибирской области впервые в жизни зарегистрировано 622 пациента с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением наркотиков (показатель 22,4 на 100 тыс. населения, что выше показателя 2021 г. на 8,7%). В 2022 г. отмечался рост показателей первичной заболеваемости наркоманией вследствие употребления наркотиков всех диагностических групп.

За период с 2017 по 2022 гг. на территории Новосибирской области по данным Росстата зарегистрировано 1400 случаев смерти от причин, обусловленных наркотиками (в 2022 г. – 411, в 2021 г. – 425, в 2020 г. – 198, в

2019 г. – 122, в 2018 г. – 112, в 2017 г. – 132 случаев). Показатели смертности от причин смерти, обусловленных наркотиками, на 100 тыс. населения имеют тенденцию к росту (в 2022 г. – 14,70 на 100 тыс. населения; в 2021 г. – 15,27; в 2020 г. – 7,09; в 2019 г. – 4,36; в 2018 г. – 4,01; в 2017 г. – 4,74 на 100 тыс. населения).

При анализе вызванной употреблением наркотиков смертности населения в Новосибирской области по возрастам установлено, что 97,6% (доля ниже, чем в СФО и РФ) пришлось на лиц трудоспособного возраста (401 из 411 случаев). Пик смертности за 2022 год пришелся на возраст 40-44 года с удельным весом 27,2% и 35-39 лет с удельным весом 24,8 % (102 из 411 случаев). В 2022 году зарегистрированы 5 случаев смертности в возрасте 18-19 лет и единичные случаи после 50 лет.

При анализе смертности населения, вызванной употреблением наркотиков, в Сибирском федеральном округе за 2022 год по возрастам установлено, что 98,9% составили лица трудоспособного возраста (1746 из 1766 случаев). Пик смертности по СФО за 2022 год пришелся на возраст 35-39 лет с удельным весом 26,8% (474 из 1766 случаев) и возраст 40-44 лет с удельным весом 26,2% (462 из 1766 случаев). В 2022 году зарегистрированы 6 случаев смертности в возрастах 15-17 лет и 1 случай в возрасте мене 15 лет.

При анализе этого вида смертности в Российской Федерации за 2022 год по возрастам установлено, что 96,2% составили лица трудоспособного возраста (10920 из 11356 случаев). Пик смертности по Российской Федерации за 2022 год пришелся на возраст 35-39 года с удельным весом 23,1% (2628 из 11356 случаев) и возраст 40-44 года с удельным весом 21,6% (2451 случаев). В 2022 году зарегистрированы 60 случаев смертности в возрасте 15-17 лет и 12 случаев у детей.

Удельный вес зарегистрированной смертности от наркотиков (от всей зарегистрированной в 2022 году) составил в Новосибирской области 1,07% (411 из 38335 случаев), что выше, чем в СФО и РФ: в СФО – 0,76% (1766 из 233033 случаев); в РФ – 0,60% (11356 из 1898644 случаев).

По данным ЕМИСС, в 2022 г. изъято в Российской Федерации из незаконного оборота 26410851 грамм запрещенных наркотических веществ, в СФО – 2901285 грамм, и Новосибирской области – 536015 грамм.

Выводы. В структуре зарегистрированных наркологических заболеваний расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ, составляют 25,9%. За период с 2017 по 2022 гг. на территории Новосибирской области зарегистрировано 1400 случаев смерти от причин, обуслов-

ленных наркотиками. Показатели этого вида смертности имеют тенденцию к росту (в 3 раза). При анализе вызванной употреблением наркотиков смертности по возрастам установлено, что 97,6% составляют лица трудоспособного возраста. Пик смертности за 2022 год пришелся на возраст 40-44 года с удельным весом 27,2% и 35-39 лет с удельным весом 24,8%. Удельный вес зарегистрированной смертности от наркотиков (от всей зарегистрированной в 2022 году) составил в Новосибирской области 1,07%, что выше, чем в СФО и РФ.

Анализ многолетних данных свидетельствует о значительном росте смертности населения, связанной с наркотиками, в Российской Федерации в 2020-2022 годах. Высокий уровень этого вида смертности свидетельствует о росте потребления наркотиков населением и значительной латентности. Профилактика острых отравлений у населения остается актуальной и требует повышенного внимания со стороны властей. Особо актуальной остаётся работа, направленная на профилактику высокого уровня потребления наркотических веществ.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С АЛКОГОЛЕМ, В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кормилина О.М., Теркулов Р.И., Мингазов И.Ф.

*Новосибирский областной клинический наркологический диспансер,
Новосибирск, Россия*

Цель исследования – изучить некоторые аспекты неблагоприятного влияния злоупотребления алкоголем на состояние здоровья населения Новосибирской области по статистическим материалам смертности населения.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ статистических показателей по смертности населения от причин смерти, связанных с алкоголем.

Результаты и обсуждение. В структуре зарегистрированных наркологических заболеваний в Новосибирской области преобладают расстройства, связанные с употреблением алкоголя, составившие в 2022 г. 73,3% (синдром зависимости от алкоголя, употребление алкоголя с вредными последствиями и алкогольные психозы). Общее число потребителей алкоголя составило 14954 человек (537,9 на 100 тыс. населения).

В структуре первичных зарегистрированных наркологических забо-

леваний также преобладают расстройства, связанные с употреблением алкоголя, составившие в 2022 г. 73,7% (синдром зависимости от алкоголя, употребление алкоголя с вредными последствиями и алкогольные психозы). Показатель первичной заболеваемости алкогольными расстройствами в 2021-2022 гг. составил 65,1 на 100 тыс. населения. В 2022 году количество больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии свыше 1 года, составило 25,3% на 100 больных среднегодового контингента (в 2021 году было 23,4%). Число пациентов с алкоголизмом, снятых с наблюдения по причине длительной ремиссии, в 2022 году снизилось на 4,5% и составило 442 (2021 г. – 463).

При анализе ситуации по смертности, связанной с алкоголем, выявлено, что в 2022 году городское население дало 69,6% смертности (доля городского населения в общей численности населения области 79,7%) с показателем смертности 16,5 на 100 тыс. населения. На долю сельского населения пришлось 30,4% (доля сельского населения в общей численности населения области 20,3%) с показателем смертности 28,4 на 100 тыс. населения.

По данным Росалкогольрегулирования и расчетов ФГБУ «ЦНИИО-ИЗ» Минздрава России потребление алкоголя на душу населения составило по Новосибирской области в 2018 г. – 10,5; в 2019 г. – 10,1; в 2020 г. – 9,8 литров этанола в год.

За период с 2017 по 2022 гг. на территории Новосибирской области, по данным Росстата, зарегистрировано 3140 случаев смерти от причин, обусловленных алкоголем (в 2022 г. – 530, в 2021 г. – 533, в 2020 г. – 463, в 2019 г. – 523, в 2018 г. – 558, в 2017 г. – 533 случаев). Если учитывать методику расчетов А.В. Немцова, то истинная (с учетом скрытой в соматической смертности) ежегодная смертность в Новосибирской области находится в районе 2000 случаев.

Показатели смертности от причин смерти, обусловленных алкоголем, на 100 тыс. населения остаются практически на одном уровне (в 2022 г. – 19,0 на 100 тыс. населения, в 2021 г. – 19,2, в 2020 г. – 16,6, в 2019 г. – 18,7, в 2018 г. – 20,0, в 2017 г. – 19,1 на 100 тыс. населения). Основные причины алкогольной смертности населения в Новосибирской области (по данным Росстата за 2021-2022 гг.) представлены случайными отравлениями (воздействием) алкоголем – 39,2% (в 2022 г. – 208 случаев из всех 530 случаев, в 2021 г. – 227 случаев из 533); 24,2% приходится на алкогольную кардиомиопатию (в 2022 г. – 128 случаев; 2021 г. – 126 случаев); 17,5% – на алкогольную болезнь печени (в 2022 г. – 93 случаев; 2021 г. – 80 случаев);

9,2% – на отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями (в 2022 г. – 49; 2021 г. – 67 случаев).

При анализе вызванной употреблением алкоголя смертности населения в Новосибирской области по возрастам установлено, что 69,8% (доля ниже, чем в СФО и РФ) составили лица трудоспособного возраста (370 из 530 случаев). Пик смертности за 2022 год пришелся на возраст 40-44 года с удельным весом 15,7% и 60-64 года с удельным весом 14,2% (75 из 530 случаев). В 2022 году зарегистрированы по одному случаю смертности в возрастах 18-19 лет и 20-24 года (0,19%). На долю населения старше 70 лет пришлось 6,4% алкогольной смертности (34 из 530 случаев).

При анализе данной смертности населения в Сибирском федеральном округе за 2022 год по возрастам установлено, что 72,8% составили лица трудоспособного возраста (3902 из 5356 случаев). Пик смертности по СФО за 2022 год пришелся на возраст 60-64 года с удельным весом 15,4% (481 из 5356 случаев) и возраст 45-49 лет с удельным весом 14,8% (792 из 5356 случаев). В 2022 году зарегистрированы 3 случая смертности в возрастах 15-17 лет и 11 случаев в возрасте 20-24 года (0,21%). На долю населения старше 70 лет пришлось 5,2% алкогольной смертности (279 из 5356 случаев). При анализе алкогольной смертности в Российской Федерации за 2022 год по возрастам установлено, что 73,7% составили лица трудоспособного возраста (31758 из 43091 случаев). Пик смертности по РФ за 2022 год пришелся на возраст 45-49 года с удельным весом 14,8% (6392 из 43091 случаев) и возраст 60-64 года с удельным весом 14,4% (6223 случаев). В 2022 году зарегистрированы 9 случаев смертности в возрастах 15-17 лет и 3 случая в возрасте менее 15 лет. В возрасте 20-24 года зарегистрирован 71 смертельный случай (0,16%). На долю населения старше 70 лет пришлось 5,2% алкогольной смертности (2245 случаев).

Удельный вес зарегистрированной алкогольной смертности (от всей зарегистрированной в 2022 году) составил в Новосибирской области 1,38% (530 из 38335 случаев), что ниже, чем в СФО и РФ: в СФО 2,3% (5356 из 233033 случаев), в РФ 2,27% (43091 из 1898644 случаев).

Выводы:

1. В структуре зарегистрированных наркологических заболеваний в Новосибирской области преобладают расстройства, связанные с употреблением алкоголя, составившие в 2022 году 73,3%.

2. В структуре первичных зарегистрированных наркологических заболеваний также преобладают расстройства, связанные с употреблением алкоголя: 73,7% в 2022 году.

3. Существующий уровень заболеваний наркологическими расстройствами свидетельствует о сохранении негативных тенденций по высокому уровню смертности населения по причинам смерти, обусловленным алкоголем.

4. За период 2017-2022 гг. на территории Новосибирской области зарегистрировано 3140 случаев смертности от причин, обусловленных алкоголем.

5. Основные причины вызванной употреблением алкоголя смертности населения в Новосибирской области: случайное отравление (воздействии) алкоголем – 39,2%; алкогольная кардиомиопатия – 24,2%, алкогольная болезнь печени – 17,5%, отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями – 9,2%.

6. Показатели смертности от причин, обусловленных алкоголем, на 100 тыс. населения сохраняются практически на одном уровне.

7. Среди умерших от причин, связанных с алкоголем, преобладают лица трудоспособного возраста (69,8%).

8. Удельный вес зарегистрированной алкогольной смертности (от всей зарегистрированной в 2022 году) составил в Новосибирской области 1,38%, что ниже, чем в СФО и РФ.

Таким образом, несмотря на принимаемые в стране меры и некоторое снижение смертности от причин, обусловленных алкоголем, и снижение объемов потребления алкоголя на душу населения, уровень предотвратимых потерь остается значительным. Задачей органов власти является выработка эффективных антиалкогольных мероприятий профилактического характера и усиление политики антиалкогольной направленности. На основании изложенного необходимо отметить, что «алкогольная обстановка» в Новосибирской области среди определенных слоев населения остаётся напряженной.

ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ПО ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Кошкина Е.А., Смирновская М.С., Кошкин Е.А., Круглых А.А.

Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Актуальность разработки интегрального показателя по оценке качества и эффективности деятельности подразделений наркологической

службы очевидна и диктуется временем. Интегральный – это обобщенный показатель, количественно определяющий качественные характеристики деятельности. Он позволяет оценивать эффективность и качество деятельности медицинской организации, осуществлять рейтинг на уровнях учреждений здравоохранения, муниципального образования и субъекта Федерации.

Зарубежный опыт осуществления рейтинга медицинских организаций составляет более 50 лет, в России подобная практика применяется лишь последние 15 лет. Российская система рейтингования медицинских организаций вполне отвечает международным требованиям, однако находится в стадии формирования и адаптации с учётом реальных возможностей. В социологии эта практика в России применяется более длительное время и более успешно.

На протяжении 5 лет федеральный проект «Трезвая Россия» ежегодно проводит экспертно-аналитическое исследование антиалкогольной работы каждого из 85 субъектов Российской Федерации, которое выявляет и сравнивает масштабы негативных последствий от злоупотребления алкогольной продукцией. В качестве основы для составления «Рейтинга Трезвости Регионов 2020» были выбраны наиболее важные критерии оценки степени трезвости регионов и связанной с ней социальной напряженности. При составлении рейтинга использовались следующие 6 критериев: «Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти (отравления алкоголем)», «Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольные психозы», «Число преступлений, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения (единица)», «Региональный объем всей проданной алкогольной продукции в литрах чистого спирта», «Число правонарушений, связанных с незаконным производством и оборотом этилового спирта и алкогольной продукции (единица)», «Сила регионального антиалкогольного законодательства, которая рассчитывалась на основе двух показателей: «Количество часов запрета продажи алкоголя в сутки» и «Количество дней в году, когда полностью запрещена продажа алкогольной продукции».

Итоговый балл для каждого региона исчислялся путем суммирования занятых этим регионом мест по каждому из шести базовых критериев. По методике рейтинга, чем меньше итоговый балл региона, тем он более благополучен в вопросах трезвости. Ранжирование регионов начинается от менее пьющего «1» до «85» наиболее пьющего. Наименее пьющими

регионами оказались Республики Ингушетия и Дагестан, Чеченская, Кабардино-Балкарская, Карачаево-Черкесская республики. Наиболее пьющими: Магаданская, Смоленская области, Республика Коми, Удмуртская Республика, Чукотский авт. округ.

Все данные по каждому региону, на основе которых составлен настоящий рейтинг, были взяты из открытых источников Росстата и статистики профильных ведомств. Все полученные значения шести показателей для каждого субъекта Российской Федерации переводились в звезды (стандартные оценки) по стандартизированной методике с учетом значений показателей по всей выборке. («Национальный рейтинг трезвости субъектов Российской Федерации – 2020». М: Общественная палата Российской Федерации, 2020 – 76 с.).

Методика и порядок осуществления мониторинга, а также критерии оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах были разработаны и утверждены Государственным антинаркотическим комитетом (протокол от 25 июня 2021 г. №48). Оценка развития наркоситуации в субъекте Российской Федерации осуществляется по четырем последовательным критериям: «нейтральная», «сложная», «предкризисная», «кризисная». Критерии оценки развития наркоситуации при проведении мониторинга в субъекте Российской Федерации определялись по следующим 10 показателям: «Вовлеченность населения в незаконный оборот наркотиков»; «Уровень вовлеченности несовершеннолетних в незаконный оборот наркотиков»; «Криминогенность наркомании»; «Уровень криминогенности наркомании среди несовершеннолетних»; «Доступность наркотиков»; «Оценочная распространенность употребления наркотиков»; «Уровень первичной заболеваемости наркоманией»; «Острые отравления наркотиками»; «Острые отравления наркотиками среди несовершеннолетних»; «Смертность, связанная с острым отравлением наркотиками».

Оценочный показатель (ОП) определяется на основании расчета статистического показателя (СП) с учетом его минимального и максимального значений по всем муниципальным образованиям (региональный уровень) и субъектам Российской Федерации (федеральный уровень). Показатели оценки развития наркоситуации (ПО) выражаются в баллах от 0 до 100. При этом 0 (ноль) баллов – наилучшее значение, 100 (сто) баллов – наихудшее значение соответствующего показателя. Среднероссийский показатель в 2021 г. имел «нейтральную» итоговую оценку; в 18 территориях – «сложную», и в одном регионе – «предкризисную». (Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2021 г., ГАК).

Анализ деятельности учреждений здравоохранения и их отдельных подразделений осуществляется на основе мониторинга показателей с целью повышения эффективности работы и своевременного принятия управленческих решений. Рейтинговая оценка занимает большое место в системе комплексного анализа деятельности учреждений здравоохранения и представляет собой обобщающий итог результативности и эффективности деятельности как системы здравоохранения в целом, так и отдельных учреждений здравоохранения. Оценка результативности и эффективности элементов системы здравоохранения следует проводить по нескольким уровням: субъекта Федерации, муниципального образования, учреждения здравоохранения, его отделений, подразделений и отдельных специалистов. Для каждого уровня разрабатывается система количественных и качественных показателей по следующим направлениям: клиническая, экономическая, социальная эффективность и показатели, отражающие дефекты деятельности.

Составными этапами методики комплексной рейтинговой оценки являются: сбор и анализ исходной информации о деятельности учреждений здравоохранения за оцениваемый период времени, обоснование системы показателей для рейтинговой оценки, расчет итогового показателя рейтинговой оценки, ранжирование учреждений здравоохранения по рейтингу. Итоговая рейтинговая оценка учреждений здравоохранения учитывает ряд значимых показателей их деятельности. Выбор и обоснование исходных показателей деятельности учреждений здравоохранения исходит из целей оценки и потребностей субъектов управления в аналитической оценке. Рейтинговые показатели являются относительными и рассчитываются на конец отчетного периода. Информация о рейтинге должна быть доступной потребителю медицинских услуг, органам управления здравоохранением и обязательного медицинского страхования для принятия управленческих решений. (Методика интегральной оценки деятельности системы здравоохранения и учреждений здравоохранения. Методические рекомендации для специалистов здравоохранения, Хабаровск, 2006. –113 с.). В данной работе В.Н. Кораблев с соавт. представили модель конечных результатов деятельности наркологической службы. Для оценки деятельности наркологического стационара использовались 25 показателей, для оценки деятельности наркологического кабинета в поликлинике 11 показателей.

Отделом экспертизы качества медицинской помощи в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» для оценки качества медицинской помощи используют

ся 33 показателя. На различных уровнях управления с целью определения проблем в управляемой системе требуются различные показатели. Избыточность предлагаемых показателей для оценки одного и того же явления, а также неоднородность предлагаемых показателей (количественные и качественные и т.д.), обуславливает необходимость минимизации их числа путем разработки интегральных показателей с целью рейтингования подразделений учреждения.

Целью проводимого в МНПЦ наркологии исследования, запланированного на 2023-2025 гг. является разработка интегрального показателя по оценке качества и эффективности деятельности наркологической службы на основе мониторинга показателей деятельности и первичной заболеваемости. Задачи исследования включают: оценку деятельности отдельных подразделений наркологической службы Москвы на основе интегрального показателя; разработку рекомендаций по принятию оптимальных решений по дальнейшему управлению и развитию учреждений наркологической службы Москвы. Оценка результативности и эффективности деятельности наркологической службы следует проводить на уровне отдельных подразделений. В интегральный показатель оценки деятельности наркологического стационара включены: «Показатель средней длительности пребывания на койке», «Показатель повторно госпитализированных в течение года по отдельным нозологическим формам», «Удельный вес пациентов, включенных в программы стационарной реабилитации», «Удельный вес пациентов, успешно завершивших программы стационарной реабилитации». Интегральный показатель оценки деятельности наркологического диспансера включает: «Число пациентов, взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни»; «Число посещений по поводу заболеваний и реабилитации», «Ремиссии у больных с синдромом зависимости», «Удельный вес пациентов, включенных в программы амбулаторной реабилитации», «Удельный вес пациентов, успешно завершивших программы амбулаторной реабилитации», «Показатели снятия с диспансерного наблюдения пациентов с синдромом зависимости в связи с выздоровлением».

На первом этапе анализировались показатели стационарной службы МНПЦ наркологии ДЗМ, который имеет 3 клинических филиала, из них: 3 расположены в Москве. В состав клинических филиалов входят стационарные подразделения с коечной мощностью 1313 коек, из них: клинический филиал – 321 койка; клинический филиал №1 – 651 койка; клинический филиал №2 – 341 койка. Итоговый балл для каждого филиала

рассчитывался путем суммирования занятых этим филиалом мест по каждому из семи базовых критериев. По итогам проведенного анализа наиболее высокую рейтинговую оценку получил клинический филиал №1.

На настоящий момент методика проведения исследования предусматривает анонимное анкетирование врачей психиатров-наркологов стационаров МНПЦ наркологии. Анкета включала в себя 21 вопрос, 5 из которых касались социально демографической характеристики респондентов, остальные вопросы посвящены оценке деятельности стационаров с учетом представленных выше показателей. Экспертная оценка позволит объективизировать интегральный показатель деятельности стационарных подразделений. В дальнейшем исследование будет проводиться в амбулаторном звене МНПЦ наркологии.

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Краснянская С.М., Бирюков А.В., Струкова Е.Ю.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов, Россия

Актуальность исследования. В Тамбовской области общее число лиц с инвалидностью по психическим заболеваниям в 2022 году составило более 7000 человек. Число лиц, впервые признанных инвалидами в связи с психическими расстройствами в 2022 году, составило 210 человек, это выше уровня прошлого года на 7,1%. С каждым годом идет прирост детей-инвалидов по психическому заболеванию, в 2022 году их число составило 762 детей-инвалидов. Приведенные данные требуют необходимости реализации комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с психическими заболеваниями.

Цель исследования: изучить основные тенденции и эффективность развития системы комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с психическими расстройствами, особенности взаимодействия с социальными и общественными организациями.

Материал и методы: материалом для данной работы послужил анализ статистических показателей, а также результаты деятельности по комплексной реабилитации инвалидов в ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» за последние три года.

Результаты и их обсуждение. В Тамбовской области медицинская и социальная реабилитация лиц с ментальными нарушениями, в том числе детям-инвалидам, оказывается в стационарных и амбулаторных условиях. Психиатрическая служба региона в Тамбовской области представлена стационарными и амбулаторными структурными подразделениями в психиатрических больницах (ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», ТОГБУЗ «Мичуринская психиатрическая больница»), стационарными психиатрическими отделениями при многопрофильных лечебных учреждениях и психиатрическими кабинетами при центральных районных больницах. В ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» реализуются программы реабилитации как для взрослого населения, так и для детей. В структуре больницы функционируют два стационарных медико-реабилитационных отделения для лиц с психическими расстройствами, рассчитанных на 173 койки и детское отделение, рассчитанное на 20 коек.

В больнице реализуются программы психосоциальной реабилитации для пациентов взрослого возраста различных нозологических групп, в том числе лечебно-реабилитационная программа помощи лицам с суицидальным поведением; амбулаторная программа поддержки и социального сопровождения пациентов с психическими расстройствами «Клубный дом» и «Жилье под защитой»; оказывается психологическая помощь через работу службы «Телефон доверия» (совместно с линией «112»); реализуются программы комплексного межведомственного взаимодействия по профилактике психических расстройств, суицидального поведения и пропаганде здорового образа жизни.

Особо актуальным и важным для нас является оказание комплексной реабилитационной помощи детям-инвалидам. Среди нозологических форм на первое место, начиная с 2014 года, в структуре первичной инвалидности выходит диагноз «аутизм» (F84). После анализа клиники психических расстройств было выявлено, что синдром аутизма продолжает являться основным или одним из дезадаптирующих факторов в клинической картине заболевания еще у 45% первично признанных инвалидами детей. В 2022 году аутистическая патология продолжает преобладать в структуре детской первичной инвалидности. В связи с этим, в Тамбовской области реализуется Концепция комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями в Тамбовской области на 2021-2024 годы – «Ранняя помощь».

С 2022 году специалисты больницы совместно с Центром по разви-

тию семейных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей – «Ради будущего», стали исполнителями Комплекса мер Тамбовской области по развитию системы оказания помощи детям, пострадавшим от жестокого обращения, обеспечения безопасности детей на 2022-2023 годы. В ОГБУЗ «ТПКБ» была разработана и внедрена программа «Кризисного вмешательства для детей и подростков с аутоагрессивными и агрессивными формами поведения». В рамках этой программы проводятся мероприятия по предотвращению проявлений различных видов деструктивного поведения в подростковой среде на основе использования новых методик и технологий, направленных на повышение качества оказания помощи детям с аутоагрессивным и агрессивным поведением. Благодаря участию в этих программах комплексную помощь ежегодно получают более 100 детей с ментальными нарушениями. В результате участия в данной программе наблюдается достаточно стойкий, положительный клинический эффект, выражающийся в улучшении эмоционального состояния, улучшении качества самостоятельной речи и улучшении способности к обучению и бытовым навыкам.

Амбулаторная психосоциальная работа с молодыми инвалидами, имеющими психические расстройства, проводится в тесном сотрудничестве с общественными организациями – АНО Центр Реабилитации «Прозрение» и общественной организацией «Новые возможности». В 2021 году расширились возможности участия в проектах ТРО ООИ «Новые возможности» и АНО ЦР «Прозрение». Так, в 2021 году АНО ЦР «Прозрение», соучредителем которого является Тамбовская психиатрическая клиническая больница, стал победителем конкурса субсидий для некоммерческих организаций Тамбовской области с проектом «Спорт и труд силу и волю куют». Целью проекта стало приобщение инвалидов с ментальными нарушениями к систематическим занятиям спортом и физической культурой. Так же в 2021 году стартовал новый совместный проект по реабилитации лиц с ментальными нарушениями в амбулаторных условиях – «Гончарная мастерская». В мастерской пациенты могут не только проявить свои творческие способности, но и овладеть новыми трудовыми умениями и навыками. Совместные проекты позволили обеспечить организацию занятости и досуга молодых инвалидов с особенностями психического развития на основе терапии творческим самовыражением по направлениям: «Радио «Отражение», «Танцевальная терапия», «Творческая мастерская», Психотерапевтический (инклюзивный) театр.

В Тамбовской области проводятся мотивирующие мероприятий (кон-

курсы, фестивали) для лиц с ментальными особенностями. В 2022 году они принимали участие в Фестивале «Люди с большими возможностями»; Фестивале «ГТО» среди лиц с ментальными нарушениями; VIII областном фестивале творчества среди людей с ограниченными возможностями здоровья «Вместе мы сможем больше»; Фестивале «Добрый Тамбов»; Фестивале среди людей с ограниченными возможностями здоровья «Люблю Тамбовщину душой и сердцем». В процессе реализации программы задействовано более 150 человек по их социальной занятости с целью реабилитации и возможного трудоустройства с вовлечением в общественно полезную деятельность. В основном это молодые люди, средний возраст которых 30 лет, с диагнозом шизофрения.

Заключение. Благодаря участию в реабилитационных программах, совместных с общественными и социальными организациями, основная часть инвалидов смогла социально адаптироваться в обществе. Улучшилось владение навыками повседневной жизни, часть пациентов смогли восстановить некоторые из утраченных ранее связей с родственниками, и даже создать свои семьи. Так же динамика уровня первичной инвалидности детского населения, продолжавшая иметь тенденцию к росту с 2016 года, в 2022 году снизилась и составила 66 (в 2021 – 86; 2020 – 68). Таким образом, объединение профессиональных усилий и подходов с имеющимися ресурсами и возможностями в рамках деятельности общественных организаций позволяет существенно повысить эффективность комплексной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов с психическими расстройствами.

КАТАМНЕЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Лазо Ю.В., Далакова А.М., Кузнецова О.С., Шипицына П.И., Давыдова Е.В., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Проблема психического здоровья детей является серьезной социально-значимой проблемой, которая, в свою очередь, влияет на качество жизни и социальную адаптацию населения в целом. В Забайкальском крае второе место среди психических расстройств занимает умственная отсталость, поэтому своевременная ее диагностика, как наиболее инвалидизирующего расстройства, играет особую значимость.

Цель работы: изучение катамнеза детей с интеллектуальными нарушениями в старшем дошкольном и пубертатном возрасте, проживающих на территории Забайкальского края.

Материалы и методы. Проведен анализ поликлинической медицинской документации детей с психическими расстройствами на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» и ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер», которые ранее были обследованы сплошным методом в возрасте 6-7 лет (1059 детей в 2013-2014 годах). Проведена оценка катамнеза психического здоровья детей в дошкольном и пубертатном возрастах. Важно отметить, что при обследовании в 2013-2014 гг. дети под наблюдение психиатра поставлены не были, а их законным представителям было рекомендовано обратиться к психиатру в плановом порядке. Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением описательных методов статистики пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. Установлено, что при сплошном исследовании 1059 детей (включая здоровых) в 2013-2014 годах в настоящее время под наблюдением у психиатра состоят 48 пациентов, у нарколога – 2 человека. Из них 60,4% детей, проживают в краевом центре, 39,6% – в сельской местности. При этом ранее диагноз умственной отсталости был установлен 65 детям, легких интеллектуальных расстройств (F83, F06) – 496 детям, других психических расстройств (F 81, F 82, F 9) – 120 детям, здоровых было 365 обследованных.

Из группы детей с установленным диагнозом умственной отсталости в старшем дошкольном возрасте наблюдались у психиатра 33,8%. В большинстве случаев диагноза, с которым проводилось наблюдение, были F7 – 27,3% и F83 – 27,3%. Реже с органическим поражением головного мозга – F06.7 – 18.2% и F06.8 – 18.2%, с другими психическими расстройствами – 9% (F4 – 4,5%; F90 – 4,5%). В настоящее время из представленной группы детей находятся под наблюдением у психиатра 21,5% (33,3% на консультативном, 66,7% на диспансерном), сняты с наблюдения по необращаемости 36,7% детей.

Среди детей с подтвержденным диагнозом умственной отсталости в подростковом возрасте в психиатрической больнице проходили лечение 36,7%, остальная группа детей получала амбулаторную помощь. Коморбидность с наркологическими расстройствами выявлена у 9,1% (F12.1, F18.1) детей с диагнозом умственной отсталости.

В возрасте 6-7 лет диагноз легких интеллектуальных расстройств

(F83, F06) был установлен у 496 детей, из них ранее наблюдались у психиатра 3,4% (F83 – 41,2%; F06 – 23,5%; F9 – 23,5%; здоров – 5,8%), в настоящее время наблюдаются у психиатра только 1% детей.

В группе детей с другими диагнозами (F02, F83) наблюдались у психиатра 5% детей, из них 99,2% сняты с наблюдения по необращаемости. Среди здоровых детей под наблюдение психиатра было определено только 0,8% детей. Коморбидность наркологическими расстройствами в группе здоровых детей, и имеющих другие психические расстройства (кроме F7), не выявлена.

Заключение. Таким образом, на данном этапе исследования установлено, что большая часть детей с верифицированными интеллектуальными нарушениями в дошкольном возрасте по данным катамнеза в пубертатном возрасте под наблюдение психиатра не попали.

О СООТНОШЕНИИ СОСТОЯНИЯ СОЗНАНИЯ И СУИЦИДА

Лыткин В.М., Макеенко В.В., Раев В.К., Нечаев А.П.

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Как известно, эффективной первичной профилактики суицидов в настоящее время не существует. Человек может высказывать или отрицать суицидальные мысли, но эти сведения недостаточно надежны. Сам суицидальный акт зачастую совершается без видимых причин, при отсутствии явных клинических предпосылок, в состоянии кратковременного изменённого сознания.

О том, что при совершении суицидальных актов изменяется сознание, впервые отметили философы У. Джемс и Н.А. Бердяев, а также литераторы Л.Н. Толстой, Ф.М. Достоевский. Американский философ и психолог У. Джемс в конце XIX века называл самоубийство «религиозной болезнью интеллекта». Анализируя кризисное состояние сознания, он утверждал, что возникает ситуация, когда индивидуальное человеческое сознание выступает в качестве основного источника дисгармонии внутри личности, которая оказывается глубоко несчастной, и в которой на место «инстинкта любви» выступает противоположный «инстинкт смерти». Эта точка зрения о самоубийстве вследствие «несчастливого сознания» было распространена в России и перекликалась с мнением Ф.М. Достоевского о самоубийстве вследствие «заявления своеволия». В основе обеих точек зрения лежит тоска по Богу и невозможность доказать его существование. Н.А.

Бердяев (1992) эти состояния связывал с раздвоенностью (расщепленностью) человеческого сознания, которое приводит человека к рабству от своей свободы (абсолютизация собственной индивидуальной свободы). Смысл существования появляется при обретении религиозной веры. Психология самоубийства есть, прежде всего, психология безнадежности, а безнадежность есть «резкое сужение сознания».

Человек в процессе жизни переживает душевные кризисы, которые особенно тяжки и опасны у натур эмоциональных, где аффект владеет безраздельно. Известно, что кризисы проходят легче у натур, у которых эмоциональный элемент сильно уравновешен элементом интеллектуальным и волевым. Н.А. Бердяев (1992), П.Г. Розанов (1891) описывали особенности психического состояния самоубийц, которые позже были обозначены Э. Шнейдманом (2001) как «констрикция души» (сужение сознания). Анализируя вопрос соотношения сознания и суицида И.П. Красненкова (1999) пришла к следующему выводу: самоубийство в качестве проявления дееспособной воли, когда страдающим лицом является сам активно действующий субъект, знающий об ожидающих его результатах и сознательно выполняющий задуманные планы насилия, является собой, по сути, феномен «болезни сознания». Она считала, что для характеристики такого сознания нельзя использовать медицинский термин, но можно эту «болезнь сознания» подвергнуть рациональному философскому анализу. Как указывают В.В. Нечипоренко и В.К. Шамрей (2019) суицидологами дается следующая характеристика состояния сознания и мышления при суициде: «...есть единственный характерный признак для суицидального состояния, признак (аспект психической жизни и поведения), который почти никогда не удается открыть. Это сужение сознания (констрикция), когда внимание концентрируется как бы на одном узком «туннеле». «Суженое сознание» по Э. Шнейдману (2001) – это психологический феномен (в отличие от аффективного сужения сознания, который является феноменом психопатологическим). Суицидальное «сужение сознания» проявляется в суицидальном дихотомическом мышлении («все или ничего», «либо живу, либо нет») и единственном выборе решения.

Характеризуя пресуицидальный синдром при непсихотических суицидах К.П. Кискер с соавт. (1999) придают ключевое значение «полноте сознания», проявления которого сводится к следующему:

1) Чувства и полнота осознания сужены, происходит пассивный поворот сосредоточенности на себя, развивается чувство одиночества, бессмысленности существования, безысходности.

2) Получают дальнейшее развитие выраженные, но бессильные проявление агрессии, а упреки в адрес окружающих соединяется с болезненным самоотречением. В этой фазе намерения суицидента становится особенно очевидным и для окружающих.

3) Происходит бегство в мир фантазии суицида. К суицидальным мыслям присоединяется мазохистски-сладострастные переживания последствий суицида для других, т.е. тех переживаний, которые им придется испытать в связи с самоубийством суицидента. Окончание этой фазы характеризуется «затишьем перед бурей»: пациент внешне невозмутим, им в деталях разрабатывается план суицидальных действий.

Общим состоянием психики при суициде является и сужение когнитивной сферы, синонимом чего является «туннельное» сознание, заключающиеся в резком ограничении «выбора вариантов поведения, обычно доступных сознанию данного человека в конкретной ситуации». Э. Шнейдман (2001), Йу. Пурич-Пейакович и Й. Дуньич Душан (2000) считают, что сознание самоубийцы «патологически инфицировано». Подготавливая самоубийство, суицидент проявляет рациональность, однако его сознание не следует естественному закону, и из-за этого оно в самом акте самоубийства изменено, патологически «инфицировано». Хотя данные авторы обозначали состояние сознания при суицидальном поведении разными терминами, но суть его сводится к одному: при суициде состояние сознания (самосознания) изменяется, вопрос только в квалификации этих изменений.

Изменение самосознания наиболее рельефно проявляется у подростков и молодёжи, которые попадают в стрессовой ситуации. Это обусловлено тем, что у таких лиц еще недостаточно развиты когнитивный компонент самосознания, а преобладает выраженная эмоциональность и грубые нарушения поведения.

Проблема сознания (самосознания) не менее сложна, чем проблема самоубийств в целом. К ней всегда привлекалось внимания философов, физиологов, психологов, психиатров. Самосознание проявляется в двух формах: общественное самосознание, позволяющее рассматривать себя как социальный объект и личностное самосознание, которое включает в себя три взаимосвязанных компонента: когнитивный, аффективный и поведенческий.

Обследуя военнослужащих, совершивших ауто- и гетероагрессивные действия А.А. Яворский (2007) пришёл к выводу, что социальные действия происходят при нарушении самоконтроля и саморегуляции, что

свидетельствует об изменении самосознания. Развитию нарушений самосознания у этих лиц способствовали неблагоприятные обстоятельства жизни аномальные формы воспитания, межличностные конфликты (в том числе – неуставные отношения в период службы). Автор выявил у военнослужащих с пограничной психической патологией нарушения различных компонентов и типов самосознания, а именно: ограничение функции когнитивного компонента и напряжение аффективного компонента с преобладанием эмоциональных проявлений, ограничение чувства деятельности с ситуационной зависимостью, размытость осознания собственного единства, незрелостью осознания собственной идентичности, преходящими элементами временной деперсонализации в осознании того, что «Я» отлично от остального мира. В заключении своего исследования А.А. Яворский (2007) отмечает, что самосознание, как интегративная характеристика личности, определяет эффективность адаптации к военной службе, формирует индивидуальные особенности саморегуляции и определяет поведенческий ответ на ситуацию. Примечательно, что Г.В. Старшенбаум (1991) в процессе психотерапии лиц с суицидоопасными кризисными состояниями как патологическими, так и непатологическими показал, что добиться положительного эффекта можно только когнитивной перестройкой суженного сознания суицидента, перестройкой системы его отношений с лицами ближайшего окружения, изменением личного смысла этих отношений.

По нашему мнению, решение проблемы самоубийства заключается, отчасти, и в получении новых данных о состоянии самосознания у совершивших суицидальные действия. Самосознание является интегральной характеристикой личности, показателем уровня её адаптации и стиля поведенческих ответов в кризисной ситуации. К сожалению, из-за отсутствия достоверных методик, позволяющих качественно и количественно определить характер нарушения самосознания, до сих пор его четкие критерии не разработаны. Мы предполагаем, что при суицидальном поведении у психически здоровых людей имеет место кратковременное изменение сознания, у лиц с пограничной патологией – сужение сознания, а у психически больных – его дезорганизация. Что касается самосознания, то у здоровых лиц при суицидальных действиях происходит преходящие ограничения самосознания, при пограничных состояниях – его искажение, а при психозах – патологическое нарушение. Эти предположения, конечно, нуждаются в объективизации. И здесь, на наш взгляд, уместно вспомнить, что, как образно высказался в свое время В. Вундт (1890): «...

каждый знает, что подразумевают под сознанием до тех пор, пока не попытается его определить».

ТРЕНИНГИ АДАПТИВНОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ В ПРОГРАММАХ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лютин Д.В.

НПФ «АМАЛТЕЯ», Санкт-Петербург, Россия

Тренинги адаптивного биоуправления, основанные на принципе Биологической Обратной Связи (БОС), традиционно широко используются для обучения навыкам саморегуляции: с целью повышения стрессоустойчивости в профилактических программах, в программах коррекции психических нарушений, связанных с патологическим стрессом (дисстрессом) и, в частности, они рекомендованы к использованию в составе программ реабилитационной помощи при посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР) (КР МЗ РФ №753 от 2023 г., С. 44, 49).

Оборудование и программное обеспечение, использующее принцип Биологической Обратной Связи (БОС), позволяет неинвазивно регистрировать связанные со стрессом физиологические параметры (ЭКГ/ЧСС/ЧД/ЭМГ/ЭЭГ), мониторировать их в течение всего времени терапевтической сессии, предоставляет возможность пациенту наблюдать в режиме реального времени и произвольно интерактивно изменять свое состояние, ориентируясь на звуковые или зрительные сигналы обратной связи – тренинговые сюжеты, которые меняются в соответствии с изменением состояния пациента.

Объективизация физиологических реакций – возможность наблюдать за реакциями собственного организма, как в «физиологическом зеркале», значительно повышает точность и эффективность традиционных методов обучения навыкам саморегуляции и контроля стрессовых реакций.

Программно-аппаратный комплекс «НЕЙРОКУРС» производства НПФ «АМАЛТЕЯ» позволяет проводить обучение навыкам саморегуляции, направленным на снижение выраженности психоэмоционального напряжения и для коррекции нарушенного психоэмоционального состояния: формирования навыка контроля дыхания со снижением уровня ЧСС (Кардиореспираторный тренинг, КАРДИО-БОС), навыка прямой и

прогрессивной мышечной релаксации (МИО-БОС) и навыка управления функциональными состояниями головного мозга (НЕЙРО-БОС, нейробиоуправление).

Пациентам с ПТСР рекомендовано использование методик биоуправления с БОС с целью обучения навыкам саморегуляции и для снижения уровня тревоги и напряжения; с целью обучения саморегуляции головного мозга, без использования внешней стимуляции (нейробиоуправление).

Кроме того, обучение навыкам саморегуляции и формирование способности контролировать уровень стрессовой реакции позволяет активно использовать тренинги с БОС в психотерапевтических методиках с применением экспозиции проблемным условным стимулом в тренинговых программах для пациентов с ПТСР.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Милехина А.В., Драчева Е.В.

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

Метод гипербарической оксигенотерапии (ГБО) не является нозологически специфичным видом терапии в психиатрии, тем не менее, он приобретает значение патогенетически обусловленного способа лечения при психических заболеваниях, в патогенезе которых выражены гипоксический фактор, снижение функций защитно-приспособительных механизмов, репаративно-компенсаторных процессов, отмечаются нарушения возбудимости нервных центров, падение тонуса коры больших полушарий (Чуркин А.А., 2004). В ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России с 2020 года использовался аппарат «Barooh 1» с целью коррекции психических нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции. В ходе лечения было отмечено положительное влияние на глубину аффективных, астенических, инсомнических расстройств.

Цель исследования: оценка эффективности метода гипербарической оксигенации в лечении пациентов с аффективной патологией.

Материалы и методы. Изучение влияния метода гипербарической оксигенотерапии на аффективные нарушения было проведено у пациен-

тов с диагнозами F33.1, F 33.2, находившимися на стационарном лечении. Пациенты были рандомизированы по полу, возрасту и нозологической принадлежности. В первой группе (45 человек) в течение 27 дней проводили психофармакотерапевтическое (СИОЗС, нормотимики, нейролептики) и психотерапевтическое лечение. Вторую группу пациентов составили 40 человек, которые в течение 27 дней, кроме основного лечения как в первой группе, получали лечение гипербарическим кислородом на протяжении 10 сеансов при давлении 0,4-0,6 кПа с экспозицией 40 минут. У пациентов обеих групп в психическом статусе имели место депрессивный аффект, снижение интересов и способности испытывать удовольствие от деятельности, психомоторная заторможенность, снижение концентрации внимания, инсомнические расстройства. Для оценки динамики психопатологических расстройств, кроме клинико-психопатологического метода, использовались опросник САН, шкала sf36, шкала Гамильтона (HDRS-17).

Результаты и обсуждение. Результаты оценивались в начале и в конце курса лечения. Пациенты второй группы после 5-7 сеансов ГБО отмечали уменьшение выраженности симптомов адинамии, заторможенности и быстрой утомляемости. У 27 человек во время сеанса возникало состояние расслабленности, спокойствия, иногда переходящее в физиологический сон. У 13 человек наблюдался психоэнергизирующий эффект с ощущением бодрости, «прилива сил», «прояснения в голове».

Анализ опросника САН показал, что субъективное улучшение самочувствия и активности были более выражены во второй группе (самочувствие в первой группе увеличилось на 1,3 балла, по сравнению с началом лечения; во второй группе на 2,2; активность в первой группе на 1,7 балла, во второй – на 2,5), однако показатели изменения фона настроения существенно не различались (составили в обеих группах в среднем 1,9 балла).

Оценка состояния по шкале качества жизни SF 36 показала следующее: шкала «общего показателя здоровья» (GH) – в первой группе возросли с 34 до 42 баллов, во второй группе с 34 до 47 баллов. Шкала «Показатель жизненной активности» (VT): в первой группе в начале лечения составил 25 баллов и 30 в конце, в то время как в группе, прошедшей дополнительно курс ГБО, показатели составили 25 баллов в начале и 37 баллов в конце. Шкала «социального функционирования» (SF) в обеих группах изменилась незначительно. В начале средний показатель составлял 30 баллов, а в конце курса лечения в первой группе 34, во второй 34,5 баллов. По шкале «Психического здоровья» (MH) показатели в первой

группе с 24 баллов повысились до 48, во второй до 52 баллов.

Пациенты второй группы после 5-7 сеанса ГБО отмечали уменьшение психической утомляемости, увеличение физической активности и большую вовлеченность в социальные и трудовые проекты, по сравнению с пациентами первой группы.

Оценка по шкале депрессии Гамильтона HDRS продемонстрировала незначительную разницу между двумя группами: в первой группе средний балл по окончании основного курса лечения составил от 6 до 11 баллов, во второй – 7-10 баллов. Большинство пациентов второй группы реже жаловалась на проблемы засыпания и трудности при пробуждении, по сравнению с первой группой. В клиническом обследовании пациентов второй группы обращала на себя внимание меньшая выраженность вегетативных и соматических расстройств.

Заключение. Результаты проведенного исследования позволяют говорить о положительном влиянии гипербарической оксигенации на проявления депрессивных расстройств. Отмечается положительная динамика в аффективной сфере (повышение настроения, выравнивание эмоционального фона, снижение раздражительности), улучшение когнитивных функций (снижение психической утомляемости и мнестико-интеллектуальных нарушений), уменьшение вегетативных нарушений, нормализация сна и аппетита, существенное снижение таких проявлений как ипохондрическая фиксация на своем состоянии и ощущение общего физического дискомфорта, а также повышение работоспособности.

Учитывая полученные данные, можно рекомендовать включение метода ГБО в алгоритм комплексного лечения при затяжных, монотонных субдепрессивных и депрессивных состояниях в рамках астено-депрессивного синдрома, синдромах адинамической депрессии, депрессии с психической анестезией, депрессии с сенестопатически-ипохондрическими расстройствами, ларвированной депрессии, депрессии с психомоторной и идеаторной заторможенностью, астено-депрессивных состояниях.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ МАРКЕРОВ НЕЙРОВОСПАЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ

Мындускин И.В., Сахаров А.В., Голыгина С.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Краевая клиническая психиатрическая больница

им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Нейровоспаление можно считать одним из ключевых патогенетических механизмов развития шизофрении, в котором основную роль играют изменения общей иммунологической реактивности, ведь воспаление в центральной нервной системе (ЦНС) опосредовано провоспалительными цитокинами, микроглиальными клетками, астроцитами и иммунными клетками.

Проведенные исследования доказали взаимосвязь ведущих закономерностей развития шизофрении с нейровоспалением. Установлен повышенный уровень воспалительных маркеров в спинномозговой жидкости и сыворотке крови пациентов, выявлено, что главные действующие клетки воспалительного процесса в ЦНС – микроглия, которая выполняет функции различных иммунных клеток, циркулирующих в кровяном русле. При этом процесс нейровоспаления связан не только с активацией микроглии – он сопровождается ее морфологическими и функциональными изменениями. Так, активированная микроглия выполняет функцию макрофагов головного мозга, она быстро реагирует даже на незначительные патологические изменения в ЦНС и может способствовать синтезу повышенного количества провоспалительных цитокинов, вызывающих дисбаланс нейротрансмиттеров, а также различные цитотоксические факторы, способствующие нейродегенеративным процессам.

Следует отметить, что многие маркеры нейровоспаления у пациентов с первым психотическим эпизодом шизофрении до сих пор детально не исследованы, в том числе в аспекте их прогностического значения для развития психоза и последующей динамики состояния в процессе психофармакотерапии, что в перспективе может иметь серьезное практическое значение.

Цель исследования – изучение содержания некоторых нейромаркеров в плазме крови у пациентов с первым эпизодом параноидной шизофрении до назначения терапии с построением математической модели их прогностического значения в развитии заболевания.

Материал и методы. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» было обследовано 40 пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (F20.09) в возрасте от 18 до 35 лет. Группу контроля составили 20 психически и соматически здоровых людей. Обследованные лица были полностью сопоставимы между собой по полу и возрасту ($p > 0,05$). От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Оценка психического состояния, а также забор крови производились при поступлении пациентов с первым психотическим эпизодом параноидной шизофрении в стационар до назначения терапии. Оценка психического состояния больных осуществлялась с помощью «Шкалы позитивных и негативных синдромов» (The Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS). При анализе результатов PANSS установлено, что все пациенты на момент включения в исследование находились в остром психотическом состоянии. Общий балл по PANSS составил 107,0 (103,5; 114,0).

Лабораторная часть исследования выполнялась в лаборатории клинической и экспериментальной биохимии и иммунологии НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России. Определение содержания показателей системы «нейродеструкция–нейрорепарация» проводили в сыворотке крови методом проточной флюориметрии на проточном цитометре CytoFLEX (Beckman Coulter, США) с использованием тест-системы LEGENDplex™ Human Neuroinflammation Panel 1 (13-plex) (BioLegend, США) согласно инструкции производителя.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel 2016 и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12», пакета программ «IBM SPSS Statistics Version 26.0».

Результаты и обсуждение. Установлено, что уровень визинин-подобного белка 1 (VIP-1) у больных до лечения был в 1,6 раза выше, чем в группе контроля ($p = 0,0054$). Содержание моноцитарного хемоаттрактантного белка (CCL2 (MCP-1)) у пациентов с первым эпизодом шизофрении было в 1,6 раза больше, чем в группе контроля ($p = 0,0046$). Одним из малоизученных маркеров является триггерный рецептор миелоидных клеток 1 (sTREM-1). В нашем исследовании уровень sTREM-1 у пациентов с первым эпизодом шизофрении до лечения был в 2,2 раза выше, чем в группе контроля ($p = 0,0104$). Содержание растворимого триггерного ре-

цептора миелоидных клеток 2 (sTREM-2) у пациентов с дебютом шизофрении было в 1,2 раза выше аналогичного показателя в группе контроля, но статистической значимости нами получено не было. Уровень BDNF у пациентов с первым эпизодом шизофрении до назначения терапии, в сравнении с группой контроля, был в 1,25 раза ниже ($p=0,0006$). Концентрация в крови пациентов с первым эпизодом шизофрении рецептора конечных продуктов гликозилирования (sRAGE) оказалась в 1,75 раза выше, чем в группе контроля ($p=0,0003$). Содержание интерлейкина-6 (IL-6) в крови у представителей основной группы было в 1,8 раза выше, чем у здоровых лиц ($p=0,0349$). Величина содержания в крови у первичных пациентов с шизофренией трансформирующего ростового фактора $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$), эндотелиального фактора роста (VEGF), фактора роста нервов β (β -NGF), интерлейкина-18 (IL-18), TNF- α , фракталкина (CX3CL1) статистически не отличалась от аналогичной в группе контроля ($p>0,05$).

Далее было оценено прогностическое значение изученных показателей нейровоспаления в развитии шизофренического психоза. Технология прогнозирования реализована на базе многослойного персептрона, частота неверных предсказаний в процессе которого составила 3,3%. Исходя из значений нормализованной важности исследуемых лабораторных показателей, в структуру обучаемой нейронной сети были включены 5 входных нейронов. Нейронная сеть содержала один скрытый слой, состоящий из 3 функциональных и 2 выходных нейронов.

В качестве функции активации выступал гиперболический тангенс, в выходном слое – Softmax, в качестве функции ошибки – перекрестная терапия. Выявлено, что наибольшей важностью в структуре разработанной модели обладали маркеры VILIP-1, CCL2 и sRAGE. Высокая информативность разработанной модели подтверждается результатами ROC-анализа: чувствительность и специфичность равны 0,96 (AUC=0,98 [95% ДИ 0,96–0,99], $p<0,001$). Таким образом, данная технология прогнозирования показывает, что особым значением в развитии шизофренического психоза обладают такие маркеры нейродеструкции, как VILIP-1, CCL2 и sRAGE.

В результате путем бинарной логистической регрессии нами был разработан способ прогнозирования развития психоза у больных шизофренией, который представлен следующей формулой:

$$Kp=1/(1+e^{-(3.776-0.015*VILIP1-0.011*CCL2-0.093*sRAGE)}),$$

где Kp – коэффициент, отражающий вероятность развития психоза, VILIP1 – визининоподобный белок 1, CCL2 – моноцитарный хемоаттрактантный белок, sRAGE – рецептор конечных продуктов гликозилирова-

ния.

При значении коэффициента Кр больше или равном 0,6 имеется высокая вероятность развития психоза. Чувствительность разработанной прогностической модели составляет 0,8, специфичность – 0,8. Площадь под ROC-кривой равна 0,82 (95% ДИ 0,71–0,94), $p < 0,001$. Стандартная ошибка – 0,060.

Для удобства использования полученной формулы в практике специалистов разработана «Программа для прогнозирования развития психоза у больных шизофренией» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2022685665 от 26 декабря 2022 г.).

Заключение. Полученные результаты демонстрируют существенный рост содержания многих показателей нейровоспаления в плазме крови у пациентов с первым эпизодом параноидной шизофрении до назначения психофармакотерапии.

Установлено, что при манифестации шизофренического психоза присутствует повышение в крови относительно контрольных значений уровня триггерного рецептора миелоидных клеток 1 (sTREM-1) в 2,2 раза, интерлейкина-6 (IL-6) – в 1,8 раза, рецептора конечных продуктов гликозилирования (sRAGE) – в 1,75 раза, визинин-подобного белка 1 (VILIP-1) и моноцитарного хемоаттрактантного белка (CCL2) – в 1,6 раза. При этом содержание мозгового нейротрофического фактора (BDNF) оказалось сниженным в 1,25 раза. Полученные данные подтверждают весомую роль нейроиммунопатологических механизмов при данном заболевании, обусловленных активацией микроглии с продукцией провоспалительных цитокинов и хемокинов, приводящих через усиление хемотаксиса и миграции иммунных клеток к развитию Ca²⁺-зависимого нейровоспаления и нейродеструкции при сниженных параметрах нейрорепарации.

Проведенный с помощью нейронной сети анализ подтвердил весомое значение в развитии шизофренического психоза показателей нейродеструкции VILIP-1, CCL2 и sRAGE. Специальные расчеты установили, что указанные маркеры обладают достаточной прогностической ценностью для определения риска развития психоза у больных шизофренией, что в перспективе может иметь весомое практическое значение.

СРЕДНИЙ (МЕДИАННЫЙ) УРОВЕНЬ PETH, КАК ВОЗМОЖНЫЙ КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВКЛАДА АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В РАЗВИТИЕ АЛКОГОЛЬАТРИБУТИРОВАННОЙ/АССОЦИИРОВАННОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Надеждин А.В.

*Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия
Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования, Москва, Россия*

Злоупотребление алкоголем является одним из ведущих факторов риска для здоровья населения во всем мире, оказывающим непосредственное негативное влияние на многие связанные со здоровьем глобальные проблемы, в том числе здоровье матери и ребенка, инфекционные заболевания (ВИЧ, вирусные гепатиты, туберкулез), неинфекционные заболевания и психические заболевания, травмы и отравления. В 2016 году вредное употребление алкоголя привело к 3 миллионам смертей (5,3% всех смертей) во всем мире и потере 132,6 миллионов лет жизни с поправкой на инвалидность (DALY), то есть 5,1% всех DALY в этом году (Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018). Злоупотребление алкоголем является причиной целого ряда патологических неврологических состояний (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2010; Leach, Mohanraj, Borland, 2012; Rehm et al., 2019).

Цель исследования: изучить уровни высокочувствительного и специфичного маркера хронической алкогольной интоксикации фосфатидилэтанола (PEth) у пациентов неврологического профиля, лечение которых не связано с проведением реанимации и интенсивной терапии, госпитализированных по неотложным показаниям в многопрофильную городскую клиническую больницу.

Пациенты и методы исследования. Исследование проводилось в ГБУЗ Городская клиническая больница №68 им. В.П. Демикова ДЗМ среди неотложно госпитализированных больных с соматическими заболеваниями в отделениях общей неврологии, общей терапии, пульмонологии, и неинтервенционной кардиологии. Срок проведения – с ноября 2016 года по декабрь 2017 года. Принять участие предлагалось всем пациентам в возрасте ≥ 18 лет, госпитализированным по неотложным показаниям. Критериями исключения являлись: 1) нежелание или неспособность дать информированное согласие на проведение исследования; 2) неспо-

способность эффективно объясняться на русском языке; 3) тяжесть состояния больного, препятствующая продуктивному контакту с исследователем; 4) перевод в другое лечебное учреждение или отделение по неотложным показаниям; 5) плановая госпитализация. После получения письменного информированного согласия пациентом заполнялась анкета, в том числе содержащая вопросы скринингового теста AUDIT-4 об употреблении алкоголя. Взятые у пациентов анализы крови исследовались, в том числе на фосфатидилэтанол (PEth), в химико-токсикологической лаборатории МНПЦ наркологии. PEth представляется наиболее объективным и точным методом диагностики злоупотребления алкоголем и мониторинга стабильности ремиссии (Hill-Kapturczak et al., 2018; Jain et al., 2014). Показатель не зависит от других факторов, таких как ожирение, пол, возраст и заболевания печени.

Группа пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение, составила 748 человек, 718 пациентам, находившихся на момент нашего обследования в неврологическом отделении, была оказана медицинская помощь по профилю «неврология» и выставлен соответствующий диагноз, 30 – по результатам обследования был поставлен иной диагноз. На основании диагноза все больные были разделены на 7 групп: «иная патология (C00-D48; E20-E35; H80-H83; I00-I99; J00-J99; K80-K87; M00-M25; R50-R69; S00-T98)» (пациенты с диагнозами не неврологического профиля); «другая неврологическая патология (G00-G09; G10-G14; G20-G26; G30-G32; G35-G37; G70-G73; G90-G99)»; «эпизодические и пароксизмальные расстройства (G40-G47)»; «поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений (G50-G59)»; «полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64)»; «цереброваскулярные болезни (I60-I69)»; «дорсопатии (M40-M54)».

Результаты исследования. При сравнении медианного уровня PEth самый высокий показатель наблюдался у пациентов диагностической группы «Полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» (G60-G64) – 1,1447 (1,6336) мкмоль/л. У пациентов из диагностической группы «Эпизодические и пароксизмальные расстройства» (G40-G47) этот показатель был несколько ниже – 0,18965 (1,159175) мкмоль/л. В диагностических группах «Другая неврологическая патология», «Поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений» (G40-G47) и «Непрофильная патология» медианные уровни PEth были 0,0117 (0,0336), 0,00775 (0,048) и 0,00185 (0,1215) мкмоль/л соответственно. Нулевые медианные уровни PEth отмечены среди пациентов групп

«Цереброваскулярные болезни» (I60-I69) (0,0000 (0,162975) мкмоль/л) и «Дорсопатии» (M40-M54) (0,0000 (0,0322) мкмоль/л). Однофакторный дисперсионный тест Крускал-Уоллиса показал наличие статистически значимых различий уровней PEth ($H=176,346$, $df=6$, $p<0,000$).

Последующий апостериорный анализ с коррекцией Бонферрони показал, что медианный уровень PEth у пациентов с диагнозами из группы «Полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» (G60-G64) статистически значимо превышал медианные уровни PEth всех остальных диагностических групп. Медианные уровни PEth у пациентов из диагностической группы «Эпизодические и пароксизмальные расстройства» (G40-G47) также статистически значимо превышали медианные уровни PEth пациентов остальных диагностических групп, за исключением группы «Полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» (G60-G64).

Выводы и обсуждение. Мы обнаружили связь между некоторыми группами заболеваний пациентов неврологического отделения и высоким уровнем потребления алкоголя в период, предшествующий госпитализации, определяемый маркером PEth. Очень показательным являются различия медианных уровней PEth у разных диагностических групп, где медианные концентрации маркера в группах «Полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» (G60-G64) и «Эпизодические и пароксизмальные расстройства» (G40-G47) значительно превосходят таковые в других группах. Медианный уровень PEth в группе «Полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» (G60-G64) в 7,6 раза выше, чем в группе «Эпизодические и пароксизмальные расстройства» (G40-G47), и в 97,8 раза выше, чем в следующей по убыванию ранговой группе «Другая неврологическая патология». Это объясняется тем, что периферические полинейропатии в нашем материале в основной своей массе были представлены диагнозом G62.1 «Алкогольная полинейропатия», которая является полностью алкоголь-атрибутированной патологией, в отличие от пароксизмальных состояний, при которых потребление алкоголя является лишь одной из причин, приводящих к их возникновению (Shield K.D., Parry C., Rehm J., 2013).

Возможно, что средний или медианный уровень PEth может служить достаточно измеряемым показателем количественного вклада алкогольной интоксикации в развитие той или иной соматической патологии, но это тезис для своего подтверждения требует более углубленных и обширных исследований.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ САМОУБИЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С 1990 ПО 2021 ГГ.

Носова Е.С.

*1469 Военно-морской клинический госпиталь, филиал №5,
Полярный, Россия*

Несмотря на благоприятный тренд по снижению уровня самоубийств, в последние три десятилетия, по данным глобальной обсерватории ВОЗ, Россия по-прежнему входит в число стран с наиболее высокими показателями суицидальной смертности (WHO, 2019). В 2021 году число умерших от всех причин в РФ составило 2 441 594 чел., из них по причине суицидов – менее 1% от общего числа, при общепринятом положении об их потенциальной предотвратимости (Росстат, 2022). Мониторинг самоубийств на федеральном и региональном уровнях позволяет выделить локальные группы риска для последующих профилактических мероприятий, что делает отечественные работы на эту тему особо актуальными.

Цель: изучить динамику смертности от самоубийств в РФ за период с 1990 по 2021 гг. и определить регионы с контрастными показателями.

Материалы и методы: данные Федеральной службы государственной статистики России по суицидальной смертности.

Результаты. Согласно данным Росстата, эпидемиология самоубийств в России в последние десятилетия характеризуется снижением показателей более чем на 50%: с 26,5 (1990) до 10,71 (2021) случаев на 100 тыс. населения.

Рост суицидальной смертности в 90-е гг. традиционно связывают с периодами социально-экономических преобразований: сменой власти, пиком инфляции в 1994 г., крахом надежд в отношении новых выборов и реформ, крушением идеалов демократии, началом стабилизации и следующим за этим в 1998 г. дефолтом, а также мировым финансовым кризисом в 2008 г. (Митихин В.Г., Митихина И.А., 2017; Корольков Е.И. и др., 2020). По мнению Б.С. Положего (2016), временной диапазон влияния стоит расширить до второй половины 80-х, поскольку в этот период были инициированы радикальные перемены в государстве: перестройка, демократизация экономического и общественно-политического строя и последующий за этим распад СССР в декабре 1991 г. Более уязвимыми в отношении суицидов традиционно являются мужчины: всего за период с 1990 по 2021 гг. в РФ официально было зарегистрировано 1 288 601 самоубийств, более миллиона из них – мужские, женских – 225 124 случая.

При этом соотношение мужских и женских завершённых суицидов в 2021 г. составило 5,62:1, в два раза превышая общемировые показатели. Стоит отметить, что за указанный период 64% всех погибших были мужчинами в возрасте от 20 до 59 лет. Это обусловило преимущество данного интервала среди возрастных когорт. Коэффициенты суицидальной смертности в отечественной популяции существенно повышаются, начиная с возрастного интервала 20-24 года, и постепенно достигают своего максимума в группе пожилых, как у женщин, так и у мужчин: 13,0 и 59,3 на 100 тыс. населения соответственно (2021 год).

Анализируя данные Росстата, все регионы в зависимости от уровней самоубийств, можно разделить на несколько групп: с низкими показателями (0-9 случаев на 100 тыс. нас.), средними (10-19 на 100 тыс. нас.), высокими (20-29 на 100 тыс. нас.) и сверхвысокими (более 30 на 100 тыс. нас.).

В 1990 году 34 региона демонстрировали сверхвысокие показатели суицидальной смертности, столько же высокие, в 8 регионах отмечены средние показатели и лишь в трех низкие. В 2021 году сверхвысокие показатели отмечены в трех регионах, высокие в 14, средние и низкие – в 32 и 33 соответственно. При этом, несмотря на общую положительную динамику, в 2021 году сверхвысокие показатели сохраняются в трех регионах: Чукотском автономном округе (30,13 на 100 тыс. нас.), Республике Алтай (45,2 на тыс. 000 нас.) и Республике Бурятия (32,93 на 100 тыс. нас.).

В работе М.И. Черепановой (2020) ведущими факторами суицидальности населения указанных территорий названы социально-психологическое неблагополучие, явная и латентная длительная безработица, лояльное отношение к социальным девиациям. По результатам комплексных социально-гигиенических исследований, проведенных в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, высокие уровни суицидов отчасти объясняются социально-экономическим неблагополучием регионов, низким уровнем развитости общей инфраструктуры и жизни населения (Лубсанова С.В., Югов К.М., 2009; Шестакова А.С., Торговкина М.Н., 2016; Киселев С.Н., 2017; Ворсина О.П., 2020; Торкунов П.А. и др., 2020).

Минимальные показатели смертности от самоубийств в 2021 году отмечены в Чеченской Республике (0,13 на 100 тыс. нас.), Сахалинской области (0,21 на 100 тыс. нас.), Республике Ингушетия (0,39 на 100 тыс. нас.), Республике Северная Осетия-Алания (0,72 на 100 тыс. нас.), Республике Дагестан (1,05 на 100 тыс. нас.). Такие отличия региональных показателей самоубийств, достигающие нескольких порядков, объясняются не только социально-экономическими факторами, но также религиозными особен-

ностями и культурно-этническим разнообразием российской популяции.

Заключение. Целостное понимание структуры национальной и региональных моделей суицидального поведения наряду с регулярным динамическим анализом показателей официальной статистики – необходимое условие полноценной работы национальной и региональных систем предотвращения самоубийств.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙ- СТВОМ ПРИ ТЕРАПИИ ГАЛОПЕРИДОЛОМ И РИСПЕРИДОНОМ

Озорнин А.С., Иринчеев М.М., Цыренов С.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последнее время некоторыми исследователями когнитивный дефицит стал рассматриваться как одно из основных проявлений шизофрении наряду с галлюцинаторно-бредовой, негативной, аффективной симптоматикой, симптомами дезорганизации и психомоторными нарушениями (Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В., Воинкова Е.Е., 2016 г.). Однако, если проблема нарушений когнитивных функций у больных шизофренией отечественными и зарубежными авторами изучена достаточно хорошо, то когнитивные функции пациентов с острым психотическим расстройством с симптомами шизофрении исследованы не в полной мере.

Цель исследования: оценить когнитивные функции у пациентов с острым психотическим расстройством с симптомами шизофрении.

Материалы и методы. Было обследовано 12 пациентов с диагнозом «Острое психотическое расстройство с симптомами шизофрении» (F23.10), проходящих лечение в Краевой клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского города Читы за период времени с декабря 2022 года по февраль 2023 года. Средний возраст больных составил 22 ± 6 года. В контрольную группу вошло 12 психически здоровых людей возрастом 20 ± 2 лет. Таким образом, группа пациентов и группа контроля были сопоставимы по возрасту ($p=0,424$). Терапия острых психозов у 2-х больных проводилась антипсихотиками первого поколения (АПП) (галоперидолом) и у 10 пациентов антипсихотиками второго поколения (АВП) (рисперидоном, кветиапином). Исследование когнитивного функционирования проводили после купирования острых психотических расстройств через 3-4 недели от начала лечения. Для исследования когнитив-

ных функций использовали Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA). Обработка данных выполнялась методами математической статистики.

Результаты. В начале исследования в группе больных был проведен анализ уровня их образования. Оказалось, что 42% пациентов имели неполное среднее образование, среднее образование было у 50% опрошенных, высшее – у 8%.

Установлено, что отягощенную наследственность по психическим заболеваниям имели 75% пациентов, у 42% больных в анамнезе были выявлены экзогенные факторы, способные оказать негативное влияние на когнитивные функции (злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков или летучих органических соединений).

Инициальный период прослеживался у 33% пациентов и был представлен невыраженными аффективными и психопатоподобными расстройствами. У 67% больных ведущим психопатологическим синдромом был галлюцинаторно-параноидный, а 33% – аффективно-бредовый.

Выявлено, что у пациентов среднее значение суммы баллов по Монреальской шкале составило $23,3 \pm 4,4$, в то время как в группе контроля среднее значение суммы баллов было равно $27,5 \pm 1$ ($p=0,004$). Обнаружено, что по сравнению с контролем у больных были нарушены зрительно-конструктивные/исполнительные навыки ($p=0,001$), языковые функции ($p=0,011$).

В ходе анализа было установлено, что нарушения когнитивных функций были более выраженными у пациентов, имеющих в анамнезе экзогенные вредности ($p=0,009$) и получающих терапию АПП ($p=0,003$). При этом не было выявлено зависимости тяжести когнитивных нарушений от психопатологически отягощенной наследственности ($p=0,596$), наличия инициального периода ($p=1,0$), ведущего психопатологического синдрома ($p=0,795$), сроков нелеченого психотического состояния ($p=0,579$) и сроков его купирования ($p=0,234$).

Вывод. Установлено, что у пациентов с острым психотическим расстройством наблюдается снижение показателей когнитивных функций по сравнению с группой контроля. При этом более выраженные нарушения определяются у больных, имеющих в анамнезе экзогенные вредности и получающих терапию АПП.

Необходимы дальнейшие исследования с включением большего количества пациентов с острым психотическим расстройством с симптомами шизофрении для уточнения клинических особенностей когнитивных

нарушений и разработки лечебных мероприятий, направленных на улучшение когнитивных функций.

АНАЛИЗ ПОСТУПЛЕНИЯ В КРУГЛОСУТОЧНЫЙ СТАЦИОНАР НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Пасько Л.Б.

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

Оказание стационарной психиатрической помощи детскому населению Забайкальского края осуществляется на базе ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского» в условиях круглосуточного и дневного стационара. Дети до 15 лет получали стационарную круглосуточную помощь в детском отделении. Для оказания психиатрической помощи подросткам (15-17 лет) в отделениях стационара выделены подростковые койки. Подростки с суицидальным поведением госпитализировались на койки мужского, женского отделений и в клинику первого психотического эпизода.

В 2021 году всего детей до 18 лет (исключая подростков, направленных на обследование по направлению военных комиссариатов) поступило 457, из них в возрасте 0-14 лет – 254, в возрасте 15-17 лет – 203.

Из общего количества детей 0-17 лет по причине суицидального поведения поступили 94 человека, что составило 20,6% от числа поступивших. Из них детей до 15 лет – 30 человек. Распределение поступивших по гендерному признаку: девочки – 22 (5 – жителей Читы и 17 из районов края), мальчики – 8 (2 из Читы и 6 из районов края).

Пациентов подросткового возраста с суицидальным поведением поступило 64, из них девушек 43 (20 жителей Читы и 23 из районов) и юношей 21 (14 и 7 соответственно).

В 2022 году поступило всего детей – 552, из них в возрасте 0-14 лет – 242, в возрасте 15-17 лет – 310. Пролечено детей с суицидальными тенденциями – 150 (27,1% из числа поступивших), из них в возрасте 0-14 лет – 57, 15-17 лет – 93. Девочек возраста 0-14 лет было 48 (19 жителей Читы и 29 – районов края), мальчиков – 9 (3 жителя Читы и 6 жителей районов); возраста 15-17 лет – 77 (24 жителя Читы и 53 жителя районов), мальчиков – 16 (6 и 10 соответственно).

Таким образом, в 2021 году девочки среди пролеченных несовершенно-

нолетних с суицидальным поведением составили 69%, мальчики – 31%; в 2022 году – 83% и 17% соответственно. Наибольшее количество поступлений детей с суицидальным поведением приходилось на месяцы апрель и октябрь.

По способам суицидального поведения больше всего детей (0-17 лет) было пролечено с самопорезами – 68 детей в 2021 году и 122 ребенка в 2022 году. С медикаментозным отравлением – 9 детям в 2021 году и 11 детям в 2022 году. С суицидальной попыткой через самоповешение получали лечение 2 мальчика до 15 лет в 2021 году и 1 подросток в 2022 году. С суицидальными мыслями оказана стационарная помощь 14 детям в 2021 году и 13 детям в 2022 году.

Заключение. Анализируя вышеизложенное, можно сделать выводы, что благодаря межведомственной работе по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних, оптимизации процесса сбора информации, увеличилось количество выявленных лиц с суицидальными факторами, что позволяет улучшить профилактические мероприятия и своевременно оказать необходимую помощь детям, находящимся в кризисном состоянии.

Так, по данным Кризисной службы, количество обращений несовершеннолетних на «Телефон Доверия» составило в 2020 году – 31, в 2021 году – 75, а в 2022 году – 338. Данные показатели указывают на послабление стигматизации оказания психологической и психиатрической помощи, доверительное отношение подрастающего поколения к профильным специалистам.

ПОРОЧНЫЙ КРУГ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ – АКТИВНЫХ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Пережогин Л.О.

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

Социальные сети со дня своего появления в интернете популярны во всех возрастных категориях пользователей, но особенно – у подростков. «Проблемное использование интернета и социальных сетей» затрагивает и биологические (в широком смысле) функции (циркадные ритмы, регуляцию синтеза нейромедиаторов), и психологические (внимание, настро-

ение, самооценка) проявления, и социальные (успеваемость, качество жизни, наличие друзей, травля в сети и школе, выбор профессии), и психопатологические паттерны.

Психическое состояние активных пользователей социальных сетей трансформируется, и, как правило, ухудшается, причем механизм трансформации представляет собой, по сути, порочный круг, в формировании которого социальная сеть выполняет роль и триггера, и ведущего механизма эскалации, действующего подобно раскручивающемуся маховику (Пережогин Л.О., 2022).

Самым распространенным психопатологическим феноменом, ассоциируемым с социальными сетями, является депрессия. Чаще всего депрессии возникают у молодых пользователей социальных сетей, особенно – с несформированной личностью (дети, лица юношеского возраста с психическим инфантилизмом). Депрессии у пользователей социальных сетей часто сопровождаются суицидальными идеями и суицидальными попытками. Установлено, что люди, злоупотребляющие активностью в социальных сетях (не в целях работы или бизнеса) имеют риск формирования депрессии выше, чем в популяции (с учетом пола, возраста, социального статуса и т.д.). Пассивное использование социальных сетей (просмотр фото, чтение новостных лент) усугубляет депрессивную симптоматику, если таковая имеет место, и обратно, депрессивная симптоматика сопровождается влечением к такого рода поведению, т.е. имеет место порочный патогенетический круг. Наиболее выраженные корреляции между злоупотреблением активностью в социальных сетях и депрессией установлены для Facebook.

Вторым по частоте патологическим феноменом, описываемым, наряду с депрессией, у пользователей социальных сетей, является тревога – и весь комплекс тревожных расстройств. Лонгитудинальные исследования, проводимые на пользователях Facebook, показали, что у юношей и девушек, использовавших сеть «для снятия тревоги, напряжения» показатели тревоги значительно увеличивались. Многие подростки стремятся как можно больше времени (в идеале – постоянно) находиться в сети, чтобы не пропустить (вовремя отреагировать) события в своих профилях. Во многих случаях это желание сопровождается и тревогой, и страхом, и навязчивыми мыслями о необходимости быть на связи с посетителями своих профилей, устанавливая с ними непосредственный контакт. Подростки часто демонстрируют амбивалентное отношение к сетевой активности: хотят нравиться и требуют признания (в форме лайков, комментариев, ре-

постов) и одновременно боятся негативных оценок, насмешек, троллинга.

Третье место по частоте среди психических расстройств, ассоциированных со злоупотреблением сетевой активностью, занимают расстройства пищевого поведения. Подростки фиксированы на своем облике, о чем свидетельствует, в частности, огромное число публикаций селфи. Для подросткового возраста характерна также и неудовлетворенность своим телом, в том числе – дисморфофобические переживания, которые часто проявляются в ходе презентации своих фото (намеренное искажение фото, применение фильтров, редактирование фотографий, фото в маске, злоупотребление тенями). Существуют корреляции между степенью неудовлетворенности собственным телом и временем, проведенным в социальных сетях. Как правило, подростки тяготеют к сравнению себя с окружающими и с пользователями социальных сетей, и в итоге признают себя менее привлекательными (возможно, к таким сравнениям прибегают подростки с исходно низкой самооценкой и депрессивными паттернами). Девочки подвержены большему риску, чем мальчики, особенно, если сталкиваются со страницами, содержащими негативный контент, в том числе – сообщения о вегетарианстве, различных диетах, пластической хирургии, спортивных упражнениях, корректирующих фигуру. Девушки значительно чаще становятся жертвами деструктивных групп, пропагандирующих анорексию – их реклама навязчива, создает иллюзию причастности к элитарной группе, нахождения в мейнстриме моды и сексуальности (так наз. «глянцевая эйфория»), заботы о здоровье и духовном развитии, в итоге 60% подростков, посещающих данную категорию ресурсов впервые, возвращаются снова и снова, и не менее 12% – следуют советам «экспертов» групп.

В значительно меньшей степени с социальными сетями ассоциированы злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков (курение табака, вероятно, имеет обратную корреляционную связь), самоповреждения и суицидальное поведение. В социальных сетях распространены группы, пропагандирующие пирсинг, шрамирование и другие формы самоповреждений, а также проводящие неформальные соревнования среди «селфхармеров». Наиболее распространенной формой самоповреждений в силу своей относительной безопасности и высокой толерантности в культуре является, разумеется, нанесение татуировок. Прямой связи между самоповреждениями и суицидальной активностью не установлено. Наиболее популярные участники сообществ «селфхармеров» обычно делают свои аккаунты закрытыми и не принимают туда посторонних пользователей,

требуя либо рекомендаций, либо выполнения определенных условий (как правило, необходимо выложить в своем аккаунте фото и видео самоповреждающего поведения).

В социальных сетях немало пользовательских профилей и сообществ, посвященных суицидальному поведению. Среди них есть как ресурсы, оказывающие потенциальным самоубийцам поддержку, так и стимулирующие суицидальное поведение. Исследования показали положительную связь между киберзапугиванием, депрессией, суицидальными мыслями, суицидальными планами и попытками самоубийства. К сожалению, тема суицидального поведения в связи с активностью социальных сетей подверглась в значительной степени политизации и жестокой эксплуатации со стороны желтой прессы. Поэтому принципиальным является вопрос: могут ли социальные сети непосредственно индуцировать суицидальное поведение? Вероятнее всего, определяющим в данном случае является содержание, контент ресурсов, с которыми сталкиваются подростки с суицидальными мыслями, ищущие поддержки в сетевом сообществе. То есть, если подросток из группы риска по суицидальному поведению находит в сети поддержку (в том числе – профессиональную), риск суицида снижается, а если становится участником группы, пропагандирующей самоповреждения и суицидальное поведение (даже в косвенной форме) – растет. Однако нам не встретилось ни одной научной работы, прямо указывающей на возможность формирования суицидального поведения у здоровых подростков, столкнувшихся в сети с негативным контентом, посвященным пропаганде суицидов.

В целом влияние социальных сетей на подростковую популяцию оценивается большинством психиатров негативно. Основной проблемой является собственно патологическое использование интернета. Исследования зависимых от сетей лиц методом фМРТ показали, что злоупотребление сетевой активностью нарушает функционирование лимбической системы, у пациентов выявлены признаки дегенерации нейронных связей в зонах передней поясной извилины и островка.

Главной проблемой патологического воздействия социальных сетей является, на наш взгляд, отсутствие социальной ответственности у разрабатывающих алгоритмы соцсетей транснациональных IT-корпораций. В идеале в алгоритмы сетей должны интегрироваться методы превентивной оценки риска зависимого поведения, и профилактические технологии, направленные на предотвращение развития зависимости. Стоит ли напоминать, что подобная тактика идет вразрез с бизнес-интересами создателей

сетей?

Порочные круги патогенеза требуют безотлагательного терапевтического воздействия. Применительно к порочным кругам, индуцируемым социальными сетями, роль деструктора выполняет психотерапия. В нашем исследовании, проведенном на 220 несовершеннолетних в возрасте от 9 до 17 лет (133 юноши и 97 девушек), обратившихся за психотерапевтической помощью, обнаруживающих признаки зависимого от интернета поведения, использовалась полимодальная терапия, включавшая базисную терапию в рамках аутогенной тренировки 1 ступени, дыхательной гимнастики по В.В. Макарову, и техники поведенческой терапии – десенсибилизация *in sensu*, составление договора, техники вербализации эмоциональных переживаний, техники визуальной переработки. Продолжительность терапии составила 6 индивидуальных занятий и 8 занятий в группе. По истечении 6 месяцев собирались катamnестические данные. Катamnестическое исследование показало: среди несовершеннолетних с 1 стадией зависимости ремиссия достигнута в 89,5% случаев, среди пациентов со 2 стадией зависимости – в 76,5% случаев. В большинстве случаев снижение патологической активности в интернет, в том числе, в социальных сетях, приводило к редукции тревожной и депрессивной симптоматики (Пережогин Л.О., 2020).

ВЭЙПИНГ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

Пичиков А.А., Тихомиров Д.И.

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

Употребление табачных изделий вызывает сильное привыкание и на сегодняшний день не вызывает сомнений его негативное влияние на множество систем человеческого организма. В первую очередь, использование никотина как психоактивного вещества ассоциировано с заболеваниями сердечно-сосудистой, бронхолегочной и нервной систем. Начиная с 2007 года в мире обретает большую популярность использование электронных сигарет (ЭС) – вэйпинг – как «безопасной» альтернативы традиционным табачным изделиям. Табачный дым содержит в своём составе огромное количество потенциально опасных соединений, что делает курение сигарет менее предпочтительным относительно вэйпинга. Согласно заявлениям производителей, вэйпинг значительно менее вреден, по срав-

нению с обычными сигаретами, и может использоваться как никотин-заместительная терапия при отказе от курения. Тем не менее, за последние годы по всему миру значительно возросло число подростков и лиц молодого возраста, активно использующих электронные сигареты, что не может не вызывать повышенного беспокойства со стороны работников сферы здравоохранения. Опрос учащихся средних школ США показал, что использование ЭС возросло с 1,5% в 2011 г. до 20,8% в 2018 г. при снижении использования обычных сигарет в этот же период (Gentzke A.S. et al., 2019). В 2019 г. использование ЭС среди подростков старшего школьного возраста превысило 40% в США и Канаде (Hammond D. et al., 2020).

Жидкости для ЭС содержат смеси растворителей (чаще – пропиленгликоль), никотин, тетрагидроканнабинол или гашишное масло, смеси ароматических соединений, следы тяжёлых металлов. В некоторых ЭС используются соли никотина, что чревато более высоким его содержанием в крови при употреблении подобных продуктов и формированием более сильной зависимости. Позитивные прогнозы, связанные с вэйпингом, как более безопасной альтернативой традиционным сигаретам, последние годы подвергаются всё большему сомнению. На сегодняшний день накоплены данные, свидетельствующие о содержании канцерогенов во вдыхаемом аэрозоле, так же ЭС могут вызывать повреждения респираторной системы, ухудшение здоровья полости рта, более того, показано, что использование ЭС может впоследствии сменяться курением традиционных сигарет. Вероятность курения оценивается в 3,5 раза выше для пользователей ЭС, по сравнению с теми, кто никогда не курил (Soneji S. et al., 2017), также показано, что 82,6% молодых людей, имеющих пристрастие к вэйпингу, одновременно используют как электронные, так и обычные сигареты (Dugas E.N. et al., 2020). Таким образом, применение вэйпинга как никотин-заместительной терапии вызывает обоснованные сомнения. Также можно предположить более сильное и быстрое формирование зависимости при использовании ЭС в сравнении с традиционными. Отдельным аспектом использования традиционных сигарет является их дискретность и ограниченность зон курения. В то же время, ЭС могут использоваться в гораздо большем количестве мест, и их курение может быть неограниченно во времени.

Не вызывает сомнений негативное влияние использования ЭС на психику в контексте формирования зависимости, однако, учитывая популярность вэйпинга среди лиц молодого возраста возникает вопрос о последствиях данной тенденции на формирующийся головной мозг и

связь вэйпинга с другими психическими нарушениями. ЭС также связаны с последующим употреблением психоактивных веществ, в первую очередь, каннабисом. В подростковом возрасте области мозга, отвечающие за исполнительные функции, претерпевают значительную перестройку, частично регулируемую никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами. Показано, что употребление никотина оказывает неблагоприятное воздействие на когнитивные функции и развивающийся мозг подростка. В первую очередь, страдают сферы памяти, концентрации внимания и импульсного контроля. Также было показано, что систематическое употребление никотина ассоциировано с дисбалансом в развитии головного мозга, а именно, меньшим развитием областей префронтальной коры, ответственных за тормозный контроль. Данные, полученные на животных моделях, показывают, что длительное воздействие никотина может вызывать эпигенетические изменения, повышающие чувствительность к стрессу. Учитывая тот факт, что использование ЭС с солями никотина вызывает более сильную зависимость и более частое употребление, а также принимая во внимание тот факт, что вэйпинг зачастую не имеет временных и пространственных ограничений, можно сделать вывод о более сильном влиянии никотина на формирование головного мозга при курении ЭС, чем при использовании традиционных.

Использование никотин-содержащей продукции также пользуется большой популярностью среди подростков, страдающих психическими расстройствами. В первую очередь, данная тенденция отмечается среди лиц, страдающих СДВГ, расстройствами поведения, тревожными и депрессивными состояниями, а также общеизвестен факт высокой частоты курения среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Данная тенденция может объясняться следующими факторами: (1) самолечением симптомов, таких, как когнитивный дефицит при СДВГ или нарушения настроения; (2) противодействием седативным побочным эффектам психотропных препаратов; (3) общим генетическим риском психических расстройств и табачной зависимости; (4) нейротоксическим воздействием никотина на головной мозг.

Коморбидность психических расстройств и использования ЭС на сегодняшний день представляет сложный вопрос для исследователей и клиницистов. Среди подростков выявлена взаимосвязь между вэйпингом и такими нарушениями, как депрессия, суицидные идеации, расстройства поведения, импульсивность, сниженная толерантность к стрессу и СДВГ. При этом существуют различного рода взаимовлияния между психиче-

ским расстройством и употреблением вэйпов. Например, показано, что СДВГ ассоциирован с более высоким риском курения ЭС в подростковом возрасте, но не юношеском. Предполагаемое объяснение данного различия базируется на идее, что СДВГ как фактор риска вэйпинга снижается под влиянием нейробиологических и психосоциальных факторов. Созревание мозга и, соответственно, улучшение тормозного контроля и саморегуляции способствуют данной разнице.

Обобщая вышесказанное, можно сделать вывод о высоком риске вэйпинга для здоровья подростков. С одной стороны, агрессивный маркетинг, влияние социальных сетей, близкого окружения, разнообразие вкусов делают вэйпинг притягательным для подростков. С другой стороны, сильная зависимость и более длительное поддержание высокой концентрации никотина в крови накладывают серьёзный отпечаток на формирование головного мозга, повышая риск развития психических нарушений, в том числе, применения психоактивных веществ. Таким образом, целесообразно рекомендовать прекратить курение ЭС подросткам, особенно тем, кто обращается за помощью в связи с проблемами психического здоровья.

Несмотря на большую популярность ЭС, исследования показывают, что практикующие врачи редко проводят скрининг на предмет вэйпинга. Среди врачей недостаточно знаний об ЭС в отношении их вреда для здоровья.

На сегодняшний день существует мало информации о профилактике вэйпинга. Актуальные исследования подчёркивают необходимость обсуждения практикующими врачами с пациентами как негативных последствий курения, так и использования ЭС. Также может быть стратегически важным нацеливать профилактические мероприятия на определённые группы подростков, наиболее подверженных применению ЭС, в первую очередь, подростков с психическими расстройствами. Перспективным является разработка приложений, помогающих прекратить курение ЭС. Систематический обзор приложений Google Play показал, что большинство из них поощряют использование ЭС при отказе от курения и только 2 из них подходят для прекращения вэйпинга (Meacham M.C. et al., 2020). Дальнейшая разработка исследований в данной области может оказаться крайне перспективной для понимания механизмов влияния ЭС на подростков и лиц молодого возраста, что в перспективе может способствовать совершенствованию подходов в профилактике и лечении.

**ОПЫТ СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
ХРОНИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РАМКАХ
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
НА НАЛИЧИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ
К ВЛАДЕНИЮ ОРУЖИЕМ**

Раменская Н.М.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Обязательное проведение лабораторных исследований крови и (или) мочи на определение хронического употребления алкоголя в целях диагностики психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя, стало новым требованием при проведении медицинского освидетельствования на право владения оружием и при проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей, лишенных права управления транспортным средством, с 1 марта 2022 г. Больше года данная норма продолжает оставаться дискуссионной ввиду отсутствия регламентации конкретных видов лабораторных исследований, существующий перечень которых имеет широкий диапазон чувствительности, специфичности, доступности и практической приемлемости применения.

При выборе вида лабораторных исследований медицинские организации руководствуются действующими клиническими рекомендациями по пагубному употреблению психоактивных веществ (КР 592, 2020 г.), информационным письмом Минздрава России от 23.04.2022 г. №15-5/И/2-6554, практическим опытом, учитывающим, в числе прочего, стоимость определенных видов исследования для граждан.

Лабораторные биомаркеры злоупотребления алкоголем не позволяют установить диагноз наркологического расстройства, но являются важным объективным показателем в дополнение к классической клинической диагностике (КР 592, 2020 г.).

В свете приказа Минздрава России от 26.11.2021 г. №1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием...» отделением медицинских осмотров ГАУЗ «Забайкальский краевой наркологический диспансер» (далее – ГАУЗ ЗКНД) в качестве основного метода лабораторного исследования на определение хронического употребления алкоголя были выбраны анализ крови на определение активности гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ) и

аланинаминотрансферазы (АлАТ) и количественное определение этилглюкуронида (EtG) в моче (только в случае превышения показателей крови). В качестве дополнительного метода исследования (в противоречивых случаях) используется качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза (но уже на этапе дополнительного обследования в условиях диспансерного отделения ГАУЗ ЗКНД).

За период с 01.03.2022 г. по 31.12.2022 г. отделением медицинских осмотров ГАУЗ ЗКНД проведено 6239 медицинских освидетельствований на право владения оружием. За этот период времени, с учетом клинико-anamnestических данных и результатов лабораторных исследований крови и/или мочи на определение хронического употребления алкоголя, на дополнительное обследование к врачу-психиатру-наркологу по месту жительства было направлено 156 пациентов (2,5% всех освидетельствованных, что значительно выше данных за 2021 г. (до внедрения нового порядка освидетельствования – 0,07%). По результатам проведенного дополнительного обследования в 2022 г. 11% пациентов впервые в жизни был установлен диагноз алкогольобусловленной наркологической патологии.

Для подробного анализа результатов скрининговой диагностики алкогольобусловленной наркологической патологии в рамках медицинского освидетельствования на право владения оружием взят июнь 2022 г. За анализируемый период времени на право владения оружием было освидетельствовано 645 граждан (всего обратилось 652 гражданина, из них в 7 случаях у пациентов имелся ранее установленный диагноз наркологического расстройства без подтвержденной ремиссии). Большую часть освидетельствованных составляли мужчины (620, или 96%). Средний возраст освидетельствуемых составил 46 лет, все пациенты были старше 18 лет. «Наркологически здоровых» (без признаков наркологической патологии) было 615 человек (95% освидетельствованных), в 30-ти случаях (5%) требовалось дополнительное (углубленное) обследование с целью исключения наркологической патологии.

Из 645 освидетельствованных превышение показателей ГГТ и/или АсАТ отмечено у 159 пациентов (25% освидетельствованных). Из них 27 были направлены на дополнительное обследование к врачу-психиатру-наркологу по месту жительства с целью исключения либо подтверждения диагноза наркологического расстройства. Еще трое пациентов были направлены на дополнительное обследование при нормальных значениях

биомаркеров хронического употребления алкоголя, но при наличии клиническо-анамнестических данных о злоупотреблении алкоголем. В целом наличие субъективного наркологического анамнеза (употребление алкоголя как минимум 1 раз в неделю за последние 3-4 недели) имело место у 13 (43,3%) из 30 направленных на дообследование пациентов, 12 (40%) пациентов имели «сомнительный» (неочевидный) наркологический анамнез. У 5-ти из 30-ти направленных пациентов наркологического анамнеза не было (пациенты категорически отрицали злоупотребление алкоголем), но имелось значительное превышение показателей не прямых биомаркеров хронического употребления алкоголя.

Среди лиц, направленных на дополнительное обследование для исключения алкогольобусловленной наркологической патологии, были только мужчины от 28 до 65 лет (средний возраст – 44 года). Среднее значение ГГТ составило $129,6 \pm 80,5$ ед/л (21,0-910,0 ед/л), среднее значение АсАТ – $89,5 \pm 64,6$ ед/л (19,0-379,2 ед/л). Превышение коэффициента де Ритиса (соотношение АсАТ/АлАТ) более 1,3 отмечалось у 6 пациентов (20% направленных на дообследование). У данной категории лиц дополнительно проводилось исследование крови на средний корпускулярный объем эритроцита (MCV) и количественное определение EtG в моче. Превышение значения MCV более 96 фл. отмечалось в 7 случаях (23% обследованных). Содержание EtG в моче более 200 нг/мл отмечалось также у 7 пациентов (23% обследованных). Качественное и количественное определение CDT в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза было проведено 9-ти из 30-ти направленных на дообследование пациентов, превышение показателя более 1,6 отмечалось лишь в одном случае.

По результатам проведенного углубленного обследования 5-ти из 30-ти направленных пациентов (17%) впервые в жизни был установлен диагноз наркологического расстройства: в 4 случаях – употребление алкоголя с вредными последствиями, в 1 случае – синдром зависимости от алкоголя. У 5-ти из 30-ти направленных на дообследование пациентов было установлено наличие тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, ожирение 2-3 степени, хроническая анемия, стеатогепатит, тромбофлебит) и исключена наркологическая патология.

Из 615-ти «наркологически здоровых» пациентов нормальные значения и ГГТ, и АсАТ отмечалось в 483 случаях (79%): у 463 мужчин и 20 женщин. Нормальные значения только ГГТ встречались реже, чем только АсАТ: 507 (82%) против 573 (93%). ГГТ в пределах референсных значений (муж. 8-61 ед/л, жен 6-42 ед/л) отмечалось у 486 мужчин (82,3%

«наркологически здоровых» мужчин; средний возраст – 47 лет (18-81 лет), среднее значение – ГГТ $32,4 \pm 9,9$ ед/л (4,8-61,0 ед/л) и 21 женщины (84% «наркологически здоровых» женщин; средний возраст – 43 года (22-59 лет), среднее значение ГГТ – $22,1 \pm 5,0$ ед/л (10,4-36,3 ед/л). Нормальные значения и ГГТ, и АсАТ отмечено у 463 мужчин (78,4% «наркологически здоровых» мужчин; средний возраст - 47 лет (18-81 лет), среднее значение – ГГТ $32,0 \pm 9,8$ ед/л (4,8-61,0 ед/л), среднее значение АсАТ – $21,8 \pm 4,5$ ед/л (4,0-40,2 ед/л) и 20 женщин (80% «наркологически здоровых» женщин; средний возраст – 43 года (22-59 лет), среднее значение ГГТ – $22,1 \pm 5,2$ ед/л (10,4-36,3 ед/л), среднее значение АсАТ – $20,1 \pm 2,8$ ед/л (14,9-26,5 ед/л).

Превышение референсных значений ГГТ и/или АсАТ у «наркологически здоровых» пациентов отмечалось в 132 случаях (у 21% «здоровых»). При этом превышение и ГГТ, и АсАТ отмечалось в 18 случаях (3%) – у 17 мужчин и 1 женщины. Средний возраст мужчин составил 50 лет, среднее значение ГГТ у мужчин – $166,6 \pm 95,1$ ед/л (61,6-705,4 ед/л), среднее значение АсАТ – $81,7 \pm 53,7$ ед/л (41,2-461,6 ед/л). ГГТ было повышено у 108 (18%), АсАТ – у 42 (7%) «наркологически здоровых». Изолированное повышение ГГТ отмечалось у 87 «наркологически здоровых» мужчин (средний возраст - 50 лет (22-80 лет), среднее значение ГГТ – $98,0 \pm 32,7$ ед/л (61,6-299,3 ед/л) и 3-х женщин (средний возраст – 46 лет (41-51 год), среднее значение ГГТ – $73,9 \pm 28,3$ ед/л (48,4-116,4 ед/л). Изолированное повышение АсАТ отмечалось у 23 «наркологически здоровых» мужчин (средний возраст – 46 лет (25-72 года), среднее значение АсАТ – $82,2 \pm 36,4$ ед/л (41,0-366,0 ед/л) и 1 женщины (49 лет, значение АсАТ – 49 ед/л).

Среди причин повышения трансфераз у «наркологически здоровых» освидетельствованных во всех случаях преобладало лекарственное воздействие, а именно, постоянный либо длительный курсовой прием лекарственных препаратов в рамках лечения соматического заболевания (антигипертензивные средства, статины, антиагреганты, нестероидные противовоспалительные средства, противоподагрические средства, гормональная, антибактериальная терапия): при изолированном повышении ГГТ – в 39% случаев, при изолированном повышении АсАТ – в 29% случаев, при повышении и ГГТ, и АсАТ – в 39% случаев. На втором месте (17%) среди причин сочетанного повышения ГГТ и АсАТ было ожирение, а при изолированном повышении трансфераз – заболевания желудочно-кишечного тракта (желчевыводящих путей и/или поджелудочной железы, стеатогепатит). Также 17% пациентов с сочетанным повышением

ГГТ и АсАТ страдали хроническим вирусным гепатитом, а 11% – сахарным диабетом 2 типа. Среди причин изолированного повышения ГГТ и АсАТ на третьем месте (14% и 12,5% соответственно) оказалось ожирение, а на четвертом – сахарный диабет и хронический вирусный гепатит С. Заболевания желудочно-кишечного тракта при сочетанном повышении ГГТ и АсАТ отмечалось только в 6% случаев. Причина повышения трансфераз у «наркологически здоровых» пациентов была установлена не во всех случаях: при сочетанном повышении ГГТ и АсАТ – в 2 случаях (11%), при изолированном повышении ГГТ – в 14 случаях (15%), при изолированном повышении АсАТ – в 7 случаях (29%).

Проведенный анализ позволяет еще раз убедиться в том, что основой первичной, в том числе скрининговой диагностики алкогольобусловленной наркологической патологии, является клиничко-анамнестический метод. Лабораторная диагностика необходима, даже при использовании не самых специфичных методов. Изменение лабораторных показателей – основание для более углубленного наркологического обследования, учитывающего влияние на лабораторные показатели сопутствующих состояний соматической сферы.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ БОЕВОГО ОПЫТА НА ДЕПРЕССИВНУЮ И ТРЕВОЖНУЮ СИМПТОМАТИКУ

Рачкаускас Г.С., Кондуфор О.В., Колесников Д.А., Воронько Е.А.,
Шевченко Е.В.

*Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, Луганск, Россия*

В последние годы повысилась актуальность изучения проблем влияния на человека экстремальных факторов боевой психической травмы, а также сложностей адаптации участников военных действий. На современном этапе это привело к необходимости усиления внимания к расстройствам невротического спектра, связанным с пребыванием в условиях психотравмирующей ситуации. Вместе с тем, до сих пор остаются недостаточно изученными особенности состояния психического здоровья участников военных действий. Как известно, содержание понятия психического здоровья не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями. В нем всегда отражены общественные и групповые нормы и ценности, регламентирующие духовную жизнь человека.

Цель исследования: оценить влияние уровня боевого опыта на депрессивную и тревожную симптоматику у участников военных действий.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 40 пациентов – участников боевых действий, находящихся на стационарном лечении в отделении №1 ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» с диагнозом смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). Для оценки уровня боевого опыта была использована Шкала оценки интенсивности боевого опыта (CES). В зависимости от его уровня все участники исследования были разделены на 2 исследуемые группы: 1-я – пациентов с низким уровнем боевого опыта ($n=20$), 2-я – пациентов с высоким уровнем боевого опыта ($n=20$).

С пациентами проводилось клиническое интервью, изучались данные анамнеза, из психометрических методик применялись Шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI). Работа проводилась в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2013 г.). Все участники исследования дали письменное добровольное информированное согласие.

Статистическая обработка данных произведена в программе Statistica 12.5. Для определения нормальности распределения данных использовался критерий Шапиро-вилка. Межгрупповые сравнения проведены с применением критерия Манна-Уитни. Оценка влияния уровня боевого опыта на тревожную и депрессивную симптоматику произведена с помощью регрессионного анализа методом множественной линейной регрессии с введением фиктивных переменных. Достоверными считали результаты при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам нашего исследования, группа пациентов с высоким уровнем боевого опыта имела большую выраженность депрессивной симптоматики, личностной и ситуативной тревожности. Статистические показатели, полученные в ходе регрессионного анализа, показывают, что по коэффициенту детерминации (R^2) высокий уровень боевого опыта будет влиять на выраженность депрессивной симптоматики, личностной и ситуативной тревоги в 69, 71 и 74 процентах случаев, что превышает 50%, и с дополнительным учетом критерия Фишера (F) говорит об адекватности данной регрессионной модели. Имеющиеся показатели t-статистик и p-значений говорят о достоверности предиктора (то есть высокого уровня боевого опыта) на отклик (выражен-

ность депрессивной симптоматики, личностной и ситуативной тревоги).

Заключение. По результатам нашего исследования установлено, что более высокий уровень боевого опыта напрямую способен влиять на уровень депрессивной и тревожной симптоматики. Это объясняется длительным влиянием неблагоприятных психогенных факторов на психику участников военных действий. В перспективе это может привести к развитию посттравматического стрессового расстройства. Возможным вариантом профилактики является применение психотерапии с применением методов релаксации, когнитивной реструктуризация дисфункциональных убеждений и введением новых поведенческих стратегий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ТАТУИРОВКИ

Сахаров А.В., Гольгина С.Е., Гольгина Д.В., Овсянкина Д.А.,
Харламова В.А.

Читинская государственная медицинская академии, Чита, Россия

Татуирование тела распространено среди населения не одну тысячу лет, при этом смысл этого явления менялся в историческом и культуральном аспектах. Ряд специалистов в настоящее время по-прежнему весьма настороженно относятся к нанесению татуировок, рассматривая это в качестве самоповреждающего, криминального или психопатологического проявлений. Другие, напротив, указывают на декоративно-украшательный мотив татуировок у современной молодежи.

Цель работы: изучение ряда психологических особенностей студентов, имеющих на теле татуировки.

Материалы и методы. Было проведено анонимное онлайн-анкетирование студентов Читинской государственной медицинской академии. Для создания онлайн-опросника использовался сервис Google Forms. Разработанный опросник включал социально-демографический блок и специальную часть. В специальной части оценивался наркологический анамнез, степень алкоголизации при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ), склонность к депрессии по методике Цунга, распространенность невротических расстройств при помощи клинического опросника выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича.

Всего в опросе принял участие 391 студент в возрасте от 18 до 29

лет (средний возраст $20,1 \pm 0,1$ лет). Лиц мужского пола было 23,3% (91), женского – 76,7% (300). Из опрошенных 53 человека указали на наличие татуировок на теле, они сформировали основную группу, все остальные студенты определены как группа контроля (338 человек).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel 2007 и Statistica-12. Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты. Как показали результаты опроса, 13,6% студентов имеют на теле татуировки. Среди них преобладали представители женского пола – 83,0% (75,7% в контрольной группе). Одну татуировку нанесли 54,7%, остальные имеют 2 и более. У 62,3% тату имеют смысловую нагрузку.

Наследственность представителей основной группы была психопатологически отягощена (преимущественно алкоголизмом близких родственников) в 30,2% случаев, что оказалось в 2,1 раза чаще, чем в контрольной группе (14,5%; $p = 0,0043$).

Студенты с татуировками ранее в 28,3% случаев совершали попытку суицида (11,5% в контроле; $p = 0,0010$). По результатам опросника Яхина-Менделевича 45,3% из них имеют признаки невротических расстройств или предболезненных невротических состояний (37,8% в группе сравнения), по методике Цунга у 28,3% отмечаются признаки депрессии (23,9% в контрольной группе).

Касательно наркологического анамнеза, 30,2% обучающихся с татуировками курят, что значительно чаще, чем среди студентов без татуировок на теле (9,1%; $p = 0,0000$); 9,4% пробовали наркотические средства (1,8% в контрольной группе; $p = 0,0017$); 17,0% согласно методике AUDIT имеют признаки чрезмерного употребления алкоголя (5,0% у контроля; $p = 0,0012$).

Интересно, что среди студентов без татуировок на теле, 48,5% хотели бы их сделать. Основными причинами, удерживающими от нанесения татуировок, оказались: запрет родителей (9,8%), отсутствие необходимой денежной суммы (7,8%), сомнения в правильности выбора (7,2%).

Заключение. Таким образом, лица, имеющие татуировки на теле, в сравнении с таковыми без татуировок, имеют в 2,1 раза чаще психопатологически отягощенную наследственность, неблагоприятный наркологический анамнез – курят чаще в 3,3 раза, пробовали наркотики в 5,2 раза

чаще, имеют риск злоупотребления алкоголем в 3,4 раза чаще. Они в 2,5 раза чаще имели случаи парасуицида в анамнезе, при этом по выраженности невротических расстройств и самооценки депрессии не отличались от представителей группы сравнения. Поэтому нанесение татуировки, имея разное смысловое наполнение, не теряют по-прежнему и своего психопатологического значения.

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТУДЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Терембовецкая Е.Э., Абрамец Е.А.,
Сверкунова И.В.

Читинская государственная медицинская академии, Чита, Россия

Поведенческие аддикции становятся все более распространенными в современном мире, среди которых в последние годы выделено патологическое использование или зависимость от социальных сетей. Социальные сети стали одной из самых привлекательных форм онлайн-активности, при этом практически каждый третий подросток проводит в них треть своего времени (Солдатова Г.У., 2018). Такое увлечение наряду с положительными моментами может иметь и серьезное отрицательное психологическое воздействие (Зотова Д.В., Розанов В.А., 2020; Пережогин Л.О., 2020).

Цель работы: изучение ряда психологических характеристик студентов, имеющих зависимость от социальных сетей.

Материалы и методы. Было проведено анонимное онлайн-анкетирование студентов Читинской государственной медицинской академии. Для создания онлайн-опросника использовался сервис Google Forms. Разработанный опросник включал социально-демографический блок и специальную часть. В специальной части оценивалось наличие зависимости от социальных сетей согласно Бергенской шкале (BSMAS, 2016). Дополнительно собирался наркологический анамнез, определялась степень алкоголизации при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ), интернет-аддикция по методике К. Янг, склонность к депрессии по методике Цунга, распространенность невротических расстройств при помощи клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича.

Всего в опросе принял участие 391 студент ЧГМА в возрасте от 18

до 29 лет (средний возраст $20,1 \pm 0,1$ лет). Лиц мужского пола было 23,3% (91), женского – 76,7% (300). По результатам анализа Бергенской шкалы, зависимость от социальных сетей выявлена у 114 респондентов (они сформировали основную группу), все остальные студенты составили контрольную группу (277 человек).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакетов анализа программ Microsoft Excel 2007 и Statistica-12. Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). Различия считали достоверными при показателе $p < 0,05$.

Результаты. Согласно полученным данным, 29,2% студентов были склонны к патологическому использованию соцсетей, что согласуется с литературными данными. Среди них преобладали девушки – 82,4% (74,1% в контрольной группе).

Наследственность была психопатологически отягощена у 28,9% представителей основной группы (преимущественно алкоголизмом близких родственников), в контрольной группе этот показатель составил 13,7% ($p=0,0004$). Ранее совершали попытку суицида в основной группе 15,3% респондентов (11,5% в контрольной; $p=0,0467$). По результатам опросника Яхина-Менделевича 52,2% из группы с зависимостью от соцсетей имеют признаки невротических расстройств (39,7% в группе сравнения; $p=0,0427$), по методике Цунга у 34,2% отмечаются признаки депрессии (21,7% в контроле; $p=0,0095$).

Курят в настоящее время 20,2% обучающихся с зависимостью от соцсетей (9,7% среди представителей контрольной группы; $p=0,0050$); 2,6 % пробовали наркотические средства (2,9% в контрольной группе); 10,5% согласно методике AUDIT имеют признаки чрезмерного употребления алкоголя (5,1% в контрольной группе; $p=0,0484$). Закономерно высокую степень зависимости от интернета по методике К. Янг продемонстрировали 32,5% респондентов основной группы и 11,2% – в контрольной ($p=0,0000$).

Заключение. Таким образом, студенты с патологическим использованием социальных сетей, в сравнении с обучающимися без такой аддикции, характеризуются более высокой психопатологически отягощенной наследственностью (в 2,1 раза чаще), высокими показателями суицидального поведения (в 1,3 раза чаще), высокой частотой невротических расстройств (в 1,3 раза чаще) и признаков депрессии (в 1,6 раза чаще). У них отмечен неблагоприятный наркологический анамнез: представители с па-

тологическим использованием социальных сетей курят в 2,1 раза чаще, склонны к злоупотреблению алкоголем в 2,1 раза чаще.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА БИО-ПСИХО-СОЦИО-ДУХОВНОМ ПОДХОДЕ И ПРАВО- СЛАВНЫХ ТРАДИЦИЯХ, ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ

Свилина Е.А.

Забайкальский краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Проблема химической зависимости продиктована быстрой деградацией с последующей выпадением пациентов из социума со всеми вытекающими последствиями: сиротством при живых родителях, преступностью, смертностью.

В отделении реабилитации ГАУЗ ЗКНД за основу реабилитации взята 12 шаговая программа, осуществляемая комплексом мер, используя био-психо-социо-духовный подход, основанный на концепции здоровья. Поэтому, когда мы работаем с каждой составляющей, появляется возможность к их взаимному положительному влиянию и даже к усилению.

Духовная составляющая является ключевой в восстановлении личности, разрушенной болезнью. Именно духовность дает правильное направление движению личности к изменениям: от эгоизма к общности, от одиночества к дружбе и любви, от безделья к деятельности и ответственности, от злобы к доброте, от конкуренции к взаимопомощи.

Био-психо-социо-духовный подход взят за основу формирования реабилитации с самого начала существования отделения, в моей работе в течение 2 лет. За 2022 год было пролечено 107 пациентов, из них 67 человек с алкогольной, 16 – с наркотической, 1 с игровой зависимостью. Мужчин было 37, женщин – 70. 64 человека успешно прошли реабилитацию, 41 сохраняют трезвость до настоящего времени. Был проведен опрос 65 человек, ранее прошедших реабилитацию в нашем реабилитационном отделении и сохраняющих трезвость, о роли духовной составляющей их личности в принятии решений по жизни. В 100% случаев опора на духовность была решающей на этапе поддержания мотивации при реабилитации в отделении и на поддержании трезвости в реальной жизни.

В отделении имеются все условия, необходимые для проведения индивидуальной и групповой психотерапии. В лечебном процессе задействована бригада специалистов, включая психиатра-нарколога, пси-

хотерапевта, психиатра, медицинских психологов, терапевта, невролога, представителя Епархии и специалиста по социальной работе.

Процесс написания личной истории позволяет увидеть пациенту себя и свою болезнь с ее последствиями без преувеличения, а в судьбах других ребят увидеть себя со стороны и еще более глубоко погрузиться в свое прошлое. Как правило, на этом этапе вскрываются вытесненные психотравмирующие ситуации, требующие тщательной проработки на индивидуальной психотерапии. Истории жизни большинства представляют серии из фильмов ужасов, где царят антисанитария, голод, насилие и опасность. Закрепление травматического опыта приводит к нарушению идентичности. Формируется затянувшийся психологический кризис, интрапсихическая трансформация. Страдая от воспоминаний, патологических паттернов, человек застревает в прошлом, поэтому присутствует уязвимость, предрасположенность к ретравматизации из-за переживания эмоционального дисбаланса, который мешает осознанности и препятствует началу изменений. Ретравматизация вызывает чувства тревоги, одиночества, покинутости, ненужности, бессмысленности жизни. Внутренний конфликт и истощаемость превышают адаптивные возможности личности, и пациенты не понимают, зачем и как начать изменения.

Поэтому задача консультирования помочь через бессилие и невозможность контролировать ситуацию перепоручить ее силе, более могущественной, преодолев страх и сопротивление, вновь пережить эти кошмары и сделать их своим прошлым, идти дальше от разрушения (употребления как компенсации страдания) к созиданию, проживанию и отделению этих болезненных переживаний от себя.

Очень важен индивидуальный подход, постановка малых целей, через индивидуальную работу подключение к малым группам, а потом к актуализации на общей группе с преодолением психологических защит, мешающих подключаться к групповой работе. В результате группового процесса повышается толерантность и совместимость среди реабилитантов, определяются роли и формируются родительские и детские фигуры, с последующим формированием малых групп, где осуществляется поддержка в процессе написания и защиты шагов по программе. Ребята с более высоким потенциалом и интеллектуальными возможностями помогают более слабым. Группы по работе с чувствами снижают напряжение, помогают эмоциональному созреванию, формируют навыки понимания и принятия своих и чужих чувств, умению правильно общаться на языке чувств. Группы, где осуществляются анализ дневников, которые ребята

пишут ежедневно, происходит наработка рефлексивных навыков, способности отслеживания первых признаков срыва и создание четкой программы по преодолению состояний тревоги, тоски, стресса.

Динамическая группа помогает высветить психотравмы и дефицит копинг-технологий, уровень агрессивности, терпимости, уважения, доверия и честности, способствует искреннему и уважительному отношению друг другу, персоналу и консультантам. Здесь идет формирование навыков самостоятельного выбора и способности находить такие формы поведения, которые дают возможность эффективно преодолевать жизненные трудности без употребления химического вещества.

Ребята, опираясь на свои творческие стороны, принимают активное участие в концертах, пишут сценарии, стихи, участвуют в кукольных постановках, готовят кукол, декорации.

В работе с пациентами используются следующие методики: символдрама, аутогенная тренировка, когнитивная психотерапия по А. Беку, рационально-эмотивная по А. Элису, классический гипноз, нейролингвистическое программирование, библиотерапия, православное консультирование и музыкотерапия.

Одним из важных моментов данного подхода является работа с лидерами движения АА и АН, реабилитантами центра, которые прошли лечение и успешно поддерживают трезвость, либо третьих значимых лиц в рамках своей семейной системы, профессиональной среды, ведущей трезвый образ жизни, христианского прихода, исключаяющих употребление ПАВ.

Реабилитационная среда создается искусственно комплексными мерами, взаимоотношениями, обстановкой, режимом, полной занятостью, четким структурированием каждого дня, адаптированного к возможностям каждого пациентов, ее задачей является защита пациентов от употребления, моделирование новых стереотипов поведения в рамках закрытой среды (отделение) и открытой среды (семья, работа, клубы трезвости, православные приходы и группы поддержки АА и АН, функционирующих как офлайн и онлайн круглосуточно).

Среда, которая облегчает здоровый, эффективный и осмысленный поведенческий выбор за счет своей однородности, единства моральных и этических норм, закрепляя и одобряя такое поведение, и формирует невосприимчивость к дисфункциональным паттернам поведения, закрепляет умение противостоять агрессивной аддиктивной среде, по принципу «не ходить, где скользко», «чистых рук». Среда, в которой человек, член

сообщества, может эффективно функционировать за счет социальной поддержки и дубликации поведения впереди идущих лидеров, спонсоров, наставников, имеющих достаточный опыт трезвой жизни и навыков поддержания трезвости, являющихся живой ролевой моделью трезвого поведения. Где в социально нормативных рамках будут реализовываться стремление к новизне, риску, поиску острых ощущений и повышенная поведенческая активность, реализуемые в путешествиях, занятиях спортом и творчеством. Главная цель – развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, влияющий не только на собственное благополучие человека, но и способствующий позитивным изменениям среды, социальной и культурной ситуации облегчающей и поддерживающей правильный выбор.

Промежуточной средой взаимодействия является система зеленого бейджа, когда пациент, проявив достаточное усердие и успех в прохождении реабилитации, получает возможность отпусков и звонков для общения с родственниками и членами групп АА и АН на их территории.

Процессы среды направлены на формирование и осознание ресурсов личности – это представление о себе, самоуважение, самоэффективность, когнитивные процессы – понимание, осмысление, ответственность за свою жизнь, умение понимать окружающих, сопереживать им, коммуникативная социальная компетентность, восприятие и оказание социальной поддержки. И как результат формирование успешной личности, способной быть активным членом общества.

При комплексном воздействии (фармакотерапия, психотерапевтическое и психологическое сопровождение, трудотерапия, занятия спортом, творчеством, посещения молельной комнаты и духовных часов) формируется более адаптированная, гармоничная, устойчивая к стрессу, социализированная, творческая личность, способная сохранять трезвость.

На выходе из отделения ребята формируют социальные связи с движением АА, настраиваются на поддерживающее лечение в отделении реабилитации и у психиатров-наркологов по месту жительства. Широкий спектр поддержки, основанный на био-психо-социо-духовном подходе в лечении, способен помочь пациентам выздоравливать комплексно, на минимальном, поддерживающем фармакологическом сопровождении, без отрицательного влияния на качество их жизни.

Делая выводы нужно отметить, что необходимость поддержки пациента в период личностной трансформации методами психотерапии очевидна. Включение ее в терапевтический процесс позволяет: достичь более

длительной и эффективной ремиссии; сократить сроки срывов и облегчить их течение; облегчить реконструкцию личности.

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ И РАССТРОЙСТВАХ ПОВЕДЕНИЯ

Ситчихин П.В.

Больница скорой медицинской помощи, Краснодар, Россия

Введение. С 1 июля 2023 года вступает в силу приказ Минздрава России от 14.10.2022 г. №668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее Приказ №668). Предыдущий «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», утв. приказом МЗСР РФ от 17.05.2012 №566н (далее Приказ №566), вышеуказанным приказом признан утратившим силу также с 1 июля 2023 г. При реорганизации важно знать: как будут реализованы экстренная и неотложная формы психиатрической медицинской помощи в новых правовых условиях.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в следующих формах: а) экстренной – при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; б) неотложной – при внезапных острых заболеваниях и состояниях без явных признаков угрозы жизни пациента (Пункт 5 приказа МЗ РФ от 20.06.2013г №388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее Приказ №388)). Психические расстройства и расстройства поведения в РФ официально признаны социально значимыми заболеваниями согласно Перечню социально значимых заболеваний, утверждённому постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 г. №715, т.к. могут сопровождаться действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для себя или окружающих лиц. Поэтому вопросы оказания скорой психиатрической медицинской помощи (далее СПМП) лицам с психическими расстройствами специализированными психиатрическими выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее ПБ СМП) для общества исключительно важны и актуальны.

Цель исследования: изучить правовое регулирование деятельности специализированных психиатрических выездных бригад скорой медицинской помощи в условиях реорганизации медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения согласно Приказу МЗ РФ от 14.10.2022 года №668н.

Результаты и обсуждение. Скорая психиатрическая медицинская помощь – это единственная служба, предназначенная для оказания психиатрической медицинской помощи в экстренном порядке по месту пребывания пациента (в первую очередь на дому и в общественных местах) с осуществлением, при необходимости, медицинской эвакуации (пункт 14 Приказа №388), в т.ч. госпитализации в недобровольном порядке в соответствии с действующим законодательством (пункты 4 и 5 Приложения 1 к Приказу Минздрава России от 08.04.1998 №108 «Положение о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи» (далее Приказ №108)), в отличие, например, от отделения интенсивного оказания психиатрической помощи, которое было предназначено для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении активной терапии, в т.ч. на дому, в связи с ухудшением психического состояния при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации (пункт 2 «Правила организации деятельности отделения интенсивного оказания психиатрической помощи» Приложение №16 к Приказу №566н). Таким образом, если при оказании психиатрической медицинской помощи участковым психиатром на дому выявляются показания для недобровольной госпитализации согласно действующему законодательству, то необходимо вызвать ПБ СМП. Однако в настоящее время распределение вызовов ПБ СМП осуществляется не в психиатрических учреждениях, поэтому нередко существенные задержки прибытия ПБ СМП для обслуживания данных вызовов.

Согласно пункту 1 приложения 1 «Положение о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи» к приказу №108: «Врачебные и фельдшерские бригады скорой психиатрической помощи организуются в составе станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также центральной районной больницы». В настоящее время ПБ СМП преимущественно организованы в составе городских подстанций скорой медицинской помощи.

Из-за нахождения ПБ СМП в структуре соматической (а не психиатрической) лечебной сети стагнируются научные разработки. В течение

последних лет ведущими научно-исследовательскими учреждениями не внедрено ни новых значимых подходов к оказанию СПМП, ни актуальных методических рекомендаций по диагностике, лечению, медицинской эвакуации и т.д., особенно при сочетании с тяжёлой соматической патологией. Также за последнее десятилетие не были опубликованы исследования по практической эффективности ПБ СМП в целом по России или по теории основ оказания скорой психиатрической медицинской помощи. Отсутствие аналитических данных обуславливает вакуум законодательных инициатив о порядке СПМП, в т.ч. по взаимодействию между станциями СМП и психиатрическими стационарами (в т.ч. предоставление информации об опасности больного), особенно при оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке.

В настоящее время основополагающие нормативно-правовые документы в сфере СПМП существенно устарели. Так Приказ №108 не регламентирует, например, алгоритмы оказания СПМП в современных условиях, взаимодействие с медицинскими, социальными (например, при отсутствии опекунов) или государственными (например, с Федеральной службой исполнения наказаний и т.д.) службами и организациями. В Приказе №388 никаких дополнительных целей, задач или функций на ПБ СМП не возложено, разъяснения об их деятельности отсутствуют. Психиатрическая помощь при оказании скорой специализированной медицинской помощи упоминается в законе РФ от 02.07.1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» с изменениями и дополнениями от 30.12.2021 г. единожды лишь в статье 16 «Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством», но без каких-либо разъяснений.

Согласно пункту 11 приложения 1 «Положение о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи» к приказу №108: «Психиатрические бригады не направляются на вызовы без указаний на наличие у предполагаемого пациента психических расстройств». Однако, из-за нахождения ПБ СМП в структуре соматической лечебной сети и отсутствия врачей-психиатров (не предусмотренных штатным расписанием) в отделе приёма вызовов при распространённом в России дефиците общепрофильных выездных бригад СМП, в ряде случаев ПБ СМП направляются на вызовы к больным, у которых при вызове нет подозрений на психическое расстройство. Таким образом, количество непрофильных вызовов ПБ СМП увеличивается прямо пропорционально дефициту общепрофильных бригад СМП.

Большой проблемой является кадровый дефицит сотрудников ПБ СМП. Низкие заработные платы, пенсионный возраст, более спокойная работа без ночных смен вблизи места жительства – вот немногие типичные причины ухода сотрудников из ПБ СМП. К сожалению, решение кадрового вопроса в условиях городских подстанций СМП, крайне затруднительно. Однако в условиях психиатрического учреждения больше возможностей по привлечению кадров, в т.ч. внутренние совмещения врачей-психиатров и среднего медицинского персонала.

Оказание психиатрической помощи в неотложной форме и в экстренной формах в стационарных условиях регламентировано приложением №70 «Правил организации деятельности отделения оказания психиатрической помощи в экстренной и неотложной формах» к приказу №668н. С 1 июля 2023 года вступает в силу новый «Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», утв. Приказом №668, в котором, по сравнению с Приказом №566, психиатрическая медицинская помощь на дому отсутствует. Таким образом, в соответствии с пунктом 5 Приказа №338 вся неотложная психиатрическая медицинская помощь лицам с психическими расстройствами на дому будет возлагаться на ПБ СМП. Поэтому для создания эффективной и преемственной структуры психиатрической медицинской помощи целесообразно рассмотреть вопрос о передаче ПБ СМП в подчинение психиатрических больниц и диспансеров.

Будущие преимущества описаны еще в 1998 г. в разделе «Организационные аспекты» приложения 4 «Методические рекомендации по организации работы бригад скорой психиатрической помощи» к Приказу №108, где указано, что включение скорой психиатрической помощи в структуру учреждений психиатрической службы позволяет: «оперативно знакомиться с имеющейся в психоневрологическом диспансере информацией о пациенте до выезда бригады к месту вызова, о его склонности к общественно опасным действиям и др.; получать информацию от участковых психиатров, сотрудничать с ними при осуществлении госпитализации, а также получать сведения из психиатрических стационаров; поддерживать более высокий уровень психиатрической квалификации сотрудников психиатрических бригад; быть в курсе всех новых требований, нормативных положений; использовать новые психотропные средства и методы лечения».

Выводы. Функционирование специализированных психиатрических выездных бригад скорой медицинской помощи в структуре общепрофиль-

ных подстанций СМП в настоящее время в современных условиях недостаточно эффективно. Нормативно-правовое и методическое обеспечение деятельности специализированных психиатрических выездных бригад скорой медицинской помощи недостаточно детализировано. Для создания эффективной и преемственной системы психиатрической медицинской помощи в современных условиях психиатрические диспансеры и стационары нуждаются в специализированных психиатрических выездных бригадах скорой медицинской помощи. В новых условиях организации психиатрической медицинской помощи согласно приказу Минздрава России от 14.10.2022 г. №668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» специализированные психиатрические выездные бригады скорой медицинской помощи будут востребованы и использованы более эффективно.

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ПО ДАННЫМ МОНИТОРИНГА

Ступина О.П., Пасютина М.С., Клинова М.А., Кандаурова Ю.С.,
Мелентьева В.А., Юдина Д.А., Голубицкая Д.А., Туранова Г.В.,
Сахаров А.В.

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

Читинская государственная медицинская академии, Чита, Россия

Статистические данные ВОЗ свидетельствуют о том, что суицидальное поведение населения является значимой проблемой современного общества. В нашей стране вопросам организации мониторинга суицидального поведения и дифференцированным подходам к организации суицидологической помощи уделяется большое внимание. В 2019 году в целях предотвращения суицидов и дальнейшей разработке превентивных мероприятий, Забайкальский край вошёл в число трёх пилотных площадок Всемирной организации здравоохранения в Российской Федерации для улучшения системы мониторинга и наблюдения за самоповреждениями. В результате чего при Кризисной службе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» было создано отдельное подразделение – «Центр мониторинга актов самоповреждения в За-

байкальском крае», которое консолидирует информацию, получаемую из медицинских организаций края о парасуицидах и законченных суицидах населения региона. При этом на протяжении длительного времени Забайкальский край отличался высокими показателями смертности от самоубийств, в том числе среди несовершеннолетних.

Цель работы: изучение ведущих эпидемиологических характеристик завершенных суицидов и суицидальных попыток среди несовершеннолетних Забайкальского края.

Материалы и методы. Работа осуществлялась на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» в подразделении «Центр мониторинга актов самоповреждения в Забайкальском крае». Были проанализированы статистические карты лиц детско-подросткового возраста, совершивших самоубийства и суицидальные попытки за 2018-2022 годы, которые включали в себя демографические, медицинские и интенционные характеристики. Всего в исследование было включено 84 случая завершенных суицидов несовершеннолетних в возрасте от 6 до 17 лет (средний возраст – $15,5 \pm 0,2$ лет) и 741 случай суицидальных попыток в аналогичном возрасте (средний возраст – $15,4 \pm 0,2$ лет). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, определялись частоты встречаемости признаков, проводилась группировка данных.

Результаты. Установлено, что среди несовершеннолетних с завершенными суицидами преобладали мальчики и юноши – 78,6%, девочек и девушек было 21,4% Соответственно. Зарегистрирована существенная разница между числом умерших по причине самоубийств среди детей и подростков сельского и городского населения Забайкалья – 76,0% и 24,0% соответственно.

Ведущим способом совершения самоубийства у несовершеннолетних являлось самоповешение (86,8%), далее – падение с высоты (4,8%), огнестрельное самоповреждение (3,6%), отравление медикаментами (1,2%), железнодорожная травма (1,2%), самопорезы (1,2%), утопление (1,2%). Показатель самоубийств, совершенных в состоянии алкогольного опьянения составил 2,4%. При этом 19,0% суицидентов ранее обращались за психиатрической помощью. Структура психиатрических диагнозов по МКБ-10 представлена следующим образом: органическое расстройство личности (F07) – 37,5% случаев, расстройство адаптации (F43) – 18,8%, расстройство личности (F60) – 12,5%, расстройства поведения детско-подросткового возраста (F92) – 12,3%, депрессивный эпизод

(F32) – 6,3%, смешанное специфическое расстройство психологического развития (F83) – 6,3%, умственная отсталость (F70) – 6,3%.

При совершении суицидальных попыток закономерно преобладали девочки и девушки – 79,8%, мальчиков и юношей было 20,2%. Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом: дети (от 6 до 14 лет) – 39,1%, подростки (от 15-17 лет) – 60,9%. В сельской местности проживали 58,0%, городскими жителями являлись 42,0% несовершеннолетних суицидентов.

Основным способом совершения парасуицидов у несовершеннолетних являлось нанесение самопорезов – 59,4% случаев. Реже встречались самоотравления – 22,0% случаев, самоповешения – 7,6%, падения с высоты – 2,2%, применение огнестрельного оружия – 0,3%, на другие способы пришлось 0,4%. В 2,8% случаев суицидальные попытки были совершены в состоянии алкогольного опьянения, в 0,3% случаев – в наркотическом опьянении. Социальный статус суицидентов был представлен следующим образом: школьники – 76,9%, студенты – 23,1%. При анализе сезонности попыток выявлены три максимума: март (9,2%), апрель (10,4 %) и октябрь (9,7%).

При этом 46,0% несовершеннолетних суицидентов ранее обращались за психиатрической помощью. У 11,2% из них в анамнезе уже имелись суицидальные попытки.

Заключение. Оперативный мониторинг самоповреждений в Забайкальском крае позволяет в настоящее время практически в полном объеме характеризовать актуальное состояние эпидемиологической ситуации с суицидальным поведением в регионе, в том числе среди несовершеннолетних. Проведенный анализ за прошедшие 5 лет подтвердил высокую представленность самоубийств и парасуицидов среди детей и подростков в Забайкальском крае.

При завершенных случаях большинство несовершеннолетних суицидентов являлись жителями сельской местности, относились к мужскому полу, а наиболее частыми способами совершения суицида выбирались самоповешение, падение с высоты и огнестрельное повреждение. 19,0% из них ранее обращались за психиатрической помощью и имели психические и поведенческие расстройства. Среди несовершеннолетних, совершивших суицидальные попытки, преобладали жители сельской местности, суициденты относились к женскому полу, наиболее частыми способами совершения выбирались нанесение самопорезов и самоотравление. 46,0% из них ранее уже обращались за психиатрической помощью.

Таким образом, все вышеперечисленное обуславливает необходимость продолжения изучения факторов, негативно влияющих на формирование суицидального поведения среди несовершеннолетних Забайкальского края.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ ПАЦИЕНТАМИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Надеждин А.В., Федоров М.В., Кучеров Ю.Н., Анисимова А.Н., Михалев И.В., Иванова М.Ю., Дюжев Д.В.,

Колобов К.Ю., Шадрина Ю.А., Шайлина И.М., Соколова Е.В.

Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Социальные сети, представляющие собой интернет-платформы для общения, развлечения и установления социальных отношений между людьми, имеющими сходные интересы, играют большую роль в жизни человека. Роль социальных сетей в коммуникации наших современников сложно переоценить. Пространство социальных сетей стало площадкой для различных видов деятельности, начиная от рекламы товаров и услуг и заканчивая попытками воздействовать на пользователей методами социальной инженерии. Концепция «социального кредита/рейтинга», реализуемая в КНР с целью поощрения социально позитивного поведения, базируется на основании анализа поведения граждан в финансовой сфере и в социальных сетях (Надеждин С.А., 2016).

Очевидно, что сегодня лица, страдающие наркологическими заболеваниями, также активно используют социальные сети с различными целями: коммуникация, знакомства, потребление информационного и развлекательного контента, самопрезентации. Мы имеем все основания полагать, что аддиктивное поведение накладывает отпечаток на все виды вышеперечисленных активностей. При этом следует заметить, что подобная деятельность реализуется в диаметрально противоположных направлениях. Пользователи социальных сетей используют их как для поиска психоактивных веществ, обмена опытом их употребления, формирования «аддиктивных групп», так и для поиска ресурсов, направленных на получение помощи – как медицинской, так и социально-психологической и реабилитационной. Социальные сети уже достаточно давно используются

поставщиками медицинских услуг для лиц, страдающих зависимостью и их родственников в качестве эффективного маркетингового инструмента.

Проблема использования социальных сетей лицами, страдающим болезнями зависимости, рассматривалась рядом зарубежных исследователей применительно к различным возрастам и социальным группам. Так, например, Knox et al. (2019), исследуя употребление алкоголя среди взрослых, отметили наличие статистически значимых ассоциаций между характеристиками конкретной социальной сети и потреблением алкоголя ее участниками. Kim et al. (2018) отметили наличие значимой связи между использованием большого числа социальных сетей и сниженной вероятностью рискованного употребления алкоголя среди лиц среднего и старшего возраста. Протективная роль социальных сетей в употреблении алкоголя военнослужащими была отмечена Anderson-Goodell et al. (2021).

Следует признать, что учреждения по оказанию наркологической помощи населению государственно-муниципальной формы собственности недостаточно используют возможности социальных сетей в работе со своими пациентами.

В этой связи **целью настоящего сообщения** стало изучение использования социальных сетей пациентами, госпитализированными в стационарные отделения ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ. В исследовании принимали участие пациенты в возрасте ≥ 18 лет после получения информированного согласия. Участники исследования самостоятельно заполняли опросник, специально разработанный для изучения использования информационно-коммуникационных технологий пациентами наркологического профиля, включавший отдельный блок вопросов, посвященный их активности в социальных сетях. С целью максимальной достоверности получаемых ответов вмешательство врачей и медицинских работников в заполнение опросника исключалось.

В исследовании приняло участие 1053 пациента: 740 мужчин, 285 женщин, 27 респондентов не указали своей половой принадлежности. Средний возраст составил $45,3 \pm 12,95$ лет. По возрастным группам пациенты распределились следующим образом: 18-40 лет – 38,9%; 41-60 – 45,2%; 61 и старше – 15,9%.

Среди исследуемой популяции лица с незаконченным средним образованием составили 5,4%; со средним – 20,2%; со средним специальным – 35,6%; с незаконченным высшим – 9,6%; с законченным высшим – 24,2%; не предоставили сведений об образовании – 4,2%. Семейное положение изучаемой группы характеризовалось следующими показателями: жена-

тых было 24,9%; одиноких – 24,1%; разведенных – 21,6%; состоящих в гражданском браке – 16,4%; вдовцов/вдов – 7,1%; состоящих в браке, но проживающих раздельно – 2,6%. 3,3% не указали своего брачного статуса.

Показатели занятости характеризовались следующим образом: трудоустроено – 32,9%; безработные в поисках работы – 30,4%; безработные, не ищущие работы – 5,1%; инвалиды – 6,9%; домохозяйка/домохозяин – 3,9%; учащиеся – 0,9%; пенсионеры – 15,1%. 4,8% не ответили на этот вопрос анкеты. Большинство пациентов определили свой доход как средний (50,7%) и низкий (40,3%). Лиц, оценивших свой доход как высокий, было 2,8%, а 6,4% воздержалось от ответа на этот вопрос. Детей имели 66,3%, отказались отвечать – 4,6%.

Респондентам было предложено указать, в каких социальных сетях у них имеются аккаунты. Вопрос предусматривал возможность выбора одной или несколько из предложенных 13 сетей или указания собственного варианта. Наиболее популярными по итогам опроса стали: ВКонтакте – 60,3%; YouTube – 46,8%; Одноклассники – 38,9%; TikTok – 29,4%; Instagram – 28,6%; Facebook – 26,3%; Google+ – 20,7%; Twitter – 9,4% и Мой Мир – 9,3%. Не пользовались популярностью у исследуемой когорты Pinterest – 4,2%; Reddit – 2,2%; LiveInternet – 1,4%. Иные соцсети составили 2,6%.

Ограничив дальнейшее рассмотрение наиболее популярными социальными сетями, отметим, что пользуются ВКонтакте – 48,1% женщин и 43,5% мужчин; YouTube – 21,0% женщин и 38,1% мужчин; Одноклассники – 38,2% женщин и 25,3% мужчин; TikTok – 31,6% женщин и 18,1% мужчин; Instagram – 24,6% женщин и 19,9% мужчин, принявших участие в опросе и указавших свою половую принадлежность.

Наблюдаются следующие доли пользователей наиболее популярных социальных сетей в соответствующих возрастных группах: ВКонтакте – 75,3% в возрастной группе 18-40 лет, 32,6% в возрастной группе 41-60 лет, 8,4% в возрастной группе старше 61 года; YouTube – 50,8% в возрастной группе 18-40 лет, 30,8% в возрастной группе 41-60 лет, 11,0% в возрастной группе старше 61 года; Одноклассники – 29,7% в возрастной группе 18-40 лет, 32,6% в возрастной группе 41-60 лет, 16,1% в возрастной группе старше 61 года; TikTok – 28,2% в возрастной группе 18-40 лет, 21,7% в возрастной группе 41-60 лет, 9,0% в возрастной группе старше 61 года; Instagram – 33,2% в возрастной группе 18-40 лет, 17,6% в возрастной группе 41-60 лет, 2,6% в возрастной группе старше 61 года принявших участие в опросе и указавших свой возраст.

Заключение. Полученные результаты показывают, что практически все пациенты являются пользователями одной или нескольких социальных сетей. Отмечается отчетливые гендерные предпочтения в их выборе, а также достаточно очевидные тенденции, что лица, обозначившие свой доход как высокий и средний и относящиеся к более молодым возрастным группам, являются более активными пользователями социальных сетей. Это подтверждает перспективность использования социальных сетей в качестве еще одного канала для поддержания связи с пациентами и оказания необходимого терапевтического воздействия.

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО НАРКОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Уваров И.А.

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия
НИИ Федеральной службы исполнения наказания, Ижевск, Россия*

Наркологические расстройства довольно часто встречаются в работе врача любой специальности. Важность этой проблемы не вызывает сомнений, однако на изучение наркологии в рамках медицинского вуза выделяется чрезвычайно мало времени. Как следствие, мы имеем низкую грамотность врачей, распространенность среди них мифов и заблуждений, которые существенно затрудняют диагностику и профилактику наркологической патологии, снижают эффективность помощи наркологическим больным (Голенков А.В., 2013). Определенным подспорьем, углубляющим осмысление проблемы наркологических заболеваний и расширяющим кругозор практических навыков в решении этой проблемы, могут служить художественные кинофильмы. Как правило, в них ярко демонстрируется клиническая картина наркологических заболеваний, пациенты представлены в естественных для них условиях и не возникает проблем с конфиденциальностью (Голенков А.В., Бигдагирова Д.Р., 2012; Уваров И.А., Ходырева Т.С., Бурт А.А., 2021).

Целью нашего исследования явилось выявить критерии отбора содержания художественных фильмов и условия их использования в процессе формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского вуза на семинарских занятиях по наркологии и проверить их эффективность.

Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ИГМА. В эксперименте приняли участие 53 студента 5 курса лечебного факультета, проходивших цикл по психиатрии-наркологии. В частности, на семинарских занятиях по наркологии у студентов нами осуществляется просмотр фрагментов как из известных зарубежных кинофильмов («На игле», «Пленники небес», «Покидая Лас-Вегас», «Дневник баскетболиста», «Под кайфом», «Траффик», «Криминальное чтиво», «Альфа-дог», «Ананасовый экспресс», «Волк с Уолл-стрит» и др.), так и отечественных лент («Заблудившийся», «Морфий», «Тиски», «Я», «Географ глобус пропил», «Игла», «Вий», «Роман с кокаином» и др.).

Нами было выявлено, что экранно-звуковые аудиовизуальные технические средства обучения широко используются в профессиональной подготовке студентов в высшем образовании, так как является эффективным дидактическим средством, оказывая глубокое воздействие на сознание, мышление, восприятие и эмоциональную сферу обучающихся. Определено, что методическое обеспечение использования художественных фильмов как дидактического средства в медицинском вузе должно быть построено на основе компетентностного, деятельностного и контекстного подходов.

Компетентностный подход рассматривается как готовность к решению профессиональных задач и проблемных ситуаций на основе усвоенных знаний, умений и опыта, то есть готовность к профессиональной деятельности. Деятельностный подход – это процесс обучения студентов через активные методы (проблемные, диалогические, дискуссионные, практические) и групповые, командные формы работы, через включение обучающихся в активную познавательную и квазипрофессиональную деятельность.

В свою очередь квазипрофессиональная деятельность выстраивается на основе включения студентов в контекст будущей профессии посредством тех же механизмов, которые определяют специфику профессиональных компетенций, что обуславливает необходимость реализации принципов и методов контекстного подхода.

Использование художественных фильмов на занятии позволяет погружить участников обучения в реальную проблемную ситуацию, являющуюся типичной для их будущей профессиональной деятельности, повысить эффективность усвоения учебного материала за счет применения активных методов обучения и визуализации проблемной ситуации,

что позиционирует работу над художественным фильмом как инструмент формирования профессиональных компетенций.

Нами разработаны критерии отбора художественных фильмов как дидактического средства на занятиях по наркологии (достоверность и качество фактического материала, его этичность, доступность, насыщенность профессиональным контентом, актуальность тематики), выявлены и теоретически обоснованы условия использования художественных фильмов в процессе формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского вуза.

Экспериментальная работа показала, что разработанные критерии и условия использования художественных фильмов в процессе формирования профессиональных компетенций у студентов медицинского вуза достаточно эффективны, так как в экспериментальной группе наблюдается более активный рост (в процентном соотношении) количества студентов, успешно выполнивших тесты. Это свидетельствует о том, что использование художественных фильмов в качестве дидактического средства на семинарских занятиях по наркологии способствует всесторонней теоретической подготовке, так как работа над фильмом носит эвристический характер за счет специального погружения их в социальный и профессиональный контекст.

Также было установлено, что в экспериментальной группе наблюдается более активный рост (в процентном соотношении) количества студентов, успешно выполнивших практические задания – решение задач-ситуаций, которые основаны на наличии у студентов способности собирать информацию о больном, анализировать ее, планировать лечебно-профилактические мероприятия, то есть достаточном уровне сформированности клинического мышления.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных, полученных на контрольном этапе экспериментальной работы, показал, что использование художественных фильмов на занятиях по наркологии у студентов медицинского вуза способствует более успешному формированию профессиональных компетенций.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ И СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Уваров И.А.

*Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия
НИИ Федеральной службы исполнения наказания, Ижевск, Россия*

За последние годы происходит активное расширение рынка новых психоактивных веществ (НПАВ) и, в перспективе, захват ими лидирующих позиций на наркорынке, синтезированы сотни разновидностей НПАВ (Дралюк Н.М., Сумароков А.А., 2016). Динамика этого процесса напоминала экспоненциальную: в 2005 г. в перечне НПАВ было 14 веществ, в 2012 г. – 236, а к декабрю 2019 г. – более 950 веществ. Расширяется география оборота новых наркотиков: в 2017 г. охват касался 94 стран мира, в 2019 г. – уже 120 стран. Дополнительный импульс к популяризации НПАВ в мире придала пандемия COVID-19. Изоляционные меры, предпринимаемые правительствами стран, могли способствовать развитию «даркнета», и, в конечном итоге, расширению рынка «дизайнерских» наркотиков (UNDOC, Current NPS Threats, 2020).

Известно, что НПАВ практически всегда более активны и токсичны, чем их природные аналоги. В клиническом аспекте это выражается в скорости формирования синдрома зависимости, частоте и тяжести соматических осложнений, формировании и тяжести абстинентного синдрома (в том числе, его психотических вариантов), скорости формирования и выраженности резидуальных явлений при развитии наркотической зависимости (Гуреева Д.А., Гуреев Г.А., Уваров И.А., 2016; Менделевич В.Д., Сиволап Ю.П., 2017). Следовательно, требуется большая интенсивность лечебно-диагностических мероприятий при оказании наркологической помощи таким больным.

Нами было обследовано 32 пациента мужского пола с зависимостью от синтетических катинонов (СК) и синтетических каннабиноидов (СКБ), находившихся на стационарном лечении на базе БУЗ «Республиканский наркологический диспансер» г. Ижевска. Все больные были отобраны методом сплошной выборки.

Средний возраст больных составил 34,4 года для страдающих зависимостью от СК и 40,5 лет для страдающих зависимостью от СКБ. У всех обследованных в анамнезе было злоупотребление алкоголем, опиатами, натуральными каннабиноидами и амфетаминами. Наиболее распро-

страненной коморбидной патологией являлась алкогольная зависимость (56,3%).

Среди обследованных нами пациентов с зависимостью от СК было 25 (78,1%), с зависимостью от СКБ – 7 (21,9%) человек. Среди употребляемых СК преобладали СК второго поколения (71,4% от лабораторно подтвержденных случаев), причём ХТЛ более, чем в 75% удавалось найти в моче пациентов либо НПАВ, либо его метаболиты.

Большинство пациентов исследуемой выборки не имели постоянной работы (68,8%) и были ранее судимы (65,6%). Среди причин поступления преобладала острая интоксикация НПАВ – 20 больных (62,5%). Тяжелый абстинентный синдром (АС) диагностировался у 7 (21,9%) больных, поступление по приговору суда было у 5 (15,6%) пациентов.

Основными клиническими вариантами психопатологических расстройств были острая интоксикация с осложнением в виде психоза и без него и АС с осложнением в виде психоза и без него. Непсихотические варианты острой интоксикации были представлены комой (20,0% от случаев острой интоксикации) и простым наркотическим опьянением (10,0% от случаев острой интоксикации). Все случаи осложнения в виде комы возникали в результате употребления СК. Непсихотические варианты АС составили 57,1% от числа случаев АС.

Среди всех обследованных психотические расстройства встречались у 17 (53,1%) пациентов. При этом у 14 (81,3%) больных эти проявления возникали вследствие острой интоксикации НПАВ, у 3 (18,7%) больных – как психотический вариант АС. Психотические осложнения АС были более характерны при синдроме зависимости от СК, чем при зависимости от СКБ.

У пациентов с зависимостью от СК чаще встречались психотические расстройства в форме делирия и параноида (73,3% от всех психотических осложнений вследствие употребления СК), тогда как при зависимости от СКБ диагностировались галлюцинаторно-бредовые психозы и психозы сложной структуры (66,7%).

Таким образом, при злоупотреблении СК и СКБ возникают разнообразные психопатологические и соматоневрологические расстройства, что требует совершенствования неотложной помощи данной категории больных, их лечения и реабилитации.

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ СО СТОЙКИМИ,
НЕОБРАТИМЫМИ НАРУШЕНИЯМИ
ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ (ИНВАЛИДНОСТЬЮ)
В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Уваров И.А., Порцева И.А., Захаров Р.И.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

НИИ Федеральной службы исполнения наказания, Ижевск, Россия

Главное бюро медико-социальной экспертизы

по Удмуртской Республике, Ижевск, Россия

Российская медицинская академия непрерывного

профессионального образования, Москва, Россия

Согласно показателям Федеральной службы государственной статистики, в России число больных с алкогольной зависимостью и алкогольными психозами, состоящих на учете в медицинских организациях, в 2018 г. составило 1 577 000 человек (1076,2 на 100 тыс. населения). В 2019 г. это число снизилось до 1 444 500 человек (984,0 на 100 тыс. населения), а в 2020 г. уже до 1 304 600 (888,2 на 100 тыс. населения). По данным Удмуртстата в Удмуртской Республике (УР) на начало июля 2021 г. на диспансерном учете состояло 16 602 человек, из которых 26% (4300) – женщины (Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Удмуртской Республике, 2022).

Несмотря на это, анализ психических нарушений при злоупотреблении алкоголем, приведших к инвалидности, показывает, что алкогольная зависимость как единственный этиологический фактор выявляется примерно в 20% случаев. Сравнительный анализ первичной инвалидности больных алкогольной зависимостью, приводящей к стойким, необратимым нарушениям психических функций организма показал, что в период с 2013 по 2021 гг. в УР чаще устанавливалась 2 группа инвалидности, с 2020 г. стала преобладать 3 группа инвалидности (Уваров И.А., Порцева И.А., Бург А.А., 2021).

Пик оформления инвалидности пришелся на 2014 год, когда 1 группа была установлена 16 больным, 2 группа – 29 больным и 3 группа – 7. Это может быть связано с тем, что в 2014 г. изменились критерии установления инвалидности (приказ от 29 сентября 2014 г. №664н «О классификации и критериях, используемых при проведении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями МСЭ»). Уменьшение

количества больных с 2016 года связано с изменениями в критериях установления инвалидности (приказ от 17 декабря 2015 г. №1024н «О классификации и критериях, используемых при проведении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями МСЭ»).

Так за период 2013-2021 гг. инвалидность была установлена 47 больным женского и 130 больным мужского пола (соответственно 26,6% и 73,4%). В ходе исследования нами был определен средний возраст больных, который составил $52,8 \pm 3,2$ года. Самой многочисленной была группа, возраст которых превышал 50 лет. На втором месте находилась категория больных в возрасте от 40 до 50 лет, на третьем месте были больные в возрасте до 40 лет. По результатам корреляционного анализа было доказано, что с возрастом увеличивалось число больных алкогольной зависимостью, нуждающихся в установлении группы инвалидности.

В 73,3% выявлено, что больные не работали в течение 5-7 лет до момента направления на МСЭ, в 22,2% не работали более 7 лет и в 4,5% – не работают последние 2-3 года.

В 88,8% случаев наблюдалось нарушение семейных взаимоотношений, еще в 84,4% злоупотребление алкоголем привело к профессиональным нарушениям, 64,4% больных имели административные нарушения, у 55,5% больных наблюдались экономические проблемы, а 20% больных имели уголовные правонарушения.

Количество больных, проживающих в городе, было существенно больше по сравнению с жителями села (70,6% и 29,4% больных соответственно). Вероятно, это было связано с большей осведомленностью больных, проживающих в городских поселениях, о возможности получения инвалидности, меньшей доступностью медицинской помощи и соответственно более высокой смертностью в сельской местности, разными способностями адаптации у жителей города и села.

Ведущим психопатологическим синдромом на момент проведения МСЭ в 48,8% был корсаковский (амнестический) синдром, в 26,6% – психопатоподобный синдром, еще в 13,3% случаев – психоорганический синдром, у 6,6% больных выявлена деменция, а для 4,7% больных был характерен полиморфный (шизофреноподобный) синдром.

Таким образом, проведенное нами исследование показывало, что алкогольная зависимость нередко является причиной стойкой нетрудоспособности, что требует дальнейшего совершенствования мероприятий по ее профилактике и лечению. Акцент в профилактических мероприятиях должен быть направлен на снижение заинтересованности лиц трудоспо-

собного возраста в употреблении алкоголя и формирования у них направленности на здоровый образ жизни, «здоровую» досуговую деятельность. Комплекс профилактических мероприятий должен проводиться не только в лечебных учреждениях, но на предприятиях, заводах и т.д. с целью информирования о последствиях злоупотреблением алкоголя, поощрения людей, ведущих здоровый образ жизни.

Вместе с тем, необходимо учитывать, что даже при тяжелых формах алкогольной зависимости не утрачивается значение активного реабилитационного воздействия, так как при этом заболевании адаптивные возможности блокированы в силу хронической интоксикации (Зотова С.И., Куташов В.А., Шульга А.С., 2016). Однако при их устранении у большинства пациентов обнаруживаются достаточные компенсаторные возможности. Это позволяет больным в какой-то степени восстанавливаться, а иногда даже приобретать новые профессиональные навыки, что дает возможность достичь относительно удовлетворительного уровня социально-трудовой адаптации и социального функционирования.

НАРУШЕНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Усюкина М.В., Корнилова С.В.

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

Цель исследования: определение типичных вариантов нарушения саморегуляции поведения лиц, страдающих эпилепсией.

Материал и методы. Проведен анализ данных, полученных при исследовании 78 больных в возрасте от 18 до 60 лет с длительностью заболевания в среднем 16 лет, проходивших обследование в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, которым устанавливались диагнозы: «Органическое расстройство личности, F 07.02» (48,34%), «Деменция, F 02.82» (21,35%), в 11,1% случаев – «Бредовое шизофреноподобное расстройство», в 19,21% – «Органическое психотическое расстройство» (F 06.22).

Помимо клинико-психопатологического метода исследования использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения», разработанный В.И. Моросановой (1998) (ССПМ), который состоит из 46 пунктов, сгруппированных в 6 шкал. Шкала Планирование характеризует осознанность, временную перспективу процессов планирования, реалистичность,

действенность выдвигаемых целей. Шкала Моделирование определяет индивидуальную способность к моделированию условий различных ситуаций, оценке и прогнозу изменений. Шкала Программирование является показателем развитости осознанного программирования поведения, адекватность, действенность и иерархичность программ поведения. Шкала Оценка результатов характеризует развитость осознанного оценивания своего поведения, строгость критериев успешности достижений. Шкала Гибкость отражает оперативные особенности саморегуляции - точность и своевременность коррекции модели условий, планов, оценки результата. Шкала Самостоятельность характеризует автономность саморегуляции - планирования, программирования, оценку поведения.

Результаты исследования. Выделены три достаточно гомогенных кластера по стилям саморегуляции поведения. Первый кластер отличает наименее дисгармоничный профиль регуляции поведения с одинаковым уровнем развитости ее отдельных этапов, за исключением высоких значений переменной «самостоятельность», свидетельствующих о недостаточной связанности между собой всех этапов саморегуляции. Второй кластер характеризуется дисгармоничным профилем саморегуляции, отсутствием реалистичности и перспективности выдвигаемых целей, фиксированностью на программном уровне (конкретных действий) своей деятельности, условиях ее выполнения. Третий кластер характеризуется общим низким уровнем саморегуляции, неразвитостью блоков планирования, программирования, ригидностью, более развитой способностью к оценке результатов, при несформированности предвосхищающих способностей.

Был проведен анализ клинико-динамических характеристик больных, отнесенных по профилю саморегуляции в тот или иной кластер.

Больные, вошедшие в первый кластер (24 чел.), характеризовались началом заболевания до 30 лет, наличием редких судорожных пароксизмов в анамнезе. Агрессивные формы поведения характеризовались отсроченным временем возникновения и включали агрессивное настроение в виде мрачности, злобности, повышенной раздражительности; вербальную агрессию, проявляющуюся словесными оскорблениями, угрозами со стремлением к доминированию и моральному унижению в адрес в основном лиц ближайшего окружения, разрушительные действия в отношении неодушевленных предметов. Анализ ситуации совершения агрессии, подтвердил склонность обследуемых к накоплению отрицательных переживаний. Выявлены достаточно сохранные компенсаторные механизмы, развитость всех этапов осознанной регуляции поведения, которые под-

вергались «срыву» в результате длительной психогенно-травмирующей ситуации, вызванной потерпевшими. Агрессивное поведение жертв заключалось в оскорблениях, унижениях, а иногда в нанесении телесных повреждений самому больному. На первый план у больных при этом выступала упорная злость с утверждением своей правоты, агрессивной настроенностью по отношению к пострадавшему. Поведение больных было обусловлено свойственными им личностными особенностями в виде выраженной обидчивости, злопамятности, ригидности установок с тенденцией к накоплению отрицательных переживаний, что определяло отсроченный характер агрессивных действий. У части больных агрессия была связана с внезапно возникшей ссорой (импульсивный характер), когда потерпевшие занимали нейтральное положение, а инициатором ссоры был обследуемый. Все лица данной группы находились в состоянии алкогольного опьянения. Выработанные способы саморегуляции, достаточно развитые коммуникативные навыки на фоне алкогольного опьянения и психотравмирующей ситуации не выступали регуляторами поведения указанных лиц.

Во второй кластер (28 чел.) вошли лица старше 40 лет, возраст начала заболевания колебался в диапазоне: от раннего (до 10 лет) до 40-летнего. Пароксизмальные состояния характеризовались полиморфностью и были частыми (несколько раз в месяц или неделю). Агрессивное поведение характеризовалось преобладанием вербальной и физической агрессии, имело тенденцию к нарастанию и вовлечению, как лиц ближайшего окружения, так и случайных знакомых. Стойкие агрессивные формы поведения возникали как в результате внезапной ссоры с потерпевшим, так и в результате длительной конфликтной ситуации. Реализация агрессивных действий была как отсроченной, когда любая нанесенная обида копилась и при удобном случае «выплескивалась» на потерпевшего, так и непосредственной, вслед за оскорблением, неповиновением жертвы в отличие от первой группы. Поведение потерпевших из лиц близкого окружения в подавляющем большинстве случаев было провоцирующим, агрессивным, когда они не принимали во внимание болезнь обследуемого, провоцировали его своим поведением и высказываниями. Поведение жертв среди случайных знакомых – преимущественно неосторожным, связанным с отсутствием сведений о болезни и о ее проявлениях. Выявленные в анамнезе неоднократные выраженные проявления физической агрессии в отношении лиц ближайшего окружения были привычными способами разрешения конфликтных ситуаций. Агрессивные формы поведения

были обусловлены такими личностными особенностями, как полярности аффекта, злобность, мстительность, недоверчивость, подозрительность. В длительных конфликтных отношениях с жертвой (постоянная агрессия) находились лица с бредовым синдромом (бред ревности).

Сравнительный анализ больных первого и второго кластера выявил ряд отличий. Проявления агрессии в первом кластере являлись результатом сочетания двух факторов: 1) особенностями личности в виде застреманности и полярности аффекта, трудностей когнитивной переработки психотравмирующей ситуации, тенденцией к накоплению отрицательных переживаний в сочетании с обидчивостью и сенситивностью на фоне аффективного реагирования на повышение субъективной травматичности ситуаций; 2) наличием алкогольного опьянения, которое снижало компенсаторно выработанные способы саморегуляции и достаточно развитые коммуникативные навыки. Более высокий уровень развитости блоков саморегуляции и коммуникативных навыков объясняется меньшей прогрессивностью заболевания (редкие пароксизмальные расстройства, отсутствие динамики агрессивных форм поведения, когнитивного дефекта). Большая длительность и прогрессивность заболевания во втором кластере обуславливали формирование дисгармоничного профиля саморегуляции. Наличие таких личностных особенностей как злобность, подозрительность, мнительность приводило к тому, что даже нейтральные стимулы воспринимались больными как угрожающие и обуславливали закрепление агрессивных форм реагирования в качестве стереотипов разрешения конфликтных ситуаций.

К третьему кластеру (26 чел.) были отнесены больные в возрасте от 40 до 60 лет. Заболевание началось в основном после 40 лет. Пароксизмы были полиморфны и возникали достаточно часто. Вспышки агрессии происходили до нескольких раз в месяц с превалированием физических агрессивных действий, направленных, как правило, на лиц ближайшего окружения. Характерным было неуклонное нарастание выраженности агрессивных форм реагирования. Личностные особенности были представлены ипохондричностью, обидчивостью, злопамятностью, отмечались ригидность, замедленность и тугоподвижность мышления. Агрессия возникала в большинстве случаев в рамках привычных форм реагирования на фоне внезапно и часто возникающих конфликтных ситуаций, была направлена на родственников и соседей в виде непосредственной реализации агрессии. Когда потерпевшими оказывались родственники, агрессивные действия провоцировались решением семейно-бытовых вопросов.

Жертвам наносились множественные телесные повреждения, нередко они были комбинированные (руками и ногами, любыми подручными средствами). Формирование асоциальных установок и стереотипизация агрессивных способов реагирования, легкость возникновения которых также обуславливалась алкоголизацией, формировались у больных задолго до начала заболевания. Эпилептический процесс возникал у личностей с уже оформленной эмоциональной и личностной деформацией. Незрелость блока планирования и коррекционных функций сочеталась у данных лиц с выраженной агрессивностью в общении и невысокими коммуникативными навыками.

Заключение. Типичными вариантами нарушений регуляции поведения у больных эпилепсией, являются: несвязанность между собой всех звеньев саморегуляции при равной степени их сформированности; дисгармоничный профиль саморегуляции, характеризующийся отсутствием реалистичности и перспективности выдвигаемых целей с одновременной фиксированностью на конкретных действиях своей деятельности; общий низкий уровень саморегуляции с незрелостью блоков планирования, программирования, ригидностью, более развитой способностью к оценке результатов при несформированности предвосхищающих способностей. При различных вариантах нарушений саморегуляции проявления агрессии обусловлены специфичным сочетанием клинико-динамических и психологических факторов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЛУТАТИОНА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Фецура И.В.

Тульский областной наркологический диспансер №1, Тула, Россия

Актуальность. Считается, что лекарственный препарат (гепатопротектор) глутатион высокоэффективен в лечении алкогольной болезни печени у пациентов, страдающих алкоголизмом, ввиду предотвращения повреждения клеток путем соединения с токсическими веществами и/или их метаболитами. Однако глутатион отсутствует в клинических рекомендациях и стандартах по оказанию медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и «гастроэнтерология», где фигурируют иные, схожие по механизму действия гепатопротекторы.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые показана

эффективность глутатиона в лечении алкогольной болезни печени, проведено сравнение его эффективности с ранее изученным, обозначенным в клинических рекомендациях и стандартах оказания медицинской помощи адеметионином, разработана новая научная идея, существенно обогащающая концепцию терапии алкогольной болезни печени, различных ее форм и коморбидностью.

Алкогольная болезнь печени – это группа нозологических форм поражения печени, возникающих при употреблении гепатотоксичных доз алкоголя. Выделяют 3 основные формы алкогольной болезни печени: жировая дистрофия (стеатоз), алкогольный стеатогепатит и цирроз печени.

Особенности механизма действия гепатопротекторов адеметионина и тиоктовой кислоты: адеметионин является предшественником и субстратом для синтеза эндогенного глутатиона; тиоктовая кислота повышает концентрацию эндогенного глутатиона; по механизму действия эти лекарственные препараты прямо или косвенно участвуют в синтезе эндогенного глутатиона; гепатопротекторное и антиоксидантное действие обоих препаратов невозможно без синтеза эндогенного глутатиона.

Цель исследования: изучение эффективности лекарственного препарата глутатион в лечении алкогольной болезни печени.

Материалы и методы исследования. Источником получения первичных эмпирических данных является проводимое исследование на базе государственного учреждения здравоохранения «Тульский областной наркологический диспансер №1». Исследование продольное ретроспективное.

Объектом исследования являются пациенты, страдающие алкогольной болезнью печени на фоне алкоголизма. Получение данных осуществлялось посредством изучения пациентов ГУЗ «ТОНД №1», страдающих алкогольной болезнью печени на фоне алкоголизма, изучения медицинской документации, а также ретроспективного анализа медицинских данных пациентов с данной патологией.

Сформированы 3 группы пациентов: аналитическая – 1010 человек (назначен глутатион), контрольная – 987 человек (не назначен глутатион), сравнительная – 955 человек (назначен другой гепатопротектор – адеметионин).

Также были проанализированы следующие 4 аналитические подгруппы: гендерный признак; наличие вирусного гепатита С; наличие цирроза печени и осложнение в виде алкогольного делирия.

Большая часть сравниваемых показателей представляет собой лабо-

ракторные маркеры поражения печени. Ряд из них можно отнести к цитолитическому синдрому (АЛТ, АСТ, ГГТ, а также коэффициент де Ритиса), другую часть к холестатическому синдрому (ЩФ, билирубин общий и прямой, в меньшей степени ГГТ), альбумин отражает синтетическую функцию печени, что может свидетельствовать о гепатодепрессивном синдроме. Отдельно рассматривается маркер хронического употребления алкоголя – CDT, как фермент, который также синтезируется печенью. Тестирование MMSE не относится к лабораторным маркерам, а представляет собой оценку когнитивных функций.

Результаты и их обсуждение. Пациентам ГУЗ «ТОНД №1» глутатион назначался внутривенно в дозе 1,2 г в день в течение 14 дней с учетом сроков по стандартам оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

Установлено, что маркеры цитолитического (АЛТ, АСТ, ГГТ) и холестатического (ЩФ, билирубин общий и прямой, в меньшей степени ГГТ) синдромов при назначении глутатиона имели выраженную положительную динамику, за исключением ЩФ, положительная динамика которой незначительная. Данные показатели существенно лучше, чем в контрольной группе и сопоставимы со сравниваемым гепатопротектором (адеметионин). Альбумин приблизительно сохранялся на стабильном уровне с незначительным ростом. Данная динамика аналогична контрольной и сравнительной группе. Таким образом, существенного влияния, в том числе негативного, на белок альбумин глутатион не оказывает.

MMSE имел умеренную позитивную тенденцию. Данная динамика аналогична контрольной и сравнительной группе, но показатели при назначении глутатиона несколько выше контрольной и сравнительной групп (приблизительно на 4 и 2% соответственно).

Карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT) также существенно снижался, что отражает положительную динамику, но показатели при назначении глутатиона несколько выше контрольной и сравнительной групп (приблизительно на 7 и 3% соответственно).

При проведении сравнительной оценки эффективности глутатиона по гендерному признаку не выявлено специфического действия у мужчин или женщин.

Глутатион доказал свою эффективность при наличии вирусного гепатита С (в сочетании с алкогольным поражением печени). При этом важно отметить, что наличие вирусного гепатита С заметно снижает его эффективность в сравнении с изолированным алкогольным поражением пече-

ни (гепатит). Глутатион малоэффективен при циррозе печени. Глутатион имеет сомнительную эффективность при психотическом расстройстве в виде алкогольного делирия. Таким образом, какой-либо существенной эффективности, в том числе со стороны когнитивных функций, глутатион не имеет. Тем не менее, положительные изменения зарегистрированы. Генез их, может быть, как вторичным – за счет гепатопротекторного с улучшением функционирования печени и последующим положительным влиянием на головной мозг (в том числе когнитивные функции), так и первичным – за счет непосредственно антиоксидантного действия глутатиона на нейроны головного мозга.

Отдельного внимания заслуживает заметное снижение СДТ при лечении глутатионом. Снижение данного показателя логично и закономерно в условиях стационара, поскольку исключаются алкоголизация пациента. Однако на фоне назначения рассматриваемого лекарственного препарата данная динамика гораздо более выражена, что представляет собой научный интерес.

Заключение. Лекарственное средство глутатион в процессе научного исследования доказало свою эффективность в лечении алкогольной болезни печени как в целом, так и в сравнении с другими гепатопротекторами (адеметионин) у групп пациентов с различными формами заболевания и коморбидностью (вирусный гепатит С, алкогольный делирий).

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ РОДИТЕЛЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ-ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ)

Чудаева А.А., Агибалова Т.В.

Центр подростковой аддиктологии В. Готлиб, Москва, Россия

Значимость распространения пагубного употребления наркотических веществ среди подростков сложно переоценить. По данным МВД отмечается развитие рынка производства наркотических веществ, что может говорить о росте спроса среди наркозависимых и подростков, только начинающих пробовать наркотические вещества. В официальной статистике невозможно отразить реальное число подростков, употребляющих ПАВ, потому что остается большая часть родителей, замалчивающих проблему или получающих лечение в частном секторе медицинских услуг.

Проблема роста распространенности употребления алкоголя и наркотических веществ среди подростков рассмотрена в разных аспектах: влияние расстройств поведения на дальнейшее развитие употребления ПАВ, тактики и методы лечения аддиктивного поведения у подростков, мотивы употребления ПАВ у подростков (Гречаный С.В., 2015). Большое значение уделяется семье как основе формирования расстройств поведения и в дальнейшем аддиктивного поведения у подростков, чем и обусловлена актуальность данной работы. Определение степени влияния стилей воспитания в семье на формирование аддиктивного поведения у ребенка, личной психотерапии родителей как фактора, улучшающего терапевтический прогноз у подростка – могут принести значимый результат для понимания причин формирования аддиктивного поведения и повысить качество оказания помощи на уровне первичной профилактики.

На данный момент многие специалисты в сфере оказания помощи подросткам указывают родителям на то, что семья является первоисточником и основной причиной формирования расстройств поведения у подростков, не уделяя достаточного внимания конкретным особенностям в тактике воспитания, таким как непоследовательность у матери и автономная позиция у отца (Гречаный С.В., 2015), что усугубляет негативное состояние родителей и мешает им обращаться за помощью. По данным исследований матерей и жен, чьи сыновья и мужья страдают алкогольной зависимостью, выяснено, что треть женщин имеет высокий суицидальный риск, а также нуждается в психофармакотерапии и регулярной психотерапии (Эм Т.В., 2013), исследование семей мужчин, страдающих алкоголизмом, выявило высокий суицидальный риск у членов их семей (Меринов А.В., 2015). Это может косвенно свидетельствовать о том, что семья подростка, имеющего расстройство поведения с пагубным употреблением, находясь в длительной тревоге внутри семейной системы приходит к истощению, бессилию, чувству вины, стыда и может нуждаться в помощи не меньше, чем сам подросток. Однако именно чувства стыда, вины и бессилия чаще всего ограничивают родителей от обращения за помощью, заставляют подавлять понимание значимости влияния на процесс выздоровления ребенка. Отсутствие достаточной уверенности в своих силах и результате мешает родителям выйти из замкнутого круга нереализованных ожиданий от результатов терапии их детей.

Помимо медицинской значимости здоровая семейная система имеет высокую социальную и экономическую значимость. Подростки становятся взрослыми, которые будут формировать основу нашего социума, чем

больше возможностей будет получать подросток на здоровое будущее, тем выше вероятность получить здоровое общество в будущем.

На базе «Центра подростковой аддиктологии» были проанализированы 50 семей с детьми, имеющими психические и наркологические диагнозы: 25 из них с диагнозом F19.1 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других психоактивных веществ. Пагубное употребление) и 25 с диагнозом F92.8. (Другие смешанные расстройства поведения и эмоций).

Для анализа были использованы социальные параметры: пол родителя, обратившегося за помощью, включенность родителя в программу реабилитации, отношения в семье между родителями и наличие проблем с алкоголем в семье у одного из родителей. Данные показывают, что вне зависимости от диагноза в большей части семей (31 семья) есть внутрисемейные конфликты и несогласованность между родителями, которые длятся годами. Также примерно одинаковое соотношение семей, где один из родителей злоупотребляет алкоголем, но не имеет соответствующий диагноз и не находится под наблюдением врачей: 8 семей, где дети имеют пагубное употребление и 6 семей с детьми, страдающими девиантным поведением без употребления. Важным аспектом является то, что в подавляющем большинстве за помощью обращаются мамы, в то время как папы, или являются пассивными наблюдателями, или активно сопротивляются лечению. Родитель, не включенный в реабилитационный процесс и не понимающий причин возникновения проблемы, склонен оценивать результаты терапии по собственным представлениям о психическом здоровье ребенка, часто эти ожидания нереалистичны. Из 50 семей только в 7 отцы были инициаторами и активными участниками программы, в 19 семьях отцы соглашались на обязательные мероприятия, инициированные специалистами. В связи с чем, можно предположить, что в семьях с разным видением и подходом к проблеме формируется затяжной конфликт, усугубляется психоэмоциональное состояние всех участников. Статистические исследования подтверждают разную степень дисфункциональности в семьях, где дети имеют девиантное или делинквентное поведение (Жигинас Н.В., Гребенникова Е.В., Аксенов М.М., Зверева Н.А., 2014).

В более раннем детском возрасте основной мотив формирования здоровой привязанности является родительский инстинкт, по мере взросления ребенка большую роль начинают играть средовые и психологические мотивы: устойчивые и согласованные отношения между родителями, уме-

ние родителей справляться с трудностями, интуитивное или осознанное следование адекватным стилям воспитания, иерархия в семье, эмпатия (Гречаный С.В., Ильичев А.Б., Поздняк В.В., Кощавцев А.Г., Шишков В.В., Хуторянская Ю.В., 2020). Сталкиваясь в семье с отвержением, завышенными требованиями, непоследовательностью, чрезмерной тревогой или наоборот равнодушием ребенок вынужден формировать дезадаптивные способы реагирования, которые в первую очередь нарушают контакт и доверие в детско-родительских отношениях с последующим уходом в девиантное поведение. И чем настойчивей родитель продолжает проявлять собственную незрелость: усиливая контроль, повышая требования, проявляя потворствующее поведение в случаях манипуляции подростка, тем быстрее подросток отдаляется от семьи и учится новым дезадаптивным способам коммуникации.

Болезнь ребенка вызывает острый стресс у всех членов семьи, но способы справиться с ним у родителей значительно отличаются. Успешность выхода из сложившейся ситуации во многом зависит от социально-психологических адаптивных навыков родителя, и чем они выше, тем более склонны родители видеть значимость своего участия в процессе выздоровления ребенка, брать на себя ответственность за свои действия и формировать альянс с терапевтической командой в помощи своему ребенку. Уровень психологической адаптации зависит от многих факторов, в том числе: степень личностной зрелости, установки, жизненный опыт, морально-этические ценности, кругозор и характер (Мазурова Н.В., 2013). Именно фактор психологической адаптации можно скорректировать и повысить за счет индивидуальной психотерапии, психогигиены, что в результате должно быть направлено на общее улучшение состояния семейной системы и процесса выздоровления ребенка. Родитель с низким уровнем социальной адаптации, попадая в условия острого стресса в связи с болезнью ребенка, нуждается в профессиональной помощи наравне с подростком.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Шилова О.В., Шаденко В.Н., Шапаревич А.С., Глебко О.П.

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

Материалы и методы исследования. Объект исследования – психический статус и модифицируемые поведенческие факторы взрослых граждан Республики Беларусь (всего 1200 исследуемых). Дизайн исследования – открытое полевое социологическое, которое позволяет провести поперечное исследование квотной выборки всех групп населения. Предмет исследования – распространенность депрессивных расстройств среди взрослого населения Республики Беларусь.

В качестве основы скрининга депрессивных расстройств использовался Mental International Neuropsychiatric Interview (MINI). Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивалось с применением методики SF-36 (The Short Form-36). Уровень стрессоустойчивости определяли тестом Холмса и Раге.

Анализ данных проводился с использованием компьютерной программы SPSS, калькулятора для расчета величины эффекта. Полученные данные были подвергнуты статистическому анализу с учетом их природы (количественные или качественные). Использованы методы описательной статистики, графический способ (QQ Plots) и критерий Колмогорова-Смирнова для оценки нормальности распределения. Проведен корреляционный анализ (параметрический метод (Пирсона) и непараметрический метод (Спирмена)); сравнение двух средних в группах непараметрическим методом (критерий Манна-Уитни, Вилкоксона).

Результаты. В исследовании принимали участие совершеннолетние лица, как из областных центров, так и малых городов, и сел. Из них мужчин в возрасте от 18 до 44 лет в числе городского населения было 42,8%, в числе малых городов и сел почти – 47%. Мужчин в больших городах в возрасте от 45 лет и старше – 57,2%, в числе малых городов и сел – 53%. При этом городских жителей женского пола от 18 до 44 лет было 51,5%; старше 45 лет – 48,0%. Женского населения в малых городах от 18 до 44 лет было 35,9%, старше 45 – 63,5%.

Анализ распространенности и формы течения COVID-19 в крупных городах РБ показал, что инфекцию перенесли 40,8% мужчин в возрастной группе от 18 до 44 лет (из них 83,3% имели легкое течение заболевания,

15% – в форме пневмонии, 3,3% – в тяжелой форме). Среди мужчин возрастной группы от 45 до 60+ лет 45,5% перенесли инфекционное заболевание (из них 48% имели легкое течение заболевания, 48% – в форме пневмонии, 4% – в тяжелой форме). 50,3% женщин возраста от 18 до 44 лет имели инфекционное заболевание (среди них 69% – в легкой форме, 7% – в форме пневмонии). Заболевание перенесло 39% женщин в возрасте от 44 до 60+ лет (из них 55% – в легкой форме, 43,3 – в форме пневмонии, 5% – в тяжелой форме). Подобные тенденции наблюдаются и среди населения малых городов и сел. Однако, встречаемость тяжелого течения во всех возрастных категориях и у обоих полов выше: 5% среди мужчин возраста от 18 до 44 лет; 10% среди мужчин возраста от 45 до 60+ лет; 5,6% среди женщин возраста от 18 до 44 лет; 5,5% среди женщин возраста от 45 до 60+ лет.

В ходе проведения исследования были изучены показатели стрессоустойчивости на всей территории Республики Беларусь, как среди мужчин, так и среди женщин. Тест Холмса и Раге выявил «большую» степень стрессоустойчивости среди мужчин (45,3%) и среди женщин (44,3%). У 20% мужчин и 22% женщин она отмечается как «пороговая».

Тест MINI показал, что распространенность большого депрессивного эпизода среди жителей большого города более высока (у мужчин составляет 7,8%, у женщин – 17,7%), по сравнению с жителями малых городов, где частота встречаемости указанного недуга в разы меньше (4,7% и 7,5% у мужчин и женщин соответственно).

Качество жизни исследуемых измерялось следующими показателями: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, интенсивность боли, психическое здоровье, жизненная активность, социальное функционирование, общее здоровье, физический компонент здоровья, психический компонент здоровья.

Заключение. По результатам проведенного исследования были выявлены показатели, имеющие статистически значимые отличия. Среди них уровни ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья достоверно выше у исследуемых, проживающих в маленьких городах/селах ($p < 0,05$). Уровни общего здоровья и физического компонента здоровья достоверно выше у исследуемых, проживающих в больших городах ($p < 0,05$). Также установлено, что показатели физического функционирования, ролевого физического функционирования, общего здоровья и физического компонента здоровья достоверно выше у исследуемых боль-

ших городов ($p < 0,05$). В то время как показатели ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, жизненной активности и психического компонента здоровья достоверно выше у исследуемых, проживающих в сельской местности ($p < 0,05$).

ДИССОЦИАТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛИЧНОСТИ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА-ПСИХИАТРА)

Якимова И.Ю.

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

В настоящее время в детско-подростковой психиатрии изучению диссоциативных расстройств уделяется особое внимание ввиду возрастающей актуальности проблемы определения клинических симптомов указанных расстройств и правильного выбора терапевтического воздействия. Общеизвестно, что диагностические трудности во многом обусловлены сложностью психопатологического симптомокомплекса, требующего проведения дифференциальной диагностики с шизофренией, а также с пограничной личностной дезорганизацией у данной категории пациентов. Стоит отметить, что расстройства множественной личности рассматриваются, в том числе, как крайняя патологическая форма диссоциативных расстройств при хронических психических травмах.

В качестве примера приводим одно из наших клинических наблюдений:

Из анамнеза. Больная Э., 16 лет, учащаяся 1 курса колледжа, госпитализирована в ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в сообществе для детей и подростков с жалобами на сниженное настроение, присутствие внутри «девяти личностей», из которых «4 личности – женских», «5 – мужских», каждая личность имеет свой пол, возраст («есть дети, есть взрослые»), свой характер, опыт, память, точку зрения, подчерк, привычки.

Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом родителей. Мать – демонстративная в поведении, отец – замкнут. Пациентка старшая из 3 детей. Вспоминает, что родители были строги, много требовали, была свидетелем их драк, многократно терпела физическое наказание. В 5-летнем возрасте за «детские шалости» была наказана запретом

общения с единственной подругой. Тогда «придумала внутри себя» друга Эрни, который был подростком, «защищал, поддерживал» пациентку, с ним «было легче жить». Так, в условиях «ежовых рукавиц», лишений, требований, после какого-либо психологического стресса возникала личность за личностью. Например, в моментах, когда посещали суицидные мысли, возникала личность позитивная, жизнерадостная. Когда было «необходимо абстрагироваться», не замечать травмирующих ситуаций – возникала равнодушная, «холодная» личность. Это были личности в теле пациентки, которые стали родными и «заменили семью и друзей», «росли» вместе с ней. Когда одна личность выходит действовать в теле, другие личности о её действиях не помнят, кроме личности «Мери», который «хранит информацию о всех». Но в целом, на общем характере поведения и взаимодействия с окружающими, наличие нескольких личностей не отражалось, окружающие не замечали особенностей психики Э., если она сама о них не рассказывала. Э. окончила 9 классов, училась очень хорошо, увлекалась рисованием, пением, любила выступать на публику. Подруг не имела. После 9 класса поступила в колледж (одна личность по одной специальности учится, другая – по другой), сейчас оканчивает 1 курс, характеристика куратора положительная: «...активная, творческая...активно участвует в концертной деятельности...всегда готова выполнить поручения...занимается волейболом...». Проживает в настоящее время с родной бабушкой, отношения с которой характеризует как «тёплые».

В колледже в феврале 2023 года возникла влюблённость, отношения продлились месяц, молодой человек их прекратил, отчего пациентка очень страдала, чувствовала себя несчастной, брошенной, «пустой внутри», появилось бесчувствие, не приносило удовольствие уже то, чему радовалась раньше, существенно снизился аппетит. Чтобы «почувствовать себя живой», ходила на волейбол, чтоб «отбить руки о мяч до боли». Стала винить себя в никчёмности, «накручивала», что является «недостаточно хорошей», «некрасивой», «неумной», стала плохо спать по ночам, часто просыпаться, с трудом засыпать. Другие личности «привели» Э. к психиатру в частном порядке, где она рассказала о переживаниях и была в добровольном порядке направлена на дневной стационар ККПБ им. В.Х. Кандинского.

Психический статус при поступлении. Держалась уверенно, спокойно, с достоинством, спокойно выдержала длительное ожидание приёма к врачу. Вежлива, корректна в беседе. В манерах, одежде нет признаков половой принадлежности. Ориентирована верно, о себе говорит в муж-

ском роде, называет себя «Мейрнерри» – сейчас ведущая личность он, но с пониманием относится, что доктор будет обращаться по паспортному имени: «Мы привыкли уже, тело-то женское». По просьбе врача во время осмотра «перевоплотилась» в исходную личность – совершала вычурные движения шей, туловищем, потом несколько секунд будто выходила из просночного состояния, озиралась по сторонам, демонстрируя непонимание происходящего. В ходе беседы стала достаточно открыта, откровенно отвечала на вопросы. Охотно подробно рассказывала о личностях, живущих в ней, об их характере, времени возникновения. Заявляла, что «избавляться от них» не хочет, т.к. «они самостоятельные» и как раз и «привели к психиатру Э.», которая глубоко страдает после «расставания с любимым», испытывает апатию и тоску. Настроение снижено без физических ощущений и суточных колебаний. Суицидные мысли подтверждала, но уверяла, что «другим личностям жизнь дорога», «они» и «удерживают от суицида» и в особо тяжёлые переживания ставят страдающую «на перезагрузку». Заявляет, что порой «слышит голоса» личностей, их диалог между собой. Мышление без структурных нарушений, достаточно логично рассказывает анамнез, выстраивает причинно-следственные в диалоге. Но многие рассуждения по поводу взаимодействия и проявления «личностей» пациентки совершенно оторваны от реальности. Анамнез сообщила последовательно. Часто негативно вспоминает о родителях, их поступках, гротескно описывает их характер. Память, внимание не страдают. Строит реальные планы на будущее по потребностям каждой личности, считает необходимым получить определённый навык и специальность «каждому».

Заключение психолога: память, внимание в пределах нормы; мышление последовательное, выявляются единичные искажения; интеллектуальное развитие соответствует среднему уровню; в личности испытуемой диагностируется циклоидный тип акцентуации характера; в актуальном состоянии испытуемой ярко выражены переживания тревожно-депрессивного регистра; социальная адаптация затруднена; дисгармоничное развитие личности.

В отделении на фоне терапии сертралином до 100 мг/сут., тетраметилтетраазабициклооктандионом до 1,0 гр./сут., психотерапии примерно через две недели пребывания стал выравниваться фон настроения, восстановился сон, нивелировались жалобы на подавленность и тоску. В поведении оставалась демонстративной, обращала на себя внимание. Охотно беседовала с врачом, сама проявляла активность, однако, несмотря на

проводимую терапию, конверсия расстройства сохранялась.

Заключение. В представленном клиническом случае у пациентки 16 лет с истероидными чертами в преморбиде, в возрасте 5-ти лет в результате психотравмы возникла диссоциация личности с частичной амнезией действий этой личности в теле. И каждый раз в результате значимых психотравмирующих событий, как защитная реакция, появлялась «новая личность». Причина настоящей госпитализации послужила депрессивная симптоматика основной личности пациентки. В психическом статусе определялось сниженное настроение, идеи самоуничтожения, мышление без структурных нарушений на фоне театральности поведения и отсутствия критики к переживаниям.

Таким образом, на примере данного клинического случая можно говорить о развернутой клинической картине проявлений диссоциативного расстройства множественной личности, обусловленной особым стилем реагирования на значимые для личности психотравмирующие события, а также являющейся крайней патологической формой диссоциативного расстройства при хронических психических травмах.

РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СИНДРОМ АСПЕРГЕРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Якимова И.Ю.

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

Общеизвестно, что в 1944 году австрийский педиатр Ганс Аспергер впервые описал детский аутизм у мальчиков, который он назвал «аутистическое расстройство личности в детском возрасте». В настоящее время по-прежнему остается актуальным изучение клинических особенностей у лиц с указанным расстройством развития.

В качестве примера приводим одно из наших клинических наблюдений.

Из анамнеза. Пациент К., 14 лет, учащийся 8 класса школы, госпитализирован в ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи в сообществе для детей и подростков в июне 2023 года с жалобами со слов матери на: «необычность» ребёнка, несамостоятельный, «нужно везде водить за руку», следить, как поел, как оделся (может не по погоде одеться), не ориентируется во времени, не зна-

ет, когда выходить. Не осознавая «норм» поведения, может неадекватно ситуации кричать, проявлять ярость, несдержан, не контролирует мимику, пантомимику, в гневе вычурно двигает руками, может неуместно смеяться. Несмешно, нелепо шутит, не воспринимает шуток над собой, поэтому и не обижается, не распознаёт эмоции родных – например, не понимает, что матери больно, тяжело, не понимает, что нужна помощь: на просьбу матери помочь донести сумку – ответил «не хочу», может на замечание отреагировать яростью, не испытывает жалости и сострадания. И радости никогда не проявляет, чаще равнодушен ко всему происходящему. Не может организовать пространство, не знает, куда поставить книжку, тетрадку, как помыть посуду, не понимает, как заплатить за покупку и взять сдачу, как купить билет в общественном транспорте, при этом, очевидно, что испытывает внутренний дискомфорт – «нервничает, чешется, покрывается пятнами», выглядит растерянным. Не понимает опасности, перебегает дорогу в неположенном месте, «машин не замечает», никогда не испытывал страха (темноты, высоты, остаться одному), не имеет «совершенно никакой эмоциональной привязанности» – не скучает, не теряет родных. Ещё в раннем возрасте мать намеренно пряталась в квартире, в лесу за дерево, ребёнок не терял, равнодушно продолжал путь или своё занятие. После длительной разлуки не радуется встрече. Не стремится дружить – есть мальчик в классе, который опекает его, замечая особенности, но пациент принимает помощь равнодушно. Есть «друзья», с которыми К. может обсудить компьютерные игры, мать обозначает «дружбой вокруг гаджетов». Порой «уходит в себя» – ходит по кругу, из угла в угол, машет руками, как «крылышками», облизывает пальцы, проводит по глазам, играет пальцами. Временами заиклен на одном занятии – то читает «запоем» энциклопедии, то часами напролёт строит оригами, то досконально учит таблицу Менделеева, а если пытаются родные переключить, то проявляет ярость. Избирателен в еде, основная еда – гречневая каша с молоком; горячая, тёплая вода вызывает отвращение. Не заботится о внешнем виде. Научен матерью, что через определённое время надо снять одежду и положить в стирку. Высокий порог к холоду, к боли, не мёрзнет, даже если одет не по погоде и не заболевает после, казалось бы, долгого переохлаждения; ни разу не жаловался на боль, не было гримасы, как бы не ударялся, какие бы манипуляции не проводились. Моторно неловок – угловатые движения, пишет плохо, не может застегнуть пуговицы, не скоординированно пользуется ножом, не может выполнить движения в заданном направлении, путается в пространстве, очень долго учился кататься на велосипеде.

Не понимает юмора, переносный смысл, не может писать сочинение, не решает логических задач, если не дослышит одно слово, по смыслу предложения не догадается об общем смысле фразы.

Наследственность психопатологически отягощена аутизмом младшего брата; внучатый дед, со слов матери, «со странностями», «одинокий». Ребенок воспитывается в полной семье. Беременность протекала на фоне гестоза, артериальной гипертензии, в связи с чем роды стимулировали на сроке 39 недель гестации. Родился цианотичным за счёт ВУГП, вес, рос в норме, 8-8 баллов по шкале Апгар, в адаптационном периоде неврологическая симптоматика, затем желтуха новорожденных, которая длилась 2 месяца, получал лечение. Мать обратила внимание, что ребёнок особенный с младенчества, когда К. испытывал дискомфорт, беспокоился на руках, можно было держать и обнимать его, только когда был рядом с матерью во время грудного вскармливания. В раннем развитии на первых месяцах отставал – голову держал в 3 месяца, в 5 месяцев – переворачивался, наблюдался неврологом с ППЦНС, получал курсы восстановительного лечения, в 8 месяцев сел и в тот же день сразу встал, не ползал, пошёл в 11 месяцев, гулил, звукоподражал. Уже на первом году жизни не смотрел в глаза, не реагировал на обращение, не оживлялся при виде родителей, не беспокоился в мокрых ползунках. Речь развивалась по срокам, обозначал предметы, действия, мог повторить, что угодно, но не обращался, не высказывал просьбы, не жаловался, был очень «удобный», «послушный» ребёнок, никогда не устраивал истерик, не высказывал своих желаний. Для коммуникации речь после длительных многолетних тренировок стал использовать к 8 годам, тогда и появилась минимальная, формальная коммуникация. С года любил книжки, листал их, игрушками никогда не играл, любил пазлы, головоломки для малышей, пирамидки. Мульттики смотрел, но не понимал смысл, нравились мелькающие картинки на экране. Называл себя в третьем лице до 8 лет. Ходил в ДДУ, пошёл равнодушно, всегда держался обособленно, с детьми не взаимодействовал. В 6,5 лет пошёл в школу, учится успешно, в начальной школе был отличник, с 5 класса две «4» по физкультуре и физике. Бабушка, работающая в этой школе учителем, постоянно контролирует внешний вид, записал ли домашнее задание, дошёл ли до кабинета, взял ли предметы, есть ли долги в буфете. В 2023 году окончил 8 класс. Увлекается компьютерными играми (90% свободного времени), создаёт анимации со «странным сюжетом» и «пишет музыку» (со слов матери, набор звуков, но пациенту нравится). На физкультуре не понимает смысл игр. Родители до сих пор провожают и встречают до

школы и домой, т.к. К. не понимает, как переходить дорогу, инструкцию «повернуть голову налево – направо» перед переходом дороги, понимает буквально – поворачивает голову, при этом взгляд держит прямо перед собой, вращая только головой.

Психический статус при поступлении. Движения угловатые, неловкие. Лицо амимичное, голос монотонный, не смотрит в глаза. На вопросы отвечает после паузы, в плане заданного. Настроение ровное, эмоциональные реакции уплощены. По просьбе изобразить радость, грусть, удивление – строит одну и ту же гримасу, не соответствующую заданной эмоции. Без психопродукции. Мышление с тенденцией к конкретизации без структурных нарушений, трактует лишь общеизвестные поговорки, затрудняясь ответить на незнакомую метафору – начинает раскачиваться вперёд-назад, совершать стереотипные вычурные движения руками по лицу. Не понимает смысл фразы «Анна обняла Марию, чтоб ей стало легче», кто «она» из двоих ответить затрудняется. Память не страдает, быстро отвечает таблицу умножения, в уме может перемножать двузначные числа, грамотно пишет без ошибок, кругозор достаточный, знает столицы всех государств, помнит даты исторических событий, высоту гор, глубину впадин.

Заключение психолога: память в пределах нормы. Объем механической памяти составляет 95%, отсроченное воспроизведение 100%; внимание в пределах возрастной нормы; мышление – конкретное, инертное; недостаточно продуктивное; интеллект по данным методики Векслера (детский вариант): Вербальный IQ=111, соответствует хорошей норме; Невербальный IQ=101, соответствует среднему уровню; Общий IQ=107, соответствует среднему уровню интеллекта; тест Бентона для выявления органической патологии: задание выполнено на высоком уровне. По оценочной шкале раннего детского аутизма - ребёнок демонстрирует крайнюю степень аутизма 40 б.

В отделении медикаментозную терапию не получал. Был впервые представлен в детское бюро МСЭ, определена категория «ребенок-инвалид».

Заключение. В представленном клиническом случае у пациента 14 лет с отягощенной аутизмом наследственностью, с младенчества отмечалось отсутствие реакции на эмоции, эмоциональной взаимности, стереотипность, отсутствие ролевой игры, не использовал речевые навыки для коммуникации, не стремился к взаимодействию с людьми. На фоне достаточного интеллектуального и физического развития в динамике всей

жизни пациента прослеживаются стереотипии и качественное нарушение социального взаимодействия. В психическом статусе в настоящее время отсутствует гибкость речевого выражения, использования тональности, нет абстрактного мышления, дифференцирования эмоций при высокой общей осведомлённости, памяти.

Таким образом, на примере данного клинического случая можно говорить о сложной клинической картине проявлений расстройства аутистического спектра – синдроме Аспергера, имеющей определенные особенности в подростковом возрасте, которые, с одной стороны, отражают возрастную динамику психопатологической картины, а с другой – демонстрируют проявления расстройств поведения и эмоций.

**РЕПЛИКАТИВНЫЙ АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ
GWAS-ЛОКУСОВ ГЕНОВ *PCDH7, XKR6, BDNF, SORCS3*
С МАНИФЕСТАЦИЕЙ АНТИСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Яковлева Д.В., Казанцева А.В., Давыдова Ю.Д., Еникеева Р.Ф.,
Валинуров Р.Г., Хуснутдинова Э.К.

*Институт биохимии и генетики – обособленное структурное под-
разделение Уфимского федерального исследовательского центра РАН,
Уфа, Россия*

*Уфимский университет науки и технологий,
Уфа, Россия*

*Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Россия*

Одной из важнейших проблем в современном обществе является антисоциальное поведение (АП). АП – комплексный феномен, связанный с взаимодействием социальных и генетических факторов. Манифестацию АП также связывают с наличием психических расстройств, включая шизофрению и шизоаффективные расстройства, и употреблением психоактивных веществ.

Проведенные к настоящему времени полногеномные исследования (GWAS, genome-wide association studies), в частности, мета-анализ GWAS, направленные на идентификацию ассоциированных с манифестацией агрессии и антисоциального поведения генетических локусов, выявили полиморфные локусы rs4240671 в гене XKR6 (кодирует член семейства, связанного с субъединицей комплекса группы крови X Kell), rs11596214

в гене **SORCS3** (сортилин-связанный домен-содержащий рецептор 3-го типа) и rs6265 в гене нейротрофического фактора головного мозга (**BDNF**) (Karlsson Linnér R. et al., 2021). Аллельные варианты локуса rs13109270 в гене протокадгерина 7 (**PCDH7**) связывают с формированием музыкальных способностей и эмпатии (Oikkonen J. et al., 2015). Кроме того, полиморфный вариант rs6265 в гене BDNF связан с предрасположенностью к психическим и неврологическим заболеваниям (Семкина А.А. и др., 2019). Однако, результаты мета-анализов объединяют данные, полученные в европейских популяциях, и существует необходимость их репликации в других этнических группах, в частности, у лиц Волго-Уральского региона РФ.

Цель исследования: проведение репликативного исследования, включающего оценку основного эффекта полиморфных локусов rs13109270 гена *PCDH7*, rs4240671 гена *XKR6*, rs11596214 гена *SORCS3* и rs6265 гена *BDNF* и ген-средовых (GxE) взаимодействий в манифестации особо тяжкого антисоциального поведения.

Материал и методы исследования. В исследование включены 227 лиц (7% женщин, ср. возраст 41,5±14.4 лет), совершивших особо тяжкие преступления (убийства) и проходившие судебную психиатрическую экспертизу по уголовному делу. Контрольная группа (N=254) соответствовала по возрасту, полу и этнической принадлежности выборке лиц с АП. Сбор биологического материала (периферической крови) осуществлялся в 2015-2020 гг. с последующим выделением ДНК методом фенольно-хлороформной экстракции. Добровольное согласие на участие в исследовании получено от всех участников. Данное исследование было одобрено биоэтическим комитетом ИБГ УФИЦ РАН.

Генотипирование полиморфных локусов rs13109270 гена *PCDH7*, rs4240671 гена *XKR6*, rs11596214 гена *SORCS3* и rs6265 гена *BDNF* проводилось методом ПЦР в реальном времени при использовании наборов KASP (ООО «Максим Медикал», LGC Genomics, UK) и анализа флуоресценции по конечной точке на амплификаторе «CFX96» (BioRad, США). Статистическая обработка данных была проведена с использованием логистического регрессионного анализа, в котором независимыми переменными выступали генотипы изученных полиморфных локусов и социальные факторы (наличие табакокурения в настоящее время и в прошлом, употребление психоактивных веществ и семейная отягощенность психическими расстройствами). Были проанализированы различные генетические модели (аддитивная, доминантная, рецессивная) для оценки

основного эффекта полиморфного локуса и анализа генотип-средовых взаимодействий. Статистическая обработка результатов проводилась в программе PLINK v.1.09 в общей выборке с включением половой принадлежности и возраста в качестве ковариант, а также среди мужчин и женщин отдельно. Уровень статистической значимости принимался равным 0,05.

Результаты исследования. Изученная группа лиц с особо тяжким антисоциальным поведением характеризовалась следующим распределением по изученным клиничко-анамнестическим параметрам: 66,2% лиц характеризовались злоупотреблением психоактивных веществ, 33,3% имели семейную отягощенность психопатологиями, 78,5% лиц имели опыт табакокурения, 70% лиц отмечали табакокурение в настоящее время.

Результаты оценки распределения частот аллелей и генотипов полиморфных локусов генов *PCDH7* (rs13109270, $P=0,27$), *SORCS3* (rs11596214, $P=0,71$) и *BDNF* (rs6265, $P=0,14$) соответствовали распределению Харди-Вайнберга. Частоты распределения генотипов полиморфного локуса в гене *XKR6* были отличны от ожидаемого распределения (rs4240671, $P<0,01$), в связи с чем, данный локус был исключен из анализа.

В результате логистического регрессионного анализа была выявлена тенденция к различиям в распределении частот генотипов полиморфного варианта гена *SORCS3* (rs11596214) между группами лиц с АП и контрольной группой в общей выборке в аддитивной модели ($\beta=-1,84$; $P=0,065$) и в рецессивной модели ($\beta=-1,92$; $P=0,055$ – общая выборка; $\beta=-1,73$; $P=0,082$ – мужчины; $\beta=-1,71$; $P=0,086$ – женщины). Таким образом, наблюдается тенденция к увеличению частоты аллеля G в группе лиц, совершивших особо тяжкие преступления, по сравнению с контрольной группой (в аддитивной модели: $OR=1,28$; $95\%CI=0,98-1,65$; в рецессивной модели: $OR=1,59$; $95\%CI=0,98-1,65$). Эта тенденция характерна как для общей выборки, так и отдельно для групп мужчин и женщин.

Дальнейший анализ GxE-взаимодействий не обнаружил модулирующего эффекта таких факторов как опыт табакокурения, употребление психоактивных веществ и наличие семейной отягощенности психическими расстройствами на ассоциацию полиморфных локусов генов *PCDH7*, *SORCS3* и *BDNF* с манифестацией антисоциального поведения ($P>0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о наибольшей частоте встречаемости аллеля G полиморфного локуса rs11596214 в гене *SORCS3* у лиц с особо тяжким антисоциальным поведением на уровне тенденции, что согласуется с данными недавнего мета-анализа (Karlsson Linnér R. et al.,

2021). Однако, ассоциации других генетических вариантов в генах *PCDH7* и *BDNF* с АП подтверждено не было в когорте лиц из Волго-Уральского региона. Дальнейшие исследования в этой области следует проводить на выборках большего объема с включением других локусов, идентифицированных в GWAS антисоциального поведения.

Благодарность. Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки РФ (№АААА-А16-116020350032-1) при поддержке мега-гранта Правительства Республики Башкортостан (соглашение №1 от 2.12.2022 г.). Образцы ДНК взяты из ЦКП «Коллекция биологических материалов человека» ИБГ УФИЦ РАН, поддержанного Программой биоресурсных коллекций ФАНО России (№007-030164/2).

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Материалы
межрегиональных научно-практических конференций
«Актуальные вопросы наркологии в современных условиях»
(г. Чита, 08-09 июня 2023 года)

«Актуальные вопросы психиатрии и наркологии
Дальневосточного федерального округа»
(г. Петропавловск-Камчатский, 14-15 сентября 2023 года)

Под научной редакцией
С.В. Шпорт
А.В. Сахарова

Подписано в печать 10.08.2023. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman
Формат 60x84 1/16. Авт. л. 10,7 Тираж 100