



Всероссийская
научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

посвященная 60-летию
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии

ТЕЗИСЫ

г. Чита

01-02 июня 2017 года

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия МЗ РФ

Министерство здравоохранения Забайкальского края

Забайкальская ассоциация психиатров

Ассоциация наркологов Забайкалья

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Сборник тезисов

Всероссийской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»,
посвященной 60-летию

кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии

(Чита, 01-02 июня 2017 года)

Чита-2017

УДК 616.89
ББК 56.1
А 43

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: сборник тезисов Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии», посвященной 60-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА (Чита, 01-02 июня 2017 года). – Чита: ФГБОУ ВО ЧГМА, 2017. – 208 с. [Электронное издание].

Данный сборник тезисов включает материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии», посвященной 60-летию кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии.

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

- 1) актуальные проблемы эпидемиологии и диагностики психических и наркологических расстройств;
- 2) генетические и биологические основы психических и наркологических расстройств;
- 3) современный взгляд на вопросы терапии, реабилитации, профилактики и прогноза психических и наркологических заболеваний;
- 4) современные аспекты психофармакотерапии;
- 5) актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии.

В настоящем сборнике представлено 96 научных публикаций специалистов разных регионов России и стран СНГ.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов.

Члены редакционной коллегии:

А.В. Сахаров (научный редактор)
Н.В. Говорин, О.П. Ступина, О.П. Дубинин

Ответственные за выпуск:

А.В. Сахаров, С.Е. Голыгина

СОДЕРЖАНИЕ

60 лет кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии Читинской государственной медицинской академии	10
Арпентьева М.Р. (Калуга, Россия) Психотерапевтическая помощь лицам с посттравматическим стрессовым расстройством	14
Архипова Т.В. (Чита, Россия) Особенности судебно-психиатрической экспертизы по лишению дееспособности у лиц с параноидной симптоматикой	17
Архипова Т.В. (Чита, Россия) Дифференцированный подход к экспертной оценке психического состояния в различных юридически значимых ситуациях в гражданском процессе	20
Ахмедова С.С. (Чита, Россия) Роль психолога в амбулаторной реабилитации пациентов наркологического профиля	23
Бабарахимова С.Б. (Ташкент, Узбекистан) Роль семьи и эмоционального фона в развитии Интернет-зависимого поведения у детей и подростков.....	24
Бадалов А.А., Бровкина С.Н. (Бишкек, Кыргызстан) Особенности интеллекта и мышления лиц с синдромом Икара	26
Барышева О.В., Краузе Л.А. (Чита, Россия) Ксенон при лечении пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями при абстинентном синдроме	29
Бодагова Е.А. (Чита, Россия) Оценка состояния психического здоровья врачей-психиатров Забайкальского края	30
Бондаренко А.В., Воложанина О.В., Вицкая И.Н., Милюков А.Ю., Гусев А.Ю. (Чита, Россия) Роль органических факторов в формировании асоциальной личности	32
Бондаренко А.В., Милюков А.Ю., Вицкая И.Н., Воложанина О.В., Гусев А.Ю. (Чита, Россия) Умственная отсталость и преступность	34
Бондаренко А.В., Воложанина О.В., Вицкая И.Н., Милюков А.Ю. (Чита, Россия) Влияние особенностей психологических характеристик и микросоциальной обстановки на структуру преступности женщин	36
Бочкарёва Т.К. (Чита, Россия) Синтетический наркотик пировалерон: фармакологическая характеристика, метаболизм, идентификация	39
Бурджалиева А.Д. (Иваново, Россия) Взаимосвязь между алкогольной зависимостью и депрессивными расстройствами	41
Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А. (Чита, Россия) Мониторинг наркоситуации в Забайкальском крае за 2016 год	43
Волкова Е.В., Уткин Ю.А., Адмаева С.В., Амплеев А.К. (Пенза, Россия) Клинические и гендерные особенности табачной зависимости у врачей психиатров-наркологов	45
Воронина Ю.С., Стец В.А., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Некоторые социально-психологические характеристики курсантов суворовского училища	47
Вострокнутова О.О. (Екатеринбург, Россия) Нарушения сна и когнитивные расстройства среди людей старших возрастных групп	50

Выходцев С.В., Шац К.И. (Санкт-Петербург, Россия) Сексуальное функционирование у больных психическими расстройствами как критерий качества жизни и эффективности терапии	52
Габаева М.В., Лежейко Т.В., Тихонов Д.В., Каледа В.Г., Голимбет В.Е. (Москва, Россия) Участие полиморфного маркера гена PPARGC1A (ко-активатора-1 α PPAR γ) в формировании преморбидных типов личности у больных шизофренией	53
Глушенков А.А. (Чита, Россия) Профилактика употребления психоактивных веществ в рамках межведомственного взаимодействия	55
Говорин Н.В., Озорнин А.С., Штань М.С., Сахаров А.В. (Москва-Чита, Россия) Изучение полиморфного варианта -75 G/A гена APOA-1 и показателей липидного обмена у лиц с шизофренией	57
Говорин Н.В., Тимкина (Тарасова) О.А., Галиакберова И.Л., Сараева Н.М., Сахаров А.В. (Москва-Чита, Россия) Некоторые показатели психологического здоровья студентов	59
Голимбет В.Е., Гарах Ж.В., Лежейко Т.В., Зайцева Ю.С., Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Родионов Г.И., Стрелец В.Б. (Москва, Россия – Клецаны/Прага, Чехия) Связь гена дофаминового рецептора 2-го типа с процессом обработки лексической информации при шизофрении	61
Голыгина С.Е., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Нарушения микроциркуляции у больных алкоголизмом: современное состояние проблемы	63
Григорьева И.В., Кралько А.А., Шумай В.В., Ладю А.В., Сергеенко И. (Минск, Беларусь) Частота депрессивных расстройств у лиц, находящихся в лечебно-трудовом профилактории	66
Дмитриев М.Н. (Ростов-на-Дону, Россия) Аффективные нарушения у студенческой молодежи	68
Дмитриев М.Н., Маркова К.П., Щеголева А.О., Рабаданова А.А. (Ростов-на-Дону, Россия) Явные и скрытые эмоциональные расстройства у студентов-медиков ..	70
Дмитриенко В.В., Коротких С.М., Стацурина Е.И. (Краснодар, Россия) Психологический анализ свободного творчества больного с прогрессивной кататонической шизофренией	72
Дубинин О.П. (Чита, Россия) Динамика показателей алкогольных расстройств в Забайкальском крае	74
Дубинин О.П., Лобанова А.А., Бакшеева Г.П. (Чита, Россия) Профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях Забайкальского края	75
Дьякова С.В. (Чита, Россия) Анализ работы отделения медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях в Забайкальском крае	76
Дюжев Д.В., Застрожин М.С., Сычев Д.А. (Москва, Россия) Изучение взаимосвязи между активностью изоферментов подсемейства CYP3A и показателем уровня концентрация/доза у пациентов с алкогольной зависимостью, получающих галоперидол	78
Загалаев Б.Т., Попков И.В. (Чита, Россия) Анализ состояния психического здоровья военнослужащих по призыву первого периода службы	79

Загалаев Б.Т., Попков И.В., Газизов И.Р. (Чита, Россия) К вопросу о быстром, «злокачественном» формировании психической и физической зависимости от миорелаксанта центрального действия Баклофена	81
Загалаев Б.Т., Цыбикова Е.А., Газизов И.Р. (Чита, Россия) Опыт применения атипичных нейролептиков в лечении фебрильной шизофрении	85
Загалаев Б.Т., Голдина Ю.Б., Попков И.В. (Чита, Россия) Профилактика суицидов у военнослужащих	87
Загалаев Б.Т., Цыбикова Е.А., Газизов И.Р. (Чита, Россия) Уровень гомоцистеина в крови и спинномозговой жидкости у больных в состоянии алкогольного психоза	89
Застрожин М.С., Комаров С.Д., Сычев Д.А. (Москва, Россия) Изучение влияния активности CYP2D6 на показатель концентрация/доза у пациентов с алкоголизмом ..	89
Зиновьев С.В., Синенченко А.Г., Тявокина Е.Ю., Остроумова М.С. (Санкт-Петербург, Россия) Структура и динамика аддиктивной патологии в общем пуле пациентов, поступающих в многопрофильный стационар скорой помощи	90
Игнатьева А.В. (Чита, Россия) Организация диспансерного наблюдения за лицами с наркологическими расстройствами в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» ..	92
Ким Д.П., Шин З.В. (Ташкент, Узбекистан) Клиническое исследование эмоционально-личностных, когнитивных и нейрофизиологических нарушений в состоянии синдрома отмены алкоголя и их психокоррекция	93
Ким Д.П., Шин З.В. (Ташкент, Узбекистан) Клинико-катамнестическое исследование качества жизни у больных с синдромом зависимости в процессе психофармакотерапии	96
Клинова М.А., Сахаров А.В. (Чита, Россия) К вопросу о факторах криминогенного поведения подростков	99
Кравченко С.Л., Клинова М.А. (Чита, Россия) Клинические случаи суицидального поведения подростков, вовлеченных в Интернет-игры с суицидальной направленностью	100
Кралько А.А., Ананич П.А. (Минск, Беларусь) Антиалкогольная политика в Республике Беларусь на современном этапе	103
Краля О.В., Ломова Я.Ю. (Омск, Россия) Эффективность методик психосинтеза в психотерапии синдрома Кехрера у женщин	106
Куликова О.С. (Оренбург, Россия) Возможности типологического подхода к анализу когнитивных особенностей на начальных стадиях параноидной шизофрении	108
Лежейко Т.В., Столяров Г.Б., Сахарова Е.А., Крикова Е.В., Голимбет В.Е. (Москва, Россия) Исследование связи гена кинуренин-3-монооксигеназы КМО(A-G)rs1053230 с клиническими симптомами шизофрении	111
Маева Л.В. (Чита, Россия) Опыт применения телесно-дыхательных практик при лечении бронхиальной астмы	112
Марчук С.А., Докукина Т.В., Голубева Т.С. (Минск, Беларусь) Клинико-эпидемиологические характеристики расстройств аутистического спектра в Республике Беларусь	114

Москвитин П.Н. (Новокузнецк, Россия) Новый психогигиенический метод снижения спроса на психоактивные вещества	116
Назарова И.А., Аболонин А.Ф. (Томск, Россия) Социально-психологические факторы риска, обуславливающие делинквентное и аддиктивное поведение у юношей и девушек	118
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. (Самара, Россия) Кризис психиатрии вне и внутри нас	121
Носачев Г.Н. (Самара, Россия) Аддиктивные расстройства в период постмодерна: мифы и реальность	124
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. (Самара, Россия) Психотерапевтический метод: мифы, реальность, законодательство и пути выхода из кризиса	127
Павленко Ю.П., Карпешова А.П. (Чита, Россия) Клинический случай преходящей деменции при ВИЧ-инфекции	130
Павленко А.П., Труханенко Ю.В. (Чита, Россия) Роль специалиста по социальной работе в реабилитации наркологических пациентов	133
Першина Н.П., Струкова Е.Ю., Логачева А.А. (Тамбов, Россия) Использование психорелаксационной терапии и социально-когнитивных занятий в комплексном лечении пациентов дневного стационара	134
Петрова И.В. (Чита, Россия) Анализ работы кабинета медицинского освидетельствования на состояние опьянения	137
Прокопьева Е.Ю. (Чита, Россия) Современное состояние проблемы алкогольных энцефалопатий	138
Радченко О.Г. (Барнаул, Россия) Дефекты семейного воспитания как фактор развития девиантного поведения несовершеннолетних	139
Савушкина О.К., Бокша И.С., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Тихонов Д.В., Омельченко М.А., Помыткин А.Н., Воробьева Е.А., Бурбаева Г.Ш. (Москва, Россия) Корреляция выраженности психотических симптомов с активностью тромбоцитарных митохондриальных ферментов у пациентов с эндогенными психозами	142
Саидхонова Ф.А. (Ташкент, Узбекистан) Роль личностных особенностей в формировании эмоциональных расстройств шизоаффективного спектра у женщин ...	144
Сахаров А.В., Озорнин А.С., Голыгина С.Е., Виноградова А.О., Швец М.С. (Чита, Россия) Изменения микроциркуляции крови у пациентов с параноидной шизофренией	147
Сахаров А.В., Вертопрахова Н.Ю., Москалев К.Е. (Чита, Россия) Уровень агрессивности больных алкоголизмом в зависимости от некоторых клинических характеристик заболевания	149
Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Григорьева О.О., Стафеева К.А. (Чита, Россия) Алекситимия и копинг-стратегии у больных алкогольной зависимостью	151
Сахаров А.В., Мындускин И.В., Романенко В.А., Калашникова Н.М., Мишкилеева Д.А. (Чита, Россия) Распространенность наркологических расстройств среди пациентов психиатрического стационара	152

Сахаров А.В., Утенкова Ю.А., Шатько О.А. (Чита, Россия) Частота домашнего насилия в отношении лиц с психическими расстройствами	154
Сахаров А.В., Герасимова Я.В., Ерохин В.А. (Чита, Россия) Алекситимия, копинг-стратегии и уровень агрессивности у пациентов психиатрического стационара	155
Сахаров А.В., Колчанова Т.Г., Ступина О.П., Говорин Н.В. (Чита-Москва, Россия) Эпидемиологические характеристики самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае	157
Синенченко А.Г., Зиновьев С.В. (Санкт-Петербург, Россия) Опыт оказания психиатрической помощи пациентам, поступающим в многопрофильный стационар скорой помощи в состоянии алкогольного опьянения	160
Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Неклюдова Е.В., Некрасов В.А. (Санкт-Петербург, Россия) Определение Интернет-зависимости у студентов	162
Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Орлова Е.А., Некрасов В.А. (Санкт-Петербург, Россия) Оценка Интернет-зависимости у студентов различного возраста	162
Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Неклюдова Е.В., Некрасов В.А. (Санкт-Петербург, Россия) Изучение частоты любовной зависимости у студентов ...	163
Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Орлова Е.А., Некрасов В.А. (Санкт-Петербург, Россия) Определение встречаемости сексуальной аддикции у студентов	164
Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Кореньяк Р.Ю., Сидоренко И.В., Егоров К.И., Магурдумова Л.Г. (Москва, Россия) Профилактика эмоциональных и психосоматических расстройств у сотрудников опасных профессий	164
Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Кореньяк Р.Ю., Сидоренко И.В., Егоров К.И., Магурдумова Л.Г. (Москва, Россия) Варианты психотерапевтической профилактики психо-эмоциональных и поведенческих нарушений у лиц опасных профессий	167
Солоненко А.П., Полуэктов А.А. (Чита, Россия) Организация принудительного лечения женщин в Забайкальском крае	170
Стрижев В.А., Цей С.Т., Болотчиева А.Х. (Краснодар, Россия) Особенности зависимого поведения (на примере компьютерной аддикции) среди учащихся средних школ в Республиках Северного Кавказа	172
Ступина О.П., Честикова З.И. (Чита, Россия) Динамические показатели психического здоровья населения Забайкальского края	173
Ступина О.П., Сахаров А.В. (Чита, Россия) Профилактика общественно-опасных действий психически больных в Забайкальском крае	176
Ступина О.П., Бондаренко А.В. (Чита, Россия) Анализ деятельности отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского»	180
Тарасова Т.П., Ахметова В.В., Лазо Ю.В., Галиакберова И.Л. (Москва-Чита, Россия) Клинико-психопатологические особенности нарушений интеллекта у дошкольников отдельных районов Забайкальского края	182

Тарумов Д.А., Манчук А.А., Евдакова И.А. (Санкт-Петербург, Россия) Диагностика опиоидной наркомании с применением функциональной МРТ	185
Тимкина (Тарасова) О.А., Широкова И.В., Начинов О.Б. (Чита, Россия) Уровень интернальности у студентов медицинского Вуза	187
Толстов Д.А., Перельгина М.О. (Чита, Россия) Сравнительный анализ эмоционального интеллекта у химически зависимых пациентов	188
Уваров И.А., Лукин А.Ю., Пушин Д.В., Шишкина Н.А., Нафиков А.Р. (Ижевск, Россия) Аспонтанное расстройство личности вследствие зависимости от синтетических каннабиноидов	190
Ульяновская Т.Н., Соловьев А.Г. (Архангельск, Россия) «Я и мой ребенок»: взгляд женщин с алкогольным поведением в гестационный период	193
Федоровский И.Д. (Санкт-Петербург, Россия) Взаимосвязь показателей социальной адаптации с показателями частоты госпитализаций при параноидной шизофрении	194
Царик Н.Д. (Чита, Россия) Реабилитация в условиях наркологического стационара	196
Черенков А.А., Обухов Н.Г., Шишкин С.А. (Ижевск, Россия) Проблема обеспечения сосудистого доступа у больных наркологического профиля	197
Черников А.В., Застрожин М.С., Сычев Д.А. (Москва, Россия) Влияние полиморфизма гена CYP3A5 и активности изоферментов цитохрома P450 3A на показатель концентрации/доза галоперидола у пациентов с алкоголизмом	200
Шарипова Ф.К. (Ташкент, Узбекистан) Влияние транзиторного гипотиреоза на психическое здоровье детей	202
Шарипова Ф.К., Ахмедова Ш.У. (Ташкент, Узбекистан) Оценка эмоционального статуса у подростков с сахарным диабетом 1 типа	204
Шингареева Ю.В., Бутина М.А. (Чита, Россия) Профилактика злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края	206
Шутова А.А., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. (Киров-Архангельск, Россия) Нозологическая структура психических расстройств у сотрудников Органов внутренних дел при увольнении на пенсию по выслуге лет	207

60 ЛЕТ
КАФЕДРЕ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
ЧИТИНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Психиатрия в Читинском медицинском институте преподается с октября 1957 года, когда на базе Областной психиатрической больницы № 1 был организован курс этой дисциплины, преобразованный в 1966 году в кафедру. Организатором и заведующим курсом был кандидат медицинских наук Григорий Вульфович Столяров, окончивший перед этим аспирантуру на кафедре психиатрии (в Корсаковской клинике) Первого Московского медицинского института.

Сначала Г.В. Столяров был единственным штатным преподавателем курса. Практические занятия проводили врачи психиатрической больницы: Безяева Н.И., Володарская Л.И., Грачев Б.Е., Милейковский Ю.А., Энглер Н.И. В последующем кафедра была укреплена избранными по конкурсу преподавателями.

В разные годы кафедрой руководили:

1. Столяров Григорий Вульфович – с момента организации (октябрь 1957 года) по февраль 1973 года, доктор медицинских наук, профессор. Его научные интересы касались проблемы психопатологии сосудистых заболеваний мозга, биохимии эндогенных психозов, клиники и патогенеза интоксикационных психозов. Под руководством профессора Столярова Г.В. были выполнены кандидатские диссертации ассистентом Милейковским Ю.А., ассистентом Лавровской Н.А. и аспирантом Выходцевой Л.Т. В 1964 году Столяровым Г.В. была защищена докторская диссертация и опубликована уникальная монография «Лекарственные психозы и психомиметические средства». С 1973 года профессор Столяров Г.В. плодотворно работал в Харьковском НИИ психоневрологии в должности заведующего отделом психофармакологии, умер в 1994 году в городе Филадельфия (США), куда переехал к своей дочери.

2. Милейковский Юрий Абрамович (1932-1994 гг.), кандидат медицинских наук, доцент, заведовал кафедрой с 1973 года по 1981 год. В 1966 году он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Реактивность сосудов головного мозга при церебральном атеросклерозе с психическими нарушениями». В последующем Милейковский Ю.А. активно разрабатывал проблему патогенеза острых алкогольных психозов, показал роль витаминного дисбаланса и нарушений в системе катехоламинов, опубликовал более 30 научных работ по этой тематике, под его руководством был издан сборник научных работ «Клинические и социальные вопросы алкоголизма» (Чита, 1972). С 1981 года он переехал в город Чернигов, где работал заведующим отделением психиатрической больницы.

3. Морозов Леонид Тихонович, кандидат медицинских наук, доцент, Заслуженный работник здравоохранения Читинской области. Заведовал кафедрой с 1981 года по 1992 год. В 1968 году после окончания аспирантуры при Харьковском НИИ неврологии и психиатрии он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Некоторые клинко-патологические особенности гипертимических синдромов при МДП и шизофрении». Он автор более 80 научных работ и рационализаторских предложений. С 1978 года доцент Морозов Л.Т. изучает эпидемиологические и некоторые патогенетические механизмы алкоголизма с учетом клинко-географических и социально-психологических факторов. Им были установлены клинко-особенности (факторы прогрессивности) алкоголизма у мигрантов, изучены сезонные колебания активности алкоголизации, определены некоторые психологические предрасположительно-факторы алкоголизма, разработан и внедрен в

практику экспресс-метод диагностики алкогольной зависимости, который широко используется сотрудниками кафедры в научных исследованиях. До 2016 года Леонид Тихонович продолжал трудиться на кафедре в должности доцента, помогал молодым сотрудникам освоить методические приемы преподавания психиатрии, оказывал консультативную помощь в психиатрической больнице.

4. Говорин Николай Васильевич, Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведовал кафедрой с 1992 года по 2015 год. В настоящее время – Депутат Государственной Думы Федерального Собрания РФ, заместитель председателя комитета ГД по охране здоровья. После окончания заочной аспирантуры при Московском НИИ психиатрии он в 1983 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Психопатологические и нейровегетативные взаимоотношения при алкогольном делирии», а в 1992 году в НИИ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского была защищена докторская диссертация на тему: «Клинические закономерности и иммунопатологические механизмы формирования терапевтически резистентных состояний при параноидной шизофрении».

Научные исследования профессора Говорина Н.В. посвящены широкому кругу актуальных проблем биологической, экологической и клинической психиатрии, вопросам наркологии. Под его руководством выполняются исследования по оптимизации терапии эндогенных психозов и прогнозу лечения больных шизофренией, распространенности и патогенезу нервно-психических расстройств у детей в зонах экологического неблагополучия, по факторной обусловленности суицидального поведения в разных группах населения, по эпидемиологии основных психических расстройств, в том числе по определению роли алкогольного фактора в демографическом кризисе и ухудшении психического здоровья населения Забайкальского края.

Он автор более 500 научных работ, 9-ти монографий, 4-х изобретений, многочисленных пособий для врачей и методических рекомендаций. В октябре 1997 года был избран действительным членом (академиком) международной академии экологии и безопасности жизнедеятельности (МАНЭБ). Под руководством профессора Говорина Н.В. подготовлены 28 кандидатских и 3 докторские диссертации. Николаем Васильевичем создана научная школа, результаты его исследований многократно были представлены на международных конгрессах, общероссийских съездах и конференциях.

5. Сахаров Анатолий Васильевич, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой с сентября 2015 года. Обучался в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии ЧГМА, в 2007 году под руководством профессора Говорина Н.В. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Роль алкогольного фактора в суицидальном поведении в Восточном Забайкалье» на базе НИИ психического здоровья Сибирского отделения РАМН (Томск). В 2012 году защитил докторскую диссертацию «Эпидемиологическая ситуация по алкогольной зависимости в субъекте РФ (модель изучения и система мониторинга)» в НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск). Имеет более 200 печатных работ, в том числе является автором и соавтором 7 монографий, 10 учебных пособий и методических рекомендаций. Под руководством Сахарова А.В. в настоящее время выполняются 3 кандидатские диссертации.

В разные исторические периоды ассистентами кафедры психиатрии работали: Дегтярь О.Е. (1958-1967 гг.), Милейковский Ю.А. (1962-1973 гг.), Морозов Л.Т. (1968-1981 гг.), Лавровская Н.А. (1968-1992 гг.), Говорин Н.В. (1982-1992 гг.), Даренский И.Д. (1984-1987 гг.), Грудинин А.М. (1989-1992 гг.), Батищева Л.М. (1996-2002 гг.), Анников А.Е. (1997-2002 гг.), Злова Т.П. (1994-2007 гг.), Козлов Т.Н. (2002-

2007 гг.), Ахметова В.В. (2006-2012 гг.), Колчин А.И. (2005-2011 гг.), Березкин А.С. (2004-2011 гг.), Элизбарян Е.Г. (2004-2010 гг.), Феоктистова Я.А. (2004-2011 гг.), Алябьева Л.А. (2007-2011 гг.), Сахаров А.В. (2008-2011 гг.), Ступина О.П. (2009-2012 гг.), Морозова И.Л. (2010-2013 гг.), Васильева А.И. (2011-2015 гг.), Гусев А.Ю. (2013-2015 гг.), Лазо Ю.В. (2015-2016 гг.).

За прошедшие годы на кафедре постепенно совершенствовалась система обучения студентов, врачей-интернов, клинических ординаторов и аспирантов. Значительный вклад в эту деятельность внесли профессор Говорин Н.В., доцент Морозов Л.Т. и д.м.н. Злова Т.П., которая более 10 лет выполняла обязанности заведующей учебной частью кафедры. На протяжении последних 5 лет подготовкой врачей-интернов и клинических ординаторов руководит Сахаров А.В., он также курирует молодежное научное общество кафедры.

Сотрудники кафедры читают лекции и проводят практические занятия на 3-х факультетах медицинской академии (лечебно-профилактическом, педиатрическом и стоматологическом) по двум основным дисциплинам: «психиатрия» и «медицинская психология». Преподавание ведется на 2-х клинических базах – Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского, в новом здании которой кафедре выделены и оборудованы хорошие помещения; Краевой наркологический диспансер. Материально-техническая база кафедры в последние годы существенно улучшена.

Большую работу сотрудники кафедры проводят по последипломному обучению: только за последние 5 лет на кафедре прошли обучение 18 клинических ординаторов и 56 врачей-интернов. Регулярно проводятся циклы общего и тематического усовершенствования врачей психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов, проводится профессиональная переподготовка специалистов по психиатрии-наркологии и психотерапии. За 5 лет на кафедре прошли разные виды обучения более 300 врачей.

Научные приоритеты сотрудников затрагивают широкий круг проблем, включающих как собственно клинические вопросы и оптимизацию лечения больных с эндогенными психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями, так и социально- и экологообусловленные проблемы региона с целью установления механизмов развития нервно-психической патологии и создания эффективных реабилитационных программ. На всех этапах истории кафедры ее сотрудники достойно представляли результаты своих исследований и внесли значительный вклад не только в развитие Забайкальской психиатрии, но и в целом в психиатрическую науку страны.

За последние 25 лет сотрудниками кафедры подготовлено более 600 научных работ, опубликованных в журналах, материалах конгрессов и конференций, получены 4 авторских свидетельства на изобретения, изданы 9 монографий и 8 сборников материалов международных, общероссийских и межрегиональных конференций, большое количество пособий для врачей, были подготовлены аналитические материалы на заседание Госсовета РФ «О ходе борьбы с алкоголизмом и наркоманией в России и мерах по ее усилению» (2002). Сотрудниками кафедры были разработаны дополнения к Федеральному закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» в части оказания наркологической помощи населению (2010-2013) и представлены аналитические материалы для Президиума СО РАМН РФ на тему: «Алкогольный фактор в демографическом кризисе и ухудшении психического здоровья населения Забайкалья» (профессор Говорин Н.В.).

За 25 последних лет на кафедре подготовлены и защищены четыре докторские (Говорин Н.В., 1992; Злова Т.П., 2007; Ступина О.П., 2012; Сахаров А.В., 2012) и 28 кандидатских диссертаций, выполняются 1 докторская и 5 кандидатских диссертаций. Материалы научных исследований, проводимых на кафедре, были доложены на

Всемирном конгрессе психиатров в Испании (Мадрид, 1996), Европейских конгрессах психиатров (Женева, 1997, 2004; Мюнхен, 2005), а также в Японии (Осака, 1995; Каназава, 2001), Чехии (Прага, 2010), съездах психиатров, конференциях и симпозиумах в России.

В 2014, 2015 годах разработанные сотрудниками научные проекты выходили в финал Всероссийского научно-практического мероприятия «Эстафета вузовской науки», в 2017 году научная работа кафедры стала победителем во Всероссийском конкурсе по платформе «психиатрия и зависимости» в рамках Международного медицинского форума «Вузовская наука. Инновации», она была отмечена отдельным дипломом Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов.

На кафедре в настоящее время выполняются исследования по двум научным направлениям, которые вошли в Государственное задание Минздрава РФ на осуществление научных исследований и разработок на период 2016-2021 гг.

Сотрудники проводят большую лечебную работу на базах кафедры и других учреждениях города. Долгие годы функционировал координационный совет по психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Забайкальского края, который возглавлял профессор Н.В. Говорин. На постоянной основе проводятся клинические разборы и консультации диагностически сложных больных на клинических базах, где внедряются новые технологии и методы лечения больных.

Помимо учебно-методической, научно-исследовательской и лечебной работы сотрудники кафедры (заведующий – д.м.н. доцент Сахаров А.В., профессор кафедры д.м.н. Ступина О.П., доцент кафедры к.м.н. Тимкина О.А., ассистенты к.м.н. Бодагова Е.А., к.м.н. Озорнин А.С., Штань М.С., Голыгина С.Е.) активно участвуют в общественной жизни города и края.

Депутат ГД, профессор Говорин Н.В., заведующий кафедрой Сахаров А.В. и профессор кафедры Ступина О.П. являются членами Правления Российского общества психиатров. Профессор кафедры д.м.н. Ступина О.П. является главным врачом Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского, председателем Забайкальской ассоциации психиатров, выполняет обязанности главного внештатного психиатра Министерства здравоохранения Забайкальского края.

В целом, коллектив кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии встречает 60-летний юбилей с определенными достижениями в своей многогранной деятельности и с надеждой на лучшее.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Арпентьева М.Р.

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

Ученые отмечают, что стресс, активизирующий процессы выбора между жизнеутверждением и жизнеотрицанием, может служить либо стимулом к жизни и развитию, либо стимулом к смерти и деградации (Арпентьева М.Р., 2015, 2016; Золотарева Т.Ф., Мингалиева М.Р., 2002; Швейцер А., 1996). При этом сами по себе личностные особенности и психотравмирующие ситуации не являются пусковым механизмом серьезных, терминально опасных заболеваний. Они являются лишь факторами риска, причем при длительном взаимодействии между собой и в сочетании со средовыми влияниями (воздействие стрессоров окружающей среды). Защитные силы организма ослабляются душевными травмами, безнадежность пациента может быть преодолена при обсуждении вопросов типа «откуда я – зачем я?» и вопросов о смысле жизни, смысле болезни (Гоулер Я., 2007; Урванцев Л.П., 1998).

Стрессовую ситуацию можно преодолеть и/или уменьшить ее негативные последствия, осмыслив травматически влияющие на пациента актуальные аспекты. Стабилизацию физического состояния можно обеспечить медицинскими методами, в том числе релаксационными методиками и правильным образом жизни, с другой – сбалансированностью отношений в психологической и социальной сферах.

Иногда для исцеления достаточно благополучного завершения отношений, прощения и «отпускания» событий. Однако, в некоторых случаях необходимы дополнительные меры, помощь специалиста в виде «расстановок» и иных методов психотерапевтической работы. Это бывает нужно, например, если отношения были разорваны смертью или резко оборвались как-то иначе, когда отношения закончились переживаниями душевной боли: обиды, вины или страха, мести, осталась неуравновешенность или в отношениях «замешаны» дети. Человеку нужно признать величие смерти, также как и величие жизни, а также простить и принять себя, людей и мир (Хеллингер Б., 2005; 2008; Hellinger B., 2007).

Далеко не все психологические реакции лиц с ПТСР являются негативными: многие больные, особенно в ремиссии, находят особый смысл в своем заболевании, например, новое понимание жизни, повышение самопринятия и чувство превосходства (Bauer-Wu S., 2011). Происходит «смыслостроительство», обнаружение новых жизненных смыслов – наиболее эффективное копинг-поведение, которое существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качеству жизни пациента, происходит переориентация с жизнеотрицания на жизнеутверждение. Болезнь требует активного совладания и развития как причинно и целесообразной трансформации жизни больного и его семьи. Человек нуждается в том, чтобы оставить все ненужное, оставив лишние желания, воспитанные семьей и социумом, ради истинных нужд души и тела, осознать и исправить ошибки, допущенные по отношению к себе и близким.

В философско-религиозной концепции «благоговения перед жизнью» А. Швейцера жизнь как реальность требует от человека недюжинных способностей в понимании себя и мира, особенно в отношении – к тем трудным жизненным ситуациям, с которыми он сталкивается в своей жизни, жизни окружающих его людей. Она требует от него жизнеутверждения как глубоко разделяемого и транслируемого окружающим нравственного идеала и целостной жизненной стратегии «благоговения перед жизнью». Понятие жизнеутверждения и дополнительное к нему понятие

жизнеотрицания, помогают раскрыть глубинные процессы и диалектику взаимодействия человека с окружающим миром. Обращаясь к понятию «жизнеутверждение», А. Швейцер, в рамках концепции благоговения перед жизнью, выделяет его как компонент благоговения, наряду со смирением (принятием жизни) и нравственным отношением к ней. Говоря о структуре жизнеутверждения, А. Швейцер отмечает, что оно этически, то есть опирается на важнейшие ценностные основания жизни человека и общества, а также «содержит в себе оптимистические волю и надежду, которые никогда не могут быть утрачены. Поэтому оно не боится повернуться лицом к мрачной реальности и увидеть ее такой, какова она на самом деле» (Швейцер А., 1996). Жизнеутверждение, согласно А. Schweitzer, – зависящая от ценностей личности тенденция к самореализации, к развитию («воля к прогрессу»), а также конкретное событие духовного акта, в момент которого человек перестает жить бездумно и посвящает себя жизни, служению ей, с благоговением возвышая жизнь до истинной ценности, углубляя и расширяя одухотворенную и усиленную волю к жизни.

Нравственные основы жизни придают субъекту пронизательность, позволяющую отличить истинно ценное, преобразующее, развивающее – каждого в отдельности и всех людей. И. Тюн-Бойл отмечает роль религиозности или духовности в процессе совладания со стрессом: религиозность или духовность влияет как на когнитивный (восприятие пациентом болезни как части божественного плана), так и на поведенческий (молитвы или обращение в церковь) аспекты копинга (Thune-Boyle I. V., 2013). Эффективный религиозный копинг позволяет найти значение болезни, обрести чувство контроля и комфорта в ситуации заболевания. Обращение к Богу за поддержкой является значимым ресурсом для пациентов. Заболевание приводит к изменению жизненной позиции человека, трансформации мотивов: на диагностическом этапе смыслообразующим мотивом становится мотив выживания; на этапе лечения – часто доминирует мотив сохранения здоровья и выживания; при дальнейшем – мотивы социального выживания и социального становления, но особенно важны мотивы духовно-нравственного (Thune-Boyle I. V., 2013).

Религиозный, психотерапевтический и медицинский подходы во многом сливаются в работах современных целительских школ. Так, С.Н. Лазарев и Л. Виилма, рассматривая духовно-нравственные и психологические аспекты разных заболеваний, отмечают наличие сделанных больными ошибок осмысления себя и мира. Это, в первую очередь, ошибки «гордыни» собственным трудом и достижениями, привязанностью к труду в ущерб другим аспектам и ценностям жизни, которая перерастает, при столкновении с ситуацией «ненужности» и «бесполезности» усилий по исправлению мира, в жизнеотрицание и самоотрицание: человек не смог или не захотел понять гармонию «несовершенного» мира и принять его таким, какой он есть, без ненужных «исправлений» и жертв».

Это часто приводит к депрессиям, суицидам – особенно при наличии длительного стресса «несправедливости» и фрустрации иных желаний пациента (контролировать мир и себя, быть любимым и получать благодарность, быть продуктивным и «строить на века» и т.д.). Человек часто теряет любовь «по дороге» труда и успеха: смысл последних выхолащивается, отрывается от жизни, человек находится в состоянии недовольства собой и миром, особенно если его работа оказалась «разрушенной», «ненужной», его «несправедливо» оклеветали, отстранили, перевели на новый участок, вызывающий у него негативное отношение и ощущение тупика и бессмысленности, оскорбленности его «лучших намерений» и т.д. Человеческая воля вступает в конфликт с волей Бога, и вместо того, чтобы принять жизненный урок с любовью и «отпустить ситуацию», человек пытается настаивать «на своем», упорствует, задерживая в себе и негативные переживания и сами «бесплодные»

намерения. Кроме того, в возникновении и развитии психосоматических и психических заболеваний играют большую роль и ошибки «ревности», привязанности, со временем перерастающей в ненависть из-за «слишком большой» любви к ближнему, ушедшему, изменившему или умершему, – не оправдавшему «надежд» на вечность и «безусловность» любви.

Эти ошибки связаны с нежеланием и неумением постичь и принять противоречивость и временность жизни и отношений людей как спутников, стремление поставить отношения с людьми выше отношений с Богом и жизнью, стремление реализовать желание любить и быть любимым вместо способности осознавать и реализовывать нужды любви, что препятствует потоку любви как естественной части жизни, оставляя человека наедине с иллюзией ненужности, отверженности и страха близких отношений (Виилма Л., 2004, 2007; Лазарев С.Н., 2009, 2015).

Л. Виилма, опираясь на опыт медицины, отмечает, что первопричиной каждой болезни является стресс, степень которого определяет характер болезни. Чем больше накопилось стрессов, тем серьезнее болезнь. Главные триггеры и «враги» здоровья человека – страх и злоба, перерастающие в ненависть чувство вины и критицизм, ревность и горделивость, обида и завистливость, стремление обладать и властвовать, чрезмерные желания быть хорошим, нужным, любимым, сильным и т.д.

Осознаваемые и неосознаваемые, они создают психологические и физиологические «узлы» напряжения – стресса – так что тело и душа человека теряют способность развиваться свободно, а, значит, оставаться полными жизни, здоровья. Чтобы выпустить стресс на волю, необходимо найти и понять, какой именно стресс возник в результате той или иной ситуации, какое переживание / проблема или, в терминах психоанализа «объект», «удерживаются» а затем простить себя и людей и попросить прощения – у себя (в том числе своего тела) и мира. Гордыня, пробивание себе дороги ценой любых усилий и настаивание на своем вопреки окружению, а также высокомерие и стыд за ошибки «пробивания», самообвинение и непростение), огромная злоба против себя и других, презрение и обвинения вместе с недобрыми намерениями – пожеланиями зла «плохим» и «хорошим» людям, наряду со «смирненным», горделивым страданием и озлобленностью, самоуверенностью и доказыванием превосходства, переживанием нелюбви и недостаточного «качества» окружения, либо выраженная зависть к тем, у кого «получается лучше», разочарованность и униженность и стремление доказать, что пациент – идеален, что он «личность» и т.д., огромность желаний и переживаний стыда и вины, долга и ответственности, гордости и неполноценности, – основные психологические «предикторы» заболеваний разных органов и типов. Прощение, как пишет Л. Виилма – не означает, что человек оправдывает произошедшее. Оно означает освобождение, а освобождается только тот, кто понимает, что он совершил ошибку, и через это понимание развивается (Виилма Л., 2004, 2007).

Заключение. Первой задачей психотерапии посттравматического стрессового расстройства является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию, а также развитие жизнеутверждающих аспектов отношений и бытия (Гоулер Я., 1997; Horowitz M.J., 1987).

После этого пациентов можно и нужно научить более оптимально справляться со стрессовыми ситуациями, страхами и агрессией, обвинением мира и самих себя. Особенно важно, чтобы они изменили понимание себя и проблем, с которыми столкнулись. Больные должны поверить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно, в том числе с помощью близких, принимая и оказывая помощь. Появившаяся у пациента вера и новое отношение к

проблемам формируют жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее: в результате механизмы, которые способствовали превращению негативных переживаний в болезнь, могут быть использованы для восстановления и развития здоровья.

ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ЛИШЕНИЮ ДЕЕСПОСОБНОСТИ У ЛИЦ С ПАРАНОИДНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

Архипова Т.В.

Независимая организация психологов и психиатров, Чита, Россия

В настоящее время отмечается отчётливая тенденция к расширению прав лиц с психическими расстройствами, связанная с изменившимися социально-экономическими условиями в обществе и обновлением правовой базы. В первую очередь это касается проблемы лишения дееспособности, поскольку данная правовая проблема неизбежно сопряжена с принудительным изменением правового статуса лиц, страдающих психическими расстройствами. Всё вышеизложенное определяет необходимость обеспечения максимальных гарантий и защиты прав и законных интересов больных, в отношении которых решается вопрос о лишении дееспособности. Законом установлено, что никто не может быть лишён дееспособности иначе как в порядке судебного разбирательства, сформулированном в Гражданском процессуальном кодексе.

В последние годы был принят ряд законодательных актов, направленных на оптимизацию процедуры лишения дееспособности для максимального соблюдения интересов и законных прав лиц с психическими расстройствами. В частности, в новом ГПК расширен круг лиц, которые могут обращаться в суд с заявлением о восстановлении дееспособности, в их число включены и больные, лишённые дееспособности. Постановлением Конституционного суда РФ от 27 февраля 2009 года определена необходимость присутствия в судебном заседании лица, в отношении которого решается вопрос о лишении дееспособности, что даёт ему дополнительно возможность сформулировать своё отношение к данной правовой ситуации.

Судебно-психиатрическая экспертиза дееспособности в гражданском процессе базируется на оценке совокупности клинических, структурно-динамических и социальных показателей (Харитонов Н.К., Королёва Е.В., 2009). Методология судебно-психиатрической экспертизы по определению недееспособности лица основана на оценке соотношения медицинского критерия недееспособности (психическое расстройство) с юридическим (способность понимать значение своих действий и руководить ими), с учётом вышеуказанных показателей. Трудности экспертных решений обусловлены различной степенью выраженности психических нарушений и волнообразным течением психических расстройств, усугубляющихся под влиянием экзогенных и психогенных факторов.

В качестве примера можно привести судебно-психиатрическую экспертизу, проведённую в отношении М., 1947 г.р., по гражданскому делу по заявлению её дочери о признании М. недееспособной. При проведении экспертного исследования дано заключение, что М. страдает психическим расстройством в форме органического

(шизофреноподобного) расстройства в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F 06.21 по МКБ-10).

Об этом свидетельствуют данные анамнеза о длительном кризовом течении гипертонической болезни, наличии возрастной сосудистой патологии (системного атеросклероза), явлениях хронической недостаточности мозгового кровообращения. Примерно с 2010 года на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой патологии у подэкспертной сформировались выраженные церебральные расстройства в виде головных болей, головокружений, общей слабости, утомляемости, нарушений сна, а также изменения в когнитивной сфере, проявляющиеся нарушениями внимания, памяти на текущие и прошлые события. В последующем присоединились аффективные колебания с преобладанием дистимического фона настроения, реакциями раздражительности, гневливости и формированием сверхценных концепций, неподдающихся коррекции, отражающих реальную психотравмирующую ситуацию, обусловленную конфликтными отношениями с родственниками.

Как показал анализ материалов гражданского дела, медицинской документации и результатов клинко-психопатологического исследования, на фоне усугубления субъективно значимой психотравмирующей ситуации, обусловленной конфликтными отношениями с членами семьи, течение заболевания характеризовалось усложнением клинической картины с присоединением примерно с 2015 года стойких аффективно насыщенных бредовых идей отношения, преследования, ущерба, ревности, сопровождавшихся расширением фабулы бреда, лёгкостью возникновения бредовых интерпретаций, направленных на конкретных лиц, с негибкостью поведенческих стереотипов, сопровождавшихся нарастанием нарушений мышления в виде обстоятельности, конкретности, непоследовательности, склонности к аффективно окрашенному рассуждательству.

Указанные психопатологические нарушения обусловили неправильное поведение М., снижение уровня социального функционирования в связи с нарушениями межличностных отношений и совершение преступлений, обусловленных бредовыми мотивами, определили необходимость помещения М. на стационарное лечение в психиатрическую больницу в недобровольном порядке. Однако в последующем на фоне продолжительного, более 6 месяцев лечения в условиях психиатрического стационара с применением современной психофармакотерапии в психическом состоянии М. отмечалась положительная динамика. Имевшиеся у неё аффективные и эмоционально-волевые расстройства сгладились, бредовые идеи отношения, ущерба, ревности частично дезактуализировались и не оказывали определяющего влияния на её деятельность, у неё упорядочилось поведение. При проведении экспертного обследования были выявлены нарушения мышления в виде обстоятельности, конкретности, непоследовательности со склонностью к патологическим интерпретациям, некоторая аффективная и эмоциональная неустойчивость, частично дезактуализированные идеи отношения, ущерба, обусловленные психогенной конфликтной ситуацией в семье. Вместе с тем когнитивные функции и мнестические процессы были относительно сохранены, не препятствовали ориентировке в практических вопросах, несмотря на отсутствие критической оценки бредовых переживаний.

М. формально понимала, что они расцениваются как проявление психического расстройства и была склонна к диссимуляции, критическая оценка сложившейся ситуации и прогностические способности не были грубо нарушены, она достаточно хорошо ориентировалась в социальных и правовых вопросах. С учётом вышеизложенного дано заключение, что по своему психическому состоянию М.

способна понимать значение своих действий и руководить ими, принимать участие в судебном заседании.

Другой иллюстрацией является судебно-психиатрическая экспертиза в отношении К., 1949 г.р. по гражданскому делу по заявлению жены последнего о признании его недееспособным. Дано заключение, что у К. имеются признаки смешанного расстройства личности (F 61.0. по МКБ 10).

В преморбиде – ряд личностных особенностей эпилептоидного и паранояльного типа (вспыльчивость, мнительность, подозрительность). В возрасте 35 лет впервые появились идеи ревности паранояльного уровня, которые оказались достаточно стойкими и индивидуально значимыми и после 10 лет (1994 г.) впервые привели к госпитализации подэкспертного в психиатрический стационар. На тот период времени они обуславливали его конфликтное поведение по отношению к членам семьи, потерю душевной связи с женой и детьми. На фоне лечения препаратами нейролептического действия отмечалась положительная динамика в психическом состоянии с дезактуализацией идей отношения, его неплохой социальной адаптацией в последующем (продолжал работать, сохранил семью).

В 2007 году наблюдалась очередная декомпенсация психопатологических расстройств, что потребовало длительной антипсихотической психофармакотерапии с последующей инвалидизацией подэкспертного, необходимостью постоянного наблюдения у психиатра и приёма поддерживающего лечения. В дальнейшем на фоне усугубления субъективно значимой психотравмирующей ситуации, обусловленной конфликтными отношениями подэкспертного с членами семьи, течение заболевания характеризовалось усложнением клинической картины с расширением фабулы бреда, присоединением идей отношения, ущерба, лёгкостью возникновения бредовых интерпретаций, направленных на конкретных лиц, негибкостью поведенческих стереотипов.

Указанные психопатологические расстройства в связи с нарушением межличностных отношений обусловили неправильное поведение подэкспертного и определили необходимость его госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке (2014 г.), где, однако, его поведение, несмотря на формально сохраняющиеся идеи отношения к родственникам, было упорядоченным, следовательно, они (идеи отношения) не оказывают определяющего влияния на психическую деятельность подэкспертного и уровень его социального функционирования.

Результаты клинко-психиатрического обследования, выявившего обстоятельность мышления со склонностью к патологическим интерпретациям, идеи отношения, ущерба, обусловленные конфликтной психогенной ситуацией в семье, ригидность суждений, завышенную самооценку, подтвердили вышеуказанный диагноз. Вместе с тем когнитивные функции и мнестические процессы подэкспертного были сохранены, что не препятствовало его ориентировке в практических вопросах. Несмотря на отсутствие критической оценки бредовых переживаний, критическая оценка сложившейся ситуации и прогностические способности были грубо не нарушены, подэкспертный достаточно хорошо ориентировался в социальных и правовых вопросах.

Дано заключение, что изменения психики К. выражены не столь значительно и не лишают его способности понимать значение своих действий и руководить ими. По психическому состоянию К. опасности не представляет, поэтому принимать участие в судебном заседании может.

Таким образом, экспертное заключение о способности подэкспертной (-ого) понимать значение своих действий и руководить ими является важнейшим фактором,

способствующим адекватному применению терапевтически реабилитационных мер, что повышает уровень социального функционирования психически больных.

В соответствии с экспертным заключением были сохранены гражданские, в том числе процессуальные права лиц, имеющих психическое расстройство, которое характеризуется меньшей тяжестью, компенсацией и нивелировкой актуальных в прошлом психопатологических переживаний. Тем самым законные права лиц с психическими расстройствами были защищены.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СИТУАЦИЯХ В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Архипова Т.В.

Независимая организация психологов и психиатров, Чита, Россия

В современных социально-правовых условиях отмечается тенденция к значительному увеличению числа судебно-психиатрических экспертиз в гражданском процессе (Мохонько А.Р., 2013). При этом характерно усложнение гражданских дел и тех вопросов, которые ставятся перед экспертами как в гражданских делах по определению делкоспособности, так и в делах по лишению лица дееспособности. Экспертная оценка психического состояния предусматривает анализ соотношения медицинского критерия (психическое расстройство) с юридическим критерием (способность понимать значение своих действий и руководить ими) при данных категориях гражданских дел.

Вместе с тем, как показывает практика, экспертное задание суда может быть значительно сложнее и включать в себя оценку психического состояния лица применительно к различным категориям гражданских дел, в частности, по определению делкоспособности и признанию лица недееспособным. Иногда в одном экспертном задании сформулированы вопросы о способности лица «понимать значение своих действий и руководить ими в настоящее время», а также способности участвовать в судебном заседании. С одной стороны, они входят в компетенцию экспертов, но с другой – относятся к разным категориям гражданских дел, и не должны быть заданы в одном определении суда, так как это нарушает права лиц с психическими расстройствами и возможность их обращения за правовой защитой в суд. В первую очередь следует отметить принципиальные правовые отличия категорий недееспособности и недеделкоспособности. Признание лица недееспособным может быть осуществлено только в порядке особого производства, поскольку влечёт за собой изменение правового статуса гражданина. Иск о признании сделки недействительной в связи с тем, что в период её заключения гражданин находился в таком состоянии, которое лишало его способности понимать значение своих действий и руководить ими, не влечёт ограничения прав этого гражданина.

Экспертная оценка психического состояния лица, участвующего в гражданском процессе, требует дифференцированного подхода в зависимости от реализуемых правовых проблем, при этом экспертные оценки по различным юридическим ситуациям не всегда совпадают. Например, при судебно-психиатрической экспертизе лица в связи с лишением дееспособности необходимо ответить ещё на один важный

вопрос о возможности присутствия этого лица в суде. Ответ на правовой вопрос о наличии психического расстройства, которое лишает способности понимать значение своих действий и руководить ими (ст. 29 ГК РФ), далеко не всегда совпадает с решением о невозможности присутствия в суде, так как в последнем случае оценивается не только тяжесть психических нарушений, но и опасность этого лица как для жизни и здоровья самого гражданина, так и для жизни и здоровья окружающих (ст. 284 ГПК РФ).

Другой важный правовой вопрос о возможности лица принимать участие в судебном заседании, а также обращаться в суд с иском заявлением о признании сделки недействительной также имеет свою специфику. В соответствии со ст. 37 ГПК РФ гражданская процессуальная дееспособность представляет собой способность своими действиями осуществлять процессуальные права, выполнять процессуальные обязанности, поручать ведение дела в суде представителю и принадлежит в полном объеме гражданам, достигшим возраста восемнадцати лет. Таким образом, гражданская процессуальная дееспособность определяет способность гражданина лично совершать процессуальные действия, то есть своими действиями осуществлять свои права и поручать ведение дела представителю, самому предъявлять иск, заявлять ходатайства в процессе, доказывать, заключать мировое соглашение и т.д. Ограничение в гражданской процессуальной дееспособности, согласно ст. 37 ГПК РФ касается только лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными. В отношении лиц с психическими расстройствами в законе каких-либо ограничений их гражданской процессуальной дееспособности не предусмотрено. Можно лишь отметить, что в соответствии со ст. 284 ГПК РФ при решении вопроса о признании гражданина недееспособным предусмотрено определение опасности присутствия данного гражданина в суде, что требует рассмотрения этого дела с его участием, в том числе в больнице, интернате и т.д.

Примером дифференцированного подхода к экспертной оценке может служить судебно-психиатрическая экспертиза в отношении И., 1977 г.р., в гражданском деле по иску к Е. о признании договора дарения квартиры недействительным. На разрешение экспертов были поставлены вопросы о том, страдал ли И. по состоянию на 23.09.2008 г. (дата подписания договора дарения квартиры) и в настоящее время каким-либо психическим заболеванием? Если да, то каким именно и с какого времени? Мог ли И. понимать значение своих действий и руководить ими, а также может ли в настоящее время? Может ли И. по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, давать о них правильные показания? Может ли И. по своему психическому состоянию участвовать в настоящее время в судебном заседании? Нуждается ли И. в установлении над ним опеки?

Дано заключение, что И. страдает шизоаффективным расстройством смешанного типа (F 25.2 по МКБ-10), о чём свидетельствуют данные анамнеза о появлении у него с 2007 года на фоне преморбидных личностных особенностей (зависимость, замкнутость, сензитивность) аффективных расстройств, при этом сниженное настроение сменялось приподнятым с идеями переоценки собственной личности и сопровождалось идеаторным (ускорение темпа мышления, многоречивость, неустойчивость внимания, повышенная общительность, разговорчивость) и моторным возбуждением (повышенная активность при сниженной продуктивности деятельности). Также имели место отрывочные бредовые идеи ревности, преследования, нарушения сна за счёт сокращения продолжительности и уменьшения потребности в нём, расстройства поведения в виде необдуманной траты денег, расторможенность влечений. После проведённого лечения препаратами психотропного действия отмечалась неполная ремиссия указанного психического расстройства, о чём

свидетельствуют сохраняющиеся аффективные (неустойчивость настроения, раздражительность), идеаторные нарушения (ускорение темпа мышления и речи), выявленные при осмотре психиатром в июле 2008 г. разноплановость мышления и нарушения сна, сниженный уровень трудовой адаптации с нарушением работоспособности. Дальнейшее течение заболевания характеризовалось чередованием эпизодов депрессии, сопровождавшихся адинамией, падением энергетического потенциала, побуждений к деятельности и эпизодов мании с неадекватно приподнятым настроением, легко возникающей гневливостью, повышенной раздражительностью, психопатоподобными нарушениями, что обусловило агрессивное поведение подэкспертного. Данное диагностическое заключение подтверждается результатами настоящего клинико-психопатологического обследования, выявившего аффективные расстройства (неустойчивость, повышенное настроение с гневливостью), нарушения мышления (ускорение его темпа, нецеленаправленность, непоследовательность), волевые расстройства (отсутствие мотивации на результат экспертизы, трудности организации целенаправленной, упорядоченной деятельности) при нарушении критики к своему состоянию и сложившейся ситуации.

Как показал анализ материалов гражданского дела, медицинской документации в сопоставлении с результатами настоящего обследования в экспертно и юридически значимый период времени (при подписании договора дарения квартиры 23.09.2009 г.) И. страдал вышеуказанным расстройством, которое обусловило нарушение адекватной смысловой оценки ситуации, способности правильно оценивать свои действия и их правовые последствия, ситуативность принятия решения, а также нарушения регуляции поведения и свободного волеизъявления. Поэтому И. во время подписания договора дарения 23.09.2009 г. не мог понимать значение своих действий и руководить ими.

Ответ на вопрос о способности И. понимать значение своих действий и руководить ими в настоящее время не входит в компетенцию настоящей судебно-психиатрической комиссии, поскольку решается в рамках особого судопроизводства по признанию гражданина недееспособным. Как не лишённый дееспособности И. в полной мере обладает гражданской процессуальной дееспособностью, что предусматривает его возможность обращения в суд в установленном законом порядке, участие в судебных заседаниях, в том числе и через законного представителя.

Вопрос о способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания, относится к потерпевшему по уголовному делу, истец не даёт показаний, он даёт объяснения в суде. Последний вопрос об участии в суде затрагивает гражданскую процессуальную дееспособность, которая согласно ст. 37 ГПК РФ может быть ограничена только правовым статусом больного, а именно, его недееспособностью. В законе нет указаний, что психическое расстройство гражданина, который не лишён дееспособности, может ограничивать его права на судебную защиту. Нередко суды при рассмотрении дел о лишении гражданина дееспособности задают вопросы относительно назначения опеки. Однако следует отметить, что этот вопрос сопряжён с признанием гражданина недееспособным, не входит в компетенцию судебно-психиатрической экспертизы, является прерогативой суда.

Таким образом, чтобы не нарушать права лиц с психическими расстройствами, при производстве судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе необходимо учитывать категорию гражданского дела и при ответах на вопросы суда отталкиваться от сути исковых требований, не пытаясь в рамках одного экспертного исследования решать вопросы сделко- и дееспособности.

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ахмедова С.С.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В настоящее время возрастает актуальность психологической службы в связи внедрением новых методов лечения и реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами. В ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (далее – ГУЗ КНД) наряду со стационарной реабилитацией осуществляется и амбулаторная реабилитация пациентов на базе диспансерного отделения. Для комплексного подхода к медицинскому, психотерапевтическому, психологическому воздействию на зависимого пациента врач психиатр-нарколог привлекает специалистов реабилитационного звена: врача психотерапевта, психолога, специалиста по социальной работе, социального работника.

Цель медицинской реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами – отказ от психоактивных веществ, восстановление физического и психического здоровья, формирование адекватного личностного и социального статуса. Основная задача медицинской реабилитации заключается в подготовке пациента, который отказался от употребления психоактивных веществ, к другой, новой для него трезвой жизни. В программы амбулаторной медицинской реабилитации включаются следующие контингенты:

- пациенты, прошедшие лечение в стационаре, изъявившие желание пройти реабилитационную программу в амбулаторных условиях;
- лица, освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационной программе;
- лица, направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию;
- лица, направленные комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Амбулаторная реабилитация пациентов в ГУЗ КНД проводится в течение 3-6 месяцев. Частота посещений колеблется от 1 до 3 раз в месяц. В 2016 году 1100 пациентов с наркологическими расстройствами были включены в амбулаторные программы реабилитации, что составило 15,1% от общего числа пациентов (РФ 2015 г. – 3,5%). Успешно завершили реабилитационную программу 58,9% от числа включенных (РФ 2015 г. – 52,0%).

Роль психолога в амбулаторной реабилитации важна на каждом этапе реабилитационного процесса. Психологом оценивается психоэмоциональное состояние пациента, проводится первичное индивидуальное консультирование с целью выявления дезадаптирующих факторов, паттернов поведения, психологических ресурсов для преодоления проблем. Затем составляется индивидуальный план психологической работы с пациентом с учетом специфики диагноза, особенностей личности и актуального психологического состояния, имеющихся семейных проблем.

Индивидуальное психологическое консультирование и психокоррекция проводятся от 2 до 18 раз за период прохождения реабилитации. Далее психологическая помощь оказывается в разных форматах – это психологическое консультирование индивидуальное и семейное, психокоррекция индивидуальная и групповая, групповые профилактические занятия в виде лекций, обсуждений, а также тренинговые групповые занятия.

На заключительном этапе реабилитационной программы психологом

оценивается динамика психоэмоционального состояния, изменения в семейных взаимоотношениях, в социальном отношении (наличие работы, планов для профессиональной самореализации, учебной деятельности), удовлетворенность самого пациента реабилитационной программой. Пациент, созависимые (если проводилась психологическая работа с ними), врач психиатр-нарколог получают соответствующие рекомендации от психолога.

Таким образом, роль психолога в программе амбулаторной реабилитации пациентов в ГУЗ КНД важна для каждого участника реабилитационного процесса и в настоящее время становится более востребованной.

РОЛЬ СЕМЬИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФОНА В РАЗВИТИИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Согласно данным российских психиатров (Минухин С., 2014; Москвичева Н.Л., 2015), семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного и суицидального поведения. По оценкам зарубежных исследователей (Rosenberg O., 2013), риск формирования нехимических зависимостей имеет около 10% популяции. В связи с ростом научного прогресса и более обширного влияния информационных технологий на современное общество возникает проблема предупреждения отрицательных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения – детей и подростков, у которых уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением (Пережогин Л.О., 2015). Создатели кибер-игр в погоне за прибылью не учитывают всей опасности сложившейся ситуации, разрабатывая всё более усложненные и рискованные варианты компьютерных программ, приводящих к массовой дезадаптации кибергеймеров (Малыгин В.Л., 2016).

Цель исследования: изучение влияния семейных взаимоотношений на формирование Интернет-аддикции у детей и подростков для оптимизации психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования. Было обследовано 68 посетителей Интернет-клубов и Интернет-кафе в возрасте от 10 до 16 лет. Сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами разработана специальная анкета, содержащая перечень психологических тестов для выявления факторов риска формирования Интернет-аддикции. С целью диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» (Олсон Д., Портнер Д.), для определения эмоционального статуса использовалась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, для выявления типологических особенностей личности подростков применялся тест Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования обнаружено, что существует взаимосвязь между определенными параметрами семейных взаимоотношений и склонностью к Интернет-аддиктивному поведению. Большинство

обследованных детей и подростков были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Основную массу опрошенных (90%) составили мальчики. 60% опрошенных увлеклись компьютерными играми в возрасте 9-12 лет, 25% опрошенных – в 14-15 лет, и лишь 15% подростков начали играть в компьютерные игры в возрасте 16 лет. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Среди них 15% росли в неполной семье, 25% – в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей (одного из родителей) или отягощенность психической патологией, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения.

Анализ полученных данных установил, что 26% подростков были склонны к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировались в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями.

По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено, что большинство семей отличались неправильным экстремальным типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. При таком типе в семейных отношениях отсутствуют четкие правила, в частности, семья лишена каких-либо правил. Каждый получает полную свободу без обязательств перед остальными членами семьи. В связи с этим усиливается попустительство со стороны родителя, воспринимаемое индивидом в детстве как данность, который, будучи взрослым, транслирует точно такое же поведение в собственной семье, повторяя и копируя модели поведения родителей.

При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишённой ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по шизоидному и неустойчивому типу. Эти уровни свидетельствуют о наличии кризиса в семейной структуре. В результате импульсивного поведения родителя у ребёнка могут блокироваться положительные эмоции, вследствие чего потребность в хорошем настроении вызывается искусственным путем, в частности посредством формирования компьютерной игровой зависимости, которая обладает аддиктивным потенциалом и усиливает выработку серотонина в головном мозге. Кроме того, таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции.

Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS, субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48% опрошенных лиц. У 9,5% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина установлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными, полученными при тестировании по шкале HADS.

При исследовании личностных особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных установлено: демонстративный тип личности у 6 подростков (9%), застревающий тип личности – у 20 подростков (30%), шизоидный тип – в 56% случаев (38 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 4 подростков (5%).

Заключение. Проведённое исследование влияния семейных взаимоотношений на особенности развития Интернет-зависимого поведения установило, что на формирование Интернет-аддикции важная роль принадлежит воспитательному значению семьи. Из психологических факторов выявлена склонность к Интернет-аддикции подростков с застревающими и шизоидными чертами характера, у которых отмечается высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии. Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо проводить психопрофилактические мероприятия с родителями подростков, психокоррекционную работу с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТА И МЫШЛЕНИЯ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ИКАРА

Бадалов А.А., Бровкина С.Н.

Республиканский центр психического здоровья, Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. «Синдром Икара» – термин, введенный в 1978 году Н. Виклундом, и обозначающий лиц, обладающих такими характеристиками как: высокая амбициозность, стремление к достижениям и творческая активность, в случае наличия у них сновидений с полетами, «очарования огнем», и энуреза (Критская В.П. и др., 1991). Последние два признака, вместе с нарциссизмом и стремлением к бессмертию, включались Г.А. Мюрреем в состав т.н. «комплекса Икара», выделенного им в 1938 году. В 1975 году Ц.П. Короленко совместно с В.Ю. Завьяловым описали подобные признаки в составе «височного» и некоторых других расстройств личности (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2010).

В наших предыдущих работах мы также описывали некоторые клинические и нейрофизиологические особенности лиц, имеющих синдром Икара, и указывали на необходимость рассмотрения данного состояния как особой, «смешанной» формы психопатологического диатеза (Бадалов А.А., Бровкина С.Н., 2016). Последний аспект является, несомненно, очень важным, так как в настоящее время существует тенденция

описания психических расстройств в рамках наиболее перспективной с современной точки зрения биопсихосоциальной парадигмы. Поэтому следует пристально рассматривать именно пограничную патологию, в том числе латентные психопатологические состояния, способные в любой момент перейти в манифестную форму психического заболевания (Коцюбинский А.П. и др., 2013).

Очень перспективными на настоящий момент являются разработки, предлагаемые специалистами в области нейропсихологии, указывающие на частую дисфункцию в случае проявления психопатологического диатеза такой структуры, как «фронтоталамопариетальный комплекс», включающий в себя лобные доли, таламус и теменно-височно-затылочные зоны полушарий головного мозга (Корсакова Н.К., Плужников И.В., 2012). Однако необходимо отметить, что в большинстве имеющихся в литературе описаний нарушения работы «фронтоталамопариетального комплекса», отмечается частое наличие при этой дисфункции проявлений когнитивного дефицита. Подобные данные сложно сопоставить с указанными Н. Виклундом «высокой творческой активностью» и «стремлением к достижениям», что и определяет необходимость более подробного изучения когнитивных функций у лиц с синдромом Икара, как одной из форм психопатологического диатеза.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности основных когнитивных функций (внимание, память, интеллект, мышление) у лиц с синдромом Икара.
2. Сформулировать гипотезу, способную объяснить выявленные особенности когнитивных функций с психофизиологической точки зрения.

Материал и методы исследования. Всего были обследованы 2732 респондента в возрасте от 15 до 60 лет, 1224 из которых – пациенты Республиканского Центра психического здоровья с различными диагнозами, у которых обследование проводилось в период достижения ремиссии или перехода в реконвалесценцию (клиническая группа); 1508 – студенты 1-5 курсов Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской государственной медицинской академии, при этом синдром Икара у них был представлен без коморбидной патологии (студенческая группа).

Всего было отобрано 88 человек с синдромом Икара, из них – 60 мужчин и 28 женщин. В клинической группе было отобрано 33 человека с синдромом Икара, в студенческой – 55 человек. Для патопсихологического обследования была использована стандартная батарея методик, введенная профессором В.В. Соложенкиным, из которой для исследования указанных когнитивных функций были использованы следующие: «Отыскивание чисел», «Заучивание 10 слов», тест стандартных прогрессивных матриц Равена, «Классификация предметов» и «Исключение предметов».

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным результатам, показатели функций памяти и внимания у всех респондентов соответствовали нормативным значениям, описанным для использованных методик. Патологические изменения памяти и внимания выявлялись у обследованных только в период перехода диатеза в манифестное психопатологическое состояние.

При исследовании уровня интеллекта с помощью прогрессивных матриц Равена и дальнейшего перевода полученных показателей в стандартные IQ-баллы было выявлено, что ни один обследованный не несет признаков интеллектуального дефицита, более того, только 27% обследуемых (24 человека) имеют интеллект, характеризующийся как «средний» (IQ в пределах 90-110 баллов). 38,5% обследованных (34 человека) имеют показатели интеллекта, соответствующие IQ в промежутке 110-120 баллов, оцениваемые как «незаурядный, выше среднего»

интеллект, что в 2 раза превышает средние показатели встречаемости подобного уровня интеллекта в популяции (Дружинин В.Н., 1999). Оставшиеся 34,5% обследованных (30 человек) имеют показатели IQ выше 120 баллов, что расценивается как «высокий интеллект», и в 3,5 раза превышает средние показатели встречаемости в популяции.

При этом не было выявлено достоверных отличий в уровне интеллекта между клинической и студенческой выборками, что доказывает: столь частое наличие более высокого, чем «средний», уровня интеллекта у лиц с синдромом Икара, отнюдь не является случайностью. Мы можем с уверенностью утверждать, что среди лиц мужского пола синдром Икара встречается чаще, однако различий между показателями уровня интеллекта в группах, полученных разделением по половому признаку, также не было найдено.

При исследовании особенностей мышления лиц с синдромом Икара было обнаружено искажение процесса обобщения, проявляющееся в возникновении очень большого числа ассоциаций, но ассоциаций ненаправленных, случайных, а главное, отражающих лишь чрезвычайно общие связи, что обозначается обычно как «полисемантическая активизация латентных признаков» (Критская В.П. и др., 1991). Данная особенность мышления лиц с синдромом Икара указывает на слабость у них интегративных процессов, что, однако, протекает не на фоне когнитивного дефицита, а на фоне «диссоциированности» когнитивных функций, описанной в составе некоторых форм психопатологического диатеза (Коцюбинский А.П. и др., 2013).

Используя данные, полученные нами в процессе исследования нейрофизиологических особенностей синдрома Икара, мы вправе предполагать, что подобного рода особенности являются следствием нарушения процессов интеграции, связанной с дисфункцией не всей системы «фронтоталамопариетального комплекса», а только ассоциативных ее отделов (таламофронтальных и, особенно, таламопариетальных). Подобный взгляд имеет право на жизнь еще и с точки зрения совпадения с полученными данными описанных ранее личностных особенностей лиц с синдромом Икара, основной из которых является «диффузная идентичность» (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2010), также связанная с нарушением процессов интегративного синтеза. Полученные данные предопределяют необходимость более подробного нейрофизиологического исследования функционирования указанных областей, что и является приоритетным направлением дальнейших научных разработок в данной сфере.

Выводы:

1. Лица с синдромом Икара не несут никаких признаков нарушений памяти и внимания в периоды отсутствия у них манифестной психической патологии, проявляющейся как декомпенсация имеющегося у них психопатологического диатеза. Уровень интеллекта у лиц с синдромом Икара в основном превышает показатели средние по популяции. Оба указанных признака доказывают отсутствие у лиц с синдромом Икара нейрокогнитивного дефицита. Основной особенностью мышления лиц с синдромом Икара является активизация латентных признаков предметов, изменяющая направление протекания основных операций мышления в сторону их избыточности и недостаточной интегративности, обусловленной слабостью ассоциативных процессов.

2. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что особенности основных когнитивных функций лиц с синдромом Икара являются следствием нарушения преимущественно процессов интеграции, что приводит не к «дефициту» их, а «диссоциированности» функционирования, связанной, по всей видимости, с нарушением работы ассоциативных систем головного мозга.

КСЕНОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ ПРИ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ

Барышева О.В., Краузе Л.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Ксенонотерапия – современный метод лечения многих психических расстройств, расстройств сна и зависимостей. Базируется он на инертном газе ксеноне, который и дал название данному виду терапии. Медицинский ксенон – это ингаляционное лекарственное средство, обладающее уникальными фармакологическими и физико-химическими свойствами. Этот газ безопасен, гипоаллергенен, нетоксичен, не оказывает вредного воздействия на нервную систему и другие ткани организма, а потому не имеет противопоказаний. Препарат не вызывает привыкания и может применяться в течение длительного времени. Ограничений по возрасту также нет.

При этом трудно переоценить терапевтическую пользу ксенона. При его применении в виде ингаляций (в смеси с кислородом) быстро наступает лечебный эффект. Ксенон можно сочетать со многими фармакологическими препаратами, при этом ингаляции позволяют снижать дозы назначенных пациенту медикаментозных препаратов. Благодаря ксенонотерапии у пациентов нормализуется сон, снижаются болевые синдромы, повышается работоспособность и жизненный тонус. Физико-химические свойства ксенона позволяют говорить о влиянии этого газа на бензодиазепиновые, серотониновые и гистаминовые рецепторы, что определяет широту фармакокинетического воздействия ксенона. Известно, что нарушение NMDA-рецепторной системы, использующей в качестве посредников глутамат и аспартат, лежит в основе развития синдрома зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и многочисленных проявлений абстинентного синдрома, в том числе и при алкоголизме.

Повторное употребление алкоголя приводит к гиперактивности NMDA-рецепторов, и как следствие происходят рост толерантности и формирование синдрома зависимости. Ксенон, блокируя NMDA-рецепторы, предотвращает разрушение клеток. Клинически это проявляется в преодолении синдромов абстиненции: прекращении тяги к алкоголю или наркотику, улучшении сна и настроения, а также восстановлении интеллектуальных возможностей. Нейропротекторные возможности ксенона нашли широкое применение в наркологической практике и это один из перспективных способов терапии различных видов зависимости.

В отделении № 1 ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» за период с января 2015 года по апрель 2017 года на аппарате «КсеМед» было проведено 89 процедур ксенонотерапии пациентам с явлениями абстиненции (алкогольной и наркотической). Процедура сочеталась с медикаментозной терапией, включающей в себя: дезинтоксикацию (солевые растворы, физиологический раствор и др.), дегидратацию, транквилизаторы, витаминотерапия (группы В1, В6), иногда применялись сосудистые препараты, гепатопротекторы, антиоксиданты, нейрометаболиты. Общий курс процедур составил от 1 до 12 на человека, средняя концентрация ксенона во вдыхаемой смеси составила 34,7%, среднее время процедуры составило – 27,8 минут.

Уже на первой стадии парестезий после нескольких глубоких вдохов кислородно-ксеноновой смеси средняя концентрация ксенона составила от 15-20%. У пациентов возникало чувство расслабления, легкого головокружения, сознание при этом не изменялось. Кожные покровы оставались сухими, теплыми, дыхание и АД, пульс без изменений. В дальнейшем, при продолжении ингаляции кислородно-ксеноновой смеси, наступала вторая стадия – стадия релаксации и эйфории. При

концентрации ксенона свыше 22-25% у пациентов возникало чувство релаксации и эйфории: повышалось настроение, возникало чувство насыщения, удовлетворенности. Сознание оставалось ясным, наблюдалась гиперемия кожных покровов, возникало чувство потливости. При концентрации ксенона до 30-35% у пациентов при сохранном сознании наступала третья стадия – стадия вегетативных изменений: помимо усиления вышеперечисленных проявлений добавлялась выраженная вегетативная симптоматика (обильное потоотделение, гиперемия кожных покровов). У некоторых пациентов наблюдалась повышение двигательной активности, которая проявлялась в движениях рук, поглаживанием живота, груди. При дальнейшем расспросе они характеризовали свои действия следующим: чувство возбуждения, «бабочки в животе», чувство прилива – «теплая волна накатила, хотелось танцевать, объять мир руками».

При концентрации ксенона свыше 35% в четвертой стадии, помимо выраженной вегетативной симптоматики, у пациентов наблюдалось урежение частоты и увеличение глубины вдоха, на лице наблюдалась широкая улыбка, а у некоторых пациентов наблюдался кратковременный сон.

После проведенного курса комплексной терапии с использованием ингаляций ксенона у всех пациентов отмечалась редукция соматовегетативных расстройств и положительная динамика в выраженности психопатологических симптомов. Наиболее отчетливо реагировали на это лечение диссомнические расстройства: трудности засыпания, пробуждения среди ночи, ранние пробуждения. У всех пациентов уже после первого сеанса ингаляции ксенона отмечалось улучшение засыпания и продолжительности ночного сна. Обрывая абстинентную симптоматику у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя на ранних этапах, ксенон способствовал быстрейшему восстановлению идеаторных расстройств (память, внимание, подвижность мышления и др.), наблюдалась быстрая редукция патологического влечения к алкоголю, астенических и эмоциональных нарушений в постабстинентном состоянии. Пациенты отмечали значительное улучшение общего самочувствия, а в сочетании с вышеуказанной медикаментозной терапией требовалось значительное уменьшение и лекарственных психотропных препаратов. Следовательно, ксенон без каких-либо побочных осложнений способен положительно влиять на иммунную систему человека, заставляя его организм использовать свои внутренние резервы для быстрого восстановления.

Таким образом, известные фармакокинетические свойства ксенона, знания о патогенезе алкогольного и наркотического абстинентного синдрома, а также накопленный опыт успешного практического применения позволяет эффективно использовать ксенон при интенсивной терапии абстинентного синдрома в наркологии.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВРАЧЕЙ- ПСИХИАТРОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Бодагова Е.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Профессия врача, бесспорно, всегда обладала огромной социальной важностью, однако, требования к врачам со стороны общества постоянно растут, как к уровню качества оказываемой профессиональной помощи, так и непосредственно к личности

врача. Все более жесткой становится регламентация деятельности врачей и все возрастающая ответственность, а продолжающиеся реформы в здравоохранении и заметное снижение жизненного уровня медицинских работников при этом негативно влияют на их здоровье, профессиональную заболеваемость и качество жизни в целом.

Целью настоящего исследования было изучение состояния психического здоровья врачей-психиатров лечебных учреждений Забайкальского края.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 383 врача городских и краевых стационаров города Читы, среди них 65,8 % женщин (252) и 34,2 % мужчин (131) в возрасте от 23 до 70 лет. По профилю все врачи были разделены на группы: врачи терапевтического профиля – 83 человека (21,7 %), психиатры (включая психиатров-наркологов) – 80 человек (20,9 %), акушеры-гинекологи – 67 человек (17,5 %), врачи хирургического профиля – 67 человек (17,5 %), врачи скорой медицинской помощи – 53 человека (13,8 %), онкологи – 33 человека (8,6 %).

Распространенность невротических расстройств у врачей определялась с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. С целью диагностики «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ) был использован опросник В.В. Бойко. Для установления алкогольных проблем использовалась анкета-опросник, разработанная Л.Т. Морозовым. Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) использовались критерии МКБ-10. Контролем были внутригрупповые соотношения, где врачи разных специализаций сравнивались между собой.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась при помощи стандартной программы «Statistica 6.0 for Windows» с применением непараметрического критерия – хи-квадрат Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждение. Результаты анализа распространенности невротических расстройств у врачей с помощью клинического опросника Яхина-Менделевича показали достаточно высокую распространенность у респондентов различных симптомов невротического регистра: из 383 обследованных врачей лишь у 35,5% (n=136) не было выявлено признаков данных нарушений, тогда как у остальных 64,5% (n =247) имелись либо уже сформированные невротические расстройства, либо предболезненные состояния.

Что касается врачей-психиатров, то среди них невротические расстройства были выявлены у 40,0% (n=32). При этом депрессивные расстройства встречались в 35,0% случаев, вегетативные нарушения – в 21,3%, расстройства истерического регистра – в 20,0%, тревожные – в 16,3%, астенические и обсессивно-фобические нарушения в 15,0% и 13,7% случаев соответственно.

Согласно опроснику диагностики синдрома «эмоционального выгорания» В.В. Бойко, различные признаки СЭВ были отмечены у обследованных нами врачей. Так, эмоциональное выгорание было выявлено у 67,6% (n=259) обследованных врачей. При этом у 10,5% (n=40) врачей фазы синдрома находятся на стадии формирования. У 21,9% (n=84) респондентов не было отмечено признаков эмоционального выгорания, т.е. это были здоровые врачи, пока еще не подверженные профессиональной деформации.

У врачей-психиатров синдром эмоционального выгорания был выявлен в 41,3% случаев (n=33). Показатель фазы напряжения составил 16,3% и достоверно превысил этот показатель у врачей хирургического профиля – 4,5% (p=0,02). Показатель фазы резистенции составил 38,7%, фаза истощения была выявлена у 15,0% и также превышала фазу истощения врачей хирургического профиля – 4,5% (p=0,03).

Согласно данным опросника Спилбергера-Ханина показатели распространенности тревожности были следующими: высокий уровень реактивной

тревожности был выявлен у 3,7% психиатров, тогда как высокий уровень личностной тревожности – у 38,7% врачей-психиатров.

При обследовании врачей наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 10,6% случаев. Употребление алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) было выявлено у 8,0% (n=31) врачей, синдром зависимости от алкоголя (F 10.2) – у 2,6% (n=10), в свою очередь, врачей, не имеющих алкогольной патологии, было 89,4%.

При этом алкогольные расстройства были диагностированы у 5,0% психиатров: синдром зависимости от алкоголя выявлен в 1,3% (n=1) случаев, а употребление алкоголя с вредными последствиями – в 3,7% (n=3) случаев, не злоупотребляющие составили 95,0% (n=76). Помимо злоупотребления спиртными напитками, у врачей были отмечены и другие варианты аддиктивного поведения. Табакокурение встречалось в 31,2% случаев (n=25), переедание – в 26,3% (n=21) и чрезмерное употребление кофеина – в 18,7% случаев (n=15). Сравнение показателей распространенности аддиктивного поведения среди врачей, имеющих различную специализацию, показало, что табакокурение преобладало у врачей-психиатров, чем у тех же врачей терапевтического профиля – 18,0% (p=0,04).

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что практически каждый третий врач-психиатр имеет симптомы невротического расстройства (40,0%), сформированный синдром эмоционального выгорания с превалирующей стадией резистенции (41,3%) или же высокий уровень личностной тревожности (38,7%).

РОЛЬ ОРГАНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ АСОЦИАЛЬНОЙ ЛИЧНОСТИ

Бондаренко А.В., Воложанина О.В., Вицкая И.Н., Милюков А.Ю., Гусев А.Ю.
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Анализируя сплошной поток проходящих судебно-психиатрических экспертиз, нельзя не отметить роль органического фактора, который оказывает непосредственное значение в формировании личности лиц, совершивших противоправные деяния. И количество подэкспертных, которым, по совокупности медицинских сведений, выставляется диагноз органического личностного расстройства, только увеличивается.

Формирование органически неполноценного фона происходит еще до рождения, поэтому для определения возможных предрасположений оценивается наследственность со стороны прямых родственников, в особенности родителей, а также заболевания матери в период беременности, её образ жизни. И нередко выясняется, что будущий правонарушитель родился в семье злоупотребляющих алкоголем родителей, имел определенное отставание в раннем психофизическом развитии вследствие самых разнообразных фетопатий. Это обуславливает повышенную уязвимость ребёнка к воздействию факторов социальной среды, а это, как правило, среда неблагополучная. Воспитание в условиях семейной нестабильности либо неполной семьи, гипоопека, отсутствие родительского контроля за поведением, наглядная демонстрация асоциального образа жизни прививают подэкспертному вполне конкретную модель поведения.

Кроме того, проявления отягощённого органического фона в виде жалоб церебрастенического характера, невротические проявления, причиняющие беспокойство остаются в социально неблагополучных семьях без должного внимания и, соответственно, без лечения. Повышенная утомляемость, неусидчивость, раздражительность, недостаточное развитие эмоционально-волевой сферы приводят к сложностям в усвоении школьного материала, трудностям в обучении и, с течением времени, трансформируются в такие личностные качества, как лень, праздность, нежелание обеспечивать себя систематическим трудом, безответственность, лживость и изворотливость. Изначально невысокие задатки интеллекта при этом не развиваются и обуславливают легковесность, легкомысленность и поверхностность в суждениях, недалёковидность в умозаключениях. Таким личностям свойственно жить, не задумываясь о последствиях своих поступков, не заботясь о будущем и довольствоваться удовлетворением сиюминутных желаний и потребностей. Сниженность эмоционально-волевых качеств личности приводит к вовлекаемости в противоправные действия, которые, зачастую, приобретают привычный характер.

Отдельно следует выделить контингент подэкспертных из числа воспитанников государственных социальных учреждений, детских домов-интернатов. С одной стороны, медицинское обслуживание в этих учреждениях осуществляется более систематически, в воспитании ребенка участвуют педагоги и психологи, и, тем не менее, воспитанники домов-интернатов стабильно составляют значительную часть от общего числа подэкспертных. Во время беседы при проведении экспертизы обращает на себя внимание выраженность иждивенческой позиции, которая нередко излагается с бравадой и убежденностью в правильности своих суждений. Привыкшие получать от государства материальное обеспечение, различные льготы и не имеющие собственного представления о семейных ценностях, такие личности охотно вовлекаются в совершение криминальных поступков.

Описанные проявления относятся к так называемому, резидуальному отягощенному органическому фону, то есть это те факторы, с которыми личность живет изначально. Однако, помимо этого, существуют и приобретенные органические вредности, которые тоже приводят к личностным изменениям. Из наиболее часто встречающихся факторов можно отметить алкоголизацию, перенесенные черепно-мозговые травмы, злоупотребление другими психоактивными веществами, несколько реже встречаются изменения личности вследствие эпилепсии, нейроинфекций. Для таких личностей характерно снижение социального уровня жизни, интеллектуально-мнестическое и личностное снижение, развивающееся на фоне органических изменений головного мозга. Это личности более зрелого возраста, нередко повторно судимые. Отдельно следует коснуться и такого явления, как уголовная патопластика личности, которое можно наблюдать у многократно судимых подэкспертных, имеющих за плечами длительных стаж пребывания в местах лишения свободы. Криминальный образ жизни, уголовно ориентированная модель поведения становятся привычными и правонарушения носят уже стереотипный характер.

Следует оговориться, что формирование асоциальной, криминально ориентированной личности на органически неполноценной почве – процесс постепенный, в котором принимает участие социальное окружение, воспитание, так как сами по себе признаки общеорганической недостаточности редко приводят к дисгармонии личностного развития либо к деформации уже сформированного индивидуума.

Для выявления первичной органической причины расстройства личности необходимо детально и максимально подробно собирать анамнез жизни подэкспертного. При этом одну из наиболее значительных ролей в этом играет

медицинская документация, содержащая сведения о родах и беременности матери, сведения о раннем психофизическом развитии подэкспертного, о перенесенных в детстве заболеваниях, о наблюдении у профильных специалистов (невролог, психиатр). Формирование личностных особенностей можно оценить, анализируя педагогические характеристики с мест обучения, а также характеризующий материал с места жительства, работы, характеристики знакомых, соседей, родственников, при наличии судимостей – их частота и характер правонарушений. При достаточно подробном содержании этих документов можно оценить сформированность морально-этических, эмоционально-волевых, интеллектуально-мнестических качеств личности, что играет немаловажную роль в выставлении диагноза и вынесения экспертного заключения. Во время беседы сами подэкспертные зачастую предъявляют жалобы на периодически головокружения, общую слабость и повышенную утомляемость, метеочувствительность, плохую переносимость условий жары и духоты.

Анализируя личностную дисгармонию, органические причины при их выявлении традиционно выставляются на первое место, однако полное экспертное заключение всегда содержит в себе оценку роли социального воспитания, уровня социальной адаптации подэкспертного.

Таким образом, с учетом вышесказанного, роль органических причин в формировании личностного расстройства трудно переоценить, и комплексный подход в экспертной оценке психического состояния необходим для выставления обоснованного диагноза и заключения.

УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ И ПРЕСТУПНОСТЬ

Бондаренко А.В., Милюков А.Ю., Вицкая И.Н., Воложанина О.В., Гусев А.Ю.
Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского, Чита, Россия

Умственная отсталость довольно широко распространена и обнаруживается у 1-3% населения. Лицо, страдающее умственной отсталостью, легко подпадает под влияние криминальной среды из-за особенностей эмоционально-волевой сферы, а именно низких волевых качеств, внушаемости, низкого общеобразовательного и культурного уровня.

Так, по данным отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница имени В.Х. Кандинского», в 2016 году было проведено 277 экспертиз подозреваемым и обвиняемым, имеющим умственную отсталость, в том числе 10 несовершеннолетним. Из них не способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, было признано 32 подэкспертных (1 несовершеннолетний). Характер рекомендуемых медицинских мер лицам с умственной отсталостью: специализированный тип рекомендован 9 (28,1%), общий тип – 20 (62,5%), амбулаторное лечение и наблюдение у психиатра – 3 (9,4%).

Характер совершения общественно опасных деяний, лицами с умственной отсталостью: преступления против собственности (ст. 158-162 УК РФ) – 136 (49,1%), признанных невменяемыми – 8 (2,8%); преступления против общества и государственной безопасности (ст. 205, 206, 308, 222 УК РФ) – 3 (1,1%) и 1 (0,36%) признан невменяемым; преступления против жизни и здоровья (ст. 105, 106, 111, 112

УК РФ) – 35 (12,6%), невменяемых – 7 (2,62%); сексуальные преступления (ст. 131-135 УК РФ) – 13 (4,7%), невменяемый – 1 (0,36%); хулиганство, вандализм, угроза убийством, побои (ст. 213, 214, 119, 116 УК РФ) – 90 (32,5%), признано невменяемыми – 15 (5,4%).

При анализе работы отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы за 2016 год выявлено, что на первом месте по частоте встречаемости у лиц с умственной отсталостью наиболее распространены преступления против собственности, на втором месте – мошенничество, вандализм, угроза убийством, побои, на третьем месте – преступления против жизни и здоровья, на четвертом месте – преступления против общества и государственной безопасности.

Кражи, сексуальные преступления, хулиганство совершаются, как правило, в состоянии алкогольного опьянения. Поэтому профилактика злоупотребления алкогольными напитками является значимой в профилактике преступлений у лиц с умственной отсталостью.

При проведении экспертиз у несовершеннолетних, у которых была диагностирована умственная отсталость, были обнаружены такие индивидуально-психологические особенности, как поверхностность межличностных контактов, пониженная способность к установлению близких доверительных взаимоотношений с окружающими, слабая способность к сопереживанию. Их отличают чувствительность к внешним оценкам, обидчивость, склонность к фиксации и накоплению негативных переживаний, что сочетается с эмоциональной неустойчивостью, сниженной способностью к самоконтролю поведения, тенденцией к эмоциональному напряжению в виде реакций раздражения, аффективных вспышек. Отмечаются недостаточная сформированность навыков конструктивного разрешения субъективно сложных ситуаций. Криминальное поведение носит, как правило, непосредственный, ситуативный характер, отмечается неустойчивость личностной позиции. Существенное значение имеет также групповой фактор, актуализировавший подражательное поведение и мотив самоутверждения в группе. В ряде наблюдений отмечается формирование своего рода зависимости от подростковой асоциальной среды и криминальной субкультуры, где, как известно, приветствуются и поощряются алкоголизация, сексуальная распущенность, жестокость, насилие и гетероагрессия.

При экспертной оценке такого рода дизонтогенетических психических и поведенческих расстройств, выявляемых у испытуемых, совершивших преступления не «в одиночку», а в составе подростковой группы, исследуются не только личностно-органические характеристики, но также и социально-психологические параметры: специфика межличностного взаимодействия субъекта, его роль, лидерство, позиция в асоциальной среде, референтной группе.

Доминирование качеств лидера, активность в период совершения криминального действия, императивные указания ровесникам, оправдательная позиция в период расследования и судебно-следственного разбирательства по делу, как правило, косвенно указывают на достаточную психическую активность подэкспертного, его сохранность по волевым, критико-прогностическим, адаптивным характеристикам, что, наряду с церебральными изменениями, личностными расстройствами, учитывается при вынесении экспертных решений (особенно в случаях с психическим дизонтогенезом с многомерным сочетанием клинических характеристик и межсиндромальных форм). В других наблюдениях, при отсутствии качеств лидера, а напротив, склонности к замкнутости, ведомости в сторону более сильной личности, трудностях межличностного взаимодействия, актуализируется подражательное поведение и мотив самоутверждения в группе, что также способствовало совершению криминального деликта.

Таким образом, учёт личностного недоразвития и эмоционально-волевых расстройств в структуре личности, социально-психологических параметров (роль, позиция в референтной группе) является, наряду с проявлениями дефицитарности интеллектуальных функций, важнейшим показателем меры способности несовершеннолетних обвиняемых с умственной отсталостью к осознанию значения своих действий и руководству ими.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И МИКРОСОЦИАЛЬНОЙ ОБСТАНОВКИ НА СТРУКТУРУ ПРЕСТУПНОСТИ ЖЕНЩИН

Бондаренко А.В., Воложанина О.В., Вицкая И.Н., Милюков А.Ю.

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

Актуальность данного исследования обусловлена интенсивным ростом женской преступности в мире, несмотря на традиционно низкую криминальную активность женщин. Так, исследователи в США, начиная с 2000 годов, отмечают рост женщин, обвиняемых в тяжких преступлениях. Обобщенные данные по Европе также свидетельствуют о том, что за последние 20 лет доля женской преступности увеличилась на 400%.

По данным литературы, отличительной особенностью женской преступности является высокий уровень психических расстройств. При этом если для мужчин, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, более характерен криминальный анамнез, то для женщин наиболее вероятен психиатрический. Следует добавить, что психопатологическая симптоматика и психосоциальные факторы по-разному влияют на агрессивное поведение у мужчин и у женщин. Судебный профиль мужчин значительно отличается от профиля женщин. Так, женщины совершают криминальные действия реже, чем мужчины, начинают совершать преступления в более позднем возрасте, чаще под воздействием семейно-бытовых конфликтов, неблагоприятной ситуации в семье и раньше, чем мужчины, прекращают.

Они чаще имеют проблемы, связанные с жестоким сексуальным обращением в детстве, изнасилованием и домашним насилием. Также необходимо отметить значение специфических биологических периодов – беременности, родов, послеродового периода, климакса в генезе криминального поведения. Существует подтверждение связи поведенческих расстройств, включая импульсивное криминальное поведение, с менструальным циклом.

В данной работе исследовались социально-демографические характеристики подэкспертных женщин, их индивидуально-личностные особенности, степени психического здоровья и вменяемости, проведен анализ распространенности различных нозологических групп и анализ «постатейной» структуры деликта.

Объектом исследования послужили материалы 44 амбулаторных судебно-психиатрических (в том числе и комплексных психолого-психиатрических) экспертиз лиц женского пола, совершивших преступления на территории Забайкальского края. Все СПЭ составили сплошную выборку 2017 года.

Анализ актов СПЭ показал, что среди женщин, совершивших преступления насильственного характера преобладают лица с низким социальным статусом и низким

образовательным уровнем. Так, женщин с неполным средним образованием было 36,6%, со средним – 38,4%, со средне-специальным образованием – 20,5%, с высшим – всего 3 женщины, что составило 4,5%.

В анамнезе у таких женщин присутствовало длительное злоупотребление спиртными напитками (в 50% случаев), часто встречалась дополнительная экзогенная вредность в виде черепно-мозговой травмы (18,2%). Отсутствие постоянной работы зарегистрировано в 61,5% случаев, постоянного места жительства – в 56,8%. Дети были у 63,8% подэкспертных женщин.

При анализе обстановки совершения преступлений выявлено, что женщины совершают убийства в одиночку, как правило, непосредственно в жилище либо рядом с ним. По тем делам, где женщины в одиночку совершали убийство на прилегающей к жилищу территории, мотивом преступления была ответная реакция на противоправное поведение пострадавшего либо бытовая ссора. В половине случаев потерпевший первоначально избивал преступницу, либо угрожал тем орудием, которым, впоследствии, было совершено убийство.

Главным образом агрессивное поведение проявлялось в межличностных отношениях с лицами ближайшего окружения (агрессия была направлена на членов семьи). В 35% случаев в качестве орудий преступления женщинами использовались предметы домашнего обихода, в 20% оружие (кинжалы, охотничьи ножи и ружья), в 11% – предметы «случайного» характера (палки, поленья, камни, железные прутья, молотки). В остальных случаях убийства и тяжкие телесные повреждения осуществлялись ногами и руками, путем удушения, утопления, сбрасывания с высоты и т.п. Большинство тяжких преступлений против личности совершались тайно.

При анализе деликта выявлено, что в 85% случаев преступления совершались на бытовой почве, алкогольное опьянение имело место у 90% женщин, что вновь подтверждает тот факт, что алкоголь в несколько раз усиливает проявление агрессии и утяжеляет ее.

Как показывает анализ индивидуально-личностных особенностей исследуемых подэкспертных, для данных женщин очень важна оценка со стороны других людей и то, какое впечатление они производят. Им свойственна такая черта, как демонстративность, которая служит (в психологическом плане) целям самоутверждения. Но повышение демонстративности поведения у таких лиц одновременно снижает и контроль над ним. Для женщин, совершивших тяжкие правонарушения характерна застреваемость аффективных, психотравмирующих переживаний в сочетании с высокой импульсивностью, напряжением инстинктивной сферы с реакциями подчеркивания независимости и эмоциональной нестабильностью, тенденциями к полярным изменениям настроения с истероформными реакциями. Они, как правило, общительны, коммуникабельны с установлением поверхностных контактов, при этом отмечают трудности разрешения конфликтных ситуаций с внешнеобвиняющими реакциями, уязвимая неустойчивая самооценка с обидчивостью. Это приводит к игнорированию или недостаточному учету всех необходимых обстоятельств, неадекватному восприятию и оценке возникающих жизненных ситуаций, плохому прогнозированию последствий своих поступков. Преступления женщин отличаются от преступлений совершенных мужчинами большей эмоциональностью, необдуманностью. Женщины более чувствительны и менее логичны, чем мужчины, более внушаемы. В связи с совершенным преступлением женщина, чаще испытывает чувство вины, обеспокоена своим дальнейшим существованием.

Среди подэкспертных женщин преобладают лица зрелого возраста (от 25 до 55 лет) – 52,3%, женщины молодого возраста (до 25 лет) составили 29,5%, пожилые

женщины – 18,2%. Учитывая тот факт, что жизненная активность в целом возрастной группы 25-55 лет наиболее высока, становится очевидным, что, с одной стороны, криминальное поведение объясняется возможностями, полученными женщинами в условиях профессиональной, должностной деятельности, а с другой, неспособностью противостоять неудачам в различных сферах жизнедеятельности. Кроме того, среди женщин старше 25 лет и особенно 40 лет много одиноких, что обусловлено распадом их супружеских связей.

В структуре совершенных преступлений среди женщин на первом месте преступления более легкие (ст. 112, 114, 115, 161, 119 УК РФ) – 61,4%, преступления со смертельным исходом (особо тяжкие – ст. 105, ст. 111 ч.4 УК РФ) составили 29,6%.

При анализе структуры психопатологических расстройств среди исследуемых женщин, на первом месте по частоте встречаемости выступают личностные расстройства (29,5%), на втором месте – органическая патология (органические расстройства личности и поведения различной этиологии) – 27,3%, и на третьем месте – синдром зависимости от алкоголя – 18,2%, на четвертом – умственная отсталость (11,4%), далее – шизофрения (4,5%), наркомания – 2,3%. Психически здоровыми было признано 6,8%.

Такой низкий процент встречаемости алкоголизма среди женщин, совершивших преступления, на наш взгляд, обусловлен в первую очередь неискренностью самих подэкспертных при проведении судебно-психиатрических экспертиз, а также отсутствием объективной информации о степени алкоголизации в материалах уголовного дела.

Среди анализируемых женщин с расстройством личности частота внутрисемейной агрессии наблюдалась в большинстве случаев, при этом агрессивные действия также были направлены в основном на мужей и сожителей, совершались в ходе совместной алкоголизации.

Особое положение в структуре женской преступности занимают агрессивные действия женщин, направленные на детей (ст. 106 УК РФ – убийство матерью своего новорожденного ребенка). Эти случаи имеют ряд отличительных черт, проявляющихся в особенностях предшествующей детоубийству психотравмирующей ситуации, сравнительно быстрым началом эмоционального состояния, относящегося к периоду непосредственно совершения агрессивных действий, наличие соматически ослабленной почвы, связанной с фактором родов и астеническом фоном.

Такие преступления чаще совершаются психически здоровыми женщинами, значительно реже устанавливается легкая резидуальная органическая патология головного мозга, личностные расстройства или акцентуации характера. В нашем отделении за прошедший 2017 год по данной статье была обследована уже одна женщина. В анамнезе у нее отягощенная алкоголизмом отца наследственность, дальнейшее воспитание в условиях нестабильной семейной обстановки, с получением средне-специального образования, ранним замужеством (муж также злоупотребляет алкоголем) и рождением трех детей, формированием личности с одной стороны неконфликтной, старательной и исполнительской, с другой стороны настойчивой, упрямой, неискренней с низким чувством вины. Убийство ребенка было совершено не импульсивно, а в результате длительных размышлений и колебаний, с последующей попыткой скрыть следы преступления. Выставлен диагноз органическое расстройство личности, экспертное решение о способности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий.

При анализе экспертных решений при проведении судебно-психиатрических экспертиз среди исследуемых женщин 81,8% признаны способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими

(вменяемыми иными словами), только 13,6% признаны неспособными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, и направлены на прохождение принудительного лечения в психиатрическом стационаре, еще две женщины из 44 были направлены на стационарную экспертизу для решения экспертных вопросов.

Заключение. Анализ результатов СПЭ выявил тенденцию к увеличению агрессивных противоправных действий женщин с пограничной патологией. Причиной этого стали социальные факторы (снижение уровня жизни, ухудшение материального положения, безработица), а также возрастание среди женщин числа случаев алкоголизма и внутрисемейной агрессии.

СИНТЕТИЧЕСКИЙ НАРКОТИК ПИРОВАЛЕРОН: ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, МЕТАБОЛИЗМ, ИДЕНТИФИКАЦИЯ

Бочкарёва Т.К.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Пировалерон и его аналоги относятся к группе катинонов и представляют класс новых синтетических наркотиков, многие из которых синтезированы в подпольных лабораториях с использованием обычных доступных реагентов и простого химического оборудования.

Биологическое действие синтетических катинонов подобно действию ката съедобного. Первые упоминания о кате относятся к 15 веку н.э. Молодые побеги и листья вечнозеленого кустарника *Catha edulis* Forsk. sp. Celastraceae (кат съедобный), произрастающего на юге Аравийского полуострова и Восточной Африке, интенсивно используются населением этих регионов в качестве возбуждающего, стимулирующего и вызывающего эйфорию средства. Высушенные листья этого растения известны как Абиссинский или Арабский чай.

В настоящее время синтезировано несколько видов катинонов, которые циркулируют на нелегальном рынке наркотиков в различных странах и различаются по силе и продолжительности действия. Высокая эффективность, низкие дозы, требующиеся для достижения эффекта, множественность продуцируемых эффектов, возможность получения структурных аналогов делают детектирование катинонов, находящихся в нелегальном обороте, очень трудным. Несмотря на повсеместную борьбу с нелегальным производством, распространением и потреблением катинонов, их чрезвычайно высокая эффективность и относительная легкость синтеза делают эти наркотики серьезной угрозой. Первый случай отравления катинонами был зарегистрирован в США в июле 2010 года, далее в течение одного года наблюдалось более 4000 зарегистрированных случаев отравления.

Несмотря на то, что по данным ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» самая большая доля потребляемых наркотиков в Забайкальском крае традиционно приходится на каннабиноиды, на втором месте расположены новые синтетические наркотические средства, потеснившие наркотики опийной группы. В группе новых синтетических наркотических средств 95% приходится на пировалерон. Большую обеспокоенность вызывает тот факт, что основные потребители этих наркотиков принадлежат к самой младшей возрастной категории 15-17 лет.

Действие на организм. Пировалерон был синтезирован в 1960-х годах, применялся в медицине непродолжительное время для лечения анорексии. До настоящего времени собрано не очень много информации о дозировании, фармакологическом и токсикологическом эффектах пировалерона. Известно, что он относится к группе психостимуляторов. Эффект пировалерона обусловлен выделением допамина и норэпинефрина из соответствующих рецепторов. В начале 1960-х годов пировалерон был впервые фармакологически охарактеризован в экспериментах над животными Стиллом (Stille) и соавт. Они сообщили о центральных стимулирующих эффектах, схожих с амфетаминами, однако наблюдалось меньшее влияние на двигательную активность и автономную функцию мозга по сравнению с амфетаминами.

Действие пировалерона схоже с действием других стимуляторов – кокаина, метилфенидата, эфедрина. Желаемые психологические эффекты включают: эйфорию, повышение бдительности, восприимчивость к получению информации, прилив сил, энергетическое возбуждение, увеличение мотивации, психическое возбуждение, повышение концентрации, увеличение коммуникабельности, легкий эмпагогенный эффект, снижение потребности в пище и сне. Потребители пировалерона склонны к развитию возбужденного бреда, возможно, из-за липофильности и способности преодолевать гематоэнцефалический барьер.

После употребления пировалерона наступает пост-эффект, схожий с метамфетаминовым: депрессивность, вялость, головная боль, тревожность, понижение давления, боли в животе. Продолжается такое состояние от 4 до 8 часов. Летальный исход может наступить в результате гипертермии.

При высокой дозировке или регулярном употреблении регистрируются: расширение зрачков, обезвоживание, бессонница, тризм мышц челюсти, головные боли, хроническая потеря аппетита, эпилептические припадки, приступы рвоты, тревожно-депрессивное расстройство, паранойя. У потребителей отмечается стремление «догнаться», то есть употребить еще, как только эффект вещества начинает ослабевать. Это приводит к параноидам и галлюцинозам.

Употребление катинонов в группе часто приводит к коллективным параноидальным расстройствам. Также высокие дозы могут вызвать интенсивные, продолжительные приступы паники. Неоднократное употребление пировалерона вызывает сильную зависимость – компульсивное стремление продолжать употребление вещества даже после наступления неприятных побочных эффектов, появляющихся после длительного воздействия наркотика на организм.

Долговременные последствия употребления пировалерона исследованы мало. Долгосрочные последствия на моноамины мозга отсутствуют, но большие дозы вызывают селективное истощение серотонина мозга. Имеются данные о значительных тяжелых необратимых изменениях психики человека в виде дефекта личности с нарушениями когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы.

При передозировке используются анксиолитики бензодиазепинового ряда. В реанимации проводится симптоматическое лечение. В некоторых случаях используется нейролептики. Использование бета-блокаторов для лечения гипертензии у этих пациентов может привести к опасной парадоксальной гипертензии.

Фармакокинетические свойства. Пировалерон в основном используется в виде гидрохлорида – гигроскопического кристаллического порошка, напоминающего сахарную пудру или муку от белого до серо-желтого цвета. Цвет и запах зависит от примесей. Специфический запах брома возникает как результат изготовления путем реакции бромирования. Реже встречается в форме капсул или таблеток. Основной источник производства и поставки – Китай.

Употребляют пировалерон любым путем, но чаще это происходит путем курения, интраназально, перорально или внутривенно. Инъекционный способ введения практикуют в основном уже зависимые лица. Разовая доза зависит от способа введения и мощности вещества, в среднем от 5 мг до 5 г. Оральная летальная доза пировалерона у мышей была определена как 350 мг/кг массы тела.

Действие наркотика продолжается примерно от 3 до 4 часов. Физиологическое действие (тахикардия, гипертензия, сужение периферических сосудов, гипергидроз) имеет продолжительность от 6 до 8 часов.

Метаболизм. Контролируемых клинических исследований на людях не проводилось, но есть данные *in vivo* у крыс и *in vitro* у человека по микросомам печени (HLM) и гепатоцитам. Метаболизм протекает в 2 фазы: Фаза I (деметилование, O-метилование, N-деалкилирование, сокращение кето-фрагмента) протекает с образованием метаболитов CYP2D6, CYP2B6, CYP1A2, CYP2C19; Фаза II (глюкуронирование и сульфирование). При этом в биопробах в высоких концентрациях детектируются исходные соединения без изменений и некоторые конъюгаты.

Идентификация. Обнаружение и определение наркотиков является важной задачей в клинической и судебной токсикологии. Обычные отборочные процедуры позволяют определить группы наркотиков за один шаг. Однако таким образом невозможно определить синтетические катионы, так как большинство их метаболитов показали амфотерные свойства. Эти наркотики сложно выявить на предварительном этапе рутинными аналитическими процедурами, поэтому они могут остаться незамеченными. В настоящее время пировалерон и его метаболиты обнаруживаются на подтверждающем этапе в крови, плазме крови или моче с помощью газовой хроматографии-масс-спектрометрии или жидкостной хроматографии-масс-спектрометрии.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бурджалиева А.Д.

Ивановский областной наркологический диспансер, Иваново, Россия

Цель исследования: изучение аффективных расстройств (депрессия и тревога), сопутствующих алкоголизму.

Вопрос взаимосвязи между депрессивными расстройствами и алкогольной зависимостью волнует зарубежных и отечественных ученых уже давно (Жислин С.Г., 1935; Лукомский И.И., 1970; Ойфе И.А., 1990; Гофман А.Г., 1985; Kraepelin E., 1910; 1927; Bleuler E., 1920; Broun S.A., 1987; Sontag H., 2000). Из работ И.П. Анохиной (1975; 1998; 2000; 2002) следует, что постоянное употребление алкоголя ведет к нарастающему дефициту катехоламинов в мезолимбических отделах мозга, что, в свою очередь, ведет к снижению настроения и жизненной активности, вплоть до депрессивных состояний. Существуют научные доказательства генетической взаимосвязи (предрасположенности) в развитии алкогольной зависимости и депрессии (Goodwin D.W., 1984; 1989; Katz R.S., Kravitz H.M., 1996; Johnson E.O. et al., 1998).

Также нельзя забывать о значении преморбидных особенностей личности в развитии депрессий у страдающих алкоголизмом (Соцевич Г.Н. и др., 1987;

Виноградова Л.Н., 1989; Белов В.П. и др., 1990; Коноводова И.Н., 1998; Duggan C.F. et al. 1990; Forgays D.G., Forgays D.K., 1991). Наиболее характерными для больных алкоголизмом были названы эмоционально-лабильный и тревожно-депрессивный типы личности. По мнению D. Maneva и M. Vlahova-Nikolova (1990); M.P. Chaplin и J.L. Orlofsky (1991), для страдающих алкоголизмом характерны: доверчивость, уступчивость, отзывчивость в сочетании с социальной пассивностью. Алкоголизация приводит к снижению социальных интересов, усилению негативного аффекта и негативной концепции «Я». Несмотря на разные исследования, в большинстве случаев ученые отмечают наибольшую выраженность депрессивных реакций у лиц, страдающих алкоголизмом, с астеническими, психастеническими, неустойчивыми и шизоидными личностными чертами (Жислин С.Г., 1965; Лукомский И.И., 1970; Немчин Т.А., Цыцарев С.В., 1989; Энтин Г.М., 1990).

Среди мотивов употребления алкоголя у пациентов преобладающими чаще являются мотивы депрессивного спектра: снять напряжение, расслабиться, повысить настроение (Connors G.J. et al., 1987; Goldenberg I.M. et al., 1999). И.Д. Даренский (1998) и J. Logan (1998) говорят, что решающую роль в формировании ремиссии играют личностные и эмоциональные особенности больных, а не степень прогрессивности алкоголизма.

Материалы и методы. В период с июля 2014 года по август 2015 года было обследовано 305 пациентов, проходивших лечение в Ивановском областном наркологическом диспансере. Были обследованы больные – мужчины славянской этнической принадлежности, не родственные между собой с диагнозом зависимости от алкоголя 2-3-й стадии (F10.2 по МКБ-10). Их средний возраст был $44,5 \pm 6,4$ года. До текущей госпитализации они имели не менее 2 терапевтических ремиссий.

Использовались следующей батареи методик: 20-факторный опросник Цунга, опросник Бека для выявления депрессии, госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмунда, методика-опросник Гамильтона, тест ШРЛТ Спилбергера-Ханина, методика определения уровня самооценки по Дембо-Рубинштейну.

Наравне с тестовыми методиками, проводилась индивидуальная беседа с каждым из пациентов с целью выявления симптомов депрессии и жалоб самих обследуемых на пониженный фон настроения. Согласно жалобам, предъявляемым во время беседы (жалобы на плохое настроение, ангедонию, снижение работоспособности, снижение аппетита и отсутствие удовольствия от еды, плохое самочувствие с болями в ЖКТ, снижение либидо; мысли о собственном бессилии и ненужности), симптомы депрессии выявлены у 64 пациентов (20,98% обследованных). У большинства пациентов в ходе беседы отмечалась замкнутость, заторможенность, симптомы алекситимии.

Учитывался не только возраст, но и семейное положение, образование пациентов. Большинство пациентов имели средне-специальное образование (60,33% или 184 человека) и были либо не женаты, либо разведены с одиночным проживанием/проживанием с родителями (56,39% или 172 человека). В обязательном порядке проводилась беседа с родственниками пациентов (чаще всего мать, сестра или супруга) для уточнения анамнестических данных. Для исследования статистически значимых различий в исследовании использовался критерий Манна-Уитни (U). Различия считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У большинства пациентов, страдающих алкоголизмом в результате исследования, выявлены признаки депрессии по всем тестовым методикам, а у 39, 35% ($p < 0,05$) пациентов отмечается сочетание показателей депрессии и тревоги. При этом для лиц, страдающих алкоголизмом, согласно исследованию, преобладают (тест ШРЛТ) показатели реактивной (ситуативной)

тревожности, по сравнению с личностной (повышенный уровень реактивной тревожности 148 чел. или 48,53% при повышенном уровне личностной тревожности у 73 чел. или 23,93% обследованных – $p < 0,05$).

С момента выписки из стационара до момента третьего тестирования по Беку 120 человек (39,34% опрошенных $p < 0,05$) принимали антидепрессанты, преимущественно флуоксетин, в дозе 40 мг/сут., 4-6 недель (64 человека из 120, или 53,33% всех принимающих антидепрессанты – $p < 0,05$). 30 человек из 120 (25,0%) принимали паксил, в дозе 40 мг/сут, 4-6 недель. И 26 человек из 120 (21,67%) принимали стимулотон в дозе 50 мг/сут, 4-6 недель. ($p < 0,05$).

При первом тестировании, до приема антидепрессантов, в начале лечения, умеренная депрессия выявлена у 120 человек (39,34%), и выраженная депрессия – 43 человека (14,10%). Во время третьего тестирования по Беку в рамках амбулаторного приема, при посещении однократно или в динамике, психотерапевта, в ремиссию, которая у разных пациентов составляла от 1-2 до 7-9 месяцев, выявлено снижение числа лиц с умеренной и выраженной депрессией (101 человек или 33,12% и 43 человека или 14,10%, соответственно – $p < 0,05$).

Таким образом, применение антидепрессантов, наравне с психотерапией, благоприятно сказывается на результатах лечения пациентов с коморбидностью алкоголизма и депрессии. Согласно показателям госпитальной шкалы тревоги и депрессии Зигмонда, у 39,35% опрошенных наблюдается сочетание показателей депрессии и тревоги ($p < 0,05$).

В результате исследования-интервью по Гамильтону у большинства пациентов выявлены прямые и косвенные признаки депрессии ($p < 0,05$). Кроме того, по методике Дембо-Рубинштейна у большинства пациентов наблюдается сочетание низкой самооценки с негативными представлениями о себе, негативным взглядом на мир и свое будущее (оптимизм/счастье 178 человек или 58,36% – $p < 0,05$).

Анамнестические данные подтверждают сочетание алкоголизма с фобиями, паническими атаками, чувством тревоги и напряжения у пациентов. Таким образом, зачастую, алкоголь выполняет функцию совладания со стрессом, фобиями и паническими атаками.

Заключение. Согласно полученным результатам, можно судить о том, что реальный уровень депрессивных расстройств, выявленных в результате обследования пациентов, гораздо выше депрессивных жалоб, которые пациенты высказывают спонтанно, при встрече с врачом. Кроме того, депрессивная симптоматика у пациентов имела место как в период пребывания в отделении, в острый и подострый период заболевания, так и в период ремиссии.

МОНИТОРИНГ НАРКОСИТУАЦИИ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ ЗА 2016 ГОД

Бутина М.А., Шингареева Ю.В., Викулова Е.А.
Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В соответствии с Положением о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации Министерством здравоохранения Забайкальского края в 2016 году продолжена работа по осуществлению мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае.

Оценка развития наркоситуации на территории Забайкальского края осуществлялась с учетом 9 показателей и по 5 критериям: удовлетворительное, напряженное, тяжелое, предкризисное, кризисное.

В 2016 году состояние наркоситуации в Забайкальском крае по показателю общей заболеваемости наркоманией и обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, оценено как «предкризисное», по показателю первичной заболеваемости наркоманией и первичной обращаемости лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями, – «удовлетворительное».

В соответствии с данными мониторинга наркоситуации в Забайкальском крае в 2016 году первичная заболеваемость наркоманией снизилась до 5,5 на 100 тыс. населения (в 2015 г. – 7,4) или в 1,3 раза по сравнению с 2015 годом. Данный показатель ниже российского (14,1) в 2,5 раза и в 3,5 раза – показателя СФО (19,1). Общая заболеваемость наркоманией в Забайкальском крае составила 120,2 на 100 тыс. населения, что ниже показателя РФ (231,2) в 1,9 раза и в 2,3 раза – показателя СФО (273,2).

Результатом проводимой межведомственной профилактической работы является снижение первичной заболеваемости употребления наркотических веществ с вредными последствиями: с 112,1 на 100 тыс. населения в 2015 г. до 94,6 в 2016 г., или на 15,6%. Данный показатель выше российского (40,6) в 2,3 раза и показателя СФО (47,2) – в 2 раза. По-прежнему, более 90% пациентов из данной группы наблюдения употребляют каннабиноиды.

Суммарный показатель общей заболеваемости наркоманией и употребления наркотических веществ с вредными последствиями в 2016 г. составил 552,0 на 100 тыс. населения (в 2015 г. – 500,6), что превышает показатель РФ (390,3) в 1,3 раза и показатель СФО (441,5) – в 1,2 раза.

В структуре всех наркологических расстройств на потребителей наркотических веществ в 2016 году приходилось 26,6% (в 2015 г. – 26%). На 01.01.2017 года в Забайкальском крае зарегистрировано 1302 пациента с синдромом зависимости от наркотических веществ. С учетом коэффициента латентности количество потребителей наркотиков может составлять около 8000 человек. Зарегистрировано 607 потребителей инъекционных наркотиков, что составляет 10,1% от числа всех зарегистрированных потребителей наркотических веществ.

В 2016 году зарегистрировано 3 случая смертельных отравлений психотропными веществами (в 2015 г. – 7 случаев). Смертельных отравлений наркотическими средствами по краю зарегистрировано не было. За 2016 год умерло 16 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ, в сравнении с 2015 годом число смертельных исходов уменьшилось в 1,3 раза.

В 2016 году зарегистрирован 171 потребитель наркотических веществ, имеющий ВИЧ-позитивный статус, в том числе 111 потребителей инъекционных наркотиков.

В Забайкальском крае сформирован региональный сегмент национальной системы медицинской и социальной реабилитации, который включает государственные организации, а также негосударственные некоммерческие организации, осуществляющие реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых.

Стационарная медицинская реабилитация пациентов с наркологическими расстройствами оказывается на базе отделения медицинской реабилитации ГУЗ «Краевой наркологический диспансер».

В 2016 году 19 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ находились на стационарной реабилитации, из них 14 (73,7%) успешно завершили реабилитацию. В программы амбулаторной реабилитации были включены 57

пациентов с наркоманией, успешно завершили реабилитационную программу – 21 пациент (37% от числа включенных).

Показателями эффективности и качества наркологической помощи являются показатели ремиссии и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением. В 2016 году доля больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2 лет, на 100 больных среднегодового контингента, составило 13,6 (РФ – 10,6); свыше 2 лет – 12,2 (РФ – 11,2). Показатель снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) возрос у пациентов с наркоманией с 6,4 в 2015 году до 12,1 в 2016 году.

Учитывая сложившуюся наркологическую ситуацию в крае, с целью снижения потребления наркотических веществ населением необходимо:

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

КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Волкова Е.В., Уткин Ю.А., Адмаева С.В., Амплеев А.К.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Пензенская областная наркологическая больница, Пенза, Россия

В России отмечается высокое распространение табакокурения среди врачей, фактически не отличающееся от такового среди остального населения (Максимов Т.М., 2000; Александров А.А. и др., 2001; Левшин В.Ф., Шутикова Н.В., 2003; Файтельсон-Левина Т.В. и др., 2008; Волкова Е.В., Кислов А.И., 2012-2013). Необходимо отметить высокую распространенность курения среди врачей в возрастной группе 25-64 лет: 51,3% мужчин и 27,3% женщин. Сравнение показателей распространенности

аддиктивного поведения среди врачей, имеющих различную специализацию, показало, что табакокурение чаще встречалось у психиатров и наркологов, чем у врачей терапевтического профиля (Говорин Н.В., Бодагова Е.А., 2013).

Материал и методы. Для изучения клинических, гендерных особенностей табакокурения были обследованы психиатры-наркологи Пензенской областной наркологической больницы (21 врач) и 154 врача терапевтического факультета, проходившие обучение в ПИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Все врачи были включены в исследование методом сплошной выборки.

В 1-ю группу вошли мужчины – 32 человека, из них: 27 врачей терапевтического факультета (1-я подгруппа) и 5 врачей психиатров - наркологов (2-я подгруппа). Во 2-ю группу вошли женщины – 143 человека, из них: 127 врачей терапевтического факультета (1-я подгруппа) и 16 врачей психиатров-наркологов (2-я подгруппа).

Средний возраст мужчин врачей составил 44,1 лет в 1-ой подгруппе и 38,5 лет во 2-ой подгруппе. Средний возраст женщин врачей составил 36,9 лет в 1-ой подгруппе и 44,0 года во 2-ой подгруппе. У мужчин в 1-й подгруппе табачная зависимость была диагностирована у 10 врачей (37,1%) (F 17.2 по МКБ-10), во 2-й подгруппе – у 2 врачей (40,0%).

Результаты. Систематически стали курить мужчины врачи терапевтического профиля с 20,7 лет, а психиатры-наркологи с 18,0 лет. В 1-й подгруппе меньше 5 сигарет в сутки курили 4 врача (14,8%), от 5 до 10 сигарет 2 врача (7,4%), от 15 до 30 сигарет 2 врача (7,4%), «мерцающий вариант» был у 2 врачей (7,4%). Во 2-й подгруппе от 5 до 10 сигарет в сутки курил 1 врач (20%), от 15 до 30 сигарет 1 врач (20%).

Мотивами при систематическом курении в 1-й подгруппе были: коммуникативные у 5 врачей (18,5%), сниженное настроение у 3 врачей (11,1%), стресс у 2 врачей (7,4%). Мотивами при систематическом курении во 2-й подгруппе были: сниженное настроение у 1 врача (20%), повышенное настроение у 1 врача (20%), конфликты у 1 врача (20%).

Тягу к курению позже осознали врачи 2-й подгруппы в среднем в 27,5 года, в 1-й подгруппе в 22,9 года. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) был у 3 врачей 1-й подгруппы (11,1%), что ниже, по сравнению со 2-й подгруппой (1 врач – 20%). Идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении был выявлен в 1-й подгруппе у 4-х врачей – 14,8%, а во 2-й подгруппе у 1 врача – 20%. Сенсорный вариант патологического влечения к табаку был выявлен только в 1-й подгруппе (2 врача – 7,4%).

Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 3 врача (11,1%) 1-й подгруппы и 2 врача (40%) 2-й подгруппы. Через 1-4 часа после пробуждения начинали курить 7 врачей (25,9%) 1-й подгруппы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения: раздражительность у 6 врачей (22,2%) 1-й подгруппы и 1 врача (20%) 2-й подгруппы, тревога у 4 врачей (14,8%) 1-й подгруппы и 1 врача (20%) 2-й подгруппы. Нарушение сна было только во 2-й подгруппе у 1 врача (20%).

У женщин врачей в 1-й подгруппе табачная зависимость была диагностирована у 8 врачей (6,3%) (F 17.2 по МКБ-10), во 2-й подгруппе у 3 врачей (18,75%). Систематически стали курить женщины врачи терапевтического профиля с 21,1 лет, а психиатры-наркологи с 18,0 лет. Во 1-й подгруппе меньше 5 сигарет в сутки курили 2 врача (1,6%), от 5 до 10 сигарет 5 врачей (3,9%), от 15 до 30 сигарет 1 врач (0,8%). Во 2-й подгруппе от 15 до 30 сигарет в сутки курили 3 врача (18,8%).

Мотивами при систематическом курении в 1-й подгруппе были: стресс у 3 врачей (2,4%), сниженное настроение у 2 врачей (1,6%), конфликты у 3 врачей (2,4%).

Мотивами при систематическом курении во 2-й подгруппе были: стресс у 2 врачей (12,5%), сниженное настроение у 1 врача (6,3%). Тягу к курению позже осознали врачи 2-й подгруппы, в среднем в 25 лет, в 1-й подгруппе в 24,3 года. Психический компонент патологического влечения к табаку (неусидчивость, раздражительность, слабость, тревога, беспокойство) был у 3 врачей 1-й подгруппы (2,4%), что вновь существенно ниже, по сравнению со 2-й подгруппой (3 врача – 18,75%). Идеаторный компонент влечения к табаку, в виде мыслей, воспоминаний, представлений о курении был выявлен только в 1-й подгруппе (5 врачей – 3,9%).

Первую утреннюю сигарету сразу выкуривали после пробуждения натошак 1 врач (0,8%) 1-й подгруппы и 2 врача (12,5%) 2-й подгруппы. Через 1-4 часа после пробуждения начинали курить 7 врачей (5,5%) 1-й подгруппы и 1 врач (6,25%) 2-й подгруппы. В табачном абстинентном синдроме преобладали аффективные нарушения: раздражительность у 4 врачей (3,2%) 1-й подгруппы и 3 врачей (18,75%) 2-й подгруппы, тревога – у 2 врачей (1,6%) 1-й подгруппы и 1 врача (6,25%) 2-й подгруппы. Непреодолимое желание курить было только у врачей женщин 1-й подгруппы (2 врача – 1,6%) и нарушение концентрации внимания (1 врач – 0,8%).

Заключение. Таким образом, у врачей психиатров-наркологов (мужчин и женщин), по сравнению с врачами других терапевтических специальностей, происходит более раннее и клинически более тяжелое формирование табачной зависимости. Полученные данные можно использовать при разработке лечебных и профилактических программ.

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КУРСАНТОВ СУВОРОВСКОГО УЧИЛИЩА

Воронина Ю.С., Стец В.А., Сахаров А.В.

*Медико-санитарная часть МВД России по Забайкальскому краю, Чита, Россия
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия*

В настоящее время, в условиях кардинальных социально-экономических преобразований в стране, затронувших в полной мере и правоохранительную систему, с особой остротой встал вопрос о повышении эффективности деятельности органов внутренних дел. В результате, следует уделять все более пристальное внимание профессиональной подготовке сотрудников в образовательных учреждениях МВД.

При этом особое место среди образовательных учреждений МВД занимают суворовские училища ввиду возрастного состава учащихся. Это связано с тем, что юношеский возраст характеризуется кризисностью, которая усугубляется для курсантов особенностями их жизненной ситуации и деятельности; наличием пубертатного криза или постпубертатного периода (Березанцев А.Ю., Булыгина В.Г., 2006; Бохан Н.А., 2010; Говорин Н.В. и др., 2013; Вандыш-Бубко В.В., Пивоварова П.А., 2014).

Поэтому психические расстройства у курсантов суворовских училищ развиваются чаще всего на начальных этапах обучения и представлены преимущественно невротическими расстройствами (Баурова Н.Н., Костюк Г.П., 2010), присутствуют и преневротические состояния. Особое предрасполагающее влияние на возникновение невротических расстройств у кандидатов в военно-учебные заведения и

курсантов оказывают скрытые и явные акцентуации характера, отдельные признаки нервно-психической неустойчивости или личностно-аномальные расстройства в стадии компенсации (Пятибрат А.О., 2003; Гудова Т.Г., 2004; Солодков А.С. и др., 2015).

В этой связи необходимо совершенствовать существующую систему выявления и учета лиц с низким уровнем нервно-психической устойчивости на военно-врачебных комиссиях и в ведомственных учебных заведениях, проводить среди курсантов психопрофилактические и восстановительные мероприятия (Сартаков П.Г. и др., 2013). При этом каждый регион Российской Федерации имеет свои особенности формирования психической патологии, отличается также и структура невротических расстройств, аддиктивного поведения и факторная обусловленность их развития.

Цель настоящей работы: изучение некоторых социально-демографических и психологических характеристик курсантов суворовского училища.

Материал и методы исследования. Работа осуществлялась на базе Федерального казенного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть МВД России по Забайкальскому краю». Были проанализированы сплошным методом акты медицинского освидетельствования военно-врачебной комиссии и протоколы комплексного психофизиологического обследования Центра психофизиологической диагностики кандидатов в курсанты Читинского суворовского военного училища МВД России.

Для проведения исследования была разработана карта, которая включала социально-демографический блок, а также специальную часть, в которой отражались результаты психологического обследования: умственная работоспособность, характеристики памяти, внимания, эмоциональная устойчивость, способность к обобщению и анализу информации, способность к пространственному мышлению, гибкость мыслительных процессов, отсутствие эмоциональной деструкции. Общий уровень интеллектуальных способностей оценивался при помощи методики КОТ (Бузина В.Н., Вандерлик Э.Ф.).

Основную группу составили курсанты в количестве 103 человек, которые закончили свое обучение в 2014-2016 гг., соответственно проходили обследование в 2012-2014 гг. Группу контроля образовали 386 подростков – кандидатов в курсанты, которые также проходили обследование в этот период времени, но не поступили в суворовское училище. Все включенные в исследование были мужского пола в возрасте 14-15 лет. Городскими жителями были 58,3 % основной группы и 58,5 % контрольной.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что 91,3 % курсантов воспитывались в полной семье, среди кандидатов этот показатель составил 84,1 % ($t=2,15$; $p < 0,05$). Наследственность закончивших обучение психопатологически не была отягощена, в контрольной группе она была отягощена алкоголизмом одного из родителей в 2,9 % случаев.

Успеваемость в учебе в школе высокая и средняя была у 97,1 % выпускников суворовского училища и у 91,5 % кандидатов в курсанты ($t=3,94$; $p < 0,001$). Спортом занимались 37,9 % представителей основной группы и 45,6 % контрольной ($t=3,02$; $p < 0,01$).

Среди курсантов перед поступлением ни один человек не курил, 6,7 % пробовали; у кандидатов 2,1 % являлись курящими и еще 11,9 % пробовали курить ($t=4,12$; $p < 0,001$). Алкогольные напитки пробовали 4,8 % обследованных первой

группы и 7,0 % во второй. Среди кандидатов 1 человек пробовал курить производные конопли и еще 1 – пробовал вдыхать пары бензина.

Мотив поступления в суворовское училище не могли указать 1,9 % курсантов и 5,2 % кандидатов в курсанты, на желание родителей указали в этих группах 4,8 % и 8,8 % соответственно ($t=2,41$; $p < 0,02$).

При психологическом обследовании устойчивое внимание продемонстрировали 92,2 % курсантов и 81,8 % кандидатов ($t=3,16$; $p < 0,01$); низкую оперативную память – 22,3 % и 36,5 % соответственно ($t=2,97$; $p < 0,01$); отличную и хорошую смысловую память – 90,3 % и 71,5 % соответственно ($t=5,06$; $p < 0,001$).

При изучении способности к обобщению и анализу информации, подростки основной группы набрали в среднем $10,10 \pm 0,31$ баллов, контрольной – $8,78 \pm 0,18$ баллов ($t=3,68$; $p < 0,001$); при изучении способности к пространственному мышлению: $1,56 \pm 0,09$ и $1,23 \pm 0,05$ баллов соответственно ($t=3,21$; $p < 0,01$); при изучении гибкости мыслительных процессов: $2,52 \pm 0,15$ и $1,82 \pm 0,07$ балла соответственно ($t=4,23$; $p < 0,001$).

По методике «отсутствие эмоциональной деструкции» представители первой группы набрали $1,51 \pm 0,15$ баллов, представители второй – $1,09 \pm 0,06$ баллов ($t=2,60$; $p < 0,01$).

Высокую и хорошую эмоциональную устойчивость имели 52,5 % зачисленных в курсанты и только 25,9 % кандидатов ($t=4,92$; $p < 0,001$); удовлетворительную – 14,5 % и 8,8 % соответственно, низкую – 33,0 % и 59,6 % соответственно ($t=5,05$; $p < 0,001$).

Согласно методике КОТ, уровень общих интеллектуальных способностей курсантов суворовского училища при поступлении составил: очень низкий – 2,9 %, низкий – 14,6 %, ниже среднего – 18,5 %, средний – 39,6 %, выше среднего – 11,7 %, высокий – 4,9 %, очень высокий – 7,8 %. Аналогичные показатели в контрольной группе составили 17,1 % ($t=5,53$; $p < 0,001$), 20,9 %, 20,9 %, 25,2 % ($t=2,70$; $p < 0,01$), 7,6 %, 3,5 %, 4,9 % соответственно. В результате, средний набранный балл по методике КОТ в данных группах был равен $16,69 \pm 0,57$ и $13,88 \pm 0,31$ соответственно ($t=4,92$; $p < 0,001$).

В результате, в группу внимания попали 9,7 % курсантов и 42,9 % кандидатов в курсанты ($t=8,61$; $p < 0,001$). Первая степень рекомендованности в суворовское училище в основной группе составила 1,9 %, в контрольной – 0,5 %; вторая – 93,3 % и 79,8 % соответственно ($t=4,22$; $p < 0,001$); третья – 4,8 % и 17,3 % соответственно ($t=4,38$; $p < 0,001$); еще 2,4 % контрольной группы были не рекомендованы после психологического обследования.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование наглядно продемонстрировало, что поступившие и закончившие суворовское училище курсанты, в отличие от не поступивших кандидатов, происходили чаще из полных благополучных семей, имели более высокую успеваемость в школе, не потребляли психоактивных веществ, характеризовались изначально более высокими показателями интеллектуально-мнестической деятельности и эмоциональной устойчивости.

Этот факт еще раз подчеркивает эффективность отбора военно-врачебной комиссией и значимость комплексного психофизиологического обследования кандидатов в курсанты суворовских военных училищ ввиду серьезных требований к личному составу служащих и повышения сложности стоящих перед ним задач.

НАРУШЕНИЯ СНА И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Вострокнутова О.О.

*Свердловская областная клиническая психиатрическая больница,
Екатеринбург, Россия*

Общая распространенность нарушений сна в популяции составляет 3,1%, что сопоставимо с распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и инсульта.

Нарушения сна встречаются во всех возрастных группах и имеют различные этиологию и механизмы развития. Поскольку увеличивается демографическое старение населения, то встречаемость любых медицинских состояний, ассоциированных со старением, постоянно возрастает, это справедливо и в отношении нарушений сна.

В старших возрастных группах до 33-45% пожилых обнаруживают инсомнии, а у пожилых, находящихся на стационарном лечении, нарушения сна могут встречаться в 90% случаев.

Когнитивные расстройства у пожилых – частое явление. При этом не менее 5% лиц старше 65 лет страдают деменцией. Еще у 12-17% выявляются когнитивные нарушения, выходящие за пределы возрастной нормы, но не достигающие выраженности деменции.

При когнитивных расстройствах факультативные психопатологические феномены весьма разнообразны, в т.ч. часто встречаются нарушения ночного сна и ночного поведения.

При этом нарушения сна отрицательно влияют на когнитивные функции человека, ухудшают качество жизни и здоровье, вызывают социальную дисфункцию, снижение работоспособности, тревожные состояния и даже нарушения поведения, поэтому порой требуется назначение медикаментозного лечения, в т.ч. коррекцию психотропными препаратами.

Необходимость назначения психотропных средств людям старших возрастных групп, в свою очередь является нежелательным и самостоятельным мощным стрессирующим фактором для ухаживающих лиц.

Цель настоящей работы: изучить клинические особенности нарушений ночного сна и ночного поведения у лиц старших возрастных групп с когнитивными расстройствами. В настоящей статье приводится часть исследования, посвященная литературному анализу данной проблемы.

По результатам многочисленных обзоров, инсомния может быть независимым фактором развития когнитивных дисфункций. Исследователи из Медицинской школы Вашингтонского университета в Сент-Луисе провели эксперимент на грызунах и выявили связь между сном и деменцией. Ими отслеживался уровень амилоидного белка посредством анализа ликвора.

Оказалось, что во время сна концентрация белка у мышей понижается, а если им не давали спать, то уровень амилоида, из которого образуются бляшки, значительно вырастал. Содержание амилоидного белка может быть связано с мозговой активностью, которая выше в период бодрствования.

Связь между нехваткой сна и деменцией может наблюдаться и у людей. Это наиболее опасно в среднем возрасте, когда бляшки в мозге уже начинают образовываться, но симптомы заболевания проявятся лишь через несколько лет.

В Тайване проведены пятилетние исследования по оценке и сравнении риска развития деменции среди людей старше 40 лет с синдромом обструктивного апноэ во

сне и без, согласно которым, у пациентов с СОАС риск развития слабоумия в течение 5 лет после установления диагноза был в 1,7 раза больше, по сравнению с не страдающими СОАС.

В возрастной группе 50-59 лет риск развития деменции для мужчин, страдающих СОАС, был больше в 6,08 раз. А среди пациентов с СОАС в возрасте ≥ 70 лет риск развития деменции был больше в 3,2 раза среди женщин.

Среди всех вторичных нарушений сна в пожилом возрасте 2/3 приходится на психические заболевания, в том числе деменцию. Нарушения сна наблюдаются у 25% больных с легкой и умеренной степенью деменции и у 50% – с выраженной и тяжелой.

При деменциях нарушения сна обусловлены нарушением суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем, происходит дегенерация ядер Мейнерта, супрахиазмальных ядер гипоталамуса, гормональные нарушения, снижение уровня мелатонина в плазме крови и изменение ритма внутренней температуры тела.

Эти состояния сопровождаются дезориентированностью, беспокойным поведением (суетливость, «сборы в дорогу», вязанием узлов из постельного белья, извлечением вещей из шкафов). 25-35% людей с болезнью Альцгеймера имеют проблемы со сном, что является результатом прогрессивного ухудшения и уменьшения числа нейронов в супрахиазматическом ядре, из-за чего возникают колебания нейрогормонов, имеющих решающее значение в поддержании гомеостаза циркадного ритма.

В ночное время происходит фрагментация сна, увеличение латентности сна, снижение медленного сна, а также увеличение в дневное время сонливости. Усугубляется спутанность сознания, усиливаются блуждания, ажитации, возникающие чаще во второй половине дня, вечером.

Лечение нарушений сна у людей среди старших возрастных групп, в особенности с когнитивными расстройствами, – трудная задача. Есть такой феномен, как ятрогенная инсомния у пожилых. Некоторые лекарственные препараты способны вызвать бессонницу, например, психотропные средства, ноотропы, кортикостероиды, бронходилататоры, бетаблокаторы и фенитоин, некоторые антибиотики (хинолоны), гиполипидемические средства, антипаркинсонические препараты, противокашлевые средства и др.

Лекарства, используемые при болезни Паркинсона и БА, способствуют возникновению сонливости в дневное время, а в ночное – пробуждений. Леводопа уменьшает продолжительность фазы быстрого сна. Агонисты дофамина могут вызвать «приступ» сонливости в дневное время. Антихолинергические препараты в ночное время стимулируют и могут усугубить спутанность и галлюцинации. Атипичные антипсихотики, такие, как оланзапин и рisperидон, увеличивают дневную усталость и сонливость.

В заключении можно отметить, что нарушения сна – часто встречаемая проблема и актуальна для людей старших возрастных групп. Несмотря на многочисленные публикации единых концептуальных подходов нет. Также в настоящее время отсутствуют четко разработанные алгоритмы диагностики и безопасной коррекции расстройств сна.

СЕКСУАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

Выходцев С.В., Шац К.И.

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

По данным ВОЗ, сексуальная активность является одним из важных критериев оценки качества жизни человека. Исследования состояния сексуальной функции у психически больных актуальны ввиду отсутствия единого мнения о патогенезе сексуальных расстройств, особенностях клиники и динамики нарушений. Значимыми являются также преморбидные особенности личности, переживания больного в связи с возникшими нарушениями, его внутренняя картина болезни, психологическая трактовка изменений качества жизни. Все эти факторы могут видоизменить картину психического заболевания, а также способствовать формированию негативного отношения пациента к проводимой терапии.

В связи с этим следует считать целесообразным оценку сексологического анамнеза у пациента (независимо от нозологии и этапа проводимого лечения), а также исследование его сексуального функционирования ex tempore для лучшего понимания заболевания. Полученная информация позволит более детально провести дифференциальную диагностику, установить основу нарушений, определить тактику лечения. Важно также, что нарушения сексуального функционирования часто возникают вследствие проводимой психофармакотерапии, что служит значимым источником дистресса и может приводить к нарушению приверженности лечению и самостоятельному отказу пациента от назначенной терапии.

Поддержка пациента и обсуждение данной деликатной проблемы являются важными задачами на всех этапах оказания помощи, так как это способствует позитивному настрою на лечение, приданию уверенности в себе и в будущем. Тактичный расспрос и создание доверительного диалога, а порой и психотерапевтическое вмешательство – все это будет способствовать формированию комплаентного терапевтического альянса.

В отделении лечебно-восстановительной терапии одного из крупнейших стационаров Санкт-Петербурга – Больницы Святого Николая Чудотворца – ежегодно проходят лечение около 300 человек. Нозологический профиль пациентов в основном складывается из расстройств шизофренического спектра (F20, F21, F23, F25), расстройств настроения (F30-34), психических нарушений на фоне органических заболеваний головного мозга (F06, F07), расстройств личности и поведения (F60), а также психических расстройств и расстройств поведения на фоне употребления психоактивных веществ (F10-19).

По данным наших исследований, свыше 80% психически больных считают важной для себя сексуальную жизнь. При этом более 40% больных связывают ухудшение своей сексуальной функции с наличием психического расстройства. Около 50% всех пациентов отмечают различные сексуальные нарушения на фоне приема психотропных препаратов. Вместе с тем лишь 45% больных (из них 28% – мужчины) самостоятельно обращаются к врачу с жалобами на развившееся у них сексуальное расстройство. Их основной запрос – изменение лекарственной терапии. Наши исследования показали, что более 70% пациентов допускают самостоятельное прекращение приема назначенных лекарств по причине развившихся нарушений сексуального функционирования.

Исследования состояния сексуальной функции психически больных и ее изменений на фоне заболевания и проводимой терапии продолжаются. Критериями оценки являются значимость сексуальной активности, характер сексуальных нарушений, изменения сексуальной функции на фоне заболевания и/или лечения, редукция сексуальных расстройств в процессе лечения заболевания или коррекции сексологических побочных эффектов проводимой терапии, удовлетворенность сексуальным функционированием в целом.

Сексуальная функция и ее стабильность значимы для пациентов и могут служить важными критериями, определяющими отношение больных к проводимому лечению, а также показателями успешности проводимой терапии. Фундаментом для этого будет служить сформированный комплаенс между врачом и пациентом. Достижение такого комплаенса – одна из важнейших задач работы врача-психиатра.

УЧАСТИЕ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА ГЕНА PPARGC1A (КО-АКТИВАТОРА-1 α PPAR γ) В ФОРМИРОВАНИИ ПРЕМОРБИДНЫХ ТИПОВ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Габаева М.В., Лежейко Т.В., Тихонов Д.В., Каледа В.Г., Голимбет В.Е.

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Известно, что у больных шизофренией имеются нарушения энергетической сферы, или I функционального блока (по А.Р. Лурия), которые проявляются замедленностью и быстрой истощаемостью большинства корковых функций, общим снижением энергетически-волевого потенциала личности. Предполагается, что эти факторы приводят к ранним, так называемым, преморбидным заболеваниям, то есть доманифестным, изменениям личности (Тараканова Е.А., 2009). К важным факторам, регулирующим интенсивность процессов метаболизма в клетках организма, в том числе и в мозговой ткани, является ген PPARGC1A (4p15.1). Он локализован в 4 хромосоме (4p15.1) и кодирует белок-1- α -коактиватор гамма-рецептора, активирующего пролиферацию пероксисом и транскрипционные факторы, которые регулируют митохондриальный биогенез и антиоксидантные защитные механизмы, влияет на активность процессов адаптивного термогенеза, секрецию инсулина, глюконеогенез, липогенез и хондрогенез (Gaweda-Walerych K. et al., 2013). В литературе отмечена взаимосвязь данного гена с шизофренией и биполярными расстройствами (Christoforou et al., 2007). Таким образом, представляет интерес изучение полиморфного маркера Gly482Ser гена PPARGC1A у больных шизофренией, в качестве возможного участника ранних этапов изменений энергетической сферы и личностного функционирования на этапе, преморбидном заболеванию.

Целью нашего исследования являлось изучение связи полиморфизма Gly482Ser (rs8192678) гена PPARGC1A с преморбидными характеристиками личности у больных шизофренией. Исследуемую группу составили 238 пациентов мужского пола (средний возраст 33,78 \pm 13,82 года, возраст манифестации заболевания 20,94 \pm 3,56) больных шизофренией и шизоаффективным расстройством (МКБ-10: F20, F25), находящихся на стационарном лечении в НЦПЗ. Группу контроля составили 623 человека (средний возраст 30,82 \pm 13,5 года) без психических заболеваний. По степени

выраженности преморбидных особенностей личности, на основании собранного анамнеза, каждый больной был отнесен к одной из трех групп:

1 – пациенты с акцентуированными чертами личности (Ак). В эту группу вошли пациенты с достаточно гармоничным складом личности, аномалия которых не выходила за верхние границы нормы (Леонгард К., 1981).

2 – пациенты с расстройством личности /психопатией (РЛ); Оценка аномалии личности в этой группе (психопатии или расстройство личности) основывалась на традиционной классификации психопатии (Ганнушкин П.Б., 1964), сопоставимой с МКБ-10. Такие пациенты характеризовались заметной дисгармонией личности, которая наиболее ярко проявлялась во время кризисных возрастных периодов, испытывали значительные трудности при адаптации к новым условиям окружения, с трудом формировали межличностные отношения, отличались ограниченным кругом интересов при высокой активности.

3 – пациенты с т.н. псевдопсихопатией (ПП), аномалии личности были настолько выраженными, что можно было их расценить как «латентное», «скрытое» течение шизофренического процесса или же как шизотипическое расстройство, ранний онтогенез был чаще искаженным, патологические эпизоды не были связаны с воздействиями внешней среды.

Генотипирование по полиморфизму rs8192678 (A/G) гена PPARGC1A проводили методом стандартной ПЦР с дальнейшей рестрикцией MspI. Замена нуклеотида G на A в положении 1444 8 экзона приводит к аминокислотной замене Gly на Ser в положении 482 в продукте гена.

Статистический анализ распределения частот аллелей и генотипов проводили с использованием критерия хи-квадрат Пирсона, точного критерия Фишера (p), расчетом отношения шансов (OR) и доверительного интервала (95%CO).

Исследуемые нозологические группы не отличались в целом от группы контроля по распределению частот генотипов. В контрольной и исследуемой когорте больных частоты генотипов составили, соответственно: AA – 11% и 10,3%, AG – 43% и 48%, GG – 45% и 41,7%.

По типам личности распределение больных в 1 (Ак), 2 (РЛ) и 3 (ПП) группы составило 38%, 42%, 20%, соответственно. Значимые отличия наблюдались по частоте генотипа GG, так в группе РЛ частота была достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p=0,03$, $\chi^2=5,08$ $p<0,05$; OR=0,61 95% CO 0,39-0,93), а в группе ПП достоверно выше по сравнению с другими типами личности Ак + РЛ ($p=0,03$, $\chi^2=5,32$ $p<0,05$, OR=2,12 95% CO 1,11-4,04). Между группой Ак и контролем различий не было. В тоже время, были выявлены значимые различия по генотипу GG между группами ПП и РЛ ($p=0,01$, $\chi^2=7,03$ $p<0,01$, OR=2,56 95% CO 1.27-5.16). Соотношение минорных гомозигот во всех группах когорты больных было примерно одинаковым, и не отличалось от когорты здорового контроля.

Другими словами, исследование генотипов полиморфного маркера Gly482Ser (G>A) гена PPARGC1A (rs8192678) у больных с шизофренией выявило его взаимосвязь с вариантами преморбидного типа личности, что проявилось в достоверном снижении частоты генотипа GG у лиц с РЛ по сравнению с контролем, и с группой ПП, а также, в повышении частоты генотипа GG в группе ПП по сравнению с другими группами.

По данным литературы, накопление в популяции минорного аллеля данного маркера приводит к снижению экспрессии гена PPARGC1A, что чревато снижением окислительных процессов в тканях, митохондриального биогенеза, снижение активации процессов адаптивного термогенеза, снижение секреции инсулина и увеличение риска развития сахарного диабета 2 типа (Moreno-Santos I. et al., 2016). Тогда как, сверх-экспрессия данного гена, напротив, вызывает неконтролируемую

пролиферацию митохондрий в кардиомиоцитах, нарушение саркомерной структуры кардиомиоцитов и последующее развитие кардиомиопатии (Баранов В.С., 2009). Известно, что и сахарный диабет второго типа, и кардиомиопатия, наряду с другими нарушениями, являются характерными метаболическими нарушениями, сопутствующими длительно болеющим шизофренией (Мосолов С.Н., 2009).

С другой стороны, в ряде работ было показано, что при шизофреническом процессе происходит разобщение между экспрессией гена PPARGC1A и регулируемые им транскрипционными факторами в коре головного мозга и гиппокампе (Mc Meekin L.J., et al., 2016; Bartley A.F. et al., 2015). В экспериментальных работах показано, например, что снижение экспрессии гена может приводить к асинхронному высвобождению ГАМК нейронами головного мозга и к нарушениям процессов формирования долговременной памяти (Lucas E.K. et al., 2014). То есть, регуляция уровня экспрессии гена PPARGC1A является важным звеном патогенеза шизофрении, т.н. I функционального блока. Это проявляется как на уровне функционирования центральной нервной системы, так и на уровне соматических нарушений. Хотя наше исследование не показало тотального отличия между больными и здоровыми по полиморфному маркеру Gly482Ser (rs8192678) гена PPARGC1A, но разнонаправленные количественные изменения генотипа GG в группах преморбидных типов личности, очевидно, проявляют модифицирующий характер действия данного полиморфного маркера при шизофрении.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить об изученном маркере как об одном из участников формирования ранних нарушений преморбидной стадии эндогенных психозов.

ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В РАМКАХ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Глушенков А.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Сложившаяся наркологическая ситуация в Забайкальском крае требует реализации комплекса мер, направленных на медицинскую профилактику наркологических заболеваний.

Мероприятия по профилактике наркологических расстройств на территории Забайкальского края реализуются в соответствии с комплексным планом работы Министерства здравоохранения Забайкальского края и медицинских организаций Забайкальского края, а также в рамках Плана межведомственных мероприятий по реализации Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края на 2013-2016 годы, утвержденной распоряжением Правительства Забайкальского края от 18 января 2013 года № 9-р.

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

- общеобразовательными и профессиональными образовательными

организациями, а также образовательными организациями высшего образования в целях раннего выявления потребителей психоактивных веществ;

- комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав;
- социальными службами для создания преемственности и условий для дальнейшей социальной реабилитации и ресоциализации лиц, отказавшихся от употребления психоактивных веществ;
- миграционными службами при выявлении потребителей психоактивных веществ среди мигрантов;
- уголовно-исполнительными инспекциями при проведении в отношении осужденного к лишению свободы, признанного большим наркоманией, курса лечения от наркомании и медицинской реабилитации с отсрочкой отбывания наказания в виде лишения свободы;
- средствами массовой информации.

В целях дальнейшего совершенствования профилактики наркологических расстройств среди населения наркологической службой края используется программно-целевой подход. Постановлением Правительства Забайкальского края от 15 августа 2014 года № 467 утверждена государственная программа «Комплексные меры по улучшению наркологической ситуации в Забайкальском крае (2014-2020 годы)». Основным исполнителем программы является Министерство здравоохранения Забайкальского края, соисполнителями – Министерство образования, науки и молодежной политики Забайкальского края, Министерство физической культуры и спорта Забайкальского края, Министерство культуры Забайкальского края, Министерство социальной защиты населения Забайкальского края, Министерство сельского хозяйства и продовольствия Забайкальского края.

Ежегодно совместно с УНК УМВД России по Забайкальскому краю организуются антинаркотические профилактические акции: «Родительский урок», «Здоровье молодежи – богатство России», «Летний лагерь – территория здоровья», «Призывник», «Классный час». Проводятся краевые информационные декадни: к Всемирному дню без табачного дыма; к Международному дню борьбы с наркоманией и наркоагрессией; к Международному дню отказа от курения, к Всероссийскому дню трезвости. В ходе акций в 2016 году проведено 1500 профилактических мероприятий с общим охватом более 34000 человек.

Налажено взаимодействие со средствами массовой информации по вопросам профилактики пьянства и алкоголизма, табакокурения, наркомании. В 2016 году организовано 10 передач по телевидению, 19 радиопередач, опубликовано 25 печатных статей в газетах «Забайкальский рабочий», «Эффект», «Будьте здоровы!». Принято участие в работе «Горячих линий» и «Прямых радиозэфирах», «Круглых столах» по актуальным вопросам наркологии.

Федеральным законом Российской Федерации от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» регламентировано проведение социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся с целью раннего выявления незаконного потребления наркотиков и психотропных веществ. В 2016 году по Забайкальскому краю подлежало тестированию 19170 обучающихся, протестировано 14942 (77,9%) человека, выявлено 18 (0,1%) обучающихся – потребителей психоактивных веществ.

За 2016 год врачами психиатрами-наркологами Забайкальского края проведено 1423 обучающих семинара с охватом более 19000 человек. Для медицинских работников проведено 263 семинара с охватом около 7000 человек, для немедицинских

работников – 1160 семинаров с охватом более 12000 человек. Проведено 1940 мероприятий по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ среди школьников и учащихся средних специальных учебных учреждений (лекции, беседы, Круглые столы, ток-шоу). Гигиеническим обучением охвачено свыше 64000 человек. Изготовлено и распространено 1228 наименований информационных и наглядных материалов для населения по профилактике никотиновой, алкогольной и наркотической зависимостей общим тиражом около 90000 экземпляров.

С целью мониторинга распространенности вредных привычек среди детей и подростков образовательных учреждений проведено 843 анкетирования с охватом около 19000 человек. Выявлено потенциальных потребителей психоактивных веществ – 1316 человека (7% от числа анкетированных). В 2016 году проведено 2370 профилактических медицинских осмотров учащихся с целью раннего выявления наркологических расстройств. Осмотрено 31024 человека, выявлено 147 человек (0,5%) с наркологической патологией.

Врачами психиатрами-наркологами ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» в 2016 году осуществлено 38 командировок, из них 31 – в районы края с целью экспертной оценки качества оказания наркологической помощи населению, проведения профилактических мероприятий, оказания практической помощи. Выполнено 4 бригадных выезда в Могойтуйский, Дульдургинский, Александрово-Заводский и Хилокский районы с целью оказания наркологической помощи по вопросам раннего выявления наркологических расстройств среди несовершеннолетних, организации комплекса профилактических мероприятий.

Таким образом, мероприятия, проводимые в рамках межведомственного взаимодействия, играют значимую роль в эффективности профилактической работы по противодействию употреблению психоактивных веществ среди населения Забайкальского края.

ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА -75 G/A ГЕНА АРОА-1 И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Говорин Н.В., Озорнин А.С., Штань М.С., Сахаров А.В.

Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Москва, Россия

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

Распространенность метаболических нарушений у лиц с шизофренией значительно превышает аналогичные показатели в общей популяции. Возрастает клиническая значимость данных нарушений в связи со значительным ухудшением качества жизни таких пациентов.

Зарубежные исследователи рассматривают генетические мутации как одну из причин развития метаболических нарушений у больных шизофренией, принимающих нейролептики. Учитывая, что дислипидемические нарушения могут быть обнаружены уже при манифестации шизофрении, представляется интересным изучение полиморфизмов гена АРОА-1 у больных шизофренией и возможных их влияний на изменения липидного спектра у пациентов, принимающих нейролептики.

Цель исследования: изучение изменений некоторых показателей липидного спектра у носителей различных генотипов ($-75G/A$) гена АРОА-1, страдающих шизофренией на фоне антипсихотической терапии в Забайкальском регионе.

Материал и методы исследования. В исследование вошло 80 пациентов европеоидной расы обоих полов, проходивших лечение в клинике первого психотического эпизода ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» города Читы с 2014 по 2016 годы. Основной клинический диагноз выставлялся в соответствии с критериями раздела F20.0 по МКБ-10 («Шизофрения параноидная»). Контрольную группу составили 70 психически и соматически здоровых людей европеоидной расы. Исследуемая и контрольная группы не имели гендерных и возрастных различий ($p > 0,05$). Забор крови проводили утром натощак до назначения антипсихотиков (галоперидол и рисперидон) и через восемь недель терапии.

В исследовании применялись молекулярно-генетический и биохимический методы с последующей статистической обработкой полученных данных с использованием пакетов анализа STATISTICA 10 для Windows, Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. В результате полученных данных установлено, что показатели холестерина (ХС), триацилглицеролов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), аполипопротеина А (АРОА) липопротеида (а)(ЛП (а)), индекса атерогенности (ИА) у больных шизофренией до антипсихотической терапии не отличались от показателей контрольной группы ($p > 0,05$). Тогда как уровень аполипопротеина В (АРОВ) был достоверно выше в исследуемой группе ($p=0,026250$). На фоне проводимой антипсихотической терапии произошло значимое увеличение показателей ХС, ТГ, ЛПНП, ЛПОНП, АРОВ, ЛП (а), ИА ($p < 0,001$). Изменение показателей ЛПВП ($p > 0,05$) и АРОА ($p > 0,05$) не являлось достоверным.

Анализ полученных данных показал следующее распределение генотипов полиморфных участков ($-75G/A$) гена АРОА-1 у больных шизофренией: А/А – 5 пациентов (6,25 %), А/Г – 30 пациентов (37,5 %), G/G – 45 пациентов (56,25 %); в контрольной группе распределение было следующим: А/А – 10 человек (14,3 %), А/Г – 27 человек (38,6 %), G/G – 33 человека (47,1 %). Согласно мультипликативной модели наследования минорная аллель А чаще встречалась в группе здоровых лиц, а аллель G – у пациентов с шизофренией. Общая модель наследования показывает значительное преобладание гомозигот по мутантной аллели А в контрольной группе, при этом частота встречаемости генотипов А/Г и G/G практически одинаковая.

Полученные данные показывают, что относительный риск развития шизофрении у носителей генотипа А/А составляет 0,40 [CI 95 %: 0,13-1,23], для обладателей А/Г генотипа – 0,96 [CI 95 %: 0,49-1,85] и для G/G-респондентов –1,44 [CI 95 %: 0,76-2,75]. Для лиц с А аллелем риск составил 0,66 [CI 95 %: 0,40-1,09], а у носителей нормальной аллели – 1,52 [CI 95 %: 0,92-2,50].

Анализ показателей липидного спектра у носителей G/G и А/А генотипов не показал значимых отличий от контрольной группы ($p < 0,05$), тогда как у G/A – респондентов, страдающих шизофренией, до начала терапии достоверно ниже было содержание ХС-ЛПВП и АРОА ($p < 0,05$), при этом содержание АРОВ и показатель ИА были достоверно выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Было установлено, что после 8-ми недельной антипсихотической терапии у носителей G/G генотипа отмечалось достоверное увеличение всех атерогенных жиров ($p < 0,05$), однако, они значимо не отличались от контрольной группы ($p > 0,05$). У респондентов А/А достоверных изменений основных показателей липидного спектра не зарегистрировано, также как и не было отличий от группы контроля, что может быть обусловлено малыми размерами выборки. При этом у обладателей G/A генотипа после

курса терапии достоверно увеличилось содержание ХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПОНП ($p < 0,05$), при этом показатели значимо отличались от группы контроля ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, у больных шизофренией, носителей генотипа G/A гена APOA-1, при терапии антипсихотиками имеется повышенный риск развития дислипидемических нарушений, что необходимо учитывать с целью предупреждения развития метаболических осложнений.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Говорин Н.В., Тимкина (Тарасова) О.А., Галиакберова И.Л., Сараева Н.М.,
Сахаров А.В.

*Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Москва, Россия
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия
Забайкальский государственный университет, Чита, Россия*

Проблема сохранения и поддержания психологического здоровья студенческой молодежи является одной из приоритетных задач современного общества. Психологическое здоровье неразрывно связано со здоровьем психическим. Термин психическое здоровье имеет отношение, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, а термин «психологическое здоровье» относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы психического здоровья (Дубровина И.В., 2000). Важным является получение своевременных данных о состоянии здоровья молодежи с целью предупреждения возникновения психических нарушений и сохранения психологического здоровья населения.

Цель исследования: изучить распространенность невротических и аддиктивных расстройств у студентов СУЗа.

Материал и методы исследования. Сплошным методом было проведено анкетирование и психологическое обследование студентов одного из технических средне-специальных учебных заведений города Читы. В исследование были включены 420 человек в возрасте от 15 до 23 лет. Средний возраст составил $17,7 \pm 1,3$ лет. Юношей среди обследованных было 62,1 % (261), девушек – 37,9 % (159).

Невротические расстройства у студентов выявлялись с помощью клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998). Выраженность депрессивных расстройств определялась с помощью шкалы «Дунга». Оценка уровня суицидальных намерений осуществлялась при помощи опросника суицидального риска (в модификации Т.Н. Разуваевой, 1998). Для определения Интернет-зависимости использовалась методика К. Янг. Степень алкоголизации оценивалась при помощи анкеты-опросника Л.Т. Морозова и теста «AUDIT» (ВОЗ). Выделение донозологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Все обследованные были разделены на три группы. Первую составили студенты с оформленными невротическими расстройствами (153 человека в возрасте от 16 до 23 лет), во вторую вошли учащиеся с пограничными (доболезненными) невротическими нарушениями (96 человек в возрасте от 15 до 21 года), третью образовали здоровые лица (171 человек в возрасте от 15 до 21 года).

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе результатов по тесту Яхина-Менделевича установлено следующее: у 40,7 % (171) студентов отсутствовали признаки невротических нарушений, у 36,4 % (153) были диагностированы невротические расстройства, у 22,9 % (96) имелись предболезненные невротические состояния. Тревожные расстройства (F41) выявлены у 16,4 % студентов, еще у 7,4 % показатели по шкале тревоги соответствовали пограничному уровню невротических расстройств (предболезнь). Уровень психического здоровья по данной шкале отмечался у 76,2 % обследованных. По шкале невротической депрессии у 13,3 % студентов выявлено состояние болезни (F43), пограничный уровень расстройств диагностирован у 8,1 %, в пределах нормы показатели по данной шкале были у 78,6 % респондентов.

При анализе данных по шкале «астении» обнаружено, что у 88,4 % обследованных показатели соответствовали уровню психического здоровья, сформированные астенические расстройства имелись у 8,3 % (F48.0), у 4,3 % данные соответствовали пограничному уровню. Конверсионные расстройства (F44) были установлены у 12,6 % учащихся, у 5,2 % они достигали уровня предболезни, у 82,2 % показатели соответствовали норме. Obsessивно-фобические нарушения (F42) выявлены у 17,9 % студентов, пограничный уровень по данной шкале отмечался также у 9,5 %, у 72,6 % данные соответствовали уровню психического здоровья. Вегетативные нарушения (F45.3) были выявлены у 10,5 % обследованных, у 2,1 % отмечался пограничный уровень, у 87,4 % показатели соответствовали норме.

По шкале «Цунга» легкая депрессия определялась у 26,1 % обследованных с невротическими расстройствами; умеренная – у 2,6 %; у 71,3 % показатели были в пределах нормы. У учащихся с пограничным уровнем нарушений легкая депрессия выявлялась в 19,8 % случаев, в группе здоровых – в 18,7 % случаев ($p < 0,05$).

Среди всех обследованных воспитывались в неполных семьях 30,2 % учащихся, их наследственность была отягощена в 11,2 % случаев, в структуре которой преобладал алкоголизм родителей (85,1 %). Считают, что настоящие отношения в семье можно оценить как плохие и очень плохие 14,3 % респондентов. У 11,0 % студентов выявлен низкий уровень семейного экономического благополучия. В настоящее время отдельно от родителей проживают 50,7 %. По семейному положению преобладали студенты, которые не состоят в браке (92,1 %).

В группе учащихся с невротическими расстройствами, в сравнении со здоровыми, преобладали девушки ($p < 0,001$), чаще встречались конфликты в родительских семьях ($p < 0,001$). Низкая успеваемость отмечалась у 11,8 % ($p < 0,01$). Выявлено, что каждый седьмой представитель данной группы ($p < 0,01$) совершал ранее суицидальную попытку, 7,2 % ($p < 0,01$) обращались в течение последних двух лет за консультацией психолога или психиатра. При этом установлено, что у студентов, которые совершали суицидальные попытки, в 66,7 % имелись невротические расстройства, что чаще, чем в общей популяции ($p < 0,001$).

При анализе результатов по опроснику суицидального риска выявлено, что учащиеся с невротическими расстройствами набрали значимо больше баллов (демонстративность $2,49 \pm 0,13$; аффективность $3,37 \pm 0,15$; уникальность $2,24 \pm 0,13$; несостоятельность $3,44 \pm 0,15$; максимализм $2,55 \pm 0,20$), в сравнении со здоровыми (демонстративность $1,72 \pm 0,09$; аффективность $2,21 \pm 0,11$; уникальность $1,15 \pm 0,09$; несостоятельность $2,03 \pm 0,10$; максимализм $1,33 \pm 0,14$), по всем диагностическим субшкалам, за исключением «Слома культурных барьеров». Наибольшие отличия

получены по выраженности таких диагностических субшкал, как «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность» и «Максимализм» ($p < 0,001$).

Установлено, что курящими в настоящее время являются 41,9 % учащихся средне-специального учебного заведения. Отметим, что пробовали наркотические вещества, в первую очередь производные конопли, 23,3 % студентов. Интернет-зависимость по методике К. Янг установлена у 5,5 % обследованных.

Структура алкоголизации с учетом донологических форм потребления алкоголя по классификации Э.Е. Бехтеля (1986) выглядела следующим образом: абстиненты (трезвенники) составили 48,1 %, случайно пьющие – 25,4 %, ситуационно (умеренно) пьющие – 19,5 %, систематически пьющие (злоупотребляющие) – 5,0 %, привычно пьющие (предалкоголизм) – 1,0 %, синдромом зависимости – 1,0 %.

Таким образом, наркологическая патология, вызванная алкоголем, была установлена в 7,0 % случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями (F10.1) диагностировано у 6,0 % студентов, алкоголизм (F10.2) – у 1,0 %.

Заключение. Данное исследование свидетельствует о высокой распространенности расстройств невротического регистра среди студентов технического средне-специального учебного заведения – 36,4 %, в структуре которых преобладали обсессивно-фобические, тревожные и депрессивные нарушения. Установлено, что у 22,9 % учащихся имелись предболезненные невротические состояния (преимущественно обсессивно-фобические и депрессивные).

У обследованных с невротическими расстройствами была установлена высокая частота коморбидных аддиктивных расстройств: 49,7 % являются курящими, 31,4 % пробовали наркотики, в 9,2 % случаев у них были диагностированы алкогольные расстройства, в 11,1 % случаев – Интернет-зависимость.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости своевременной коррекции выявленных нарушений и проведении профилактических мероприятий в студенческой среде, направленных на сохранение и поддержание психологического здоровья населения.

СВЯЗЬ ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 2-ОГО ТИПА С ПРОЦЕССОМ ОБРАБОТКИ ЛЕКСИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Голимбет В.Е., Гарах Ж.В., Лежейко Т.В., Зайцева Ю.С., Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.,
Родионов Г.И., Стрелец В.Б.

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Москва, Россия

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия

*Национальный Институт Психического Здоровья, аффилированный с 3-м лечебным
факультетом, Карлов Университет, Клецаны/Прага, Чехия*

Аномалии процессов переработки вербальной информации лежат в основе типичных для шизофрении нарушений мышления и рассматриваются в качестве эндотипа этого заболевания. Известно, что биоэлектрическая активность мозга, регистрируемая в виде вызванных потенциалов при предъявлении слов и псевдослов, отличается у больных шизофренией по сравнению с психически здоровыми людьми (Стрелец и др., 2012, 2015). Однако биологические факторы, лежащие в основе этого

процесса, практически не изучены. Показано, что генетический компонент вносит большой вклад в визуальное распознавание слов (Pinel et al., 2015), в то же время конкретные гены до сих пор не выявлены.

Целью настоящей работы являлось изучение связи между геном, кодирующим дофаминовый рецептор 2-ого типа (DRD2), и ранними компонентами вызванных потенциалов, регистрируемых при выполнении лексической задачи у больных шизофренией и психически здоровых людей. В гене DRD2 были выбраны два однонуклеотидных полиморфизма C957T (rs6277) и rs2514218. Полиморфизм C957T по данным многочисленных работ ассоциирован с шизофренией (Betcheva et al., 2008; González-Castro et al., 2016; Hoenicka et al., 2006; Lawford et al., 2005; Monakhov et al., 2008), а также с эффективностью выполнения нейрокогнитивных тестов у здоровых людей (Bolton et al., 2010; Huertas et al., 2012; Rodriguez-Jimenez et al., 2006; Villalba et al., 2015; Xu et al., 2007). Полиморфизм rs2514218, расположенный на расстоянии около 46 тысяч пар нуклеотидов до начала транскрипции гена DRD2, выявлен в результате полногеномного анализа ассоциаций (Schizophrenia Working Group of the PGC 2014). Связь его с эндотипами шизофрении только начинают исследовать.

Вызванные потенциалы были изучены у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (n=93, женщин 48,4%, возраст 27,3 (7,9) лет, возраст на момент начала болезни 26 (7,8) лет) и у здоровых людей контрольной группы (n=96, женщин 46,9%, средний возраст 27,3 (7,9) лет). Все обследуемые дали информированное согласие на участие в работе. У всех участников были получены образцы биологического материала для молекулярно-генетического исследования. Вызванные потенциалы регистрировали в соответствии с методикой, описанной В.Б. Стрелец с соавт. (2012). Исследование предусматривало чтение слов и псевдослов, предъявляемых на экране монитора, не проговаривая их вслух, и включало в себя 3 задачи: 1) пассивное чтение, 2) нажатие на правую кнопку мыши только при предъявлении слов; 3) нажатие на правую кнопку мыши только при предъявлении псевдослов. Определяли латентность и амплитуду ранних компонентов вызванных потенциалов P100, N170, P200, а также время реакции и процент ошибок (точность).

Молекулярно-генетическое исследование предусматривало использование ПЦР с флуоресцентными гибридизационными пробами. При статистической обработке данных использовали обобщенную линейную модель многомерного ковариационного анализа.

Обнаружено, что у больных шизофренией параметры биоэлектрической активности при выполнении задач не различались в зависимости от генетических вариантов DRD2. В группе здоровых людей носители разных генотипов по полиморфизму C957T выполняли задания не одинаково (Задача*стимул*генотип (F (2, 4, 186) = 2,47, p=0,0046) и Задача*электрод*генотип (F (4, 8, 372) = 2,72, p=0,006). Время реакции было больше у носителей генотипа CC, связанного с риском шизофрении, по сравнению с генотипом TT (p=0,04). Латентность N170 у носителей генотипа CC была короче, чем у испытуемых с генотипом TT в затылочной (p=0,01) и теменно-височной областях (p=0,02).

Различия между генотипами были значимы при пассивном восприятии (задача 1) независимо от предъявляемого стимула (слово или псевдослово). Во время задания с инструкцией латентность компонента N170 значимо различалась в зависимости от генотипа только в задаче 3 (p=0,02) в затылочных отведениях. Генотип также оказывал значимый эффект на амплитуду P200. Носители генотипа CC отличались более низкой амплитудой в префронтальной (p=0,04) и центральной областях (p=0,01), по сравнению с носителями генотипа TT. Эти различия были обнаружены для всех задач и не зависели от типа стимула.

Результаты исследования показали, что полиморфизм DRD2 C957T ассоциирован с процессом зрительного распознавания вербальной информации. В пользу этого свидетельствуют следующие факты. Мы не обнаружили связи между генетическим вариантом и компонентом P100 вызванных потенциалов, который отражает процессы селективного внимания и обработку физических характеристик стимула. Различия между генотипами проявлялись на более поздних этапах обработки информации: во временном окне компонента N170, когда слово воспринимается как зрительный образ, а также компонента P200, так называемого «потенциала узнавания». Кроме того, различия между генотипами найдены именно для тех корковых отведений, в которых формируется ответ на предъявляемый стимул (латентность N170 в теменно-височных областях связана с дифференциацией стимула (Dunabeitia et al., 2012), а амплитуда P200 во фронтальных и центральных областях – с его распознаванием (Evans, Federmeier, 2007; Martín-Loeches et al., 1999; Thepsatitporn, Pichitpornchai, 2016).

Таким образом, нами впервые был проведен поиск генетических вариантов, ассоциированных со зрительным распознаванием вербальной информации. Здоровые люди с генотипом риска шизофрении (CC), который связан с более низкой доступностью дофаминовых рецепторов D2 в стриатуме и более высоким потенциалом связывания вне этой области, демонстрировали худшие параметры при распознавании вербальной информации, чем носители генотипа TT. Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 15-06-10047.

НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Гольгина С.Е., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Проблема злоупотребления алкоголем на сегодняшний день не теряет своей значимости (Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2012; Немцов А.В., 2013), что вызвано не только формированием зависимости от данного психоактивного вещества, но и широким спектром последствий для организма человека, проявляющихся необратимыми изменениями практически во всех внутренних органах (Угрюмов А.И., 1992; Говорин Н.В., Сахаров А.В., 2010). Именно поэтому в последнее время прочно укрепилась такая самостоятельная нозологическая форма, как «алкогольная болезнь» (Моисеев В.С. и др., 1998; Пауков В.С., Угрюмов А.И., 1998; Пауков В.С., 2007).

«Алкогольная болезнь» включает 3 этапа развития хронической алкогольной интоксикации: первый – стадия эпизодической алкогольной интоксикации, второй – стадия пьянства, третий – стадия алкоголизма и его осложнений (Моисеев В.С. и др., 1998; Пауков В.С., Угрюмов А.И., 1998; Пауков В.С., 2007). Т.е. зависимость от алкоголя стала рассматриваться в рамках более широкого понятия, которое включает в себя не только длительные повторяющиеся интоксикации этанолом и формирование зависимости от данного вещества, но и возникновение характерных структурных изменений в органах и системах организма, что сопровождается соответствующей клинической симптоматикой (Угрюмов А.И., 1992). При этом главной мишенью для алкоголя является центральная нервная система: острая или хроническая интоксикация вызывает структурные и функциональные нарушения мозга, а также приводит к

органическим изменениям (Даренский И.Д., 2008). Поэтому также принято говорить об алкогольной болезни головного мозга, которая представляет собой церебральные нарушения вследствие злоупотребления алкоголем, характеризующиеся выраженным клиническим многообразием и проявляющиеся психопатологической и неврологической симптоматикой (Сиволап Ю.П., 2006-2012). Основными клиническими формами алкогольной болезни мозга являются когнитивные нарушения, алкогольные энцефалопатии и слабоумие, металкогольные психозы и судорожные припадки.

Стоит отметить, что кровеносные сосуды, особенно микроциркуляторное русло, страдают при злоупотреблении алкоголем в первую очередь, так как осуществляют транспорт алкоголя ко всем органам. Возникающие нарушения микроциркуляции, приводящие к структурным изменениям в органах при алкогольной болезни подробно описаны патологоанатомами (Пауков В.С. и др., 1998-2007). Глубокие и прогрессирующие изменения развиваются уже в стадии «пьянства» – происходит замедление скорости кровотока, острое повреждение эндотелия и распространение очагов фибриноидного некроза сосудистых стенок, развивается гипоксия (Шорманов С.В., 2004). В дальнейшем прогрессирует хроническая гипоксия, являющаяся стимулом для активации фибробластов и развития склеротических изменений в органах, происходит повреждение гематоэнцефалического барьера и прогрессирующая гибель нейронов. При алкоголизме морфологические изменения в подавляющем большинстве уже необратимы. Особенно выражены они в период развития алкогольного абстинентного синдрома и алкогольного делирия. В исследованиях сотрудников лаборатории биологии мозга Московского НИИ психиатрии (Узбеков М.Г. и др., 2006) установлены острые и хронические изменения сосудов при данных состояниях, которые свидетельствуют о тяжелых хронических нарушениях проницаемости сосудистых стенок.

Сформировавшиеся в последние годы представления о механизмах повреждающего действия алкоголя изложены в работах В.В. Афанасьева (2002). Описаны глубокие нарушения метаболизма (энергетического, жирового, белкового); нейромедиаторных взаимодействий; регуляции рецепторного аппарата клеток и их ферментативных систем. При этом продукты биотрансформации этанола (в том числе ацетальдегид) превосходят по токсичности исходное вещество. Они усугубляют нарушение энергетических процессов, вступая во взаимодействие с белками плазмы, форменными элементами крови, нарушают их структурную организацию и функциональную активность. Происходит нарушение микроциркуляции (системный капилляротоксикоз), повышается проницаемость гематоэнцефалического барьера, а также каскад метаболических расстройств, развитие гипоксиподобного состояния.

При острой алкогольной интоксикации описаны нарушения гемодинамики, наиболее тяжелой формой которых является экзотоксический шок (Билибин Д.П., Дворников В.Е., 1990). Совокупность нарушений микроциркуляции обуславливает развитие циркуляторной гипоксии, что определяет течение и исход шокового состояния (Лужников Е.А. и др., 2001). При синдроме отмены алкоголя с делирием также установлены нарушения гемодинамики, подобные шоковому процессу. При этом хроническая алкогольная интоксикация может осложняться развитием шоковой реакции без предшествующих видимых соматических заболеваний (Галанкин Л.Н., Ливанов Г.А., 2004). Л.Н. Галанкин и соавт. (2004) описали нарушения микроциркуляции с помощью капилляроскопии сосудов конъюнктивы у больных с алкогольным делирием. Кроме того, состояние стресс-ответа организма на отмену алкоголя характеризуется резким усилением тонуса симпатoadреналовой системы, гиперфункцией надпочечников, нарастающим выбросом катехоламинов. Все это

усугубляет кислородное голодание тканей, выброс активных веществ приводит к тотальной вазоконстрикции, нарушению микроциркуляции и, как следствие, к гипоксии мозга и других органов. Если эти проявления чрезмерны по силе или продолжительности, то происходят глубокие нарушения метаболизма, развиваются те или иные осложнения или смерть (Афанасьев В.В., 2002).

Несмотря на значимость представленной информации, точные патофизиологические механизмы нарушений микроциркуляции, повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера, а также развития алкогольной болезни мозга и алкогольной висцеропатии при злоупотреблении спиртными напитками по-прежнему не установлены (Tijen Utkan et al., 2001). Имеющиеся публикации в отечественной и зарубежной литературе по этой проблеме единичны.

При изучении отдельных механизмов указанных нарушений установлено, что в период острой алкогольной интоксикации повышается концентрация эндотелина-1 (Kaku B. et al., 1999), хотя этого не происходит при употреблении некоторых алкогольных напитков, например, красного вина (Charalambos Vlachopoulos et al., 2003; Kiviniemi et al., 2010). В тоже время низкие концентрации алкоголя вызывают увеличение выхода оксида азота (NO) из эндотелия сосудов за счет активации и экспрессии NO-синтазы (NOS), а применение высоких концентраций этанола или его хронический прием снижает синтез NO (Amel Karaa et al., 2005; Toda N., Ayajiki K., 2010; Rajesh K. Davda et al., 2014).

У больных алкоголизмом, в сравнении со здоровыми, зарегистрировано повышение в сыворотке крови молекул клеточной адгезии ICAM-1 и E-селектина, в то время как VCAM-1 было одинаковым в обеих группах (Sacanella E. et al., 1999; Bertola A. et al., 2013). Получены противоречивые данные об уровне ассиметричного диметиларгенина в плазме крови при алкогольной зависимости (Di Gennaro C. et al., 2012; Frieling H. et al., 2012). В отечественных исследованиях при синдроме зависимости от алкоголя выявлено повышение уровня оксида азота и эндотелина-1 (Корякин А.М. и др., 2011). В период алкогольной абстиненции выявлены нарушения в системе сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, выражающиеся в повышенной агрегации тромбоцитов (Gonzalez-Quintera A. et al., 1999).

Нами при помощи метода лазерной доплеровской флоуметрии были выявлены выраженные нарушения микроциркуляции у больных алкоголизмом с синдромом отмены алкоголя, которые носили распространенный характер, сохраняясь даже в постабстинентном состоянии. Особенно существенные изменения микроциркуляции установлены при алкогольном делирии, по сравнению с простым абстинентным синдромом (Сахаров А.В., Голыгина С.Е., 2015-2016). В настоящее время мы проводим дополнительное изучение некоторых показателей микроциркуляции при алкоголизме с помощью лабораторных методов.

Следовательно, алкоголь-индуцированное повреждение эндотелия или отсутствие этого процесса может быть связано с синтезом или действием несколько маркеров, таких как оксид азота, кортизол, эндотелин-1, адгезивные молекулы, фактор некроза опухоли альфа, интерлейкин-6, С-реактивный белок и гемостатические факторы. При этом установлено, что существует генетическая и фенотипическая гетерогенность ответа на алкоголь (Paulo F.D. et al., 2007). Так, выявлено различие между представителями европейской и африканской расы в отношении последствий злоупотребления алкоголем (Fuchs et al., 2004; Steffens et al., 2006). В связи с этим, перспективным является поиск у больных алкоголизмом и алкогольными психозами полиморфизмов генов молекул, отвечающих за сосудистую регуляцию.

Таким образом, в настоящее время остаются не разработанными механизмы нарушений микроциркуляции при алкоголизме и алкогольных психозах, не проведено

изучение генетического полиморфизма молекул сосудистой регуляции, не оценена их роль во взаимосвязи с процессами нейродеструкции-нейрорепарации, не определено их клинико-прогностическое значение для оценки развития и тяжести алкогольной болезни мозга. Решение указанных задач создаст перспективы для создания новых, патогенетически обоснованных подходов к лечению алкогольной патологии.

ЧАСТОТА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОМ ПРОФИЛАКТОРИИ

Григорьева И.В., Кралько А.А., Шумай В.В., Ладо А.В., Сергеев И.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

По данным метаанализа, проведенного Nunes (2004), известно, что потребление алкоголя с вредными последствиями и синдром зависимости от алкоголя часто сочетаются с депрессивными расстройствами. Коморбидность с аффективными расстройствами оказывает неблагоприятное влияние на течение синдрома зависимости от алкоголя и приводит к частым рецидивам и неустойчивости ремиссии.

Эпидемиологические исследования не дают однозначного ответа на вопрос о распространенности коморбидности синдрома зависимости от алкоголя и депрессии. У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, обратившихся за помощью, частота возникновения вторичных депрессивных расстройств, по данным Sullivan (2005), варьирует от 10% до 71% случаев. При такой коморбидности отмечается частое ухудшение отношений между супругами, высокая частота разводов и последующего проживания в одиночестве, по сравнению с теми лицами, у которых выявляется только депрессия.

Результаты исследований Е.Н. Крылова (2004), К.М. Davidson (1995) показывают, что депрессивные расстройства связаны с механизмом патологического влечения к алкоголю и являются признаком рецидива основного заболевания у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

В рамках научно-исследовательской работы по разработке метода комплексной медицинской реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях лечебно-трудового профилактория (ЛТП), мы изучили частоту встречаемости депрессивных расстройств у данного контингента, как важного фактора рецидивов и качества формирования устойчивости ремиссии.

Исследование проводилось на базе учреждений «Лечебной трудовой профилакторий УДИН МВД РБ» № 1 и № 5. В исследование были включены 300 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (рубрика F10.2), находящихся в условиях ЛТП. Основные социально-демографические и клинические характеристики выборки: 100% пациентов мужского пола, средний возраст составил 40,96±9,44 лет, стаж алкогольной зависимости 5,5±5,2 года.

Использовались следующие диагностические инструменты: Белорусский Индекс Тяжести Аддикции (Бел-ИТА); Шкала депрессии Бека.

При исследовании депрессивных состояний по Шкале депрессии Бека у 19,3% пациентов отмечено наличие депрессии тяжелого уровня, у 34,3% пациентов выявлена выраженная депрессия, у 7,3% – умеренная депрессия, у 19,7% – легкая депрессия, у 19,3% – депрессивные симптомы отсутствуют.

Таким образом, у 80,7% пациентов ЛТП выявлены депрессивные проявления различной степени тяжести.

Результаты анализа Шкалы депрессии Бека согласуются с данными клинического интервью, в ходе которого пациенты описывали свое состояние пессимистично и малооперспективно: «меня уже ничто не ждет в жизни», «я скатился на самое дно, не знаю, как это пережить», «после выхода из ЛТП люди будут относиться ко мне с предубеждением, и мне трудно будет справиться с этим одному», «мне всегда не везет», «я никогда не смогу устроиться на работу с клеймом алкоголика», «я уже достаточно наказан по жизни».

Результаты анализа 21 симптома депрессии показали, что у пациентов ЛТП когнитивно-аффективные нарушения сопровождались: ощущением наказанности – у 83% человек; неудовлетворенностью собственной жизнью – у 83%; пессимизмом – у 80,3%; чувством вины – у 76%; сниженным настроением – у 73,7%; чувством несостоятельности – у 69,3%; идеями самообвинения – у 64,3%; раздражительностью – у 63,7%; отвращением к самому себе – у 58%; нерешительностью – у 51%; слезливостью – у 44,3%; нарушением социальных связей – у 38,7%; суицидальными мыслями – у 27%.

Из соматических проявлений депрессии наиболее частым были нарушения сна – у 63,7% пациентов. В ходе клинического интервью наиболее характерными были жалобы, связанные с нарушением сна: отсутствие ночного сна, нарушение засыпания, прерывистый сон, отсутствие отдыха во сне. Данные пациенты оправдывали прием спиртного необходимостью улучшения сна «выпивал, чтобы заснуть», «хорошо спится, когда выпьешь и расслабишься».

Среди выраженных соматических проявлений депрессии были отмечены: утомляемость – у 52%; охваченность телесными ощущениями – у 48%; утрата либидо – 47,7%; нарушение образа тела – у 47,3%; потеря веса – у 46%; утрата работоспособности – у 38,7%; утрата аппетита – у 35,3%.

Данные анамнеза, полученные из медицинских документов и клинического интервью, свидетельствуют о наличии у 32% данных лиц признаков эндогенной «доалкогольной» депрессии. Пациенты указывали на то, что использовали ранее алкоголь в качестве «лекарственного средства»: «выпивал, чтобы снять тоску», «выпью и только тогда поднимается настроение», «я избавлялся от одиночества и подавленности выпивкой», «пока не выпью – в груди давит, работать не могу, не хочется ничего», «чувствую постоянное напряжение, ожидаю что-то плохое на работе или дома, потому и пью; выпиваю, чтобы забыться». Прием алкоголя постоянно оправдывался ими необходимостью улучшения настроения и снижения чувства тревоги. На начальном этапе употребление алкоголя носило эпизодический характер и применялось для купирования тревожных и депрессивных симптомов, затем приобрело черты регулярного систематического злоупотребления.

Данные клинического интервью, подтверждают наличие депрессивных симптомов в периоде предшествующих ремиссий, а также их триггерное влияние на последующие рецидивы заболевания. Существенным является, что 48% пациентов отметили нарастание тревоги, беспокойства, раздражительности и тоски до появления первых признаков актуализировавшегося патологического влечения к алкоголю, около 24% указали на нарастание дистимии. Усиливавшееся влечение к алкоголю у данных пациентов сопровождалось утяжелением аффективной симптоматики от дисфории до появления депрессии.

У 18% пациентов в ходе проведения полуструктурированного интервью по Бел-ИТА были отмечены суицидальные проявления: антивитаальные переживания характеризовались жалобами на непереносимость жизни, присутствием фантазий на

тему смерти и собственного ухода из жизни. Суицидальные попытки в анамнезе были отмечены у 6% пациентов.

Депрессивные расстройства, входящие в структуру синдрома зависимости от алкоголя имели различную степень выраженности и сочетались с другими проявлениями аффективной патологии.

Таким образом, у 80,6% лиц, находящихся в ЛТП, выявлены признаки депрессивного расстройства различной степени тяжести: от тяжелой до легкой депрессии. Преобладающим является уровень выраженной депрессий, выявленный у 34,3% пациентов.

Наличие коморбидного депрессивного расстройства у пациентов ЛТП с синдромом зависимости от алкоголя является показанием для назначения антидепрессантов и определяет выбор мишеней для специфической психотерапии в процессе проведения комплексной медицинской реабилитации.

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Дмитриев М.Н.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Аффективные нарушения являются одной из самых прогрессирующих патологий современного человечества. Так, по данным 2015 года, за десятилетие число людей, страдающих депрессией в мире, возросло на 18,4%, а тревожными расстройствами – на 14,9%. Наиболее высокие темпы роста в России демонстрируют непсихотические формы аффективных расстройств, значительно превосходя рост всей эмоциональной патологии (Демчева Н.К., 2012). Именно неглубокий уровень психопатологических феноменов позволяет относить выявляемые расстройства к т.н. «пограничным», что заставляет предполагать их стрессиндуцированный генез (Александровский Ю.А., 2006).

Это наиболее естественным образом относится к студенческой молодежи. Ведь в этом возрасте и социальном статусе происходит большое число конфликтных ситуаций, связанных с проблемой сепарации с родительскими семьями, поиском и сменой сексуальных партнеров, значительными учебными и эмоциональными нагрузками, первым опытом работы. Все эти факторы позволяют в рамках биопсихосоциальной модели относить неглубокие аффективные нарушения как раз к пограничным (Коцюбинский А.П., 2014).

Однако размытость понимания генеза этих расстройств приводит к неэффективным стратегиям оказания помощи, потери времени, развитию повторных эпизодов, что может ухудшать течение и прогноз заболевания. Признание факта, что аффективные нарушения у молодежи чаще являются проявлением эндогенной (аутохтонной) патологии может сыграть важную роль в разработке диагностических и терапевтических алгоритмов.

Известно, что чаще всего в молодом возрасте возникает биполярное аффективное расстройство (Мосолов С.Н., 2008), которое является коморбидным с целым спектром соматических, поведенческих и аддиктивных нарушений (Павличенко А.В., 2014; Altshuler L.L. et al., 2006), маскирующим истинный генез психовегетативных проявлений.

Внедрение критериев «мягкого биполярного спектра» (softbipolarspectrum) (Angst J., 1998, 2003) привело к постепенному пересмотру отдельных положений диагностических рубрик МКБ и DSM, что нашло отражение в расширении границ спектра биполярных расстройств в принятой DSM-V (Angst J., 2013; Severus E, Bauer M., 2013).

Однако существует мнение, что современные тенденции отражают неадекватную гипердиагностику этого заболевания (Mitchell P.B., 2012). Такое расхождение взглядов может быть объяснено не только диагностическими моделями, но и методиками подтверждающими наличие того или иного расстройства. При этом в зависимости от задач исследования выбираются тесты, имеющие разную наполняемость облигатными и добавочными симптомами. Это приводит к различной чувствительности методик и большому числу т.н. «перекрестных» симптомов, имитирующих высокую частоту изучаемого психопатологического синдрома.

Как же обстоит дело с диагностикой аффективных нарушений у студентов в России? Традиционно подтверждаются данные о высокой частоте и коморбидности депрессии и тревоги (Чеснокова О.И., 2015), превышающие показатели ВОЗ по аффективным расстройствам. При этом не было обнаружено значимой корреляции по тревоге и депрессии с гендерными отличиями, семейным положением и некоторыми показателями учебной и профессиональной нагрузки, что доказывает сомнительность стрессиндуцированной трактовки выявленных психических нарушений.

Неожиданно очень высокие (до 85% частоты встречаемости) показатели гипомании при анамнестическом исследовании по методике HCL-32 обнаружили у студентов медицинской академии в Воронеже (Гречко Т.Ю., Булгакова Т.С., 2015). Проблемой этих и аналогичных исследований является изучение только одного полюса аффективных нарушений – либо гипотимного, либо гипертимного, что не дает возможности судить о наиболее частой форме аффективных нарушений – биполярной, у молодежи.

На протяжении нескольких лет в Ростовском государственном медицинском университете обследовали студентов по этим двум векторам – выявление депрессивной и маниакальной симптоматики (Дмитриев М.Н. и соавт., 2011-2017). В качестве методик были выбраны самоопросники, которые лучше, чем клинические (госпитальные) шкалы соотносятся с задачей скринингового анализа формально практически здоровых людей, регулярно проходящих медицинские комиссии и не имеющих явных когнитивных нарушений и обладающих достаточно высоким уровнем социальной адаптации.

В качестве базовой анкеты служил авторский Опросник самооценки состояния здоровья (ОССЗ) депрессивная (Д) и маниакальная (М) подшкалы. Для оценки текущего аффективного статуса дополнительно использовали западные психометрические шкалы: Шкалу центра эпидемиологического исследования депрессии США (CES-D), Шкалу Альтмана для самооценки мании (ASRM). Для сравнения использовали данные 2013-14 гг. (1 группа – 171 человек); 2014-15 гг. (2 группа – 144 человека); 2016-2017 гг. (3 группа – 95 человек). Общая выборка составила 410 студентов. Все они давали добровольное информированное согласие на участие в опросе.

Результаты исследования. Частота депрессий по CES-D составляла в 1 группе – 25,14%, во 2 группе – 23,61%, в 3 группе – 18,94%. Частота депрессий по ОССЗ-Д составила – 11,11%; 7,63%; 6,32% соответственно.

Частота маний по ASRM составляла в 1 группе – 10,5%, во 2 группе – 13,19%, в 3 группе – 11,57%. Частота маний по ОССЗ-М была по группам – 9,36%; 4,86%; 4,22% соответственно. В каждой группе были обследуемые, у которых выявляли значимо

высокие показатели по депрессивным и маниакальным психометрическим методикам. Так в 1 группе таких было 4 студента, во 2 группе – 3 человека и в 3 группе – 2 человека, что заставляет предполагать у них структуру аффекта близкого к развитию смешанного аффективного состояния.

Использование разных скрининговых психометрических тестов обнаружило различную чувствительность как по спектру депрессивных, так и маниакальных проявлений, что можно объяснить особенностями самих методик. В отечественной методике ОССЗ минимизирован неспецифический сомато-вегетативный компонент и акцентированы психопатологические составляющие, что позволяет улавливать более отчетливые формы аффективных расстройств, близкие к субпсихотическому и психотическому уровню (более «жесткие» критерии аффективных нарушений). Западные психометрические тесты выявляют более размытые (синдромально незавершенные, «мягкие») формы.

Эти показатели превышают данные ВОЗ в несколько раз. Примечательно, что в каждой группе были студенты, имеющие положительные признаки по обеим методикам: по депрессиям: в 1 группе – 8, во 2 – 9, в 3 – 4 человека; по маниам: в 1 группе – 8, во 2 – 5, в 3 – 2 человека. Т.е. можно судить о формировании континуума аффективной патологии – от легких, субсиндромальных до вполне очерченных, определяемых клинически форм.

Высокий уровень аффективных нарушений, определяемый на протяжении достаточно длительного времени в однородной по возрастному и социальному составу выборке студентов показал, что существует спектр расстройств, по типу феномена «айсберга», представленный депрессивным синдромом, маниакальным синдромом и смешанными аффективными состояниями.

Наличие двух последних указывает на наличие биполярного расстройства, что характерно как раз для молодого возраста. У многих оно находится в латентном состоянии не вызывая явной дезадаптации. Наличие провоцирующих факторов, связанных с особенностями студенческого возраста и студенческой жизни может служить реактивным толчком к развитию аутохтонных психических заболеваний по эндо-реактивным механизмам.

ЯВНЫЕ И СКРЫТЫЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Дмитриев М.Н., Маркова К.П., Щеголева А.О., Рабаданова А.А.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Эмоционально-волевые расстройства являются одной из частых форм психопатологических феноменов, характерных для людей подросткового и молодого возраста (Колягин В.В. и соавт., 2011; Коцюбинский А.П. и соавт., 2015; Patel V., 2013), что нашло свое отражение в двухосевой структуре современной классификации DSM-V (Kuroki T. Et al., 2016).

Не являются исключением и студенты-медики, у которых обнаруживаются аффективные расстройства, зачастую превышающие общепопуляционный уровень (Гречко Т.Ю., Булгакова Т.С., 2015; Дмитриев М.Н. и соавт., 2011; 2015; Чеснокова О.И., 2015).

Методом анкетирования исследовали уровень эмоциональных расстройств в 2016-2017 гг. у 107 студентов 5 курса Ростовского государственного медицинского университета (РостГМУ). Из них было 89 женщин и 18 мужчин, средний возраст составил $22,6 \pm 0,62$ года. Все обследуемые дали согласие на участие в анкетировании, обработке и использовании полученных результатов.

10 человек (9,34%) отметили, что они считают себя нездоровыми в отношении развития психо-эмоциональных расстройств. Наиболее часто при самостоятельном заполнении анкеты они отмечали у себя страхи, тревогу, навязчивые мысли. 4 человека отметили наличие патологических биоритмов (суточная и сезонная динамика эмоционального состояния), 2 человека связали свое состояние с пережитым стрессом (потеря близких или любимого человека). Ни для одного учебная нагрузка или трудности в учебе не были значимым фактором эмоциональных переживаний.

Все испытуемые ответили на психометрические самоопросники. В качестве базовой анкеты использовали авторский Опросник самооценки состояния здоровья (ОССЗ), с оценкой уровня депрессии и мании по соответствующим подшкалам (Д и М). Текущий эмоциональный статус оценивали при помощи: депрессию – Шкалы центра эпидемиологического исследования депрессии США (CES-D), манию – Шкалы Альтмана для самооценки мании (ASRM), тревогу – Шкалы тревоги Шихана (ShaRS). Анамнестические признаки гипомании, указывающие на высокий риск развития биполярного расстройства, выявляли ретроспективным анализом последнего года жизни Диагностическим Опросник Гипомании (HCL-32).

Полученные результаты сводили в электронную таблицу Excel и обрабатывали статистически в программе SPSS.

Обнаружили, что в период проведения анкетирования свое состояние оценивают как депрессивное по ОССЗ-Д – 7,47%, а по CES-D – 18,68% опрошенных. Высокий уровень тревоги обнаружили по данным ShaRS у 8,406%. У всех студентов с тревогой одновременно были значимо высокие показатели по какой-либо из шкал для оценки депрессий, т.е. 100% коморбидность ($p < 0,01$) с депрессиями.

Частота встречаемости значимых признаков мании в текущем статусе была по ОССЗ-М – 5,604%, а по ASRM – 11,208%. Признаки гипомании в анамнезе по данным HCL-32 были выявлены у 59,77% респондентов.

Анализ полученных результатов позволил установить некоторые закономерности. Так 100% коморбидность тревожных и депрессивных феноменов указывает не на самостоятельность тревожных проявлений, а на развитие атипичного депрессивного синдрома. Уровень осознаваемой тревоги и депрессии достоверно ниже уровня депрессии по методике CES-D. Ни один из студентов-медиков не отметил у себя наличие маниакального аффекта, в то время как по тестам он встречался у достаточно большого числа обследуемых, особенно при ретроспективной оценке своего самочувствия за год, что соответствует «мягким» критериям гипомании по J. Angst. Эти результаты указывают на значительную частоту латентной гипомании и настораживают в отношении развития спектра биполярных аффективных расстройств.

При сопоставлении результатов депрессивных и маниакальных психометрических шкал в текущий период выявили одновременное значимые показатели у двух человек (1,86%), что является риском развития смешанного аффективного состояния, что доказывает биполярную структуру эмоциональной патологии.

Анализируя проявления депрессивного аффекта, обнаружили, что как изолированное расстройство он встречается лишь у 7,47% от всех (что составляет 40% от числа студентов со значимыми показателями по CES-D). У остальных 12 обследуемых с депрессией (60% от выборки студентов с депрессией) она сочеталась с

гипоманией в анамнезе по HCL-32, что указывает на вероятность развития биполярного расстройства. При этом у одного человека была коморбидность по результатам трех методик. При сравнении частоты депрессии как моносиндромального проявления (условно рекуррентная депрессия) была обнаружена ($p < 0,05$) достоверная разница с частотой депрессии, сочетающейся с признаками мании (условно биполярная депрессия).

Таким образом, мы подтвердили высокий уровень аффективных расстройств у студентов-медиков: депрессия была обнаружена у каждого 5 студента, а маниакальный аффект – обнаружен у каждого 9. Лишь половина студентов с депрессией и/или тревогой осознает свои симптомы, как болезнь. При этом в силу ряда стигматизирующих моментов (анализ которых не входит в содержание данной публикации) ни один из них не обращался за специализированной психиатрической помощью и не принимал адекватную терапию. Ни один студент с признаками мании/гипомании не осознавал свое состояние, как болезненное. Эти данные позволяют рассматривать диапазон эмоциональных нарушений как «айсберг», где основная часть патологии находится в скрытом состоянии.

При анализе частоты встречаемости тех или иных проявлений эмоциональных расстройств установлено, что большая часть имеет структуру, характерную для аутохтонных (эндогенных) аффективных заболеваний и представлена преимущественно спектром биполярных расстройств. Это имеет большое практическое значение для разработки комплекса лечебно-профилактических и противорецидивных мероприятий.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СВОБОДНОГО ТВОРЧЕСТВА БОЛЬНОГО С ПРОГРЕДИЕНТНОЙ КАТАТОНИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дмитриенко В.В., Коротких С.М., Стацурина Е.И.

Специализированная психиатрическая больница № 7, Краснодар, Россия

Актуальность. В настоящее время существует масса психодиагностического инструментария, позволяющего определить наличие и степень выраженности эмоциональных и личностных расстройств, выявить специфику патологических особенностей.

Однако, изучение творческой деятельности душевнобольных позволяет проникнуть в мир внутренних переживаний человека, расширяет репертуар психодиагностических методов для оценки психических процессов и некоторых аспектов психического функционирования пациентов психиатрических учреждений (как одномоментно, так и в динамике), а также позволяет углубить представления специалистов сферы психического здоровья об особенностях изменения психики больного с редким типом шизофрении (по различным источникам встречаемость кататонической формы шизофрении колеблется от 1 до 3% от общего числа больных с данным заболеванием).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе общепсихиатрического отделения № 5 ГБУЗ СПб № 7 города Краснодара. Для анализа использовалась медицинская документация (этапные эпикризы, выписки с 2013 по 2016 гг., результаты психодиагностических исследований), а также рисунки на

свободную тему пациента с прогрессивной кататонической шизофренией.

Результаты. При анализе когнитивной сферы в динамике развития заболевания, отмечается прогрессирующее снижение когнитивных функций с легких (2013) до выраженных (2016): снижение свойств памяти при механическом запоминании; своеобразии, неадекватности ассоциативных образов, при опосредованном запоминании; значительное ослабление свойств произвольного активного внимания. Исследование мышления подтверждает сохраняющееся снижение параметров владения основными мыслительными операциями, малопродуктивность, разорванность, нецеленаправленность, паралогичность мышления, с нарушением операциональной стороны и личностного компонента (критичность и самоконтроль познавательной деятельности). Уровень обобщения с искажением процесса обобщения, выраженными трудностями анализа и синтеза. Эмоциональная сфера также характеризуется отрицательной динамикой: нарастание эмоционального дистанцирования, выхолощенность эмоциональных проявлений, значительное снижение мотивационно-волевого компонента деятельности; дефектность психической деятельности, и, как итог, социальная дезадаптация.

Во всех предложенных рисунках обращает на себя внимание монотонность, стереотипность – многократное повторение одних и тех же изображений с некоторыми вариациями, в цвете и без него: однообразие поз, черт и выражений лица.

Изображения «людей» часто изолированы, без сюжета (отчужденность, аутизация, снижение значимости межличностных контактов), незавершены (изображает только голову). Отмечается также деформация тел, даже при формальном соблюдении пропорций. Изображения людей часто содержат «агрессивные» элементы – шипы, щупальца. При этом обращает на себя внимание амбивалентное отношение к персонажам: тщательная, детальная прорисовка, устрашающих, пугающих существ.

Сюжетные изображения мозаичны. Рисунки по-прежнему изобилуют стереотипностью, нарастает символизм (цифры, неологизмы). Часто рисунку соответствует странная подпись, цифровая или буквенная («зашифрованная»), малопонятная по содержанию. Отмечается обилие механики, встраивание инженерных элементов в самый нейтральный сюжет. Со временем течения болезни, прогрессированием ее, отмечается усиление тенденции к декорированию, что, по мнению ряда авторов, свидетельствует об эмоциональном оскудении, утрате контактов с реальностью.

При анализе палитры обнаруживается, что краски в рисунках либо отсутствуют вовсе (предпочтение отдается синей шариковой ручке), либо не соответствуют реальной действительности; светотени распределены нереалистично. Также могут наблюдаться как «взрывы яркости» (в период актуализации наиболее ярких психотических переживаний), так и монотонная, тусклая расцветка, либо полный отказ от использования красок в рисунке. Последующее отсутствие интереса к цвету свидетельствует о злокачественном протекании болезненного процесса, характеризующегося негативной симптоматикой.

Заключение. Таким образом, известно, что начало и течение такого заболевания как шизофрения выражается в особом нарушении процесса восприятия и смысловой переработки информации, что находит отражение и в продуктах изобразительной деятельности. Именно на основании систематизации и анализа продуктов свободного творчества пациента с прогрессивной кататонической шизофренией можно сделать вывод о том, что болезненный процесс при данной форме заболевания характеризуется злокачественностью, выраженной дезорганизацией психической деятельности, быстрой фиксацией пациента на психотических переживаниях, как на единственном источнике психологических и эмоциональных впечатлений.

Эта информация позволяет значительно расширить и углубить представление об особенностях протекания заболевания, а также открывает дополнительные возможности при анализе реабилитационного потенциала пациентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЛКОГОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Дубинин О.П.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Алкогольные расстройства являются одной из самых актуальных проблем общества. В структуре всех наркологических расстройств данная патология составляет свыше 70%. Статистические данные в отношении распространенности алкоголизма формируются в основном за счет пациентов, поступающих в стационар по неотложным состояниям. Наиболее ярким индикатором тяжести ситуации, связанной с зависимостью от алкоголя, является заболеваемость алкогольными психозами.

В Забайкальском крае заболеваемость алкоголизмом, и особенно алкогольными психозами, является крайне высокой. Так, в 2004 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя составлял 118,5 (на 100 тысяч населения), что на 19,6% выше среднего по России (99,1). При этом показатель заболеваемости алкогольными психозами в крае (92,7) в 2004 году более чем на 70% превышал аналогичный показатель по России (53,9).

На протяжении ряда лет в Забайкальском крае отмечалось постепенное снижение расстройств, вызванных алкоголем. В 2008 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя составлял 101,9 (на 100 тысяч населения), что на 26% выше среднего по России (80,9). Показатель заболеваемости алкогольными психозами в крае (47,2) на 16,3% превышал аналогичный показатель по России (40,6).

К 2011 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя составил 91,3, что на 38% выше среднего по России (66,2). Показатель заболеваемости алкогольными психозами был на уровне показателя по РФ (30,5).

В 2016 году показатель заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя составил 84,1, а показатель заболеваемости алкогольными психозами – 26,6 на 100 тысяч населения. По сравнению с 2004 годом, заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в Забайкальском крае снизилась в 1,4 раза (с 118,5 до 84,1), однако данный показатель превышает средний по России в 1,6 раза.

Показатель заболеваемости алкогольными психозами в Забайкальском крае с 2004 года снизился в 3,5 раза (с 92,7 до 26,6), данный показатель превышает средний по России в 1,3 раза. В структуре алкогольных психозов ведущее место, по-прежнему, принадлежит алкогольным делириям.

Таким образом, в Забайкальском крае отмечается высокий уровень алкоголизации населения, о чем свидетельствуют показатели заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя, включая алкогольные психозы.

Несмотря на положительную динамику за последние 12 лет, показатели по краю значительно превышают средние по стране.

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ В
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Дубинин О.П., Лобанова А.А., Бакшеева Г.П.
Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Профилактика и раннее выявление потребления наркотических средств и психотропных веществ, особенно среди детей и молодежи, является приоритетными задачами наркологической службы.

Во исполнение Федерального закона Российской Федерации от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» в Забайкальском крае в 2016 году проводились профилактические мероприятия по раннему выявлению потребителей психоактивных веществ в общеобразовательных и профессиональных образовательных организациях края.

На первом этапе, из общего числа полученных результатов социально-психологического тестирования, 6,6% обучающихся были отнесены к группе риска по употреблению наркотических средств и психотропных веществ. Министерством образования, науки и молодежной политики Забайкальского края результаты социально-психологического тестирования в установленном порядке были направлены в Министерство здравоохранения Забайкальского края.

Второй этап – профилактические медицинские осмотры, был проведен в течение 2016 года, в соответствии с приказом Минздрава России от 6 октября 2014 г. № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ».

Профилактические медицинские осмотры в образовательных организациях г. Читы и районов Забайкальского края проводились на основании поименных списков обучающихся, достигших возраста пятнадцати лет, при наличии информированного добровольного согласия, которое оформляли обучающиеся самостоятельно в письменной форме.

Медицинский осмотр начинался с профилактической информационно-разъяснительной беседы с обучающимися по вопросам незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также сбора анамнестических сведений. Врачом психиатром-наркологом проводилось исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

В дальнейшем проводились предварительные химико-токсикологические исследования мочи на наркотические средства и психотропные вещества. В случае положительных результатов тестирования, анализы в обязательном порядке подтверждались в химико-токсикологической лаборатории Краевого наркологического диспансера с использованием метода газовой хроматографии с масс-спектрометрией.

Результаты проведенного профилактического медицинского осмотра разъяснялись обучающимся.

Всего в профилактическом медицинском осмотре обучающихся в 2016 году приняли участие 254 образовательных организации Забайкальского края (240 школ и 14 организаций среднего профессионального образования).

Тестированию подлежало 19170 обучающихся, из них 6595 (34,4%) – в г. Чите и 12575 (65,6%) – в районах Забайкальского края. Из общего числа подлежащих тестированию несовершеннолетних, 4228 обучающихся или 22% не прошли тестирование, 1965 обучающихся или 10% – по причине отказа и 2263 или 12% – по причине отсутствия на месте учебы в день медицинского осмотра. Отказ от осмотра в районах Забайкальского края в среднем составил 21,4 %, в городе Чите – 23,2%.

Прошли тестирование 14942 человека, из них 5060 (33,9%) – в г. Чите и 9882 (66,1%) – в районах края. Всего было выявлено 18 потребителей психоактивных веществ (0,1%), из них 1 (0,02%) – в Чите и 17 (0,14%) – в районах края. Во всех случаях были обнаружены каннабиноиды. Вызывает настороженность ситуация в Чернышевском и Красночикийском районах, где было выявлено по 4 несовершеннолетних потребителя наркотиков, в Приаргунском районе – 3, в Балейском районе – 2. По одному потребителю наркотиков выявлено в Чите, в Оловянинском, Шелопугинском, Хилокском и Сретенском районах Забайкальского края.

Обращает внимание большой процент отказов от тестирования (более 40%) в Петровск-Забайкальском и Нерчинском районах Забайкальского края, а также в 7-ми средних общеобразовательных школах (СОШ № 2, 49, 14, 13, 44, 8, ВСОШ № 8) г. Читы. Минимальное количество (менее 10%) учащихся отказались от медицинского осмотра в Акшинском, Агинском, Шелопугинском, Красночикийском, Дульдургинском, Нерчинско-Заводском районах. Необходимо отметить 100% охват тестированием учащихся в СОШ № 29 г. Читы, что свидетельствует о хорошей мотивационной работе педагогического коллектива школы.

Все выявленные несовершеннолетние потребители наркотиков были взяты под наблюдение врача психиатра-нарколога для проведения профилактических мероприятий, направленных на отказ от употребления психоактивных веществ.

Таким образом, указанные выше мероприятия направлены на профилактику и раннее выявление потребителей наркотических средств и психотропных веществ.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Дьякова С.В.

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

В связи с реорганизацией психиатрической службы 01.08.2014 года было открыто отделение медико-психосоциальной помощи в амбулаторных условиях. Отделение рассчитано на 50 мест. Отделение оказывает медико-психосоциальную помощь пациентам, страдающим психическими расстройствами, в амбулаторных условиях.

Основными функциями отделения являются:

- 1) ведение приема пациентов, осуществление обследования с целью определения снижения трудоспособности и направления на МСЭ.
- 2) оформление необходимой документации, предоставление на МСЭ.
- 3) совместная работа с психологом и социальным работником, направленная на реабилитацию, социальную адаптацию пациента.

- 4) проведение совместно с организациями социальной защиты населения медико-психосоциальной работы с пациентами и их семьями.
- 5) организация взаимодействия с организациями, осуществляющими психосоциальную работу с пациентами.
- 6) поддержка пациентов в условиях обычного проживания (на дому) при улучшении состояния пациентов.
- 7) формирование навыков самостоятельного проживания у лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи.
- 8) снижение риска направлений пациентов в отделения для оказания круглосуточной стационарной помощи.
- 9) улучшение качества жизни пациента и его близких.
- 10) освоение и внедрение в клиническую практику современных методов бригадного ведения.
- 11) привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ.
- 12) ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке.

Показания для направления в отделение: лица, страдающие психическими заболеваниями, в стабильном психическом состоянии, нуждающиеся в социально-психологической помощи, решение вопросов медико-социальной экспертизы (первичное представление на инвалидность, повторное переосвидетельствование, разработка ИПР), межведомственное совместное решение вопросов жилья, трудоустройства, льгот, правовых аспектов и пр., совместная юридическая помощь по вопросам прав граждан, страдающих психическими расстройствами, восстановление социального статуса пациента (оформление, восстановление, замена необходимых документов, восстановление прежних или налаживание новых социальных контактов больного, психосоциальная помощь семьям, родственникам пациентов, оформление в учреждения социального обеспечения для лиц, утративших социальные связи, прочие социальные трудности, решение которых невозможно осуществить пациенту самостоятельно в силу имеющихся психических расстройств.

За период работы в отделение поступило 2769 пациентов из них 1455 пациентов из районов Забайкальского края. В отделении оказана следующая помощь: решение вопросов медико-социальной экспертизы – 2408 пациентов (первичное представление на инвалидность, повторное переосвидетельствование, разработка ИПР), оформление в учреждения социального обеспечения для лиц, утративших социальные связи (158 пациентов), совместная юридическая помощь по устранению нарушений прав пациента (31 пациент), восстановление социального статуса пациента – оформление, восстановление, замена необходимых документов (39 пациентов), решение вопросов трудоустройства (21 пациент), психосоциальная помощь семьям, родственникам пациентов (112 человек).

Проводится комплексная работа с психологом и социальным работником, психотерапевтом. Психолог осуществляет, помимо диагностических исследований, групповые тренинговые занятия (Темы: «Антистрессовый стиль жизни», «Успешное общение», «Развитие творческих способностей», «Арт-терапия» и т.д.). Также социальным работником, за данный период, были проведены следующие групповые занятия: «Тренинг социальных навыков», Тренировка навыков вербального общения», «Развитие памяти, внимания», «Развитие мелкой моторики» и т.д.). Совместно с врачом проводятся семейное психологическое консультирование, обучение близких уходу за больными, страдающие деменцией.

Помимо психосоциального воздействия, пациенты отделения получают лечебно-диагностическую помощь, принимают поддерживающее медикаментозное лечение. При достижении результатов, пациент выписывается из отделения и передается в диспансерное отделение. При выписке больного из отделения оформляется выписной эпикриз с указанием проведенных психосоциальных, реабилитационных мероприятий, достигнутых результатов, дальнейших рекомендаций.

Анализируя данные показатели можно сделать следующие выводы: 86% всей работы отделения связана с вопросами медико-социальной экспертизы, в отделении проводится психосоциальная работа, направленная на реабилитацию преимущественно городского населения (63% городского населения задействовано в реабилитационных тренингах). Отделение стремится приблизить медико-психосоциальную помощь населению на дому (выезд бригады на дом). 52% из пациентов, находящихся в отделении МПСП приходится на сельское население, сроки пребывания в амбулатории для сельского населения завышены, тогда как осуществляется минимальная психосоциальная помощь пациентам из села.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ ИЗОФЕРМЕНТОВ ПОДСЕМЕЙСТВА СУРЗА И ПОКАЗАТЕЛЕМ УРОВНЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ/ДОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ГАЛОПЕРИДОЛ

Дюжев Д.В., Застрожин М.С., Сычев Д.А.

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

Цель исследования: оценить взаимосвязь активности изоферментов подсемейства СУРЗА с показателем уровня концентрация/доза галоперидола у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в период актуализации патологического влечения.

Материал и методы исследования. В данном исследовании приняло участие 69 мужчин, больных алкоголизмом. Для определения активности СУРЗА исследовалось содержание в моче отношения концентраций эндогенного субстрата данного изофермента и его метаболита (отношение 6-бетагидрокортизол / кортизол). Более высокий показатель данных отношений свидетельствует о более высокой активности изоферментов. Оценка представлена в условных единицах. Для определения нормальности распределения выборок использовали W-теста Шапиро-Уилка. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$ (при статистической мощности свыше 80 %). U-тест Манна-Уитни использовали для сравнения двух выборок непрерывных независимых данных.

Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s) вычисляли для определения корреляционной связи между количественными характеристиками. О положительной умеренной, но достоверной корреляции между признаками свидетельствовало значение коэффициента r_s в диапазоне от 0,3 до 0,7 при $p < 0,05$; $r_s > 0,7$ при $p < 0,05$ – сильной и достоверной связи; обратной корреляции соответствует отрицательное значение r_s . Для

построения регрессионного анализа влияния активности СУРЗА на показатель уровня C/D использовался «Multiple Regression module».

Результаты исследования. В ходе исследования связь между показателями концентрация/доза и активностью СУРЗА не была выявлена, как в группе, получавшей галоперидол в форме раствора для внутримышечных инъекций (Spearman's coefficient of correlation = -0,168, $p > 0,05$), так и в группе, получавшей галоперидол в форме таблеток внутрь (Spearman's coefficient of correlation = 0,122, $p > 0,05$). Это подтверждается отсутствием статистически значимых результатов по данным корреляционного и регрессионного анализа между показателем C/D и показателем активности СУРЗА.

Заключение. По результатам исследования было показано, что связь между показателями концентрация/доза и активностью СУРЗА не была выявлена в популяции больных, находящихся на лечении в ГБУЗ «МНПЦ наркологии» ДЗМ, что может означать отсутствие достаточной значимости в его изучении при назначении галоперидола данным больным, либо для повышения уровня достоверности необходимо проведение дальнейших исследований с большим числом пациентов.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ ПЕРВОГО ПЕРИОДА СЛУЖБЫ

Загалаев Б.Т., Попков И.В.

321 Военный клинический госпиталь, Чита, Россия

Изменение структуры психических расстройств у военнослужащих в сторону преобладания пограничной патологии, донозологических форм нарушений психики, а также увеличение роста невротических расстройств, самоубийств повлекли за собой острую необходимость внесения корректив в организацию работы по оказанию психиатрической помощи военнослужащим.

Ухудшение качества психического здоровья призывников серьезно осложняет работу по сохранению и укреплению психического здоровья у военнослужащих, снижает адаптационные возможности, создает предпосылки для возникновения суицидальных и парасуицидальных действий, способствует уклонению от прохождения военной службы путем агравации болезни, вызывает желание «всячески уйти» от тягот военной службы, в том числе, путем направления в военные лечебные учреждения, способствует возникновению неуставных взаимоотношений, правонарушений.

Анализ медико-социальных характеристик 634 военнослужащих первого периода службы, проходящих военную службу в одном из учебных центров Восточного военного округа и лечившихся в ФГКУ «321 ВКГ» МО РФ, в период с 2014 по 2016 годы, показал следующие результаты: выросли в неполной семье (имеют только одного родителя) – 59 (9,3%) военнослужащих; отягощена наследственность в плане психических заболеваний и алкоголизма у 41 (6,4%) военнослужащего; родились в асфиксии – 10 (1,5%) военнослужащих; до призыва на военную службу перенесли черепно-мозговые травмы – 36 (5,3%) военнослужащих; у 12 военнослужащих (1,9%) отмечались в анамнезе тики, энурез, логоневроз, сноговорение и снохождение; у 14 (2,2%) военнослужащих имелся опыт потребления психоактивных веществ и алкоголя; 24 (3,7%) военнослужащих состоят на учете органов внутренних дел за

противоправные нарушения. Таким образом, у 196 военнослужащих (31%) отмечались предрасполагающие факторы, способствующие развитию невротических и дезадаптационных расстройств, которые, в свою очередь, влияют на прохождение военной службы.

Учитывая возрастающую тенденцию к ухудшению качества психического здоровья военнослужащих, командованием ФГКУ 321 ВКГ МО РФ сделан акцент на качественное и всестороннее обследование специалистами КМПК (кабинет медико-психологической коррекции) всех военнослужащих по призыву, поступающих на лечение в госпиталь, с целью предупреждения дезадаптационных расстройств, выявления лиц с нервно-психической неустойчивостью, профилактику суицидальных действий, предупреждению неуставных отношений и противоправных действий.

За период 2012-2014 годов, КМПК осуществляется 100% осмотр всех военнослужащих по призыву, поступающих на обследование и лечение в госпиталь.

Всего за это время специалистами КМПК было осмотрено 8271 военнослужащих. В результате проведенной работы с признаками нервно-психической неустойчивости выявлено 657 военнослужащих, а также 67 человек, имеющих психическую патологию.

Особое внимание при проведении обследования было уделено военнослужащим первого периода службы (6 месяцев). При проведении обследования использованы положения о дискретности оценки психического состояния военнослужащих, определяющей уровень подход оценки психического здоровья военнослужащих (пять групп психического здоровья).

Целью обследования являлось:

- изучение состояния психического здоровья военнослужащих первого периода службы;
- выявление основных типовых психотравмирующих факторов, затрудняющих нормальную адаптацию военнослужащих в воинских частях.

Количество обследованных военнослужащих с 2012 по 2014 годы составило 2153 (16,2% от всех военнослужащих по призыву, поступивших на лечение в госпиталь). На начальном этапе обследование проводилось клинико-патопсихологическим методом и с помощью методики «Нервно-психическая адаптация» (НПА), разработанной в отделении психопрофилактики и внебольничной психиатрии Психоневрологического института имени В.М. Бехтерева, позволяющей выявить пять групп психического здоровья.

Полученные и проанализированные результаты выглядели следующим образом: здоровые (первая группа) – 1256 (58,3%) военнослужащих, оптимальная адаптация (вторая группа) – 526 (24,4%) военнослужащих, непатологическая психическая дезадаптация (третья группа) – 204 (9,4%) военнослужащих, патологическая психическая дезадаптация (четвертая группа) – 100 (4,6%) военнослужащих и, наконец, – болезненное состояние, в том числе требующее госпитализации в психиатрический стационар (пятая группа) – 67 (3,1%) военнослужащих.

После обработки полученных материалов установлено, что 371 военнослужащий первого периода прохождения военной службы (17,1%) испытывает определенные проблемы адаптационного плана, требующие зачастую оказания специализированной психиатрической помощи на госпитальном этапе. Проведено дополнительное анкетирование, по результатам которого установлены причины, мешающие нормальной адаптации в частях и подразделениях опрошенным военнослужащим: колебания и перепады настроения – 72 чел. (19,4%); трудности военной службы (физические нагрузки) – 116 чел. (31,2%); нарушение дисциплины (личная недисциплинированность) – 21 чел. (5,6%); «слабохарактерность» и несобранность – 44

чел. (11,8%); много и часто болеющие – 29 чел. (7,8%); испытывающие психологическое давление – 7 чел. (1,8%); испытывающие тоску по дому – 82 чел. (22,1%);

У данной группы военнослужащих в последующем были проанализированы некоторые медико-психологические показатели, при этом были использованы: методика МЛЮ «Адаптивность», шкала самооценки Спилбергера-Ханина, анкета самооценки состояния (комплексный показатель АСС).

Для группы военнослужащих с выявленными затруднениями в адаптации, а, следовательно, с низким уровнем психического здоровья был характерен (59,6%) уровень акцентуированности по одному, а зачастую и по нескольким показателям шкалы МЛЮ «Адаптивность» (психопатии, психастении, ипохондрии, депрессии и др.), почти у всех (89%) отмечался высокий уровень личностной тревожности (40 баллов и более), ситуационной тревожности (76%). Из опрошенных военнослужащих данной группы 86% отмечали неудовлетворенность своим самочувствиям и состоянием на момент обследования (менее 20 баллов).

Из обследованной группы (371 военнослужащий) – 67 чел. (15,3%), в последующем были помещены в психиатрическое отделение госпиталя для оказания специализированной помощи и принятия последующего экспертного решения о дальнейшем прохождении военной службы.

Таким образом, проведенное нами обследование позволило получить следующие результаты:

- были выделены группы военнослужащих с явлениями социально-психологической и нервно-психической дезадаптации;

- среди обследованного контингента военнослужащих по призыву первого периода службы (6 месяцев) выявлено 17,1% (371чел.) имеющих проблемы с состоянием психического здоровья и затрудненной адаптацией;

- из общего числа военнослужащих с непатологической и патологической психической дезадаптацией 15,3% (67чел.) нуждались в оказании специализированной психиатрической помощи;

- настоящее исследование позволило разработать дифференцированные рекомендации по медико-психологическому сопровождению военнослужащих, находящихся на лечении в госпитале;

- проведенное обследование позволило осуществить преемственность продолжения медико-психологического сопровождения и после выписки военнослужащих из госпиталя.

К ВОПРОСУ О БЫСТРОМ, «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ» ФОРМИРОВАНИИ ПСИХИЧЕСКОЙ И ФИЗИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИОРЕЛАКСАНТА ЦЕНТРАЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ БАКЛОФЕНА

Загалаев Б.Т., Попков И.В., Газизов И.Р.
321 Военный клинический госпиталь, Чита, Россия

Описан клинический случай «злокачественного», крайне быстрого формирования психической и физической зависимости от миорелаксанта центрального действия баклофена. Отмечена крайне высокая прогредиентность зависимости от

данного лекарственного вещества, в результате чего уже через две недели регулярного приема препарата отмечался развернутый синдром отмены с выраженным психическим компонентом. В последние годы в России наблюдается не только высокая распространенность потребления психоактивных веществ (ПАВ), но и изменения структуры используемых средств. Все чаще, особенно среди лиц молодого возраста, стало встречаться употребление лекарственных препаратов в заведомо высоких дозировках с целью получения того или иного эффекта. Отмечаются случаи потребления холинолитиков, транквилизаторов, психостимуляторов, антидепрессантов, ГАМК-агонистов, миорелаксантов. К последним, в частности, относится и баклофен (Сахаров А.В. и соавт., 2014).

Баклофен является миорелаксантом центрального действия, производным гамма-аминомасляной кислоты (ГАБА), агонистом ГАБА_B-рецепторов. Выраженное миорелаксирующее действие баклофена обусловлено угнетением моно- и полисинаптической передачи нервных импульсов, по-видимому, за счет уменьшения выделения возбуждающих аминокислот (глутамата и аспартата) из терминалей, что происходит в результате стимуляции пресинаптических ГАБА-рецепторов. В результате, баклофен уменьшает тонус скелетных мышц и оказывает умеренное анальгетическое действие. Применяют баклофен для уменьшения спастичности и повышения тонуса мышц при рассеянном склерозе и других видах спастичности (главным образом спинального происхождения): инсульте, детском церебральном параличе, менингите, заболеваниях спинного мозга инфекционного, дегенеративного и травматического генеза, например, при опухолях, сирингомиелии, болезнях двигательных нейронов, черепно-мозговых травмах. На фоне применения препарата повышается двигательная и функциональная активность больных, облегчается проведение пассивной и активной кинезитерапии (физические упражнения, массаж, мануальная терапия).

В публикациях последних лет, встречаются данные о положительном влиянии баклофена на течение алкогольной и некоторых наркотических зависимостей – снижается влечение к ПАВ и, соответственно, потребление его зависимыми лицами. Предполагается, что это происходит за счет устранения дефицита ГАБА в некоторых структурах головного мозга, возникающего при зависимости от ПАВ. Возможно использование препарата для купирования абстинентного синдрома и других аффективных расстройств при алкоголизме и наркоманиях.

Стоит отметить, что на обмен ГАБА влияют также бензодиазепины и барбитураты, при злоупотреблении которыми также возможно формирование зависимости. Кроме того, в нашей стране все чаще стали отмечаться случаи острого отравления баклофеном. При этом с 2014 года отмечается значительный рост обращаемости в психиатрические и наркологические учреждения пациентов с зависимостью от баклофена ввиду наличия синдрома отмены от данного препарата. Практически с этого же времени отмечается рост психотических расстройств в структуре синдрома отмены от баклофена (Сахаров А.В. и соавт., 2014). В этой связи интересным будет представить клинический случай лечения пациента с быстро сформированной (злокачественной) зависимостью от баклофена второй стадии, в клинике которой наблюдался синдром отмены с психотическими проявлениями.

Клинический случай. Пациент К., 33 года, военнослужащий по контракту, госпитализирован 02 сентября 2016 года в психиатрическое отделение ФГКУ «321 ВКГ» МО РФ.

Анамнез жизни. Наследственность психопатологически не отягощена. Родился в полной семье (в настоящее время отец проживает отдельно), вторым ребенком, старший брат погиб в 2013 году. Беременность матери протекала без особенностей,

роды – без осложнений. Говорить, ходить начал во время. От сверстников в физическом и психическом плане не отставал. Посещал детский сад, проблем в адаптационном плане не испытывал. В школу пошел с 7-ми лет, учился удовлетворительно, классы не дублировал. Окончил 11 классов общеобразовательной школы. Всегда отличался общительностью, активностью, было много друзей среди сверстников. Имел активную жизненную позицию, активно занимался спортом. Вредных привычек не имел. По характеру считает себя добрым, спокойным, справедливым. Судимостей и приводов в полицию не имел. Призывной комиссией признан годным к военной службе. В период с 2001 по 2003 года проходил военную службу по призыву. Службу проходил в мотострелковых войсках, к условиям военной службы адаптировался хорошо, замечаний по службе не имел. С 2003 года женат, с семьей проживает в собственном доме, имеет сына 10 лет. В период с 2003 года по 2013 год занимался частным предпринимательством. С 2013 года проходит военную службу по контракту. С обязанностями по службе справляется удовлетворительно, характеризуется в целом положительно. Снохождение, сноговорение, энурез отрицает. Черепно-мозговых травм не было.

Анамнез заболевания. В марте 2016 года, на фоне психотравмирующей ситуации (тяжелая болезнь матери, проблемы в семейной жизни), стал «чаще» употреблять алкоголь, вначале выпивал до 1000 мл пива, затем стал употреблять по вечерам 200-250 мл водки, «хотел забыться от навалившихся проблем». В последующем употребление стало носить систематический характер, испугался, что «может затянуть, появилась депрессия». Тогда, по «совету друзей», с целью «лечения от алкоголизма» в конце июня 2016 года впервые попробовал таблетки «баклосана» (баклофен). Принял сразу 75 мг указанного вещества, возникло состояние «расслабленности, появилась двигательная активность, развязался язык, мог работать практически весь день, не спал, испытывал выраженный подъем энергии». Именно для этого эффекта продолжил потребление баклофена, и уже через неделю перешел на ежедневный прием препарата.

В течение двух недель самостоятельно увеличил суточную дозу препарата до 200-250 мг в сутки. В течение первого месяца приема препарата (июль 2016 г.), предпринял первую попытку «бросить», но уже через 12 часов после отмены появился выраженный тремор рук, нарушился сон, снились кошмары, возникло чувство панического страха, «казалось, что следят, ощущал, что все преследуют его», видел на стене «какие-то образы» нарушилась походка, не мог ходить, «ноги заплетались», «была депрессия», нарушилась речь «не мог связать двух слов, забывал элементарные слова», «не хватало дыхания». В голове «был необычный металлический гул». Описывает в этот период сильную «тягу» к указанному препарату, поэтому прием препарата возобновил, самостоятельно увеличив дозу до 350 мг в сутки. В течение последующего месяца (август 2016 года), дважды предпринимал попытки самостоятельно отказаться от приема препарата, «но хватало не на долго, два-три часа», появлялись немотивированная тревога, страх, «тряска всего тела», не мог ходить и говорить, не находил себе места, ощущал тревогу и подозрительность, периодически стали возникать суицидальные мысли. Вновь возобновил прием препарата, вновь увеличив дозу принимаемого ПАВ. На момент госпитализации в психиатрическое отделение суточная доза принимаемого препарата составляла 450 мг баклофена, составил «необходимую для себя» схему приема препарата (9 таблеток утро, 5 таблеток обед, 4 таблетки вечер). Самостоятельно, под тяжестью состояния обратился за медицинской помощью в психиатрическое отделение ФГКУ «321 ВКГ» МО РФ.

При поступлении был внешне заторможен, растерян, пуглив, на вопросы отвечал после повторений. Был ориентирован верно в собственной личности, месте,

времени. В беседе был напряжен, тревожен, крайне подозрителен. Галлюцинаторно-бредовых расстройств не обнаруживал. Неврологически отмечался горизонтальный нистагм, ослабление конвергенции с обеих сторон, выраженный тремор рук, головы, координационные пробы выполнял с грубой интенцией, дистальный гипергидроз. Соматически отмечалось повышение цифр АД до 170/90-180/100 мм.рт.ст., пульс 106 в одну минуту.

Был госпитализирован в отделение ЦАРИТ. Получал лечение: детоксикационная терапия (гемосорбция), инфузионная терапия, витаминотерапия, транквилизаторы, дегидратационная терапия. В течение трех дней состояние стабилизировалось, восстановился сон, поведение упорядочилось. Астеническая симптоматика, тяга к принимаемому веществу сохранялась в течение недели, жаловался «на тревожность». С целью купирования вышеуказанных проявлений, был назначен эглонил в суточной дозе 50 мг. Состояние полностью нормализовалось через 12 дней с момента госпитализации.

ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови – без патологии.

ХТИ (скрининговый метод) – отрицательно.

Кровь на ВИЧ, RW – отрицательно. ФЛГ ОГК, черепа, ППН – без патологии.

Р-графия ПОП – снижение высоты диска и субхондральный склероз на уровне L5-S1. УЗИ ОБП и забрюшинного пространства – без патологии. РЭГ – без патологии.

ЭЭГ – общемозговые изменения легкой степени. Эхо ЭГ – без патологии.

ЭКГ – без патологии. Терапевт, невропатолог, окулист – без патологии

Психолог: профиль личности по оценочным шкалам достоверный. Код профиля 549-8736421/LK'F/ Уровень профиля нормативный, что свидетельствует об отсутствии выраженных симптомов стресса. Рельеф профиля имеет повышения по 4,9 шкалам. Повышение по 5 шкале говорит о преобладании женского стиля поведения: чувствительность к оттенкам эмоций и отношений, мягкость, сентиментальность, склонность к рефлексии и анализу поведения, торможение агрессивных импульсов, миролюбие, богатое воображение, мечтательность, любопытство, артистические наклонности, эстетические интересы, склонность подчиняться, стремление к защищенности. Наклон профиля не выражен.

Для испытуемого свойственна, тенденция к чрезмерной активности, импульсивности, безответственности и недоверчивости. 49 паттерн профиля характеризуются легкой моралью, склонностью к обману и неустойчивостью этических ценностей. Для удовлетворения своих желаний и честолюбия такие люди могут затратить массу энергии и усилий, но им трудно принять на себя обязанности и ответственность, возлагаемые другими людьми. В поверхностных контактах и социальных ситуациях они производят благоприятное впечатление вследствие того, что им не надо подавлять тревогу и неуверенность. Это живые, разговорчивые, быстрые и откровенные люди. Однако недостаточная рассудительность и контроль могут приводить их к излишней выпивке, нарушению принятых норм поведения и к задиристости. Лица с подобным кодом испытывают постоянное влечение к переживаниям, к внешней возбуждающей ситуации. Если это влечение не удовлетворяется, у них легко может возникать чувство скуки, разряжаемое в опасных, иногда разрушительных действиях, представляющихся постороннему наблюдателю бессмысленными и лишеными основания.

Выявлены тенденции к акцентуации характера по возбудимому и гипертимному типу. С помощью клинического симптоматического опросника SCL-90-R признаков наличия выраженности психопатологической симптоматики не выявлено. Признаков депрессии не выявлено. По результатам скрининговых тестов DAST (8), GAIN-SS (7) наличие аддикции и зависимости от ПАВ. Выявлены признаки когнитивных

нарушений первой степени. Снижение мнестической деятельности, устойчивости внимания, нарушения мышления по типу снижения уровня обобщения, инертность.

Таким образом, на основании анамнестических данных, клинических методов исследования был выставлен диагноз: Синдром зависимости от седативных препаратов (баклофен) второй стадии. Синдром отмены баклофена (F 13.20Т).

Анализ клинического случая. Анализ данного клинического случая показал следующее. Больной происходит из наследственно неотягощенной психическими и наркологическими заболеваниями семьи. Имеющие личностные особенности характера не оказали существенного влияния на формирование у пациента зависимости к ПАВ. Особенностью описываемого клинического случая является изначальное, крайне быстрое формирование у пациента синдрома зависимости от лекарственного средства – баклофена. При формировании заболевания прослеживается практически моментальное формирование патологического влечения к данному препарату. Вызывает интерес клиническая картина баклофеновой интоксикации. Первые же приемы данного лекарственного препарата, на фоне достаточно высокой толерантности, вызывали выраженный стимулирующий эффект, проявляющийся повышением настроения, усилением двигательной и мыслительной активности, снижением потребности во сне, усилением влечений. Кроме того, следует обратить внимание на динамику толерантности и ее существенный рост более чем в шесть раз за два месяца. Уже за один-два месяца систематического приема отмечено формирование не только психической, но и физической зависимости. Абстинентный синдром был представлен в первую очередь психическими проявлениями в виде упорной бессонницы, страхов, тревоги, галлюцинаторных расстройств, депрессивных проявлений и выраженного влечения к препарату; кроме того присутствовала неврологическая симптоматика – тремор, нистагм, нарушение координационных проб, нарушение походки. Обращает на себя внимание высокая прогрессивность формирования у пациента зависимости от баклофена. Подходы к терапии были традиционными – использовалась инфузионная терапия, детоксикационная терапия (гемосорбция), витаминотерапия (В,С), транквилизаторы (сибазон), нейролептики (эглонил). Учитывая крайне высокую прогрессивность формирования зависимости от баклофена, полное воздержание от приема ПАВ представляется сомнительным.

Подводя итоги, следует высказать сомнение о возможности использования баклофена для лечения лиц с зависимостями различного типа, что нередко обсуждается в современной зарубежной и отечественной литературе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Загалаев Б.Т., Цыбикова Е.А., Газизов И.Р.
321 Военный клинический госпиталь, Чита, Россия

Вопрос о фебрильной шизофрении продолжает оставаться одной из сложнейших проблем в психиатрии, так как она является самым злокачественным вариантом. Смертность составляет 15-35%. В литературе встречаются также другие названия этого заболевания: смертельная (летальная) кататония, гипертоксическая шизофрения.

Критериями фебрильной шизофрении являются – острое развитие приступа шизаффективной структуры с кататоническими включениями, быстрое появление

фебрильной лихорадки, которая не связана с какими-либо соматическими заболеваниями. Учитывая вышесказанное, лечение фебрильной шизофрении является важной задачей и должно носить комплексный подход. Традиционно терапию проводят типичным нейролептиком – аминазином с быстрым повышением доз до оптимальных, а также общеукрепляющая терапия, дезинтоксикационная и дегидратационная терапия. Однако в настоящее время существуют атипичные нейролептики, которые в отличие от типичных, значительно реже вызывают побочные эффекты, у них выражен так называемый «антинегативный» эффект, они сокращают продолжительность шизофренического приступа и как следствие улучшают качество жизни, сокращают экономические расходы на содержание больных. К таким препаратам относятся азалептин и оланзапин (зипрекса).

Нами был обследован и пролечен больной с атипичным фебрильным приступом шизофрении, сопровождающийся состоянием кататонического возбуждения, которое в последствии сменилось состоянием кататонического ступора, который характеризовался обездвиженностью, явлениями восковой гибкости, повышением мышечного тонуса, нарушением глотательного рефлекса. Наряду с кататоническими проявлениями отмечалось онейроидного характера помрачение сознания. Температура тела повышалась до 38,8⁰С, температурная кривая в целом имела неправильный характер. Психические нарушения возникли остро – нарушился сон, был возбужден, агрессивен, провоцировал окружающих на конфликт, постоянно что-то бормотал, брал чужие вещи, бил себя кулаками в грудь, считал от одного до семи и обратно. Госпитализирован в психиатрическое отделение через десять дней после появления психических нарушений. Температура повысилась на пятые сутки пребывания в отделении.

Соматическое состояние: губы запекшиеся. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Систолический шум в точке Боткина. Пульс 96 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочеполовая система без особенностей. Физиологические отправления в норме. Осмотр неврологом: неврологической патологии не выявлено. Анализ крови на вторые сутки: Hb136г/л, эритроциты 4,5x10¹²/л, лейкоциты 7,0x10⁹/л, п/я -2, с/ -69, эоз.-0, мон-1, лимф.-28, СОЭ 15 мм/ч. Биохимические показатели крови, общий анализ мочи без патологии.

Больной находился в отделении интенсивной терапии. Было назначено лечение: хлорпромазин (аминазин) 50 мг/сут внутримышечно, доза которого с повышением температуры тела была увеличена до 200 мг в сутки. Проводилась дезинтоксикационная, дегидратационная терапия, витаминотерапия, симптоматическое лечение. Однако состояние больного оставалось стабильно тяжелым. Хлорпромазин был отменен и назначен азалептин в дозе 25 мг в сутки, который в последствии был заменен на оланзапин (зипрекса) внутримышечно 10 мг в сутки с последующим увеличением дозы до 20 мг в сутки, затем через неделю был переведен на прием препарата перорально. На фоне лечения атипичными нейролептиками отмечались существенные изменения: контакт стал более продуктивным, купировались онейроидное помрачение сознания и кататоническая симптоматика, нормализовалась температура тела, восстановился акт глотания, стал самостоятельно принимать пищу, ходить, проситься в туалет. После проведения военно-врачебной комиссии, больной был переведен на долечивание в психиатрическую больницу по месту жительства.

Вывод: применение атипичных нейролептиков в лечении фебрильной шизофрении приводит к более быстрому и качественному купированию приступа, также снижает выраженность негативной симптоматики и способствует улучшению качества жизни больных.

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Загалаев Б.Т., Голдина Ю.Б., Попков И.В.

321 Военный клинический госпиталь, Чита, Россия

Актуальность данной проблемы для Вооруженных Сил страны обусловлена тем, что каждая четвертая гибель в армии и на флоте – это самоубийство. Изучение данной проблемы представляется важным еще и потому, что по суицидам (среди гражданского населения) Забайкальский край занимает лидирующие позиции. В ряде частей проявляется стремление связать самоубийства лишь с психическими отклонениями лиц, их совершившими. Вопреки этому распространенному мнению исследования показывают, что большинство самоубийств совершают психически здоровые люди. Только у 10% военнослужащих, совершивших покушения на свою жизнь, имелось твердое желание умереть, в 90% случаев суицидальное поведение – это крик о помощи, который не услышали находящиеся рядом люди.

Командиры, врачи частей и офицеры по воспитательной работе должны в повседневной деятельности учитывать психофизиологические особенности солдат в 18-20 летнем возрасте, а именно: продолжающееся формирование организма, сохраняющуюся эмоциональную лабильность, чрезмерную сенситивность, ранимость, категоричность суждений, импульсивность действий, отсутствие жизненного опыта, социальной зрелости, недостаточно наработанные варианты выхода из трудных ситуаций. При изучении молодого пополнения важно выяснить условия воспитания (неполная или конфликтная семья), наличие самоубийств у членов семьи, родственников, суицидальные высказывания и попытки до службы в армии, что дает возможность прогнозировать поведение данного военнослужащего при тех или иных экстремальных ситуациях. В период адаптации следует постепенно приучать военнослужащих к возрастающим психическим и физическим нагрузкам, к привыканию к регламентированному характеру службы с жесткими рамками подчинения. При возникновении конфликтных ситуаций нужно учитывать трудность их разрешения в закрытых организованных коллективах и ограниченность путей выхода из них. Задача уменьшения числа самоубийств не может быть сведена только к выявлению и ведению учета лиц с уже сформировавшимися суицидальными тенденциями. Следует делать акцент на предотвращении самой возможности появления суицидальных переживаний, т.е. на своевременном распознавании и купировании состояний, несущих потенциальную угрозу суицида и, более того, на ликвидацию условий, их порождающих.

Командиры нередко реагируют на дисциплинарные проступки и не видят за ними психических нарушений. Самоубийство в условиях воинского коллектива всегда вызывает отрицательный резонанс, снижает уровень оптимизма, что, естественно, отражается на боеспособности подразделений. Трудность рассматриваемой проблемы, особенно ее профилактического направления, связана с отсутствием специфичности суицидальных проявлений. Нет такого человека, который по своим индивидуальным качествам обязательно должен покончить жизнь самоубийством, как нет и такой ситуации, а также психопатологических нарушений, которые непременно привели бы человека к суициду. Важнейшими задачами являются определение степени суицидального риска индивидуума, выявление факторов изменяющих степень суицидального риска, времени, когда человек может совершить суицид. После возникновения мыслей о самоубийстве человек ищет сочувствия, сопереживания и объект, с которым он может поделиться своими трудностями, снять напряжение. Этот период времени очень важен в плане предупреждения суицида. Однако мало кто из

окружающих обращает на него внимание. Таким образом, предупреждение первого суицида представляется делом очень трудным, а в ряде случаев невозможным. В армии суицидальные тенденции формируются у незначительного числа военнослужащих. В подавляющем большинстве случаев суицидальные мысли возникают еще до призыва, а трудные условия службы только способствуют их реализации.

Анализ актов судебно-психиатрических экспертиз подтверждает общепризнанное мнение, что повод к совершению самоубийства часто не соответствует реальной причине. Суицидентам характерны субъективная переоценка тяжести конфликтной ситуации, чувство безысходности, отсутствие, в собственном представлении, вариантов выхода из создавшегося кризиса. Переживания, обусловленные возникновением трудной ситуации, становятся доминирующими в сознании, сопровождаются ригидным эмоциональным напряжением, что ограничивает полноту восприятия окружающей действительности, затрудняет ее критическую оценку и поиск адекватных путей разрешения конфликта. Наличие эмоционально окрашенных, доминантных переживаний блокирует проникновение в сознание человека известных в обычных условиях, вариантов выхода из трудной ситуации.

В Вооруженных Силах осуществляется два варианта профилактики суицидального поведения:

1. Неспецифическая (косвенная) профилактика общего психического неблагополучия (дезадаптационных расстройств, психологических реакций, психических аномалий – своевременное распознавание и ликвидация состояний, несущих потенциальную угрозу самоубийства), раннее выявление суицидальных тенденций среди военнослужащих (при их медицинских осмотрах, а также посредством получения информации из лечебных учреждений, от родных и близких) и суицидальных тенденций у психически здоровых лиц.

2. Специфическая (прямая) профилактика – непосредственное выявление и предупреждение суицидальных действий у военнослужащих с психическими расстройствами.

Если в первом случае профилактикой занимаются командиры, воспитатели, военные психологи, психофизиологи, то во втором, преимущественно, врачи-специалисты (психиатры). Непосредственно наблюдая таких пациентов в стационаре, можно отметить, что демонстративно-шантажное суицидальное поведение у военнослужащих нередко является наработанным и зафиксированным (у большинства военнослужащих в анамнезе были парасуицидальные попытки либо мысли подобного содержания). В таких случаях, командование части почти всегда делает послабление суициденту и направляет его на стационарное обследование в профильное (психиатрическое) отделение, возможно, таким образом, решая проблему военнослужащего. По данным посмертных судебных психолого-психиатрических экспертиз, среди мотивов совершения суицидальных поступков служебные неприятности составили 16,7%, трудности адаптации – 66,6%; боязнь ответственности за проступок – 16,7%.

Вывод: профилактика самоубийств – это кропотливая работа многих должностных лиц, структур, специалистов, которая постоянно должна быть в центре внимания и возможна лишь при объединении усилий различных специалистов.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА В КРОВИ И СПИНОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ПСИХОЗА

Загалаев Б.Т., Цыбикова Е.А., Газизов И.Р.
321 Военный клинический госпиталь, Чита, Россия

Гомоцистеин – серосодержащая аминокислота, образующая в организме человека в процессе превращения метионина в цистеин. При повышении концентрации гомоцистеина в сыворотке крови (гипергомоцистемии) происходит повреждение сосудистой стенки, связанное с оксидативным стрессом, и, как следствие, появлением микро- и макротромбозов. Последнее усиливается способностью гомоцистеина активировать V, VIII факторы свертывания крови, а также ингибировать протеин С. Вместе с тем, до настоящего времени практически не исследована динамика гомоцистеина в течение алкогольного психоза. Решение этого вопроса позволило бы прояснить патогенез некоторых осложнений этаноловой интоксикации.

Нами определялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии содержание гомоцистеина в сыворотке крови и спинномозговой жидкости у больных в состоянии алкогольного психоза. Забор крови и ликвора производили у больных в состоянии алкогольного психоза при поступлении в наркологический диспансер и перед выпиской из стационара.

Установлено, что в момент поступления больных в специализированный стационар уровень гомоцистеина в сыворотке крови не превышал концентраций, характерных для здоровых лиц. Вместе с тем, через 10 дней от начала наблюдения содержание гомоцистеина, как правило, заметно снижается и становится ниже исходного уровня в 2 раза. Наряду со сказанным, у больных в состоянии алкогольного психоза концентрация гомоцистеина в спинномозговой жидкости либо практически не определялась, находясь ниже порога чувствительности метода ($<0,03$ нграмм/л), либо определялась в крайне низких количествах.

Полученные факты могут быть объяснены нарушением процессов деметилирования метионина или реметилирования гомоцистеина, связанных с поломкой ферментных систем, обеспечивающих эти процессы, или с недостатком метионина у больных в состоянии алкогольного психоза.

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АКТИВНОСТИ CYP2D6 НА ПОКАЗАТЕЛЬ КОНЦЕНТРАЦИЯ/ДОЗА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Застрожин М.С., Комаров С.Д., Сычев Д.А.
Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия
Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования,
Москва, Россия

Цель исследования: оценить, на сколько связана активность изофермента CYP2D6 с показателем отношения уровня равновесной концентрации и дозы галоперидола.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 69 мужчин, страдающих алкогольной зависимостью и находящихся на стационарном лечении в

МНПЦ наркологии. В период обострения компульсивного влечения к алкоголю пациенты получали галоперидол в таблетированной форме в дозировке $4,46 \pm 1,49$ мг/сут (38 пациентов, однократный прием) и в инъекционной форме в дозировке $5,71 \pm 2,09$ мг/сут (31 пациент, однократный прием).

Активность изофермента CYP2D6 оценивали методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (ВЭЖХ с МС/МС) на приборе Agilent 1200 LC/MS.

Пробы для проведения ГЛМ отбирали венепункцией в вакуумные пробирки с КЗЭДТА после 5 дневной терапии галоперидолом (таблетки, инфузии, капли), т.е. по истечении пяти периодов полувыведения галоперидола и установления стационарной концентрации, до введения очередной дозы препарата, натощак.

Результаты и их обсуждение. Была обнаружена слабая связь между показателями активности CYP2D6 и уровнем равновесной концентрации галоперидола у пациентов получавших его в виде раствора для внутримышечных инъекций, хоть и не статистически значимая (Spearman's coefficient of correlation = -0,208, $p > 0,05$).

Полученные данные расходятся с существующими на сегодняшний день представлениями о процессах биотрансформации галоперидола, так как показано, что основным изоферментом, участвующим в метаболизме галоперидола является CYP2D6 (Fang J., 2001), либо, вероятно, изменение активности CYP2D6 не столько выражено сказывается на скорости биотрансформации и элиминации галоперидола.

Еще одной причиной отсутствия статистически значимой связи между активностью CYP2D6 и уровнем равновесной концентрации галоперидола у пациентов, его получавших, является низкая выборка числа испытуемых.

Заключение. Таким образом, по результатам данного исследования можно сделать неоднозначный вывод о существовании зависимости между активностью CYP2D6 и скоростью элиминации галоперидола, а, соответственно, профилем эффективности и безопасности терапии, что может быть связано либо с недостаточным влиянием активности CYP2D6 на процесс биотрансформации галоперидола, либо с недостаточной выборкой исследования. Необходимо проведение дальнейших исследований с большим числом пациентов.

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА АДДИКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ В ОБЩЕМ ПУЛЕ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР СКОРОЙ ПОМОЩИ

Зиновьев С.В., Синенченко А.Г., Тявокина Е.Ю., Остроумова М.С.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия*

В настоящее время в нашей стране отмечается рост аддиктивной патологии как в повседневной работе психиатров и наркологов, так и в общемедицинской практике. При этом имеет место отчетливая тенденция к полиморбидности (одновременном сочетании регулярного употребления психоактивных веществ с иной психической, неврологической и соматической патологией). Это утяжеляет и без того фатальный прогноз таких пациентов. После закрытия в 2011 году всех вытрезвителей налагаемое систематическим употреблением психоактивных веществ (ПАВ) бремя вместе с

сопутствующей патологией в первую очередь ложится на работу многопрофильных стационаров, вынуждает развертывать в них клиничко-диагностические палаты и соматопсихиатрические отделения.

Материал и методы исследования. С целью изучения общей распространенности аддиктивной патологии, ее помесечной динамики был проведен анализ токсико-химических исследований биологических сред пострадавших, госпитализированных в отделение экстренной медицинской помощи многопрофильного стационара в 2015 году. Статистическая обработка материала производилась с помощью пакета прикладных программ для статистической обработки данных Statistica 6.0 for Windows 7.

Результаты и их обсуждение. По данным 24 780 заключений токсико-химического исследования, в 55,5% случаев ($n=13767$, $p<0,001$) в биологических средах больных определялись психоактивные вещества. Достоверно чаще, в 70,01% случаев в биологических средах пациентов определялся этанол ($n=9637$, $p<0,001$), реже – барбитураты и производные 1,4-бензодиазепина (12,3%), амфетамины (7,9%), опиаты и метадон (6,24%), значительно реже тетрагидроканнабинол и кокаин – (3,38 и 0,17%, соответственно). Средний возраст больных составил $48,5\pm 5,7$ лет (min - 17 лет, max - 95 лет). Чаще в госпитализации нуждались лица мужского пола 67% ($n=9224$, $p<0,05$), реже женского ($n=4543$).

Обращает на себя внимание, что в период с мая по июль наблюдался значительный рост количества поступлений лиц с алкогольным, наркотическим и токсическим опьянением (27,3%, min=1216, max=1296). Полученные результаты вполне могут быть объяснены, в том числе, влиянием факторов внешней среды (сезонных и геофизических ритмов), нарастающей продолжительностью светового дня с наступлением сезона белых ночей. Установлена связь между длительностью светового дня и помесечной динамикой госпитализации пациентов с аддиктивной патологией ($r=1,95$, $p\leq 0,01$). При этом люди в период белых ночей, вынужденно ведут более активную жизнь в вечернее и ночное время, а алкоголь, как и другие ПАВ, начинают в большей мере играть роль модуляторов психофизического состояния – либо как седатики, либо как средства коммуникативного допинга и проведения досуга. При этом психоактивных веществ и алкоголя употребляется гораздо большее количество, чем при обычных величинах светового дня. Еще более высокие цифры поступления лиц с интоксикацией ПАВ в период 2015 года наблюдались в декабре (10,6%, $n=1458$) и феврале (10,8%, $n=1482$). Они, в свою очередь, могут быть расценены не только в аспекте обилия праздников и выходных дней, но и как реакция на уменьшение продолжительности светового дня, модулирующее определенным образом состояние лиц со склонностью к регулярному употреблению ПАВ.

Заключение. Таким образом, учет структуры и динамики поступлений лиц с интоксикацией психоактивными веществами в многопрофильный стационар может служить как значимым маркером распространенности наркологической (в том числе – осложненной и коморбидной) патологии на обслуживаемой территории, так и показателем ритмики более частого употребления ПАВ населением, как вследствие социальных, так и хронобиологических причин.

Это требует проведения обязательного токсико-химического контроля всех поступающих через скорую помощь и развертывания в многопрофильных стационарах специализированных подразделений (клиничко-диагностические палаты, соматопсихиатрические отделения) с введением жестких и конкретных алгоритмов помощи при острой интоксикации ПАВ разной степени тяжести – от оказания экстренной помощи до элементов ранней реабилитации выявленных потребителей ПАВ.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ С
НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В ГУЗ «КРАЕВОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»**

Игнатьева А.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Диспансерное наблюдение за лицами с наркологическими расстройствами регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». Оно представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья пациентов в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострения заболевания, иных патологических состояний, их профилактики, осуществления лечения и медицинской реабилитации указанных лиц, а также подтверждения наличия стойкой ремиссии заболевания.

В ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» диспансерное наблюдение за пациентами с наркологическими расстройствами осуществляют врачи психиатры-наркологи при наличии информированного добровольного согласия пациента в письменной форме.

На 01.01.2017 года под диспансерным наблюдением в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» состояло 4976 человек. Структура по заболеваниям: синдром зависимости от алкоголя – 3425 человек (69% от всех состоящих под диспансерным наблюдением); синдром зависимости от наркотических веществ – 500 (10%); синдром зависимости от ненаркотических веществ – 25 человек (0,6%), употребление алкоголя с вредными последствиями – 288 (6%), употребление наркотических веществ с вредными последствиями – 719 (14%), употребление ненаркотических веществ с вредными последствиями – 19 (0,4%).

Сроки диспансерного наблюдения зависят от диагноза: пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, наркотических веществ или токсических веществ наблюдаются в течение 3-х лет при наличии подтвержденной стойкой ремиссии; пациенты с употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями наблюдаются в течение 1-го года также при наличии подтвержденной стойкой ремиссии.

Осмотр врачом психиатром-наркологом пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением, осуществляется следующим образом: в течение первого года ремиссии ежемесячно, находящихся в ремиссии от одного года до двух лет – не реже одного раза в шесть недель, находящихся в ремиссии свыше двух лет осматриваются врачом один раз в три месяца.

В ходе осуществления наблюдения не реже, чем один раз в три месяца, проводится углубленный медицинский осмотр всех пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении. Данный медицинский осмотр включает в себя: определение наличия психоактивных веществ в моче, исследование их уровня в моче или крови при положительном результате определения их в моче; качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитарного трансферрина в сыворотке крови; психопатологическое обследование или тестологическое психодиагностическое обследование; психологическое консультирование.

Решение об изменении сроков диспансерного наблюдения и о прекращении диспансерного наблюдения при наличии подтвержденной стойкой ремиссии не менее трех лет у лиц с диагнозом «синдром зависимости» и не менее года подтвержденной стойкой ремиссии у лиц с диагнозом «употребление с вредными последствиями» принимает врачебная комиссия. В тех случаях, когда медицинская организация не может в течение года обеспечить осмотр пациента, несмотря на все принятые меры, решение о прекращении диспансерного наблюдения также принимает врачебная комиссия. Во время диспансерного наблюдения пациентов врач психиатр-нарколог ведет медицинскую документацию, осуществляет статистический учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения.

В 2016 году в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» снято с учета 2371 человек, из них по ремиссии – 635, по смерти – 179. Взято под диспансерное наблюдение 2414 человек, из них 817 – впервые в жизни.

Основные показатели, характеризующие качество оказания наркологической помощи по конечному результату, – это уровень ремиссий и снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (стойким улучшением). В 2016 году число больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 1 года до 2-х лет (на 100 больных среднегодового контингента), увеличилось с 5,3 в 2015 году до 10,0. Число больных наркоманией, находящихся в ремиссии свыше 2-х лет, также возросло – с 4,7 в 2015 году до 9,6 в 2016 году. Уровни ремиссий среди пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, наоборот, имеют тенденции к снижению. Показатели снятия с наблюдения в связи с выздоровлением (длительным воздержанием) в 2016 году возросли у пациентов с алкоголизмом с 2,0 на 100 пациентов среднегодового контингента в 2015 г. до 4,8 в 2016 г.; у пациентов с наркоманией – с 8,3 до 15,7; у пациентов с токсикоманией с 11,3 до 12,0 соответственно.

Таким образом, с целью дальнейшего повышения эффективности оказания наркологической помощи населению Забайкальского края необходимо продолжить осуществлять диспансерное наблюдение пациентов в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н.

КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ, КОГНИТИВНЫХ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СОСТОЯНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ И ИХ ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Ким Д.П., Шин З.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема распространенности употребления алкоголя среди молодежи привлекает внимание исследователей во всем мире. В то же время обсуждается проблема высокого уровня заболеваемости алкоголизмом и медико-социальных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем среди лиц молодого возраста. В настоящее время сложилось представление об алкоголизме, как о сложном заболевании, которое определяется патологическим влечением к алкоголю,

психической деградацией и стойкими соматоневрологическими расстройствами, имеющими достаточную биологическую основу.

Изучение особенностей нарушений деятельности высших психических функций коры головного мозга у больных, употребляющих алкоголь, изучение психофизических механизмов, лежащих в основе алкогольной мотивации, исследование влияния осознаваемых мотивационно-значимых раздражителей на формирование электрической активности мозга у больных алкоголизмом, и комплексный подход к лечению, является чрезвычайно актуальной проблемой наркологии. Полученные результаты, помогут подойти к пониманию нейрофизиологических механизмов, лежащих в основе формирования последствий интоксикации алкоголем.

Цель исследования. Изучить эмоционально-личностные, психо- и нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе действия алкогольной интоксикации на когнитивные функции больных алкогольной зависимостью в состоянии синдрома отмены алкоголя (СОА) и путей их коррекции.

Материал и методы исследования. Сплошным не выборочным методом обследовано 60 больных алкоголизмом мужского пола, проходивших стационарное лечение в городском наркологическом диспансере города Ташкента и наблюдавшихся впоследствии катamnестически.

Больные алкоголизмом с различного рода травматическими и сосудистыми поражениями головного мозга, а также сопутствующими психическими расстройствами (шизофрения, аффективные психозы) в исследуемую группу не включались. В исследование не участвовали лица, употребляющие другие психоактивные вещества.

Оценка соматического и психического статуса, сбор анамнестических и катamnестических сведений осуществлялся врачом наркологом. Эмоционально-депрессивные нарушения изучали, используя шкалы Спилберга-Ханина (уровни личностной тревожности (УЛТ) и уровень реактивной тревожности (УРТ)) и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS; тревога (Т), депрессия (Д)). Когнитивные функции: внимание (ВН) и переключение внимания (ПВ) – по таблицам Шульте; кратковременную память (КП) и зрительную память (ЗП) – по Рыбакову. Электрофизиологические особенности СОА изучались по данным ЭЭГ.

Обследование по всем методикам проводили на ранних этапах поступления больных в клинику в состоянии СОА и после выхода из него. В связи с тем, что для СОА характерны эмоционально-личностные, тревожно-депрессивные и когнитивные нарушения, мы использовали для их коррекции в 1-ой группе (28 пациентов) дезинтоксикационную, симптоматическую терапию и антидепрессант нового поколения, а во 2-ой группе (32 пациента) – помимо традиционной медикаментозной терапии, пациентам давали ноотропные препараты и проводили сеансы психотерапии. Данные обработаны статистически по методу Стьюдента.

Результаты исследования. Результаты исследований выявили у больных с алкогольной зависимостью пониженное настроение, тревогу, чувство страха, агитацию, тоску, раздражительность, инсомнию. Личностная и реактивная тревожность были преимущественно (90%) высокими: УЛТ в среднем $53,5 \pm 2,8$ балла и УРТ в среднем $49,4 \pm 2,7$ балла; у части больных отмечались транзиторные зрительные и слуховые галлюцинации. Пациенты отмечали физическую слабость, тошноту, головокружение, снижение аппетита. У лиц с алкогольной зависимостью имел место вегето-сосудистый компонент. Анализ данных выявил у них в состоянии СОА выраженную тревожно-депрессивную симптоматику в виде суб- и клинически выраженной тревоги и депрессии по шкале HADS, малого и большого депрессивных эпизодов (шкала Hamilton 18-40 баллов).

Исследование когнитивных функций выявили относительную сохранность внимания и ЗП (последняя была у многих даже высокой), в то время как существенно сниженным оказались концентрация и переключение внимания, что свидетельствовало о значительном замедлении основных процессов в ЦНС. Особенно страдала кратковременная память.

Исследование психофизиологических функций показало, что у 1-ой группы больных, были высокие показатели УЛТ – $46,8 \pm 3,0$ и УРТ – $51,8 \pm 2,1$ баллов, в норме оставались показатели ВН и ЗП, снижено переключение внимания (тест выполняли за $197,2 \pm 15,3$ с), существенно страдала оперативная память (запоминали в среднем $2,0 \pm 0,3$ фигуры из шести). Тревога и депрессия были выражены суб- и клинически – $8,8 \pm 1,2$ и $9,8 \pm 1,4$ балла соответственно. У больных 1-й группы наблюдались нарушения баланса де- и синхронизирующих механизмов мозга, снижение реактивности на функциональные пробы, встречались сочетанные формы патологических нарушений электрогенеза мозга (стволово-лимбические, стволово-диэнцефальные, лимбико-диэнцефальные).

После лечения у пациентов 1-ой группы снизилась достоверно реактивная тревожность: с $51,8 \pm 2,1$ до $36 \pm 1,4$ баллов ($p < 0,01$), что и свидетельствовало об исчезновении субклинической тревоги и депрессии, купировании тревожно-депрессивной симптоматики. Внимание и переключение внимания, кратковременная память улучшались незначительно. В то же время значительно улучшалась зрительная память, переходя с нормальных показателей на высокие: число запоминаемых фигур по тесту увеличивалось с $5,0 \pm 0,7$ до $7,1 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). Как видно из результатов, антидепрессанты купировали прежде всего личностные нарушения и тревожно-депрессивную симптоматику.

После лечения у больных 1-ой группы улучшения состояния проявлялось обогащением фона альфа-активностью, появлением зональной дифференциации, восстановлением баланса де- и синхронизирующих механизмов мозга, восстановлением нормальной реактивности, исчезновением смещения срединных структур.

У больных 2-ой группы до лечения ноотропными препаратами и занятий психотерапии, отмечались в исходном фоне высокие УЛТ и УРТ – $46,0 \pm 1,5$ и $50,8 \pm 4,8$ балла, тревога и депрессия по шкале HADS – $7,5 \pm 1,4$ и $7,4 \pm 1,4$ балла. Внимание и зрительная память были в норме, в то время как способность к концентрации и переключению внимания существенно снижены: тест выполняли в среднем за $216,8 \pm 21,7$ сек. вместо 90 сек. Особенно страдали процессы КП: больные запоминали по тесту в среднем $1,8 \pm 0,3$ фигуры из шести. Как показали исследования, в фоновой ЭЭГ преимущественно отмечалось снижение электрогенеза, а у 40% больных была дезорганизованная активность с патологическими компонентами.

Полученные результаты выявили у 2-ой группы положительные эффекты при лечении эмоциональных нарушений и высших психических функций при СОА. После лечения у 70% больных ЭЭГ обогащалась активностью, восстанавливался баланс де- и синхронизирующих механизмов. Как показал анализ ЭЭГ, у больных, поступивших в стационар, выявлены снижение амплитуды, редукция альфа-ритма, десинхронизация или низкоамплитудная медленноволновая активность со снижением электрогенеза и регистрацией плоской ЭЭГ.

Если десинхронизация электрической активности мозга – показатель неспецифической активации, то появление альфа-ритма это проявление активации лимбических структур, регулирующих специфичность эмоционально-мотивационных реакций. Такое функциональное отключение коры сопровождалось психоэмоциональным и моторным возбуждением, недостаточной скоростью

образования соответствующих функциональных связей, замедлением возможности организации и построения функциональных систем, необходимых для осуществления нормальной психической деятельности, что исходя из экспериментальных данных, связано со снижением тормозных влияний коры на «подкорку», активацией подкорковых аппаратов, высвобождением из-под коркового контроля эмоционально-мотивационных механизмов, повышением эмоциональной реактивности, самовозбуждением гипоталамо-лимбических структур, появлением патологических наклонностей, снижением контроля и неуправляемыми поведенческими реакциями, развитием деменции.

Заключение. Алкогольная интоксикация обладает латерализованным действием на кору полушарий головного мозга. У больных алкоголизмом изменения в электрической активности мозга определяются добавочной импульсацией и кортико-фугальным вовлечением из структур лимбической системы, где интегрируются эмоциональные реакции, у них нарушены процессы обработки поступающей информации, так и процессы извлечения ее из памяти

Психотерапия и лечение ноотропами в комплексе характеризуется положительной динамикой когнитивных функций, редукцией аффективных проявлений, прежде всего депрессии и тревоги.

КЛИНИКО-КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

Ким Д.П., Шин З.В.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Алкоголизм как социальная проблема оказывает огромное влияние на все общество в целом, разрушая саму основу его благополучного существования. Каждый человек – это составная часть всего общества, уровень развития которого напрямую зависит от здоровья людей, их психологической зрелости, ответственности и стремления к совершенству. При этом больной алкоголизмом не только сам падает в пропасть, но и тянет за собой все общество. Особое значение в настоящее время имеет оценка эффективности и безопасности проводимого лечения. Используя для оценки эффективности терапии опросник качества жизни и социального функционирования, мы можем получить наиболее полную картину.

Однако в наркологической практике существуют определенные сложности терапевтического процесса, которые связаны с трудной курабельностью больных с синдромом зависимости и их низкой мотивацией к лечению, низким комплаенсом, неустойчивостью ремиссий и склонностью к частым рецидивам. Многие исследователи отмечают, что стабильность ремиссии, ее длительность, отсутствие признаков патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) напрямую связаны с улучшением качества жизни наркологических больных.

В настоящее время наблюдается стремительный рост количества научных работ, посвященных изучению различных аспектов качества жизни, социального функционирования, работоспособности, в том числе у психически больных и больных наркологического профиля.

Материал и методы исследования. В исследовании принимало участие 135 пациентов, проходивших стационарное и/или амбулаторное лечение в Городском наркологическом диспансере города Ташкента. Выборка была представлена больными с алкогольной зависимостью (1-ая группа: 75 пациентов) и опиатной зависимостью (2-ая группа: 60 пациентов).

В исследование включались больные: с опиатной (героиновой) зависимостью; сформированным опийным абстинентным синдромом; алкогольной зависимостью средней стадии; сформированным алкогольным абстинентным синдромом; психическими и поведенческими расстройствами, связанные с синдромом зависимости; с наличием родственников (для объективизации полученных от пациента данных).

Большинство больных составили лица зрелого возраста – более 90% были в возрасте до 35 лет. В рассматриваемой выборке больных отмечалась высокая плотность наследственной отягощенности алкоголизмом, наркоманиями и различными психическими расстройствами, которая составила более 60%.

Анализ структуры личности в преморбиде позволил установить преобладание неустойчивых, возбудимых, истероидных и конформных черт. Среди больных преобладали лица со средним и средне-специальным образованием.

Начало приема алкоголя и первые пробы наркотиков у подавляющего большинства отмечались от 12 до 14 лет, курение в возрасте от 10 до 13 лет. Длительность заболевания в выборке варьировала в широких пределах от 6 месяцев до 9 лет. Соматическая отягощенность на момент включения в исследование определялась более чем у 80% пациентов. В основном диагностировалось поражение печени различной этиологии (вирусной, токсической, смешанной) и глубины (начальные проявления или хронический процесс). Второй по частоте поражения была сердечно-сосудистая система – токсическое поражение сердца. Изменения личности, наступившее в результате употребления ПАВ, были выявлены практически у всех больных и чаще всего были представлены психопатоподобными расстройствами и морально-этическим снижением.

Основными методами исследования были клинический, катамнестический, статистический. Для исследования качества жизни (КЖ) больных использовался опросник SF-36. В его структуре выделено 6 векторов: 1 – физическая активность (ФА); 2 – ролевое физическое функционирование (РФФ); 3 – боль (Б); 4 – общее здоровье (ОЗ); 5 – жизнеспособность (ЖС); 6 – социальная активность (СА).

Терапия выбранного контингента пациентов строилась с учетом знаний об этапности и комплексности терапевтического процесса. На 1-м этапе проводилось купирование абстинентных расстройств и выраженных соматических последствий хронической интоксикации ПАВ. На 2-м этапе: купирование психопатологических расстройств, связанных с синдромом патологического влечения, и продолжение купирования токсических последствий употребления ПАВ. На 3-м этапе назначалась противорецидивная терапия, направленная на предупреждение ранних рецидивов заболевания.

Проверялась достоверность изменения каждого параметра с учетом времени и периодичности течения данных расстройств. При нормальном распределении выборок по гистограмме частот критерием Холмогорова-Смирнова, Манна-Уитни по эксцессу и асимметрии достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента; при ненормальном – по ранговому критерию Вилкоксона. Для оценки корреляционных взаимосвязей применялся метод Спирмена.

Результаты и их обсуждение. При анализе КЖ на этапе ремиссии количество пациентов в группе колебалось в связи с закономерным течением заболевания и выходом определенной части больных из исследования. Полученные результаты

позволяют определить длительность комплексного терапевтического вмешательства (лечения и наблюдения) для различных групп больных.

В период до 10 дней стационарного лечения (купирование абстинентного синдрома) между группами с синдромом зависимости не выявлялось выраженных различий. Физическая активность оценивалась больными как ограниченная, даже после купирования острых расстройств у больных наблюдались значительные трудности при выполнении физических нагрузок, они были неспособны к длительному физическому напряжению. При этом большинство пациентов связывало свою сниженную физическую активность не с проблемами физического характера, а с астеническими, зачастую эмоциональными расстройствами.

В период абстинентных расстройств видно, что больными с зависимостью от алкоголя свое состояние переживается тяжело (показатели в пределах 47,2-63,8), однако не так, как больными с опиатной зависимостью, где эти показатели значительно ниже (в пределах от 39,3 до 43,6). Статистические различия между группами регистрируются с 5-го по 10-й день.

Изменение ролевого физического функционирования, по существу, является обратным показателем физической активности, т.к. в отличие от последнего, оценивает степень ограничения повседневной деятельности в связи со здоровьем. Однако при оценке этой оси важную роль играет не только физическая нагрузка, но и выполнение профессиональной деятельности. Несомненно, вполне логично предположить, что в остром состоянии это показатель стремится к 0, а при выздоровлении – к 100. В данном случае была прослежена динамика на всем протяжении терапевтического процесса в сравнении между группами.

Исследование показывает, что субъективная оценка своего физического состояния, в частности боли, значительно различается между группами. Так статистически достоверна разница между больными опиатной и алкогольной зависимостью определяется к 5-му дню стационарного лечения. То есть у больных алкоголизмом субъективное влияние боли на повседневную жизнедеятельность перестает занимать приоритетное место, в то время как у больных опиатной наркоманией это влияние продолжается не менее 10 дней.

Оценка общего здоровья в двух группах практически совпадает. Но тенденция к его ухудшению сохраняется у больных с зависимостью от опиатов (1-ая группа – 1-й день: 40%, 10-день: 51%, 3 мес.: 68%, 6 мес.: 72%, 12-18 мес.: 75%; 2-ая группа – 1-й день: 40%, 10-день: 44%, 3 мес.: 61%, 6 мес.: 65%, 12-18 мес.: 69%), что позволяет сделать вывод о более тяжёлом течении заболевания у этой группы.

При изменении социальной активности в динамике терапевтического процесса обращает внимание низкий вектор у пациентов в обеих группах. При этом у пациентов 2-ой группы показатели ниже, а восстановление показателей идет значительно медленнее. Следует обратить внимание, что даже при длительном воздержании от употребления ПАВ пациенты оценивают свою социальную активность достаточно низко. Формально констатация данного факта позволяет сделать правильные акценты в комплексной программе терапии на медикаментозную, психотерапевтическую или социотерапевтическую составляющие. Следует учитывать, что в данном случае субъективные результаты совпадают с объективными данными (низкая трудовая занятость суженный круг интересов, конфликтные ситуации с близкими). Совпадение результатов субъективной и объективной оценок является свидетельством того, что критические способности в общей выборке пациентов сохранены, а сохранность критических свидетельствует о том, что столь низкая оценка социальной активности связана больше с наличием психических (эмоциональных) и психологических проблем, выступающих в качестве проявлений болезни и активности болезненного процесса.

Заключение. Качество жизни у потребителей ПАВ по векторам, отражающим социальную и физическую активность пациента, характеризуется низкими показателями, что связано с хронической интоксикацией и состоянием отмены. При формировании ремиссии социальная сфера приобретает значимость, в связи с этим повышается и значимость социальных связей пациента при изменении его психического состояния. Полученные данные свидетельствуют, что изменения по векторам шкалы качества жизни можно использовать с целью прогностических критериев возможного развития рецидива заболевания и учитывать в реабилитационном процессе.

К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ КРИМИНОГЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

Клинова М.А., Сахаров А.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

В условиях экономической и социальной нестабильности современного российского общества проблема криминализации подростков стоит наиболее остро. Многие авторы отмечают, что в последние годы в подростковой популяции происходят негативные тенденции, такие как усиление агрессивного-насильственного характера правонарушений, преимущественно совершаемых в группе, увеличение доли девочек среди подростков-правонарушителей, нарастающая наркотизация и алкоголизация (Дмитриева Т.Б., 2001-2003; Дозорцева Е.Г., 2000, 2002, 2013; Егоров А.Ю., 2002; Макушкин Е.В., 2009; Новикова Г.А., Новикова И.А., 2014; Назарова И.А., Аболонин А.Ф., 2014; Корнакова С.В., Корягина С.А., 2016).

Ряд исследователей указывают, с одной стороны, на увеличение доли правонарушений, совершаемых подростками, с другой стороны подчеркивают рост числа несовершеннолетних с криминальным и делинквентным поведением, страдающих психическими расстройствами (Дмитриева Т.Б. и соавт., 2000; Дозорцева Е.Г., 2000; Гурьева В.А., 2001; Вострокнутов Н.В., Пережогин Л.О., 2003; Гурьева В.А., Макушкин Е.В., 2004; Трошкина Е.Н., 2008; Дмитриева Т.Б., 2009; Барыльник Ю.Б. и соавт., 2016; Пирогова А.В., 2017). Так, согласно статистическим данным последних лет, более половины агрессивных преступлений совершают подростки с различными психическими расстройствами (Гурьева В.А., 2007). Их противоправные деяния часто отличаются слабой мотивированностью, жестокостью и нередко совершаются неоднократно (Ошевский Д.С., 2006).

Кроме того, отмечается прямая связь между насильственной преступностью и ранней алкоголизацией, наркотизацией детей и подростков: в 68% случаев подростки совершают преступление, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (Антонян Ю.М., Бородин С.В., 1998). По данным отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского, подэкспертные подростки в 90% случаев в момент совершения преступления находились в состоянии алкогольного опьянения.

Рост числа противоправных поступков среди подростков, страдающих психическими расстройствами, является важной социальной проблемой, поскольку

данная категория населения является наиболее уязвимой в условиях изменяющегося социума, в связи с чем их относят к группам «криминогенного риска» (Дмитриева Т.Б., 2006; Гурьева В.А., 2007). Важно иметь в виду, что подростковый возраст сопровождается значительными изменениями во всех сферах психической деятельности, именно в этот период повышается риск возникновения различных нервно-психических расстройств как в рамках неблагоприятного динамического сдвига имеющегося расстройства, так и в форме клинически самостоятельных болезненных состояний – так называемого патологического пубертатного криза (Вандыш-Бубко В.В., с соавт., 2014).

В настоящее время большинство работ, посвященных изучению подростковой преступности, касаются личностной и психологической патологии (Иванов М.В., 2009). Однако работ, посвященных комплексному исследованию факторов, влияющих на формирование противоправного поведения подростков, проблеме взаимосвязи наркологической и психической патологии, особенно на региональном уровне, проводится крайне не достаточно.

Стоит отметить, что Забайкальский край занимает лидирующую позицию среди регионов РФ по удельному весу подростков, совершивших противоправные действия. Учитывая данный факт, а также сохраняющийся стабильно высокий уровень распространенности психических и наркологических расстройств среди данной возрастной группы в крае, отсутствие комплексных специализированных региональных программ, в том числе и для межведомственного взаимодействия, направленных на профилактику подростковой преступности, обуславливает своевременность и актуальности исследования проблемы подростковой преступности в Забайкальском регионе.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В ИНТЕРНЕТ-ИГРЫ С СУИЦИДАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТЬЮ

Кравченко С.Л., Клинова М.А.

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

В настоящее время большой проблемой стало увеличение числа суицидов среди детско-подросткового населения, связанных с популяризацией в социальных сетях так называемых «групп смерти». С конца февраля по настоящее время в Краевой Клинической психиатрической больнице им. В.Х. Кандинского находятся на лечении несовершеннолетние, вовлеченные в игры с суицидальной направленностью. Приведем некоторые наблюдения из клинической практики.

1. Больная В. 2002 г.р., учащаяся 8 класса СОШ. Поступила в ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского 30.03.2017 г. Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась в полной семье, старшей из 2-х детей. Раннее развитие без особенностей. Родители развелись, когда девочке было 6 мес. После развода отец с семьей отношения не поддерживал. Возобновил общение с дочерью лишь около полугода назад, отношения между девочкой и отцом, со слов, «хорошие». В настоящее время В. приехала к отцу в гости из Республики Бурятия, где проживает примерно с 5-ти летнего возраста. В школу пошла с 7 лет, классы не дублировала,

учится в 8 классе. Успеваемость средняя, на «3» и «4». Профессионально занимается спортом – волейболом с 11 лет, является участницей многих соревнований, обладательницей дипломов и грамот, регулярно принимает участие в спортивных сборах. По характеру оценивает себя как «общительную, спокойную». Высказывает планы на будущее «работать в полиции».

Ранее в психиатрических больницах не лечилась, на учете у психиатров и наркологов не состояла. В мае 2016 года пережила психотравмирующую ситуацию – смерть двоюродного брата от тяжелой продолжительной болезни (умер в возрасте 7 лет), к которому была очень привязана. Настроение девочки оставалось сниженным на протяжении нескольких месяцев, все лето и осень. Примерно с декабря 2016 года на своей «страничке» в «соц. группе» выложила сообщение о горести утраты двоюродного брата, на что сразу же откликнулись кураторы из игры «Море китов», вступили с ней в активную переписку. Сама же В. утверждает, что мотивом увлечения игрой стало желание доказать самой себе, что может в любой момент остановиться, «не покончить жизнь самоубийством».

В беседах с лечащим врачом достаточно подробно и откровенно рассказывала о правилах игры «Море китов», сообщала, что кураторы игры постоянно менялись, настойчиво расспрашивали в онлайн-переписке о взаимоотношениях девочки с членами ее семьи, с учителями, друзьями, утверждали, что в случае совершения ею самоубийства вся душевная боль от утраты близкого человека закончится, и она окажется рядом с умершим братом.

В. сообщала, что задания от кураторов приходили ровно в 4.20 утра, тем самым, будто «тренировали не спать», давали всегда разные задания, например, «сделать летальный исход», т.е. не кушать, не пить или ни с кем не разговаривать в течение одного дня, никуда не выходить из дома, слушать музыку в наушниках, присланную кураторами, читать книгу о самоубийстве или же «оставить после себя след», т.е. выцарапать лезвием на руке F 58, F 57, кита, пойти на крышу дома, сесть на самый край, при этом всегда предъявлять кураторам фото и видеоотчет выполненных заданий. Сообщает так же, что в Интернет сети кураторы собирали группу «круглый стол самоубийц, где в режиме реального времени, каждому участнику был присвоен свой порядковый номер, согласно которому наступает очередность совершения суицида. Утверждает, что ей был присвоен 47 номер, а девочка под порядковым номером 46 «спрыгнула с крыши дома, разбившись насмерть», потом, утверждала В., «нам ставили ее в пример, так же как, Рину Полякову, как образцы для подражания и преданности кураторам в выполнении заданий». В. рассказывала, что кураторы настойчиво предлагали выбрать для совершения суицида один из нескольких способов: «лезвие, петлю, крышу», подтверждает, что «выбрала петлю», но «отказалась совершить суицид», в результате чего кураторы стали угрожать В. в Интернет переписке, присылали сообщения с ее домашним адресом, именем матери, младшего брата, угрожали убить членов ее семьи. Испытывая страх за своих близких и чувство вины перед ними, нанесла поверхностные самопорезы в область правого предплечья, предъявив их кураторам и временно окончив с ними переписку.

Подтверждает, что за период нахождения в игре «Синий кит» психическое состояние изменилось, стала раздражительной, вспыльчивой, беспокоили головные боли, повышенная утомляемость, слабость, снизилась школьная успеваемость, нарушился сон. Однако, несмотря на порицание матери, учителей, тренера, вновь и вновь проходила уровни игры, в итоге дойдя до 30 этапа. Приехала в гости к отцу в Забайкальский край в марте 2017 года, отец, узнав, что девочка играет в суицидальную игру, увидев самопорезы в области предплечья, заметив ее эмоциональную неустойчивость, обратился за помощью в ПБ. В. была осмотрена, госпитализирована.

В стационаре получала комплексное лечение с привлечением специалистов полипрофессиональной бригады, в которую были включены медицинские психологи, психотерапевты. Пациентке в день поступления был назначен сертралин в дозировке 50 мг раз в день вечером, вальпроевая кислота 600 мг/сут. На фоне терапии выровнялось настроение, появилась критика к совершённой суицидальной попытке. Выписана из ПБ с диагнозом: Расстройство адаптации. Пролонгированная депрессивная реакция. Суицидальная попытка в анамнезе.

2. Больная Б. 2000 г.р., учащаяся 9 класса СОШ. Поступила в ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского 16.03.2017 г. Из анамнеза: наследственность отягощена алкоголизмом отца. Родилась в полной семье средним ребенком из 3 детей. Родители развелись, когда девочке было 5 лет. Проживает с матерью, братом, сестрой. Раннее развитие без особенностей. В школу пошла с 6 лет, дублировала 7 класс по причине пропусков занятий, конфликтов с учителем. В настоящее время обучается в 9 классе по общеобразовательной программе, учится слабо. Курит с 14 лет, по 2-3 сигареты в день.

Ранее в психиатрических больницах не лечилась, на учете у психиатров и наркологов не состояла. Со слов матери, девочка по характеру росла вспыльчивой, раздражительной, демонстративной, упрямой, часто ссорилась с бабушкой, к которой была очень привязана, с матерью, в возрасте 11 лет впервые нанесла самопорезы, после очередной ссоры с членами семьи. За медицинской помощью не обращались. В возрасте 12 лет стала конфликтовать со школьным учителем, из-за этого пропускала занятия, в связи с чем дублировала 7 класс. С февраля 2017 года зарегистрировалась в игре «Синий кит», просматривала разные видео и картинки с суицидальной направленностью, слушала присланную ей кураторами музыку, а после ссоры с молодым человеком 15.03.2017 года в 2.00 нанесла самопорез в области левого предплечья. А ровно в 4.20 утра покинула дом, оказавшись в квартире своего молодого человека, откуда была забрана матерью и отвезена в ПБ.

В стационаре психическое состояние в течение длительного времени оставалось неустойчивым, больная была негативистична, вербально агрессивна в адрес врача, мед персонала, высказывала многочисленные недовольства режимом отделения, была плаксива, высказывала суицидальные мысли. Демонстративно сидела на полу в отделении, требовала выписать ее домой, на свиданиях с матерью ругалась, нецензурно выражалась в ее адрес, обвиняла в необоснованной госпитализации.

С Б. проводилась активная работа с привлечением медицинского психолога стационара, психотерапевта, начата медикаментозная терапия. На фоне комплексного лечения стала более упорядоченной в поведении, выровнялось настроение, появилась критика к совершённой суицидальной попытке. Выписана из ПБ с диагнозом: Социализированное расстройство поведения. Суицидальная попытка от 15.03.17.

3. Больная Б. 2000 г.р., не работает, не учится. Поступила в ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского 10.03.2017 г. Ранее находилась на лечении в данном стационаре в течение 3 недель в июле 2016 года с диагнозом: Социализированное расстройство поведения. Демонстративная суицидальная попытка, которую спровоцировал разрыв с молодым человеком.

Девочка – сирота, в 2009 году закончила 9 классов средней школы, поступала учиться в ПУ № 30 в Кокуе, но была отчислена за прогулы и неуспеваемость, в настоящее время ничем не занята, планирует поступать в училище «на программиста», в настоящее время проживает в детском доме. По характеру считает себя независимой, стремится к лидерству в любых отношениях, рассказала, что проблемой вовлечения подростков в различные Интернет-сообщества заинтересовалась давно.

Была уверена, что никогда не сможет попасть «ни под чьё влияние», даже «вошла в азарт», именно поэтому 07.03.2017 г. по своей инициативе вступила в группу

«Синий кит», так как хотела по образу и подобию этой игры создать свой «Антикит». При этом активно получала задания от куратора, «чтобы почувствовать весь расклад», «в какую-то минуту» осознала, что не справляется с собой, что «её подмяли под себя, подавили волю», стала агрессивной, раздражительной, не спала по ночам, прослушивала предписанную ей куратором музыку. У девочки были найдены записи с пошаговыми инструкциями, она утверждала, что «специально всё записала, так как хотела создать свою антисхему». В беседе активно говорила о том, что хотела проверить себя и всем доказать, что её не удастся зомбировать, подчинить, поэтому вступила в эту игру, хотела основать движение по сопротивлению «Китам», категорически отрицает суицидальные мысли на момент осмотра и на момент участия в игре.

В стационаре достаточно быстро адаптировалась, поддерживала ровные отношения с больными, медицинским персоналом, уверяла врача в беседе, что «и эту проверку она пройдёт», была льстивой, угодливой. Много времени уделяла своему внешнему виду, пользовалась малейшей возможностью для того, чтобы покинуть пределы отделения, пообщаться с пациентами мужского отделения, с готовностью беседовала со следователями следственного комитета, на занятиях с психологами в группе подростков занимала лидирующую позицию. В процессе бесед с врачом осторожно интересовалась, скажется ли её хорошее поведение в отделении на возможности пользоваться личными средствами с её банковской карты, так как в связи с её неправильным поведением она была лишена этой возможности администрацией детского дома.

На фоне проведённой комплексной терапии с участием психиатра, психолога, психотерапевта суицидальных мыслей не высказывала, суицидальной настроенности не выявляла, в беседе заявляла, что «стала антипримером для других, поэтому свою миссию всё же выполнила». Выписана из ПБ с диагнозом: Социализированное расстройство поведения. Суицидальное поведение.

АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Кралько А.А., Ананич П.А.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

В настоящее время большинство европейских стран испытывает острую необходимость в эффективной реализации комплекса мер, способных минимизировать вредное воздействие алкоголя. *Около 5% всех смертей в трудоспособном возрасте обусловлено алкогольными отравлениями. Как правило, в 7 из 10 случаев люди получают тяжкие телесные повреждения и становятся жертвами разбойных нападений от граждан, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Серьезные последствия вызывают пьянство на рабочем месте, управление транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и другие проявления рискованного алкогольного поведения (насилие, несчастные случаи, незащищенный секс). По данным нашего собственного исследования, экономические потери, связанные с пьянством и алкоголизмом в 2011-2015 гг. составляли ежегодно 0,8-1,0% от ВВП.*

Снижение социально-экономического бремени алкоголизма возможно только при наличии последовательной государственной антиалкогольной политики. В Республике Беларусь основные мероприятия по профилактике алкоголизации населения с начала 2000-х годов осуществляются в рамках государственных программ. В настоящее время в Республике Беларусь реализуется подпрограмма «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016-2020 годы. В предыдущие годы мероприятия по профилактике пьянства и алкоголизма последовательно осуществлялись в рамках трех Государственных программ национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма. Среди мероприятий указанных государственных программ значительное место занимают меры, направленные на снижение доступности алкоголя. Практический опыт введения мер по ограничению реализации алкоголя, как в нашей стране, так и в странах Европейского союза, показал, что даже незначительные ограничения доступности алкоголя конструктивно влияют на здоровье населения и криминогенную обстановку в стране.

В 2012 году в Ивановском районе в течение одного года действовал полный запрет на реализацию плодово-ягодных вин. В результате в сравнении с 2011 годом значительно сократился уровень преступности (с 47,1% по 38,7%), что существенно ниже среднеобластного (56,8%). На фоне общего снижения преступности более чем в 2 раза уменьшилось количество преступлений, совершенных в состоянии алкогольного опьянения (на 58,1%), также втрое меньше было зарегистрировано групповых преступлений, подростковая преступность снизилась на 46,2%. Количество несовершеннолетних, привлеченных к административной ответственности за распитие алкогольных напитков в общественном месте или появление в пьяном виде, сократилось почти вдвое.

В период с 2011 по 2015 гг. в областных центрах практиковался запрет на реализацию алкогольных напитков в ночное время суток. Так, в городе Гомеле с 31 октября 2013 года проходил локальный эксперимент по ограничению доступности алкогольных, слабоалкогольных напитков и пива, а позже акция «За здоровый образ жизни». Данные профилактические мероприятия позволили ограничить продажу спиртных напитков стоимостью ниже одной базовой величины. В первый месяц эксперимента в Железнодорожном районе Гомеля общее число преступлений сократилось с 147 до 109, в Советском – с 118 до 85, в Центральном с 92 до 71. В общественных местах не зарегистрировано разбойных нападений, уменьшилось количество фактов умышленного причинения тяжких телесных повреждений.

В период с 15 июня 2015 года по 25 августа 2015 года на территории г. Минска была запрещена продажа алкогольных напитков с 22:00 до 9:00. Подобные ограничительные меры не новы для Республики Беларусь – в период с 2011 по 2015 гг. во всех областных центрах уже проводился ряд локальных экспериментов, направленных на снижение потребления алкоголя посредством ограничения времени и доступности алкогольных напитков. В ходе проведения данных профилактических мер была отмечена положительная динамика, в результате чего было принято решение о продлении ограничительных мер и распространении их в регионах.

В Республике Беларусь также прорабатывается вопрос об ограничении количества магазинов, реализующих алкогольные напитки. В настоящее время в Беларуси на один магазин, где можно купить алкоголь, приходится около 600 человек, в то время как в странах Скандинавии одна точка с алкоголем приходится на 20-30 тысяч человек (Швеция, Норвегия).

Меры по снижению доступности алкоголя должны закрепляться на законодательном уровне. Так, в соответствии с Законом Республики Беларусь от 27 августа 2008 года «О государственном регулировании производства и оборота алкогольной, непивной спиртосодержащей продукции и непивного этилового спирта», местные исполнительные и распорядительные органы вправе принимать решения об ограничении на территории соответствующей административно-территориальной единицы времени продажи алкогольных напитков в дни проведения на этой территории выпускных вечеров в учреждениях общего среднего образования, а также мероприятий, направленных на пропаганду (популяризацию) здорового образа жизни, профилактику пьянства и алкоголизма, борьбу с ними. В настоящее время в соответствии с указанным законом в республике запрещена розничная торговля алкогольными напитками в мелкорозничной торговой сети, в магазинах и павильонах с торговым залом площадью менее 50 кв.метров, с использованием торговых автоматов, электронных устройств, через интернет-магазины, каталоги, рекламные объявления. Не могут продаваться алкогольные напитки в помещениях образования, здравоохранения, в физкультурно-оздоровительных сооружениях, в зданиях, где расположены государственные органы, возле религиозно-культурных сооружений и т.д.

Законом Республики Беларусь от 4 января 2014 г. «О физической культуре и спорте» во время проведения спортивно-массовых мероприятий на территории физкультурно-спортивных сооружений запрещено находиться в состоянии алкогольного опьянения, иметь при себе алкогольные, слабоалкогольные напитки, пиво, распивать в непредназначенных для этого местах алкогольные напитки.

В результате реализации мероприятий Государственных программ национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма в период с 2013 по 2016 гг. потребление алкоголя в Республике Беларусь снизилось более чем на 30% (11,14 л. в 2013 г., 10,47 л. в 2014 г., 9,05 л. в 2015 г., 8,8 л. в 2016 г.).

Статистические данные Министерства внутренних дел Республики Беларусь о преступлениях, совершенных в состоянии алкогольного опьянения также демонстрируют эффективность антиалкогольной политики. В период с 2013 по 2016 гг. наблюдается снижение на 16,5% количества правонарушений и преступлений, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения (19869 в 2013 г., 18345 в 2014 г., 17610 в 2015 г., 16584 в 2016 г.). В период с 2013 по 2016 гг. отмечается снижение на 33,5% количества дорожно-транспортных происшествий, совершенных лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения (539 в 2013 г., 504 в 2014 г., 466 в 2015 г., 364 в 2016 г.).

Таким образом, в Республике Беларусь постепенно внедряется ряд действенных и экономически эффективных стратегий, направленных на снижение уровня потребления алкоголя, которые основаны на повышении цен и более жестком контроле доступа к алкогольной продукции.

Те или иные меры антиалкогольной политики, как правило, не проводятся в отрыве от других аналогичных мероприятий. Анализ предпринимаемых профилактических действий на местном уровне показывает, что они имеют самые высокие шансы на успех в том случае, если в них нашли отражение ранее полученные научные данные и если имеет место комплексное и систематическое осуществление различных видов вмешательств. Системные стратегии с взаимодополняющим характером компонентов, направленные на перестройку всех аспектов употребления алкоголя, с большей вероятностью приведут к большему успеху, чем изолированные меры.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИК ПСИХОСИНТЕЗА В ПСИХОТЕРАПИИ СИНДРОМА КЕХРЕРА У ЖЕНЩИН

Краля О.В., Ломова Я.Ю.

Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия

Настоящее время характеризуется значительным количеством социальных стрессовых факторов, воздействующим на психику людей. Высокие нагрузки вызывают формирование социогенных психосоматических расстройств, которые, по данным многочисленных исследований, распространены среди пациентов первичного звена от 30 до 57% (Смулевич А.Б., 2006; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2006; Ассаджиоли Р., 2002; Голод С., 1999; Жеребкина И., 1998). Это касается прежде всего заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечнососудистой системы, но все чаще можно наблюдать нарушения сексуальной сферы, особенно среди женщин (Голод С., 1999; Жеребкина И., 1998).

Одна из самых частых причин нарушения сексуальной сферы у женщин связана с отсутствием оргазма (Richard D., 2006; Jeffrey C., 2007). Еще одна причина неудовлетворенного состояния женщин – это редкие занятия сексом, что плохо сказывается на их субъективном психологическом и на физическом самочувствии. Помимо вышеупомянутого, среди женской части населения существуют менее распространенные причины сексуального неудовлетворения, например, неудовольствие физическими возможностями своего партнера.

По имеющимся данным, до 57% женщин не получают сексуального удовлетворения, и в 1,5-9% у них отмечается формирование синдрома Керхера. Данный синдром проявляется в виде постепенного нарастания у сексуально неудовлетворенных женщин различных психосоматических расстройств – психомоторного возбуждения, раздражительности, обильного выделения белей, болей внизу живота, сухости влагалища, расширения тазовых вен, расстройств стула, нарушений менструального цикла и так далее.

В последние годы женская сексуальность все больше подвергалась социологической и культурологической интерпретации, становилась объектом внимания прессы, однако в наименьшей степени становилась объектом рассмотрения психологической и медицинской литературы. В тоже время, по данным специалистов в области психосинтеза, многие пациенты при обращении к психотерапевту склонны отождествлять свою личность с наиболее выраженными симптомами их проблемы, и для терапии таких состояний им был разработан метод разотождествления.

Материал и методы исследования. Для выявления взаимосвязи сексуально-эротической удовлетворенности женщин с возрастными условиями и наличием психосоматических расстройств, проведены исследования, в которых в качестве объекта изучения были выбраны 60 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, условно разделенные на две группы: от 20 до 30 лет и от 30 до 40 лет.

У всех женщин были выявлены психосоматические расстройства, от вегетативных проявлений до ярко выраженных заболеваний. Уровень сексуально-эротической удовлетворенности женщин определялся с помощью анкетирования, а также с помощью шкалы общей сексуальной удовлетворенности методики «Индекс женских сексуальных функций» (FSFI) и опросника сексуальной удовлетворенности по Л. Берг-Кросс на основе методологии исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений, предложенной Л.И. Вассерманом и Е.А. Трифоновой.

Результаты. Установлено, что сексуальная женская формула (FSFI) в группе от 20 до 30 лет у 87% исследуемых соответствует среднестатистическому показателю сексуально здоровой женщины (27 и более баллов), 37% из которых имеют сильную половую конституцию. У оставшихся 13% – результат FSFI незначительно снижен, но это может являться вариантом нормы.

При обследовании по Л. Берг-Кросс, у 73% исследуемых в возрасте 20-30 лет сексуальные отношения «на высоте». Проанализировав результаты тестирования, можно сделать вывод, что эти люди любят и хорошо умеют наслаждаться сексом, достаточно внимательно воспринимают потребности партнера в постели и не пренебрегают экспериментами. У 27% тестируемых присутствовала некоторая неудовлетворенность своим партнером или сексом с ним. При беседе было выявлено, что в последнее время их интимная жизнь стала несколько однообразной, предсказуемой, и им не хватает новых ярких ощущений.

Несколько иная картина была среди женщин в возрасте 30-40 лет. В этом случае сексуальная женская формула FSFI у 41% исследуемых соответствует среднестатистическому показателю сексуально здоровой женщины (27 и более баллов), и всего 19% из них имеют выраженную половую конституцию. У 23% – результат FSFI незначительно снижен, что может являться вариантом нормы, у оставшихся 36% результат FSFI значительно снижен, т.е. выраженность их неудовлетворенности сексуальными отношениями весьма значительна.

При обследовании по Л. Берг-Кросс были получены также несколько иные данные, в отличие от более молодых женщин. Так, всего у 26% исследуемых в возрасте 30-40 лет сексуальные отношения «на высоте». Подавляющее большинство, 74% исследуемых женщин, отмечает неудовлетворенность сексуальными отношениями.

Помимо субъективной оценки, было выявлено и различие в психосоматических проявлениях синдрома Кехрера среди исследуемых групп. В обеих группах были выявлены психосоматические симптомы, входящие в структуру синдрома Кехрера. При этом среди женщин в возрасте от 20 до 30 лет только по одному показателю были выявлены значимые данные, а именно – повышенная раздражительность (40% случаев). Близким к нему было значение психомоторного возбуждения – 37%. Сами пациентки объясняли его не только с сексуальной неудовлетворенностью, но и с общим психоэмоциональным фоном их жизни, связанным со многими социальными явлениями. Что касается таких явлений, как нарушения менструального цикла, расстройства стула и боли в нижней части живота, то эти показатели были не особо значительными, в пределах 20%. Такие явления, как повышенное выделение белей и сухость влагалища не отмечались вовсе.

В возрастной группе 30-40 лет наблюдалась несколько иная картина. Повышенная раздражительность была выявлена более чем у половины – в 63% случаев, наряду с расстройствами стула, которые отмечались у 57% обследуемых. С частотой, близкой к половине случаев, отмечались боли внизу живота (47%) и психомоторное возбуждение (43%). Повышенная сухость влагалища отмечалась в 32%, нарушения менструального цикла в 27%. Субъективно большая часть обследуемых женщин связывало эти симптомы с причиной своего обращения на психотерапевтический прием, а именно – нарушениями в сексуальной жизни.

Заключение. Таким образом, у всех обратившихся девушек были выявлены симптомы синдрома Кехрера, но в полной мере данный синдром был обнаружен в 2% случаев среди обследуемых до 30 лет и в 10% случаев у женщин во второй группе, что в целом подтверждает литературные данные. Но при этом мы имеем выраженную тенденцию к повышению частоты случаев психосоматических проявлений, наряду с

усилением выраженности субъективно оцениваемой сексуальной неудовлетворенности женщин с возрастом.

При работе с пациентками после прохождения психотерапевтического лечения с использованием методик психосинтеза в обеих группах отмечалось улучшение практически по всем показателям. Так, наиболее значительных результатов мы добились в области психомоторного возбуждения и повышенной раздражительности в обеих группах, где происходило снижение более чем в 5 раз (7% в первой группе и 10% во второй). У 73% общего числа пациенток было выявлено значительно улучшение психоэмоционального состояния и связанных с ним психосоматических проявлений, что доказывает эффективность проводимой психотерапии, равно как и указывает на эмоциональные причины синдрома Кехрера.

ВОЗМОЖНОСТИ ТИПОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К АНАЛИЗУ КОГНИТИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Куликова О.С.

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия

Введение. Шизофрения определяется как хроническое психическое расстройство, характеризующееся прогрессивным течением с постепенным формированием специфического когнитивного дефицита и обеднением эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер личности. Указывается на преимущественную манифестацию болезненного процесса в молодом возрасте и высокий процент инвалидизации пациентов, страдающих шизофренией (Руководство по психиатрии, 1983; Попов Ю.В., Вид В.Д., 2002).

При этом, несмотря на большое число исследований, посвященных патопсихологии шизофрении (Keefe R., Eesley С.Е., 2006; Andreasen N.C. et al., 2008; Leitman D.I. et al., 2008; Pinkham A.E. et al., 2008; Зверева Н.В., 2011; Николаенко Н.Н., 2013), по-прежнему сложно назвать определенный признак или группу аномалий, свойственную шизофрении и не характерную для других нозологических форм (Петрова Н.Н., Задвинский В.Ю., 2007). В этом отношении определенный интерес представляют изменения когнитивных стилей, связанные с заболеванием и придающие мышлению пациентов большое своеобразие.

Основываясь на структурно-уровневой концепции интеллекта (Холодная М.А., 2004), мы рассматриваем когнитивно-стилевые характеристики пациентов с параноидной шизофренией как обобщенные типологические особенности восприятия и мышления, отражающие обусловленное заболеванием нарушение (снижение) регуляции процессов обработки информации в целом.

Кроме этого, мы предположили, что возможен типологический подход к исследованию когнитивных особенностей на начальных стадиях параноидной шизофрении. Такой методический подход предполагает деление пациентов на несколько групп, каждая из которых отличается качественной спецификой познавательной деятельности, в частности, регуляции когнитивных процессов, связанной с болезненными изменениями психики.

В связи с вышеизложенным, **цель исследования:** изучение специфики нарушений регуляции познавательной деятельности пациентов, страдающих параноидной шизофренией. При этом мы опирались на концепцию когнитивного стиля как квадриполярного измерения (Холодная М.А., 2004). Это позволило реализовать типологический подход к изучению познавательной деятельности, то есть выделить подгруппы пациентов в зависимости от качественных характеристик процесса регуляции познавательной деятельности.

Организация и методы исследования. В рамках проведенного эмпирического исследования было обследовано 80 пациентов (39 женщин, 41 мужчина) в возрасте от 18 до 39 лет (средний возраст – $32 \pm 6,23$ года), с клиническим диагнозом «параноидная шизофрения» при длительности заболевания на момент проведения исследования – не более одного года. Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц (25 женщин, 25 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет (средний возраст – $29 \pm 6,63$ лет).

В рамках исследования была использована методика Дж. Кагана «Сравнение похожих рисунков» для диагностики когнитивного стиля «импульсивность / рефлексивность» (Kagan J., 1966). Использование этой методики предполагает последовательное предъявление обследуемому двух тренировочных и двенадцати основных таблиц, на каждой из которых наверху находится изображение фигуры-эталона, а внизу располагаются восемь почти идентичных изображений этого же предмета, среди которых только одно полностью соответствует эталону. Обследованный должен выбрать изображение, идентичное эталонному.

По результатам выполнения 12 проб основной серии вычисляются показатели: среднее время выбора изображения и общее количество ошибок. Квадриполярная природа когнитивно-стилевых характеристик предполагает выделение (с использованием статистической процедуры кластерного анализа) до 4 субгрупп испытуемых в рамках каждого из когнитивно-стилевых параметров.

Так, изучение когнитивно-стилевой характеристики «импульсивность / рефлексивность» позволяет выделить на полюсе импульсивности «быстрых и точных» (проводящих сравнение рисунков безошибочно или с единичными ошибками) и «быстрых и неточных», то есть, собственно импульсивных, испытуемых; Когнитивный стиль «импульсивность / рефлексивность» при учете количества ошибок, допущенных в процессе сравнения похожих рисунков, позволяет на полюсе импульсивности выделять «быстрых / неточных» (или «импульсивных») и «быстрых / точных» индивидов. Соответственно, полюс рефлексивности маскирует «медленных и неточных» и «медленных и точных», то есть, собственно, рефлексивных, испытуемых (Холодная М.А., 2004).

На этапе статистического обработки результатов измеренные когнитивно-стилевые показатели («количество ошибок при сравнении похожих рисунков» и «среднее латентное время ответа») были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых на когнитивно-стилевые субгруппы. Далее применялся критерий ϕ^* - угловое преобразование Фишера – для сопоставления группы сравнения и экспериментальной группы по частоте встречаемости когнитивно-стилевой характеристики «импульсивность / рефлексивность».

Результаты исследования, обсуждение результатов. По данным кластерного анализа, обследуемые группы сравнения могут быть разделены на 4 подгруппы: «рефлексивные» ($n=14$, в том числе, 9 мужчин), «медленные и неточные» ($n=12$, в том числе, 7 мужчин), «быстрые и точные» ($n=9$, в том числе, 1 мужчина), «импульсивные» ($n=15$, в том числе, 8 мужчин).

В экспериментальной группе выделены 3 подгруппы пациентов: «импульсивные» ($n=58$, в том числе, 35 мужчин) и «медленные и неточные» ($n=22$, в

том числе, 6 мужчин). То есть по параметру импульсивности / рефлексивности в группе сравнения представлены все известные когнитивно-стилевые субгруппы, в то время как для пациентов, страдающих параноидной шизофренией, характерна низкая точность перцептивного сканирования, трудности дифференциации существенных и случайных перцептивных признаков в сочетании со склонностью к импульсивным ответам без должного анализа соответствующей информации при выпадении более продуктивных когнитивно-стилевых субгрупп, что свидетельствует об ослаблении регулирующих аспектов интеллектуальной деятельности.

Ослабление регуляции процессов обработки информации в данном случае проявляется в недостаточно систематичном сборе информации в процессе построения ментальной репрезентации ситуации с низкой способностью отсрочить принятие решения до момента более полного и тщательного анализа информации.

Из вышесказанного понятно, что подгруппы «импульсивных» и «медленных и неточных» испытуемых представлены как среди обследованных пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения», так и в выборке психически здоровых лиц. На следующем этапе обработки результатов эмпирического исследования помощью критерия ϕ^* - углового преобразования Фишера были получены данные о достоверно большей частоте встречаемости когнитивно-стилевой характеристики импульсивности в группе пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении, по сравнению с психически здоровыми обследуемыми ($\phi^*_{\text{эмп.}} = 4,88$; $p < 0,001$).

В то же время представленность когнитивно-стилевой подгруппы «медленных и неточных» в исследованных группах статистически значимо не отличается ($\phi^*_{\text{эмп.}} = 0,44$; $p > 0,1$).

Выводы.

1. По изученному когнитивно-стилевому параметру «импульсивность / рефлексивность» в группе сравнения представлены все известные когнитивно-стилевые субгруппы, в то время как на начальных этапах параноидной шизофрении отмечается низкая точность перцептивного сканирования при выпадении более продуктивных когнитивно-стилевых субгрупп и ослаблении регулирующих аспектов интеллектуальной деятельности в форме недостаточно систематичного сбора информации с низкой способностью отсрочить принятие решения с целью более полного и тщательного анализа.

2. По когнитивному стилю «импульсивность / рефлексивность» отличительной особенностью пациентов на начальных стадиях параноидной шизофрении является статистически достоверное преобладание когнитивно-стилевой подгруппы импульсивности, характеризующейся недостаточной систематичностью сбора информации в процессе построения ментального образа ситуации в сочетании с невозможностью отсрочить принятие решения до момента более полного и тщательного анализа информации.

Эти статистические значимые различия в относительной численности подгруппы импульсивных испытуемых среди пациентов и здоровых лиц свидетельствуют о наличии связанных с психическим заболеванием нарушений процесса регуляции познавательной деятельности у обследованной категории пациентов, что позволяет говорить о продуктивности типологического подхода к исследованию особенностей когнитивной сферы при параноидной шизофрении.

ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ ГЕНА КИНУРЕНИН-3-МОНООКСИГЕНАЗЫ КМО(A-G)rs1053230 С КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Лежейко Т.В., Столяров Г.Б., Сахарова Е.А., Крикова Е.В., Голимбет В.Е.

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

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

Актуальность исследования обусловлена тем, что кинуреновая кислота, образуемая в процессе метаболизма триптофана, обладает нейротоксическими свойствами, которые могут быть причиной нарушений некоторых функций головного мозга. Поскольку кинуреновая кислота является единственным известным к настоящему времени эндогенным антагонистом глутаматных (NMDA) рецепторов, её накопление в кортикальных префронтальных областях приводит к развитию серьезных биохимических дисфункций, в частности, глутаматергической гиподисфункции и дофаминэргической гиперфункции.

Такого рода мозговые дисфункции характерны для шизофрении. Несколько лет назад была сформулирована «кинуренин-кинуреновая», или «кинуреновая» гипотеза происхождения шизофрении. В поддержку гипотезы свидетельствует тот факт, что в спинномозговой жидкости больных шизофренией выявляется повышенный по сравнению с контролем уровень кинуреновой кислоты (KYNU). Образование KYNU зависит от активности фермента КМО, который превращает KYNU в 3-гидроксикинуренин. Ген-КМО(G-A) (кинуренин-3-монооксигеназа) расположен: 1q42-q44, который участвует в производстве KYNA. Кинуреновая кислота (KYNA) влияет на несколько сигнальных путей в мозге и, по некоторым данным, связана с когнитивным функционированием. Полиморфизм rs1053230, локализованный в экзоне 15, является несинонимичным и ведет к замещению аминокислот Arg452Cys в ферменте КМО, что влияет на активность гена.

Биохимические различия у носителей разных вариантов были установлены при исследовании нескольких независимых выборок больных биполярным аффективным расстройством с психотическими симптомами (Lavebratt C., et al., 2013). В гене описано более десятка вариаций (полиморфизмов), которые использовали для поиска ассоциации с шизофренией в популяциях из Японии и стран Скандинавии (Aoyama et al., 2006; Holtze et al., 2011, 2012). В этих исследованиях сообщалось об ассоциации между полиморфизмами rs2275163 (C/T) и rs1053230 (A /G) и шизофренией.

Цель настоящего исследования состояла в выявлении ассоциации генетического полиморфизма КМО(A-G)rs1053230 с шизофренией и клиническими симптомами по шкале PANSS.

Материал и методы. Выборка пациентов включала 653 больных (373 женщины и 280 мужчин, средний возраст 32,37±13,7 лет, средний возраст к началу заболевания 21,14± 9,1 лет) с диагнозом шизофрения (рубрика F20 по МКБ-10). Помимо клинико-психопатологического обследования больного, проводили психометрическую оценку выраженности симптомов шизофрении с помощью шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Контрольная группа включала в себя 438 человека без психических заболеваний (220 женщины и 218 мужчин, средний возраст 33,4±12,9 лет). Генотипирование по полиморфизму КМО rs1053230(A /G) проводили методом ПЦР с использованием олигонуклеотидных праймеров. Для полиморфного локуса rs1053230 (A/G) использовали олигонуклеотидные праймеры 5'-AACATACAGAGATACTCTACATTTCAG-3' (прямой) и 5'-GCTCCCAATCCTTGACTTTATCTTGA -3' (обратный). Рестрикцию проводили с помощью эндонуклеазы рестрикции BspACI (SibEnzyme) в условиях, рекомендованных

производителем. После разделения продуктов в 3,5% агарозном геле аллель А соответствовали фрагменты длиной 334 п.н. и 198 п.н., а аллель G – фрагменты 198 п.н., 279 п.н. и 56 п.н.

Статистический анализ данных проводили с помощью программы Statistica 6.0.с использованием критерия χ^2 . Связь между генетическими вариантами и выраженностью клинических симптомов оценивали с помощью непараметрического теста Kruskal-Wallis.

Результаты. Распределение генотипов по полиморфизму КМО rs1053230(A /G) в группе больных шизофренией и психически здоровых людей не отклонялось от равновесия Харди-Вайнберга ($\chi^2 = 2,37$; $p > 0,05$). Генотипы по полиморфизму rs1053230(A /G) у больных было следующим: AA – 5,97% (39 человека), GA – 39,97% (261), GG – 54,06% (353); а в группе контроля – AA – 7,53% (33 человек), GA – 45,21% (198), GG – 47,26% (207). Различия между группами не достигали принятого уровня значимости. Однако отмечено повышение частоты генотипа GG в группе больных, по сравнению с контролем ($\chi^2 = 4,58$; $df=2$; $p=0,08$). Ранее сообщалось об ассоциации полиморфизма rs1053230 с депрессией, причем у больных, по сравнению с контролем, также было обнаружено снижение частоты аллеля А (Claes et al., 2011; Golimbet V.E, et al., 2014). В другой работе, в которой исследовали связь полиморфизма rs1053230 с когнитивными показателями у больных шизофренией и здоровых людей (Wonodi I. et al., 2014), было показано, что у носителей генотипа GG показатель общего когнитивного функционирования был ниже, по сравнению с носителями генотипов GA и AA вне зависимости от диагноза.

При сравнении степени тяжести клинических симптомов по шкале PANSS в зависимости от генотипа была обнаружена ассоциация ($F=5,4$; $df=2$; $p=0,004$), по суммарному баллу субшкалы общих позитивных симптомов. У больных с аллелем G (генотипы GG и GA) отмечена большая выраженность общих позитивных симптомов, чем у носителей генотипа AA. Изучение связи между полиморфизмами гена КМО (A/G) и клиническими симптомами показало, что аллель G полиморфизма rs1053230 ассоциирован не только с самим заболеванием, но и с отдельными клиническими симптомами заболевания. В заключение можно отметить, что полученные результаты указывают на важность дальнейшего изучения генов кинуренинового пути метаболизма триптофана.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПРАКТИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Маева Л.В.

Клинический медицинский центр города Читы, Чита, Россия

Бронхиальная астма – заболевание дыхательных путей, которое характеризуется повышенной готовностью реагирования трахеобронхиальной системы на целый ряд стимулов. Она является классическим примером многофакторной обусловленности болезни, при которой взаимодействуют многочисленные соматические и психические факторы.

Психологический компонент в возникновении заболевания обусловлен внутренним конфликтом личности между желанием получить любовь и нежность и

страхом быть отверженным и получить отказ. Такой первый опыт формируется в детстве при общении с матерью. Особенно типичен для астматиков конфликт в связи с детской превербальной формой выражения в виде плача: плач как первая возможность позвать мать будет подавляться ребенком, потому что он боится материнских упреков и ее отказа. Поскольку близость к матери уже в раннем детстве сопряжена со страхом, то позже нарушаются доверительные отношения и с лицом, ее замещающим. Отсюда возникают нарушения функции дыхания: астматические приступы занимают место нарушенных в раннем детстве форм превербального общения. Бронхиальная астма объясняется как «подавленный крик» против матери.

Ведущим эмоциональным состоянием у больных бронхиальной астмой является патологическая тревога (стабильно повышенный уровень личностной тревожности). Для этих пациентов защитным психическим механизмом является вытеснение, при котором происходит частичное бессознательное вытеснение тревожащего материала, который создает постоянное напряжение, аналогично хроническому неконтролируемому стрессу, с соответствующими сдвигами в норадренергической нейромедиаторной системе, что ведет к определенным изменениям в иммунной системе, предрасполагающим к развитию бронхиальной астмы. Также, хроническое эмоциональное напряжение приводит к спазму гладкой мускулатуры, выстилающей трахеобронхиальное дерево. Во время приступа больной начинает задыхаться за счет того, что в тот момент, когда необходимо сделать вдох или выдох, мышцы спазмируются, у него возникает тревога, спазм усиливается, еще более не может вдохнуть, наступает паника. Этот механизм можно разрушить, если снять этот мышечный зажим, расслабить мышцы. Необходимо, чтобы больной научился управлять мышцами горла, гортани, грудной клетки. Для лечения пациентов с бронхиальной астмой в психотерапии акцент делается на методах снижающих внутреннее напряжение, что приводит к снятию мышечных блоков.

Психотерапевтическая коррекция проводилась с 32 пациентами (все женщины) за период 2014-2016 гг. на базе «Клинического медицинского центра города Читы». При работе использовались метод телесно-ориентированной психотерапии и дыхательные практики. Работа проводилась в группах по 7-8 человек в течение 20 сеансов в каждой, с продолжением практик пациентами дома в течении года.

Телесно-ориентированная психотерапия – направление психотерапии, работающее с проблемами и невротами пациента через процедуры телесного контакта. По мнению создателей телесно-ориентированной терапии, любые эмоции влияют на тело и вызывают у него позитивные или негативные ощущения. Но есть и обратная связь: при воздействии на тело, можно снимать психологические «зажимы».

Дыхательные практики, такие как: диафрагмальное дыхание и брюшное дыхание (когда человек дышит животом, «отключив» грудное дыхание) направлены на концентрацию внимания на определённые участки тела, что приводит к расслаблению мышечных зажимов и снятию тревоги, страхов и панических атак.

В группах больных из 32 пациентов наблюдалось: у 8 пациентов (25%) – качественная ремиссия (исчезновение приступов удушья и одышки, снижение дозировки лекарственных препаратов); у 21 пациентов (65,6%) – частичная ремиссия (уменьшение приступов удушья, уменьшение одышки, снижение дозировки лекарственных препаратов); у 3 пациентов (9,4%) – без эффекта.

Таким образом, применение телесно-ориентированной психотерапии и дыхательных практик в составе комплексного лечения бронхиальной астмы способствует уменьшению симптомов болезни, снижению дозировки лекарственных препаратов и повышению качества жизни пациентов.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Марчук С.А., Докукина Т.В., Голубева Т.С.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Согласно современным представлениям, «аутизм» — это хроническое психическое заболевание, которое обычно проявляется в течение первых трех лет жизни ребенка, характеризуется всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения различной степени выраженности, а также ограниченными интересами и повторяющимися (стереотипными) действиями. В силу различной степени выраженности указанных нарушений в настоящее время применяется термин расстройства аутистического спектра (РАС).

По данным ВОЗ, в 2014 году распространенность аутистических расстройств в мире составила 63 случая на 10 тыс. детского населения. Причем за последние 10 лет распространенность аутистических расстройств возросла более чем в 10 раз (Башина В.М., Симашкова Н.В., 2001).

Что касается Республики Беларусь, то первые статистические данные по РАС стали формироваться лишь с 2009 года. Ранее клинико-эпидемиологических исследований на территории республики не проводилось. Оценить эпидемиологическую значимость аутистических расстройств можно по показателям общей заболеваемости и распространенности.

Общая заболеваемость — это показатель, соответствующий отношению суммы заболеваний, впервые зарегистрированных и накопленных в предыдущие годы, к средней численности населения (Руденко В.П., 2006). На 01.01.2015 года в Республике Беларусь на диспансерном / консультативном учете состояло 739 детей с РАС в возрасте от 3 до 17 лет. В истекшем 2014 году впервые выявлен 31 ребенок с РАС. Заболеваемость аутистическими расстройствами в 2014 году составила 0,22 на 10 тыс. детского населения. В 2013 году на консультативный и диспансерный учет было первично взято 53 ребенка с аутистическими расстройствами. Большое количество выявленных в этом году случаев РАС может быть связано с проводимыми исследованиями РНПЦ психического здоровья по ранней диагностике и изучению роли генетических факторов и факторов внешней среды в развитии аутистических расстройств. Заболеваемость в 2013 году составила 0,38 на 10 тыс. детского населения. В соответствии с вышеприведенными данными, показатель заболеваемости в 2014 году снизился в 1,73 раза в сравнении с 2013 годом.

Распространенность — это частота заболеваний, выявленных при профилактических медицинских осмотрах и зарегистрированных на определенную дату (Хальфин Р.А. и др., 2005). Учитывая общую численность детей указанного возраста и количество детей, состоящих на учете с РАС, распространенность аутистических расстройств за 2014 год составила 5,07 на 10 тыс. детского населения. В сравнении с данными на 01.01.2014 года (709 детей, или 5,0 на 10 тыс. детей), по Республике Беларусь количество детей с РАС и показатель распространенности аутистических расстройств изменились незначительно, но имеют тенденцию к росту.

Возрастная структура детей с РАС в Республике Беларусь представлена следующим образом: из всех обследованных детей с РАС 7,58% имели возраст 3-4 года (56 человек, или 2,47 на 10 тыс. детского населения данного возраста), 47,09% — возраст 5-9 лет (348 человек, или 7,25 на 10 тыс. населения), 31,66% — возраст 10-14 лет (234 человек, 5,73 на 10 тыс. населения), 13,67% — возраст 15-17 лет (101 человек, или 3,54 на 10 тыс. населения).

Контингент детей с РАС состоит преимущественно из мальчиков: 78,6% от общего числа детей с аутизмом, состоящих на диспансерном учете, или 581 человек – 7,74 на 10 тыс. детского населения мужского пола. Девочки составили 21,4% данного контингента, или 158 человек – 2,24 на 10 тыс. детского населения женского пола. Таким образом, у мальчиков РАС отмечаются в 3,67 раза чаще, чем у девочек. Соотношение частоты встречаемости аутистических расстройств у детей мужского и женского пола в РБ соответствует наблюдаемому в мировой статистике – 4:1 соответственно.

Наибольшая распространенность аутистических расстройств, зарегистрированная к началу 2015 года, отмечались в городе Минске и Минской области. Это обусловлено как широкой информированностью населения, так и большим количеством специалистов в области детской психиатрии, развитием новых методов ранней диагностики, обеспеченностью психиатрическими стационарами и центрами реабилитации. При изучении различных нозологических форм и клинических вариаций симптомов РАС в Республике Беларусь, наиболее часто встречаются детский аутизм (F84.0) и атипичный аутизм (F84.1). Увеличение количества детей с РАС за истекшие пять лет обусловлено возрастанием численности детей именно с данными нозологическими формами.

С диагнозом «детский аутизм» на учете у психиатра на начало 2015 года состояло 447 человек (60,53% от общего количества детей с РАС). По сравнению с 2010 годом, количество детей с установленным диагнозом F84.0 увеличилось в 1,55 раз. Распространенность детского аутизма в 2015 году составила 3,07 случая на 10 тыс. детского населения. Диагноз атипичный аутизм (F 84.1) в настоящее время установлен в 26,51% всей когорты детей с РАС. В сравнении с 2010 годом, количество детей с атипичным аутизмом возросло в 1,29 раза и составило 196 случаев или 1,34 на 10 тыс. детского населения. По результатам эпидемиологического исследования в Республике Беларусь выявлены 9 детей с синдромом Ретта (0,85% среди РАС), что на 2 случая больше чем в 2012 году. Распространенность синдрома Ретта на начало 2015 года составила 0,04 случая на 10 тыс. детского населения.

Дезинтегративное расстройство детского возраста отмечалось у 25 детей (3,39%), что на 1 случай больше в сравнении с 2010 годом. Распространенность этого аутистического расстройства в 2015 году составила 0,17 случаев на 10 тыс. детского населения. Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4) в Республике Беларусь было выявлено у 22 детей (3,03%), что в 2,78 раза больше в сравнении с 2010 годом. На начало 2015 года распространенность этого аутистического расстройства составила 0,15 на 10 тыс. детского населения. В Республике Беларусь синдром Аспергера выявлен у 38 детей (5,09%) или 0,26 случаев на 10 тыс. детского населения, что в 1,62 раз больше установленных случаев за 2010 год.

Следует отдельно отметить, что выявлено только двое детей, которые наблюдаются с диагнозами F84.8 (Другие общие расстройства развития) и трое детей с F84.9 (Общее расстройство развития, неуточненное). Это свидетельствует об успешном дифференциально-диагностическом подходе и ранних сроках постановки нозологического диагноза в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь.

Расстройства аутистического спектра характеризуются потенциально тяжелыми медико-социальными последствиями. Инвалидами являлись 85,8% детей с РАС, состоящих на диспансерном учете.

Накопленная инвалидность с 2005 по 2014 гг. вследствие данной патологии составила 634 человека, или 4,42 на 10 тыс. детского населения, т.е. 85,8% от числа детей, состоящих на диспансерном учете.

В нозологической структуре накопленной инвалидности при РАС 58,04% (368 человек, 2,56 на 10 тыс. населения) приходилось на детский аутизм (F 84.0), 29,65% (188 человек, 1,31 на 10 тыс. населения) – на атипичный аутизм (F 84.1), 0,63% (4 человека, 0,03 на 10 тыс. населения) – на синдром Ретта (F 84.2), 3,94% (25 человек, 0,17 на 10 тыс. населения) – на другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F 84.3), 3,79% (24 человека, 0,17 на 10 тыс. населения) – на гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F 84.4), 2,84% (18 человек, 0,13 на 10 тыс. населения) – на синдром Аспергера (F 84.5).

Контингент детей-инвалидов при РАС состоял преимущественно из мальчиков (79,34% от общего числа детей-инвалидов вследствие детского аутизма, или 503 человек – 3,51 на 10 тыс. детского населения мужского пола), девочки составляют 20,66% данного контингента (или 131 человек – 0,91 на 10 тыс. детского населения женского пола).

В накопленном контингенте инвалидов 3,9% детей имели возраст 3-4 года (269 человек, 0,32 на 10 тыс. детского населения данного возраста), 49,0% – возраст 5-9 лет (329 человек, 4,81 на 10 тыс. населения), 35,7% – возраст 10-14 лет (35 человек, 3,46 на 10 тыс. населения), 11,4% – возраст 15-17 лет (3 человек, 1,66 на 10 тыс. населения).

Детская инвалидность вследствие детского аутизма характеризовалась высокой тяжестью (суммарным удельным весом детей с 3-й и 4-й степенью утраты здоровья (СУЗ)). Тяжесть первичной детской инвалидности в среднем за период 2005-2014 гг. составила 85,18% (удельный вес детей с 3-й СУЗ – 71,14%, с 4-й СУЗ – 14,04%), тяжесть повторной инвалидности – 87,62% (удельный вес детей с 3-й СУЗ – 63,38%, с 4-й СУЗ – 24,24%). Тяжесть первичной детской инвалидности при данной патологии среди мальчиков (84,89%) и среди девочек (86,26%) существенно не различались. При повторном установлении инвалидности тяжесть имела несколько меньшее значение среди девочек (86,93%), чем среди мальчиков (91,19%). Однако существенных различий тяжести инвалидности по полу не выявлено.

Заключение. Таким образом, проведенное клинико-эпидемиологическое исследование в Республике Беларусь подтвердило ведущую роль РАС в детской психиатрической практике, как наиболее тяжелых, инвалидизирующих и социально значимых психических заболеваний детского возраста.

НОВЫЙ ПСИХОГИГИЕНИЧЕСКИЙ МЕТОД СНИЖЕНИЯ СПРОСА НА ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Москвитин П.Н.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Новокузнецк, Россия*

Актуальность. Разработка мер профилактики наркозависимого поведения включает изучение мотивационно-потребностной сферы личности подростков и ее влияние на формирование наркозависимого поведения (Рерке В.И., 2003). Мотивационно-потребностная сфера является важным структурно-психологическим образованием личности (Мясищев В.Н., 1995).

Программа и методический базис. На основе метода «профилактическая психодрама» – нового психогигиенического метода психопрофилактики

(Москвитин П.Н., 2002-2017) разработана программа развития личностной зрелости школьников путем инсценирования их жизненного опыта через проигрывание ролей, направленная на активизацию психических процессов, гармоничное развитие личности участников, их позитивную социализацию. Реализация программы тренингов позволяет достигать цели социального конструирования межличностных и межгрупповых отношений, направленных на поиск позитивного выхода из проблемной ситуации, а также на получение позитивных эмоций. Это достигается особой ролью психолога, создающего в кульминационный момент апогея конфликта безопасную и конструктивную атмосферу «профилактической консультации» техниками психопрофилактической коммуникации на тему, заданную динамикой тренинга и разыгранной психодрамой. Программа тренингов опирается на концепцию экзистенциально-гуманистического подхода и исследует формирование отношений подростка в трех аспектах: 1) отношение к себе; 2) отношение к другому и 3) отношение к миру. В этом состоит принципиальное отличие метода от классической психодрамы Я. Морено, формы групповой психотерапии, в ходе которой для протагониста создаются условия для спонтанного выражения чувств, связанных с важными для пациента проблемами.

Результаты и обсуждение. В ходе проведения годовой программы тренингов по разработанному методу было исследовано изменение мотивации на употребление ПАВ. Исследование проводилось в двух группах подростков 8, 9, 10 классов, основной и контрольной, по 100 человек в каждой из 3-х школ Куйбышевского района г. Новокузнецка.

Основная группа из 8-х классов к мотивации «Коммуникация» употребление ПАВ оправдывало тем, что не хотят испортить отношения или не выглядеть «белой вороной», боятся насмешек со стороны друзей, поддаются их давлению. К концу года после тренингов их количество сократилось с 4% до 0. К мотивации «Гедонизм» относились 6% обучающихся этой группы. У таких подростков отсутствуют альтернативные способы получать удовольствие и расслабление, приём ПАВ предполагает ощущение полного душевного и физического благополучия. К концу года их количество сократилось до 0. К мотивации «Аттракция» до тренингов относились 29% обучающихся, считавших что психоактивные вещества могли избавить от чувства страха, внутреннего напряжения, чувства вины, заглушить неприятные воспоминания. К концу года их количество сократилось до 24%. К мотивации «От скуки» до занятий, относились 13% обучающихся. Такие подростки не знают чем заняться в свободное время, им трудно развлекаться без возбуждающих средств. К концу года их количество сократилось до 9%. К мотивации «Псевдокультурная» относились 47%. Эти подростки считали, ориентируясь на мнение знаменитых людей, что употребление наркотиков способствует творчеству, их количество не изменилось. К мотивации «изменение состояния осознания» относились 19% школьников, они предполагают, что ПАВ могут являться средством коррекции неприятных переживаний, позволяя не реагировать на неприятности и неудачи. К концу года их количество сократилось до 10%. В контрольной группе 8-х классов по мотивации «Коммуникация» и «Гедонизм» и «Псевдокультурная» количество школьников увеличилось. По мотивации «Аттракция», «От скуки» и «Изменение состояния сознания» число сократилось соответственно до 15%, 12% и 5%. Различие в основной и контрольной группах статистически достоверно ($p \leq 0,02$).

В основной группе 9-х классов количество школьников по мотивации «Коммуникация», «Гедонизм», «Аттракция», «От скуки» и «Изменение состояния сознания» после занятий уменьшилось соответственно до 3%, 7%, 5%, 18% и 9%. В контрольной группе 9-х классов число обучающихся с типом мотивации

«Коммуникация» и «Псевдокультурная» к концу года увеличилось соответственно на 5% и 9%, что статистически недостоверно ($p < 0,05$).

В основной группе 10-х классов по мотивации «Коммуникация», количество уменьшилось на 9%, и составляет 6%. По мотивации «Гедонизм» уменьшилось до 3%. По мотивации «Аттракция» количество школьников сократилось с 23% до 9%. По мотивации «От скуки» количество сократилось с 15% до 13%. По мотивации «Псевдокультурная» уменьшилось на 17%. По мотивации «Изменение состояния сознания» их количество сократилось с 13% до 2%. В контрольной группе 10-х классов нет достоверных изменений ($p > 0,05$).

Вывод: «профилактическая психодрама» представляет новый групповой метод психогигиенический первичной профилактики, позволяющий снизить спрос на психоактивные вещества среди учащихся.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ДЕЛИНКВЕНТНОЕ И АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЮНОШЕЙ И ДЕВУШЕК

Назарова И.А., Аболонин А.Ф.

*Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского НИМЦ,
Томск, Россия*

Анализ причин отклоняющегося поведения детей и подростков, и их взаимосвязи с правонарушениями и употреблением наркотиков показывают многофакторную природу формирования данного явления (Крылов Н.Г., 2012). В числе разнообразных, взаимосвязанных факторов, обуславливающих проявление отклоняющегося поведения, можно выделить следующие: биологические предпосылки (Гаврилова В.А., Аболонин А.Ф., Иванова С.А., Бохан Н.А., 2011; Гразион А.В., 2011); психолого-педагогические, проявляющийся в дефектах школьного и семейного воспитания (Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Стоянова И.Я., Бохан Т.Г., 2014); социально-психологические факторы, включающие неблагоприятные особенности взаимодействия несовершеннолетнего со своим ближайшим окружением (Бохан Н.А., Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., 2011); личностные факторы, проявляющиеся в активно-избирательном отношении индивида к предпочитаемой среде общения, к нормам и ценностям своего окружения, а также в личных ценностных ориентациях и личной способности к саморегулированию своего поведения; социальный фактор, определяющийся социальными и социально-экономическими условиями существования общества (Артамонова А.А., 2016).

В связи с многогранностью данной проблемы, в данном исследовании мы рассмотрели семейные и средовые факторы, при формировании отклоняющегося поведения у подростков, с учетом половых различий. Таким образом, **целью исследования** является изучение социально-психологических характеристик у подростков с делинквентными и аддиктивными расстройствами с учетом половых различий.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач нами было проведено комплексное клинико-психологическое обследование 260 подростков мужского и женского пола с наркотической и алкогольной зависимостью в возрасте от

14 до 20 лет, средний возраст $17,08 \pm 0,8$. Из них 155 подростков мужского пола в возрасте от 15 до 19 лет (средний возраст $17,1 \pm 0,9$ лет), находившиеся в воспитательной колонии для несовершеннолетних правонарушителей г. Ленинск-Кузнецк, Кемеровской области и 110 воспитанниц женской воспитательной колонии г. Томска (средний возраст $17 \pm 0,7$ лет). Выборка создавалась на основании наличия у подростков зависимости (код диагноза F10-F19) от психоактивных веществ (ПАВ). Исследование личностных особенностей проводилось с помощью методики «Mini-Mult» (сокращенный вариант ММРІ, в модификации Зайцева В.П., 1981), Агрессивные тенденции личности выявлялись с помощью опросника Басса-Дарки (Buss A.H., Durkee A., 1957). Применялись методы математической статистики.

Результаты. Анализ совершенных юношами преступлений показал, что юноши значительно больше совершают преступления против жизни и здоровья, а так же преступления против собственности. Преступления в состоянии опьянения чаще (при $p < 0,05$) совершали девушки (63,6% девушек и 32% юношей).

Изучение семейного окружения и условий формирования девиантного поведения показало, что юноши, находящиеся в воспитательной колонии, достоверно чаще проживали в родительской семье, воспитывались в условиях гипер- и гипоопеки и в условиях с завышенными требованиями. Преобладающими отношениями в таких семьях были конфликтные. Девушки чаще всего воспитывались в условиях детского дома где доминировал бессистемный подход к воспитанию ($p > 0,01$). При анализе образовательного статуса родителей правонарушителей было выявлено, что родители имели среднее и средне-специальное образование и злоупотребляли спиртными напитками. Профессия родителей связана с рабочей специальностью либо с простым неквалифицированным трудом. Далее проведена оценка уровня полученного образования правонарушителей. На момент обследования 78% юношей и 63% девушек имели неполное среднее образование, 1,3% юношей и 1,8% девушек – получали средне-специальное образование.

Особую роль в развитии аддиктивного поведения играет среда, включающая наличие друзей с такими формами отклоняющегося поведения. Своё поведение в компании подростки-юноши определяли как лидерство в 5,3%, конформность поведения у 70%, подчиняемость – 21%. Девушки предпочитали считать себя лидерами в компании в 50,9%, конформное поведение предпочитали 47%. Отношение к делинквентным компаниям распределилось следующим образом: 61% юношей признают охотное общение с асоциальными личностями, а 60% девушек говорят, что активно избегали такого вида общения. Наличие сексуального опыта до взятия под стражу признали 87,02% юношей и 92,73% девушек.

Далее мы рассмотрели аутодеструктивное поведение делинквентных подростков. Нами было выявлено, что девушки значительно больше совершают суицидальные попытки (61,8% девушек и 25,4% юношей). Основной способ суицида у девушек – самопорезы (27,3%), у юношей – самоповреждение (12,7%). Кроме этого, наблюдается высокий уровень коморбидной патологии. У юношей преобладают органические расстройства, у девушек расстройства личности.

Анализ возраста начала употребления психоактивных веществ показал ранее знакомство с ПАВ в группе девиантных аддиктов. Первые пробы ПАВ у юношей-правонарушителей начинались в более раннем возрасте, чем у девушек ($p = 0,004$), но после 12 лет девушки становились в этом отношении более активными.

Предпочтения в выборе ПАВ были различны: так, девушки были склонны употреблять алкоголь ($p = 0,0001$) и чаще прибегали к комбинированному потреблению ($p = 0,0001$). При исследовании причин первого потребления ПАВ 63,64% девушек и 71,17% юношей основным мотивом потребления считают потребность испытать новые

ощущения (мотив экспериментирования). Причиной первого употребления наркотика у юношей, в отличие от девушек, являлось давление со стороны окружающих, выбор осуществлялся по чужой инициативе ($p=0,02$), а у девушек решающим фактором была относительная доступность данного наркотика ($p=0,0017$). Сдерживающие факторы перед первым употреблением отсутствовали у 76,36% девушек и 72,03% юношей. При дальнейшем потреблении ПАВ основным мотивом у 77,11% юношей и 63,64% девушек становится гедонистический (стремление получить удовольствие).

Сравнительный анализ данных, полученных с использованием метода «Mini-Mult» показал, что юноши более активны, склонны к преувеличению своих способностей. Девушки более откровенны, больше фиксированы на своем здоровье. По шкалам ригидности и индивидуалистичности значимых различий не обнаружено, что отражает особенность людей долго находящихся в закрытой системе.

Далее была проведена оценка структуры и уровня агрессивности. Показатели теста Басса-Дарки у юношей-правонарушителей соответствовали высоким показателям по шкалам «физическая агрессия», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины». У девушек обнаружены высокие показатели по шкалам «физическая агрессия», «обида», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины», а также высокие суммарные индексы «враждебности» и «агрессивности». Сравнение показателей агрессии девушек и юношей показало значимые расхождения ($p<0,01$ и более) по следующим формам агрессивных реакций: физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражительность, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины, индекс враждебности. Необходимо отметить, что данные шкалы у девушек значимо превышают параметры юношей.

В процессе обследования испытуемых просили оценить свой уровень конфликтности по трем шкалам: высокий, средний и низкий уровни. 43,33% юношей оценивают себя как людей со средним уровнем конфликтности, 30% – как людей с низкой конфликтностью, которые скорее стремятся избегать конфликтных ситуаций, 26,6% испытуемых отметили у себя высокий уровень агрессивности и вспыльчивости. Девушки оценивали себя как имеющих высокий уровень конфликтности в 41,8% случаев. 38,2% девушек считали, что имеют средний уровень конфликтности. 20,0% девушек полагали, что имеют низкий уровень конфликтности. На основании полученных данных можно сделать вывод, что девушки достоверно чаще, чем юноши, считают себя готовыми к конфликту, что совпадает и с экспериментально-диагностическими данными.

Заключение. Таким образом, низкий образовательный статус; отсутствие учебной и трудовой мотивации; наличие раннего сексуального опыта; неблагополучное, отягощённое зависимым потреблением алкоголя семейное окружение, незаинтересованным в воспитании своих детей способствуют появлению деликтов у подростков. Давая интегральную оценку полоролевых различий, можно сказать, что большинство юношей имеют органические поражения ЦНС, являются выходцами из проблемных семей, где им уделялось мало внимания, они раньше познакомились с ПАВ, у них раньше формировался абстинентный синдром; наркотизация имела более длительный период, в состоянии абстиненции наблюдалась более выраженная клиническая картина. Длительное потребление ПАВ у юношей способствовало повышению уровня физической агрессии и склонности к манипулятивному поведению, соответственно предпочитали использовать физическую силу при совершении преступлений.

Девушки чаще имели расстройства личности, воспитывались в условиях детского дома, чаще совершали преступления, находясь в состоянии опьянения, легко поддавались влиянию окружения, меньше совершали преступления связанные с

насилием, чаще совершали суицидальные попытки, нуждались в систематизированных требованиях. Девушки хуже приспосабливались к условиям ограничения свободы, в межличностных контактах строили отношения по типу управления или подчинения. Уровень агрессивности и враждебности у девушек оказался достоверно выше, чем у юношей. Всё это приводит к раннему употреблению ПАВ при практически полном отсутствии сдерживающих мотивов, и в дальнейшем к продолжению их употребления в качестве ведущего способа получения удовольствия. В личностных характеристиках выявляется несформированность внутреннего контроля с преобладанием импульсивности, экспансивности, демонстративности в поведенческих реакциях. Отражением влияния внешнего неблагоприятного окружения являются высокий уровень тревожности, подавленности, готовности к агрессивному реагированию.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить факторы риска, влияющие на возникновение делинквентного и аддиктивного поведения с учетом пола, возраста и семейного статуса и психологических особенностей. Полученная информация может оказать значительную помощь в профилактике и психологической реабилитации подростков, находящихся в условиях лишения свободы, а также имеющих склонность к девиантному и аддиктивному поведению.

КРИЗИС ПСИХИАТРИИ ВНЕ И ВНУТРИ НАС

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Самарский психоневрологический диспансер, Самара, Россия

Одним из первых упоминаний о кризисе в психиатрии стала статья «Куда идешь?» (2013) Н.Г. Незнанова, П.В. Морозова и И.А. Мартынихина, в которой авторы подняли проблему и определили признаки кризиса современной психиатрии. Ожидалось, что психиатрическая общественность активно отзовется на поднятую проблему, но ведущие журналы не заметили ее появления и дискуссия как бы не состоялась. Ей предшествовала статья Н. Katschnig «Являются ли психиатры вымирающим видом?» (2010), где высказаны сомнения в базовых факторах современной психиатрии: дискуссионность современных диагностических критериев; необоснованность психиатрических диагнозов для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарование эффективностью психофармакологии; «экспансия» неврологов в область психиатрии, включая предложение заменить термин «психическое заболевание» на «болезнь мозга». По мнению автора, возникает риск поглощения психиатрии другой медицинской специальностью, лишение её статуса медицинской дисциплины. Если обобщить взгляды, то кризис не только вне психиатрии, а кризис внутри сообщества психиатров, между психиатрами и обществом, включая новый виток латентной антипсихиатрии (Савенко Ю.С., 2010).

Кризис извне обусловлен глобализмом, либеральной демократией с ее двойными стандартами и предлагаемыми ценностями психической жизни, философией постмодернизма не только в политике и социологии, но и с проникновением в медицину, в частности в отечественную наркологию, с ее языковыми играми в аддиктологией (что наглядно показала конференция «Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития» (Казань, 09.12.2016).

Кризис извне в медицине и психологии – в экспансии неврологии в психиатрию, в частности в нейронауках. Особенностью современного периода нейронаук является нарастающая междисциплинарность, создающая «цунами» новых нейронаук: нейропсихиатрия, нейропсихология, нейробиология, нейропсихоанализ, социальная нейронаука, интерперсональная нейробиология и другие. При этом исследователи и создатели «новых» наук не утруждают себя выделением предмета науки, т.е. в большинстве случаев доводы сводятся к языковым играм.

Второй особенностью текущего времени является кризис современной психологической науки (Юревич А.В., 2005), среди основных причин которого ряд отечественных психологов указывает на отсутствие единой теории психологии в связи с разделением по отдельным «империям» предмета научного направления (сознание, бессознательное, поведение, гештальт, когниции и др.), отсутствие универсальных критериев верификации знаний, различные «параллелизмы», создающие «головоломки» для познания, расчлененность личности. Когнитивная психология в наши дни стала «новым» направлением психологической науки. Когнитивная психология (когнитивная наука по Б.М. Величковскому – ученику и последователю А.Р. Лурия) – междисциплинарное направление, соединившее в себе психологию, в первую очередь, экспериментальную, нейрофизиологию, информатику и философию познания в 60-е годы XX века. В конце XX века когнитивная психология стала широко внедряться в клиническую психологию и клиническую психодиагностику в психиатрии.

Экспансия неврологов в новом столетии проявляется, в первую очередь, в диагностике и терапии когнитивных расстройств, особенно деменций, и аффективных, преимущественно депрессивных, синдромов. С одной стороны, особенно вдохновляют на экспансию успехи нейровуализации и активное научно-техническое совершенствование морфологических исследований головного мозга, чему завидуют психиатры. С другой стороны – простота, доступность, быстрота клинической психодиагностики, которую неврологи стали использовать раньше клинико-неврологического метода. В настоящее время термин «деменция» у неврологов выступает как сборное полиэтиологическое, полинозологическое понятие; сборное синдромальное понятие (легкое, умеренное, тяжелое когнитивное расстройство), «додементные» расстройства, «преходящие деменции», «постоперационные преходящие деменции». Последние с точки зрения психиатрии выглядят нелепостью, так как диагностируются по скринингвым тестам (типа MMSE), а фактически исследуются ундулирующая обнубияция или пролонгированная астения, т.е. расстройства сознания (Носачев Г.Н., 2014-2016). Отечественные неврологи запутались в терминах «когнитивные расстройства» и «расстройства интеллекта», практически не пользуются при диагностике негативными синдромами, т.е. у неврологов своеобразная психологическая «диагностомания», то есть вместо клинического психолога психодиагностикой занимаются «недобросовестные пользователи» (Акимова А.К., 2006).

При этом психиатрическая общественность практически самоустранилась от институциональных дискурсов по методологии и философии науки, в частности неврологии и психиатрии. Достаточно беглого взгляда, чтобы увидеть, что указанные клинические нейронауки пользуются разными парадигмами: неврология – естественнонаучная (биологическая) парадигма, предмет науки – поражение, дисфункция головного мозга, преимущественно локальное; психиатрия (смежная, смешанная) – естественнонаучная (биологическая) и гуманитарная парадигмы, предмет науки – патология (расстройства, болезни, дезадаптация) психической деятельности индивида (субъекта, личности) на основе биопсихосоциальнодуховного подхода. И у

каждой из этих клинических нейронаук свой метод исследования пациента: неврология – клиничко-неврологический (морфологический); психиатрия – клиничко-психопатологический; клиническая психология (пато- и нейропсихология) – клиничко-психологический, психодиагностика. Именно указанные парадигмы, предмет науки и методы исследования формируют границы медицинской дисциплины (науки), создают специальность, профессионализм и компетентность, в том числе и на основе медицинского права. Все остальные подходы являются правовым нигилизмом, методологическим анархизмом и, к сожалению, в настоящее время поощряются фармацевтическими фирмами и даже многими руководителями медицинских организаций. Все это требует и нового этического подхода с опорой на этику ответственности по Хансу Йонасу «Принцип ответственности» (1979): 1) амбивалентность техники (к опасности ведут даже её успехи); 2) неизбежность её применения (в том числе в медицине – авт.); 3) глобальность масштабов применения техники; 4) поражение антропоцентрики (человек не должен противопоставлять себя природе); 5) постановка вопроса о выживаемости рода человеческого в условиях, когда технику необходимо поставить под контроль человека.

Современная психиатрия преимущественно является биологической психиатрией, т.е. функционирует только в одной парадигме – естественнонаучной и все еще никак не соединиться с гуманитарной парадигмой, а последнюю часто обвиняют в психологизации психиатрии.

Философия науки и доказательная медицина, а вслед за ними – и организация здравоохранения и медицинское право требуют единого подхода в вопросах не только диагностики, но особенно в вопросах реабилитации и в её результатах. Так выглядит с методологической точки зрения современная отечественная клиническая психиатрия, хотя ее организационно-правовые, реабилитационные составляющие далеки от совершенства.

Любая наука начинается с признаков и понятий, далее идут предложения и законы, но в первую очередь – с понятий и принципов. До сих пор в психиатрии термины были весьма условны и даже противоречивы, многие из них якобы устарели и не отвечают современной психиатрии (симптомы и синдромы). Например, в настоящее время конкурируют между собой термины «патологическое влечение» и «аддиктивное влечение» (новая парадигма) или «деградация личности» и психоорганический синдром, когнитивные и интеллектуальные расстройства, «устарели» негативные синдромы, появилось спорное понятие «синдромы шизофренического спектра». Всё это создает проблемы понимания, а соответственно и кризис вне науки и кризис внутри неё или кризис идентичности.

Ответим на наши извечные вопросы. «Кто виноват?»: постмодернизм, глобализация, успехи генетики и биологии, научно-технический прогресс с медицинскими технологиями, биологизация психиатрии и психологии. «Что делать?»: следовать предмету науки, соблюдать социально- и нормативно правовые и гуманистические права пациента, профессионализм и компетентность специалиста с соблюдением медицинского права, этики ответственности.

Что же касается диагностики синдрома деменции (как основной экспансии), то область невролога: предварительный диагноз; направление к психологу и психиатру; а область психиатра: предварительный и окончательный диагноз синдрома деменции; решение медицинских, реабилитационных, социальных и правовых проблем деменции.

Налицо четкий принцип теоретической и практической демаркации психиатрии и неврологии, объединенных биологической и разделенных гуманистической парадигмой и антропологическим и биопсихосоциальнодуховным подходами.

В любой момент существования общество нуждается, во-первых, в синхронном оперативном адресном общении как в средстве согласования взаимодействия людей и, во-вторых, в диахронном общении как средстве передачи информации от поколения к поколению, от человека к человеку. Познание внешнего и внутреннего мира человека (пациента) осуществляется через мышление с последующей вербализацией – выраженное в слове и через слово, рефлексивностью – осмыслением и концептуализацией – построением моделей; формирует новое, актуальное звучание понятия (термина, рече-смысла), в котором отражается как сложность реального мира, так и противоречивость самого познавательного процесса.

Хотелось бы завершить высказыванием прагматика Р. Рорти: «Я просто хочу предложить, чтобы сохраняли прагматическую терпимость на всем протяжении нашего пути, чтобы каждая из сторон видела в другой стороне честных, пусть и заблуждающихся коллег, которые делают все от них зависящее, чтобы найти ответ в темное время».

АДДИКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ПОСТМОДЕРНА: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ

Носачев Г.Н.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Отечественные психиатрия и наркология – две наиболее яркие междисциплинарные науки (метанауки) в медицине, которые переживают период латентного кризиса, особенно наркология на фоне постглобализации, либеральной демократии и философии постмодернизма. Наркотики и алкоголь, ставшие социальной проблемой многих стран, перестали быть только медицинской проблемой психиатрии и наркологии, но стали проблемой и в психологии, социологии, экономики и даже политологии. Междисциплинарный характер исследований в наркологии привел к обилию «параллелизмов» (психофизиологическим, нейрофизиологическим, социопсихологическим и др.), подменивших клинические и биологические разделы наркологии, но мало отразившихся в практике на терапевтической эффективности, а в теории – на методологии и классификации.

Постмодернизм родился как ответ на распространение в философии и деятельности прагматизма, когда, по мнению французского философа Ж.Ф. Лиотара, в век информационных технологий прагматика становится недоступной науке. Дистанцирование от науки пришлось по вкусу многим философам» (Канке В.А., 2007). Возникнув в постклассический период развития науки, постмодернизм стал моден в философии, в социальных науках, в частности в экономике, социологии и политологии, а к концу XX века стал превращаться в латентную антипсихиатрию, особенно в наркологии, где появилась новая парадигма – аддиктология. В конце 2016 года в Казани была проведена конференция «Современная психиатрия: постмодернистские тенденции и перспективы развития» (Казань, 09.12.2016 г.), где организатор и редактор «Руководства по аддиктологии» (2007) профессор В.Д. Менделевич определил свою философскую позицию (интерес) в психиатрии и ее разделе наркологии (в качестве спонсора конференции указан журнал «Психопатология и аддиктивная медицина»).

Тезисно приведем «за и против» новой парадигмы – аддиктологии.

Вот какой краткий перечень концептов постмодернизма приводит отечественный философ В.А. Канке (2008): агонистика языковых игр (а не логика), дисконсенсус (а не консенсус), дискретность (а не конкретность и прогресс), множественность (а не единство), нестабильность (а не стабильность), локальность (а не пространственная общность), фрагментарность (а не целостность), случайность (а не необходимость), открытость (а не замкнутая системность), игра (а не плановая цель), анархия (а не иерархия, рассеивание (а не центрирование), негативность (а не позитивность), движение по поверхности вещей и слов (а не вглубь их), след (а не обозначаемое и обозначающее), симулякр (а не образ), лабиринт (а не линейность), неопределенность (а не определенность), имманентное (а не трансцендентное), эстетика парадоксально-возвышенного (а не прекрасного и представляемого), соблазн страстей (а не производство). Междисциплинарный подход в наркологии создает трудности в попытках осмыслить имеющиеся теоретические знания с позиций теории познания и текущих (или модных) философских направлений, включая постмодернизм.

Проблема еще больше усложняется, если учесть, что психология, на исследования которой часто опираются наркологии (аддиктологи, аддиктивная медицина), особенно отечественная, считает себя находящейся в состоянии кризиса, как по предмету психологии (сознание, бессознательное, поведение, личность), так и по идентификации самих психологов в науке, что не может не затруднять развитие теоретических знаний смежных дисциплин.

Антипсихиатрические настроения в России конца XX века не оставили в стороне и наркологию, включая «борьбу с политическими ярлыками» в виде подмены базовых клинических понятий на неопределенные, например, практически исчез диагноз «наркомания» и появилось понятие «наркозависимые», которое включает в себя и больных, и потребителей, и экспериментаторов с ПАВ, позже присоединилась аддиктология. Эти термины стали использоваться врачами, психологами и социологами.

Попробуем разобраться в поставленном вопросе и тенденциях отечественной наркологии. Во-первых, идет смена парадигмы, в основе которой, преимущественно на теоретическом уровне, – аддиктивные представления (аддиктивное влечение, аддиктивная медицина, аддикции, аддиктивное поведение, аддиктивная личность). Во-вторых, философско-методологической основой выбран постмодернизм, достаточно широко и незаметно проникающий в психиатрию (латентная антипсихиатрия). В-третьих – выбрана опора преимущественно на психологические (психофизические, нейропсихологические, патопсихологические и др.) «параллелизмы» нередко с использованием когнитивной психологии. В-четвертых, используется междисциплинарный характер данных различных разделов наркологии (биологического, клинического, социального, правового и др.), включая психопатологию и клиническую психологию.

В психиатрии и ее разделе наркологии в дискурсах исследователи и врачи чаще всего исходят из двух парадигм – естественнонаучной, в частности, биологическая психиатрия, и гуманистической (клиническая психопатология, психодиагностика, психотерапия, реабилитология), т.е. находятся между каузальными концептами и их интерпретаций и телеологическими, связанными с постмодернистскими взглядами в науке. Одновременно с постмодернизмом «модными» остаются и другие философские направления: постпозитивизм (К. Поппер, Н. Лакатос, П. Фейерабено), постструктурализм (М. Фуко, Ж. Деррида). Сохраняет свое значение прагматизм (Ч. Пирс, У. Джемс), а с ним и прагматика как учение о достижении поставленных целей, прагматических науках и прагматическом методе. Существуют ли четко выверенные по философии методологии науки (дисциплины, раздела)

исследовательская программа (И. Лакатос), исследовательская традиция (Л. Лаудан)? Пока ответы противоречивы, так как наркология является разделом психиатрии как науки, преимущественно практическим разделом; по группе расстройств, имеющих тот же предмет науки – патологию психической деятельности, по организационно-правовому подходу и др., по терминологическому, диагностическому, терапевтическому подходу и т.д. Однако это не означает, что наркология как раздел психиатрии не может иметь свои цели и задачи, не во всем совпадающие с другими разделами психиатрии. Отсюда следует, что практика нужна врачу как практику, ему ближе философия прагматизма. Познавательная ясность прагматизма ни во впечатлениях, ни в мыслях, ни в языковых играх и даже не в практической действиях, а в достижении цели, т.е. в рациональности как рациональной деятельности (рациональной цели Ч. Пирса).

На наш взгляд, психиатрия – прагматическая наука, как и все медицинские и социальные науки, где преимущественно используется прагматический метод, хотя бы в практической парадигме, где один из главнейших концептов истины принцип эффективности, т.е. обеспечение наиболее эффективного решения, обеспечение достижения наилучших результатов. А в медицине и, несомненно, в психиатрии и наркологии этот принцип является базовым, включая этику ответственности.

Психиатрия является не только прагматической, но одновременно и аксиологической наукой, где основная ценность – достижение психического здоровья. Принцип эффективности возникает тогда, когда врачи, действуя единообразно, оптимизируют ценности таким образом, что достигают максимальных результатов, а если эффективность обусловлена теорией, то теория превращается в рекомендации.

Прагматика, наряду с синтактикой и семантикой, является составной частью семиотики, а с семиотики начинается и психиатрия как наука, и ее раздел наркология, использующие одну симптоматиологию и синдромологию, т.е. общую психопатологию (семиотику психических и поведенческих расстройств). А введение новой парадигмальной теории должно быть обосновано и теоретически, и практически, что только начинает предприниматься.

Наркология была, есть и будет оставаться, в первую очередь, клинической дисциплиной в медицине с различными ее разделами (биологической, социальной и др.), как раздел психиатрии, но она не будет включать в себя ни патофизиологию, ни психологию (в том числе клиническую), ни социологию, включая девиантологию с алкоголизацией и наркотизацией, но будет на них опираться как на самостоятельные науки, на их методологию и методы (междисциплинарные разделы (субнауки) науки).

Клиническая (аналитическая, феноменологическая, синтетическая) психопатология будет оставаться и теоретическим, и практическим и организационно-правовым разделом, в первую очередь, клинической психиатрии, включая клиническую наркологию. А самостоятельной наркологической психопатологии быть не может, так как предметом науки была и будет оставаться патология психической жизни человека.

В любой момент существования общество, особенно профессиональное сообщество, нуждается, во-первых, в синхронном оперативном адресном общении как в средстве согласования взаимодействия людей, во-вторых, в диахронном общении как в средстве передачи информации от поколения к поколению, от человека к человеку, в-третьих, в разных вариантах дискурса (от бытового до философского). Язык как общественная реальность выступает, по мнению Ф. де Соссюра, и как единство противоположных сторон: знака и значения, языка и речи, социального и индивидуального. Двудеяная природа языка формирует предмет и цель, в том числе в наркологии, мысли «одеваются» в концепты, принципы, понятия. Именно через язык возникает возможность выяснения соотношения души и тела, психического и

соматического (психофизиологическая проблема), социального и индивидуального, в том числе и в наркологии.

Итак, на наш взгляд, в данный период развития психиатрии и ее раздела наркологии нет ни теоретических, ни практических оснований включать наркологию в «новую» междисциплинарную дисциплину (науку, метанауку) – аддиктологию. Ее адепт профессор В.Д. Менделевич в «Руководстве по аддиктологии» (2007) так и не смог дать теоретическое обоснование нового понятия, принципов демаркации или объединения, не обозначил предмет аддиктологии (влечение, зависимое влечение, зависимое поведение, зависимая личность в рамках психологии, психофизиологии, психопатологии и т.д.). Пока аддиктология обосновывается языковыми играми как «модная», «новая» «перспективная» междисциплинарная наука, но это мифологическая игра. В.А. Канке (2007) пишет: «Упрощая до крайности характеристику постмодернизма, можно определить его как деконструкцию и рассеивание текста, сопряженные с внезапностью соблазна», т.е. вопреки доказательной медицине и принципам демаркации, инвариантности, ответственности философии науки.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД: МИФЫ, РЕАЛЬНОСТЬ, ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО И ПУТИ ВЫХОДА ИЗ КРИЗИСА

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Самарский психоневрологический диспансер, Самара, Россия

Кризис психологии, в существовании которого не сомневается большинство отечественных психологов, не может не сопровождать современную психотерапию. Современная психотерапия как прикладная, практическая психология сопровождает все основные направления («империи», школы) психологических знаний (психоанализ, бихевиоризм, когнитивизм и др.). Среди основных симптомов кризиса (по А.В. Юревичу, 2002-2015) следует указать на отсутствие единой, разделяемой всеми, теории, отсутствие критериев добывания, верификации и адекватности знаний, расчленение целостности личности и др., имеющие базовое значение для практической психологии, в частности психотерапии. Существует и существенный раскол между теоретической и практической психологией, особенно, если учесть, что психотерапия как метод используется специалистами (врачи, психологи, социологи – профессионалы и непрофессионалы) с использованием тех или иных методик и техник. Подготовка профессионалов также осуществляется в различных образовательных институтах, в частности в медицинских практически не преподается в достаточном объеме психология, в психологических – основы медицины и т.п. Между тем междисциплинарных характер теории и практики психотерапии не нуждается в обосновании.

Следовательно, кризис теоретической психологии носит перманентный характер и не может не сказываться на психологической практике, включая психотерапию, на психологических, соответственно и психотерапевтических, подходах, школах, а с ними и на «шквале» методик и техник, синкретических «склеек» («интерпретаций) разнородных научных (и псевдонаучных) идеях. Всё перечисленное выше и привело к кризису не только вне, но и внутри самих профессионалов. «Девятый вал» зарубежных

методик и техник, появление на психотерапевтическом рынке разных психотерапевтических ассоциаций (направлений), мастер-классов и супервизоров со своими бизнес-планами и рыночным подходом, нередко с отрицательным отношением к другим школам и методикам не может не усиливать и без того существующего кризиса вне нас и усиливать кризис внутри нас (кризис идентификации, кризис коммуникативной изоляции профессионалов, уклонение от дискурсов и т.д.). Чего только стоит возможность объявить себя психотерапевтом-диетологом, психотерапевтом-косметологом, психотерапевтом-пластическим хирургом и т.д. А реальность в том, что все эти «психотерапевты» имеют свою клиентуру и рекламируют «новый» и «эффективный» метод (в лучшем случае технику).

Современная психотерапия накопила такое количество методик, что один психотерапевт не только не может овладеть ими, но и даже иметь о них реальное представление, а поток их не уменьшается (около 700). В наши дни стали «модными» так называемые интегративные, или эклектические методики, не использующие при этом психологические знания интеграции. А.В. Юревич (2010) шутливо так определяет этот процесс: «Призрак бродит по психологической науке – призрак интегративной психологии».

Интеграция в психотерапии включает несколько вариантов. По первому варианту, что бывает редко, создается новая теория, а с ней – новые методики и техники. По второму – эклектическое соединение уже существующих методик (чаще техник) с применением или без такового эклектической теории (интерпретации). Третий вариант – успешный психотерапевт интуитивно, а чаще случайно формирует «винегрет» из техник и объявляет это нечто авторским методом.

Если психотерапия – практическая психология, то в своей интеграции она должна опираться на особенности интеграции психологических знаний и практики, т.е. создавая и обосновывая психотерапевтический метод. Методологической основой этого метода могут стать методологические разработки А.В. Юревича (2010), предложившего при формировании новых знаний отталкиваться от разобщенности (разрывов) для интеграции психологических знаний и наметившего три пути интеграции. «Горизонтальный» разрыв – между психологическими направлениями – психоанализом, бихевиоризмом, когнитивизмом и др., которые предлагают свой образ психической реальности, свои пути ее изучения и свою практику, включая психотерапевтическую. «Вертикальный» разрыв – между различными уровнями объяснения психического – внутриспсихическим (феноменологическим, личностным), физиологическим (физическим), социальным и др., создающими соответствующие «параллелизмы» (психофизические, психофизиологические, психосоциальные). «Диагональный» разрыв – между академической и практической психологией (по Ф.Е. Василюку – «схизис»), который вообще присущ психотерапевтической практике.

По нашему мнению, именно «схизис» является ведущим препятствием на пути формирования теории психотерапии не по типу «единой» теории и методологии психотерапевтического метода. Психотерапевтическое сообщество в течение ряда лет обсуждает вопрос об отдельном законе о психотерапевтической помощи, о психотерапии как о самостоятельной науке (предварительные модели). Желание профессионалов понятно, так как законодательство, с одной стороны, вводит их в правовое пространство со всеми вытекающими привилегиями и защитой, а, с другой стороны должно защищать права потребителя услуги. Косвенно В.Ю. Завьялов (2015), поднимая вопрос об определении психотерапии для прокурора, высказал сомнение в единстве психотерапии как науки и возможности иметь единый закон. Хотя на практике этот факт давно известен, так как психотерапевтический метод используется разными моделями и используется разными специалистами.

В рамках медицинского права, которое регламентирует общественные отношения в сфере медицинской деятельности, создана достаточная законодательная база функционирования врача-психотерапевта (специалиста ст. 58 УПК РФ; лечащего врача ст. 70 ЗОЗГ). Врач-психотерапевт осуществляет свою медицинскую деятельность согласно Федеральному закону «Об охране здоровья граждан в РФ» (ЗОЗГ) и Федеральному закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (ЗОПП). Статья 2 ЗОЗГ четко определяет понятия «медицинский работник» (*врач, клинический психолог) (п. 13), «медицинская помощь» (п. 3), «медицинская услуга» (п. 4), «медицинское вмешательство» (п. 5) и т.д.

Итак, медицинское право достаточно полно регламентирует деятельность врача-психотерапевта и, соответственно, нет и теоретической, и практической необходимости в создании отдельного закона. И существует только одна проблема: правовой нигилизм врачей и клинических психологов (ко-психотерапевтов).

Что касается психологов и других профессионалов, то правовая база их деятельности практически отсутствует, исключение составляет образовательная деятельность, которая законодательно регламентируется. К сожалению, психологи сами не определились со своей практической деятельностью (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование).

В основу психотерапевтического метода положены идеи М.М. Кабанова, который, ссылаясь на С. Ледера (1973), определяет психотерапию как форму человеческого вмешательства и общения, отмечая одновременно спорность и противоречивость позиций в понимании психотерапии: «Как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма (формулировка основана на медицинской модели); как метод влияния, связанный с обучением (психологическая модель); как инструмент социального контроля (социальная модель); как явления коммуникации между людьми (модель, связанная с философскими системами)». Только к концу XX века эти идеи стали разделяться рядом психотерапевтов (Карвасарский Б.Д., 1985-2005; Макаров В.В., 1996-2015; Носачев Г.Н., 1998-2016). Можно считать, по крайней мере, доказанным существование двух самостоятельных аксиологических метанаук: медицинской и психологической психотерапий.

Психотерапия (медицинская модель) – самостоятельная аксиологическая (ценностная) метанаука, личностно-ориентированная на физическое и психическое здоровье человека, где ценностью выступает физическое и психическое здоровье человека (индивида, субъекта, личности), целью которой является восстановление, поддержание, сохранение и другие факторы (параметры), относящиеся к диаде «здоровье – болезнь». Психокоррекция (психологическая модель) – самостоятельная аксиологическая (ценностная) метанаука личностно-ориентированная на всестороннее развитие, обучение, совладание, профессиональное и гармоничное формирование гражданина (индивида, субъекта, личности, универсума) в параметрах диад: «норма – патология», «адаптация – дезадаптация», «компенсация – декомпенсация».

Базовым методом обеих метанаук – психотерапии (клинической психотерапии, медицинская модель) и психокоррекции (психологической модели) является психотерапевтический метод (практическая деятельность профессионала).

Выход из кризиса во вне можно развивать как теоретические общие и частные законы, принципы, подходы и основы метода. Учитывая междисциплинарность использования психотерапевтического метода, теоретические знания должны включать в себя психологические, педагогические, психопатологические и другие знания (общая часть) и практику (частные вопросы) – выбор методики (техники) к конкретным целям и задачам использования метода (пациент, клиент, группа).

Но есть еще кризис внутри нас, т.е. психотерапевтов, психотерапевтических направлений, психотерапевтических ассоциаций, которые, к сожалению, в организационно-правовом и административном отношении будут разделены, но как профессиональное сообщество могут быть вместе и совместно вырабатывать морально-нравственные и этические принципы, создавать образовательные программы на основании медицинского и/или психологического образования, «самоидентификации» и «саморефлексии» в профессии и личности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРЕХОДЯЩЕЙ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Павленко Ю.П., Карпешова А.П.

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

Пациент Б., 1986 г.р., уроженец г. Читы, не имеет наследственной отягощенности, воспитывался в многодетной семье. Рос и развивался соответственно возрасту. ДДУ посещал. В школу пошел с 7 лет, окончил 8 классов. В дальнейшем нигде не учился, специальности не приобрел. В 15 летнем возрасте привлекался к уголовной ответственности за кражу, отбывал наказание в исправительной колонии с 2001 года по 2005 год. С 14 до 17 лет употреблял героин. В дальнейшем употребление наркотических средств отрицал, в настоящее время ремиссия более 7 лет. Жару, духоту переносил нормально. Снохождение, сноговорение, судорожные припадки, энурез, травмы головы отрицал.

Психическое состояние пациента впервые изменилось с 2010 года, когда на фоне ссоры с девушкой, стал принимать пищу лежа, курил в кровати, плохо спал, говорил о том, что он «бессмертный», родился в Греции, разговаривает якобы на разных языках. С вышеуказанной симптоматикой был госпитализирован в психиатрическую больницу, где находился на стационарном лечении в течение 3 месяцев 2011 года.

При поступлении был верно ориентирован в полном объеме. Неусидчив, расторможен, не удерживался на месте, ходил по кабинету. На вопросы зачастую отвечал не в плане заданного, не по существу. Был многоречив. На вопрос об обманах восприятия ответил: «ребенок был в утробе матери, ангела слышал, ангел был в образе Ксюши». Обвинял девушку в том, что «она изменила ему, сделала аборт», потому что ребенок, вероятнее всего, был «не от него». Добавлял «больше всего хотел быть рядом с Ксюшей». Рассказывал, что дома ощущал, как проходит сквозь стены, оказывался в Греции, Италии. Уверял, что родился в Италии. Наблюдался неустойчивый фон настроения, легко раздражался, часто нецензурно выражался. Был амбивалентен.

В стационаре на фоне лечения сохранялась продуктивная психосимптоматика, в виде бредовых идей, слуховых и зрительных обманов восприятия с онейроидными включениями. Утверждал, что может умереть, а потом воскреснуть, знает несколько языков, путешествует по разным странам «как невидимка», родился в Греции, может читать чужие мысли. Видел, как убивают людей, при этом был напряжен, испытывал страх.

Ему был установлен диагноз: шизофрении с полиморфной симптоматикой. За период госпитализации дважды ухудшалось соматическое состояние пациента, в связи с чем он переводился в терапевтический стационар по поводу пневмонии, в инфекционную больницу по поводу энтероколита. Находясь в данном стационаре

пациент пытался выпрыгнуть из окна, был напряженным, громко кричал, испытывал страх. Доза сероквеля была увеличена до 800 мг/с. На фоне лечения стал немного спокойнее, возбуждение, агрессии не возникало.

После лечения инфекционной патологии был возвращен в психиатрическую больницу, при осмотре: дезориентирован в месте, времени. Продуктивному контакту почти не доступен, на вопросы отвечал невпопад. Отмечалась бессвязность, разорванность мышления, эхолоалии. Растерян, загружен переживаниями. Считал, что у него в пакете лежит граната, поэтому плохое настроение. Не понимал целей пребывания в отделении, безразлично относился к госпитализации, пребыванием не тяготился. Получал лечение: rispoleпт-квиклет 6 мг/с, 3; прекса 20 мг/с в/м, галоперидол 15 мг/с, сероквель 800 мг/с, нитразепам 5 мг/с, витамины гр. В, С, фезам 1к. 2 раза в сутки.

По настоянию родственников, пациент выписан домой с диагнозом: деменция неуточненная. В течение следующих 6 месяцев регулярно осматривался психиатрами амбулаторного звена, отмечено, что состояние было прежним, периодически терялся в квартире, на улицу не выходил. У него существенно снизилась память, стали возникать делириозные расстройства с присоединением повышенной раздражительности, конфликтности, эмоциональной лабильности, существенного интеллектуально-мнестического снижения сопровождавшихся нарушением адаптационных возможностей и ориентации в быту.

В это же время был обследован различными специалистами, было установлено, что Б. страдает гепатитом С, циррозом печени, 3 стадией ВИЧ-инфекции, асцитом. Одновременно принимал более 30 препаратов рекомендованных инфекционистом-иммунологом. В дальнейшем ему была определена инвалидность 1 группы, решением суда был признан недееспособным.

В тот период ему была проведена судебно-психиатрическая экспертиза, по заключению которой Б. страдает деменцией, связанной с ВИЧ-инфекцией с другими смешанными симптомами.

В дальнейшем пациент в поле зрения психиатров не попадал. Известно, что с 2014 года проживал в гражданском браке, периодически принимал карбамазепин, фенибут.

В декабре 2016 года следственными органами в рамках расследования уголовного дела был направлен в ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» для проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

В ГКУЗ ККПБ пациент за период наблюдения никаких психотропных, нейрорепаративных препаратов не принимал. В стационаре: Б. быстро освоился в отделении, помещением в стационар не тяготился, хотя вначале обследования спокойно поинтересовался, сколько он будет находиться в больнице. Выборочно общался с другими пациентами, преимущественно с сохранными. Внешне был опрятен. По разрешению врача звонил по сотовому телефону подруге. Режим отделения не нарушал, конфликтов с окружающими не создавал. Фон настроения оставался ровным на протяжении всего нахождения подэкспертного в стационаре. По виду обманов восприятия не выявлял. Ночью спал хорошо. Себя обслуживал, ухаживал за собой, гигиенические процедуры выполнял без напоминаний. В отделении был ориентирован, знал расположение помещений. Спокойно находил свою палату.

Осмотрен инфекционистом, диагноз: хронический вирусный гепатит С, стадия неуточненных фиброзных изменений 0 ст. активности. ВИЧ-инфекция 3 ст. (субклиническая). Пациент был осмотрен комиссионно, установлен диагноз органического расстройства личности.

В качестве клинического обоснования приведены следующие доказательства: у подэкспертного, не имеющего наследственной отягощенности, с подросткового возраста отмечались поведенческие расстройства в виде нарушений в сфере влечений в виде склонности к криминальному поведению, с ранним началом употребления психоактивных веществ, слабой способностью к извлечению положительного жизненного опыта из прошлых ситуаций; аффективная неустойчивость, обидчивость, неустойчивость целей, стремлений; склонность к эксплозивным демонстративным реакциям.

В дальнейшем Б. в связи с употреблением наркотических препаратов внутривенно, развитием наркотической зависимости, приобрел вторичный иммунодефицит, подтвержденный клинически наблюдением в иммунологическом центре. Течение основного заболевания в отсутствие иммунокоррекции привело в 2011 году к развитию психотического состояния с присоединением вторичных инфекций, симптомы имели неспецифический характер и проявлялись эмоциональной неустойчивостью, подавленностью настроения, психопродуктивной симптоматикой с делириозными включениями, аспонтанностью, нарушением высших корковых функций, повышенной раздражительностью, конфликтностью, эмоциональной лабильностью, существенным интеллектуально-мнестическим снижением, сопровождавшимся нарушением адаптационных возможностей и ориентации в быту.

В тот период состояние, развившееся у Б. трактовалось как деменция, связанная с ВИЧ инфекцией с другими смешанными симптомами.

В дальнейшем Б. принимал поддерживающее лечение у психиатра, получал специфическую терапию по назначению иммунологов, на фоне терапии состояние его улучшилось и согласно записям, представленным в медицинской документации произошла редукция психотической симптоматики, интеллектуально-мнестического снижения.

При настоящем обследовании у Б. грубых нарушений мнестической деятельности не обнаружено, у него выявлено сужение объема отсроченного воспроизведения, при сохранности непосредственного и опосредованного компонентов мнестической функции. Внимание характеризуется выраженной неравномерностью распределения, снижением устойчивости и переключаемости. Объем внимания в пределах низкой нормы. Также отмечаются признаки повышенной истощаемости данного процесса гиперстенического типа. Замедлен темп психомоторных реакций. Нарушений динамики, операционального, мотивационного компонентов мышления не обнаружено.

При этом следует отметить, что подэкспертный при настоящем стационарном обследовании продемонстрировал способности к коррекции своего поведения после применения дисциплинарного воздействия, сохраненный интеллектуальный уровень, способность к правильной оценке инкриминируемых ему деяний, прогнозу их последствий. У него отсутствуют грубые «органические» изменения процессов мышления, расстройства памяти, явления психической истощаемости, что свидетельствует о нивелировке его органически обусловленной церебральной недостаточности.

Таким образом, правомерен вывод о том, что ранее диагностированная у Б. деменция носила транзиторный характер, поскольку при коррекции иммунологического статуса, послужившего причиной для возникновения органических изменений головного мозга, произошла положительная инволютивная динамика психопатологического процесса.

РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Павленко А.П., Труханенко Ю.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Алкоголизм, наркомания, токсикомания являются одними из самых главных социальных болезней современного общества, которые наносят колоссальный вред и мешают в полной мере реализовывать свой потенциал зависимым лицам, занимая особое место в обычаях, традициях и формах коммуникации.

Социальная работа – это вид профессиональной деятельности, объектом которого являются люди, попавшие в трудную жизненную ситуацию и нуждающиеся в социальной помощи, поддержке и социальных услугах.

Специалист по социальной работе в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» свою деятельность осуществляет в рамках разработанного плана реализации лечебно-реабилитационной программы, координируя свою работу с заведующим отделением, врачом психиатром-наркологом, врачом психотерапевтом, психологом.

На начальном «домедицинском» этапе специалисты по социальной работе учувствуют в профилактических мероприятиях, устанавливают и восстанавливают утраченные социальные связи пациентов, оказывают консультативную поддержку пациентам и их родственникам.

На медицинском этапе, когда индивид, злоупотребляющий психоактивными веществами, попадает в сферу деятельности медицинских специалистов, специалист по социальной работе тесно взаимодействует с медицинским персоналом на каждом этапе работы, вместе с пациентом пытаются найти пути разрешения накопившихся социальных проблем.

Специалисты по социальной работе участвуют в программах реабилитации и реинтеграции пациентов, оказывая помощь в трудоустройстве, а в особых случаях – в оформлении инвалидности.

Основными направлениями социальной (медико-социальной) работы в наркологии являются: комплексная социальная помощь лицам, входящим в группы повышенного риска развития наркологических заболеваний и лицам, страдающим зависимостью от психоактивных веществ, членам их семей и ближайшего окружения, включающая медицинские, медико-психологические, социально-психологические, педагогические и юридические (правовые) ее аспекты.

В своей деятельности специалист по социальной работе Краевого наркологического диспансера руководствуется тремя основными подходами к социальному вмешательству:

1. Воспитательный подход к пациенту. Специалист выступает в роли учителя или консультанта, показывает на личном примере как нужно себя вести в обществе и устанавливает обратную связь.

2. Фасилитативный подход к пациенту. Специалист является посредником в установлении и принятии своей проблемы, мотивирует на повторное усвоение и принятие общепринятых норм поведения в обществе для эффективного функционирования в социуме.

3. Адвокативный подход в работе с пациентом – применяется в тех случаях, когда необходимо представление интересов пациента в различных учреждениях.

Рассматривая специфику социальной работы в наркологии, следует понимать, что эффективность осуществления данной деятельности зависит от постоянной связи лечебного процесса и групп самопомощи, такая взаимосвязь должна обеспечивать

решение важных задач как с точки зрения организационных мероприятий лечебного процесса, так и жизнедеятельности пациента.

Пациент должен воспринимать лечение в наркологическом учреждении как естественный компонент вхождения в новую человеческую среду, основным идеалом которой является трезвость, а в этом как раз и заключается основной принцип движения «Анонимных Алкоголиков» и «Анонимных Наркоманов». Группы самопомощи – это естественный источник кадров для наркологической службы.

Деятельность специалиста по социальной работе в наркологическом диспансере приобретает все более значимую роль. Для достижения положительного эффекта при лечении медикаментами, социальная работа позволяет предотвратить у пациента возможные в будущем рецидивы, так как нерешенная проблема может свести к нулю все результаты медикаментозного лечения и является постоянными источниками срывов у пациентов.

Насколько активно пациент будет вовлечен в трудовой процесс и профессиональную подготовку, настолько зависит успешность его адаптации к самостоятельной трезвой жизни. Гарантированность и своевременность устройства на работу, несомненно, приведет к снижению риска рецидива наркомании, так как не найдя себе применения (работы или учебы), зависимый оказывается лишенным, главным образом, здоровых контактов, которые чрезвычайно важны для него именно в этот момент.

В 2016 году специалистами по социальной работе Краевого наркологического диспансера была оказана помощь 378 пациентам с наркологическими расстройствами. Ими было проведено 671 консультация, из них 487 – по поводу трудоустройства и иным вопросам, 184 консультации даны родственникам пациентов.

Таким образом, роль специалиста по социальной работе в реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами заключается в решении организационных и социальных проблем пациентов при тесном сотрудничестве с медицинским персоналом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОРЕЛАКСАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ ЗАНЯТИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Першина Н.П., Струкова Е.Ю., Логачева А.А.

Тамбовская психиатрическая клиническая больница, Тамбов, Россия

Актуальность проблемы. Невротические и депрессивные расстройства чаще возникают у лиц с преморбидными особенностями, которые проявляются в прямолинейности, ригидности, гиперсоциальности, бескомпромиссности. Это оказывает негативное влияние на работоспособность и качество жизни пациентов. Для полноценного восстановления пациента бывает недостаточно только медикаментозного лечения.

Необходимо использовать комплексное лечение, направленное на формирование психологических установок на активное преодоление болезни, обучение приемам, улучшающим психологическую адаптацию, развитие способности к саморегуляции,

повышению толерантности к стрессовым воздействиям и уменьшению выраженности психических изменений.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения пациентов дневного стационара Тамбовской психиатрической клинической больницы с использованием индивидуальной психокоррекции, релаксационного и социально-психологического тренинга.

Материалы и методы. В исследование включено 84 пациента в возрасте 23-55 лет, поступивших на лечение в дневной стационар ОГБУЗ «ТПКБ». В основном это лица женского пола, средний возраст которых составляет 46 лет, имеющие диагнозы: невротические расстройства (41,7), депрессивные расстройства (30,9%), шизофрения невротоподобная (24,4%).

Около 15% имеют группу инвалидности по общему заболеванию, более 80% не являются инвалидами. У 67,9% длительность заболевания не превышает 5 лет. Большинство из них проживают с семьей (92,9%), около 20% работают. Все пациенты проходили курс медикаментозного лечения, включающего в себя антидепрессанты, противотревожные препараты, ноотропы, физиотерапию, и дополнительно посещали психосоциальные занятия, включающие релаксационный и социально-психологический тренинги. При необходимости пациентам назначалась индивидуальная психокоррекция.

До начала и после курса занятий проводилось психодиагностическое обследование, в процессе которой выявлялись основные психологические проблемы, негативные эмоции, чувства и состояния, которые наиболее тяжело переживаются пациентом и способствуют проявлению заболевания.

Результаты. У большинства больных, проходивших исследование, были выявлены расстройства невротического уровня, характеризующиеся в основном подавленностью настроения, астеническими и тревожными проявлениями, эмоциональной неустойчивостью. Чаще всего пациенты жаловались на отсутствие чувств или ощущение пустоты и считали свою жизнь унылой, рутинной и излишне сложной в материальном плане. Несмотря на остро переживаемое одиночество, большинство из них испытывали трудности в общении. Большинство пациентов высказали стремление «наладить отношения с самим собой» и желание чувствовать себя естественно и комфортно в общении с другими.

Анализ результатов психодиагностической беседы показал, что подавляющее большинство пациентов – 66 (78,6%) избегают вступать в сложные жизненные ситуации, поскольку чувствуют, что не в силах справиться с ними. Тяжело поддаются или практически не поддаются контролю следующие эмоции разной степени выраженности: раздражение и гнев – 30 (35,7%), тревога и страх – 17 (20,2%), неуверенность – 10 (11,9%), обида – 7 (8,3%), чувство вины – 6 (7,1%).

Групповые занятия проводились с целью улучшения эмоционального состояния, развития навыков межличностного взаимодействия, обучения эффективным навыкам общения, самоконтроля, снятия эмоционального напряжения. Занятия проводились 2 раза в неделю, курс состоял из 8-10 сеансов. В конце каждого занятия проводилось краткое групповое обсуждение достигнутых результатов.

Релаксационный тренинг с элементами визуализации и медитации. Каждое занятие тренинга состояло из трех основных частей: 1) упражнения на расслабление различных мышц и мышечных групп, 2) релаксация с элементами визуализации, 3) обратная связь. Общая продолжительность каждого занятия составляла 30-40 минут. Сеансы релаксации проводились в группах по 5-7 человек, в положении больных сидя в кресле.

Социально психологический тренинг. На занятиях пациенты осваивали навыки слушания и понимания собеседника, учились правильно выражать свои чувства, мысли и требования. В ходе занятий рассматривались ситуации из повседневной жизни пациентов, вызывающие напряжение, тревогу, негативные реакции, внутренние проблемы и конфликты, обсуждались способы выхода из них с наименьшими потерями для себя.

Оценка эффективности комплексного лечения складывалась из субъективных ощущений пациента на основе самоотчетов, по психологическим опросникам и на основе объективных данных психических состояний, которые оценивал врач-психиатр.

Результаты психодиагностического обследования после прохождения курса занятий, показывают, что работа в группе для пациентов была эффективной. Согласно проведенному на заключительных занятиях анкетированию, пациенты положительно оценили работу в группе.

По субъективным ощущениям большинство отметили улучшение эмоционального фона, снижение тревожности, повышение самооценки и чувства уверенности в себе: коррекция эмоционального фона – 98%, снижение уровня тревоги, напряженности – 76%, повышение стрессоустойчивости – 54%, повышение чувства уверенности в себе – 43%, развитие коммуникативных возможностей – 37%, улучшение в межличностном общении – 32%.

Психологическое обследование проводилось с помощью теста СМОЛ и Шкалы для оценки степени снижения стрессоустойчивости Коухена и Виллиансона. Тест для оценки степени стрессоустойчивости Коухена и Виллиансона показал, что к концу наблюдения у 44 чел (52%) отмечается повышение уровня стрессоустойчивости. Тест СМОЛ выявил снижение показателей по 1-й, 2-й, и 3-й шкалам. Отмечено снижение уровня тревожности, напряженности, ипохондрической настроенности, повышение активности и уверенности в себе.

На фоне проводимого комплексного лечения с применением препаратов в средних терапевтических дозах и психосоциального лечения отмечалось более быстрое купирование симптомов болезни без использования инъекционных форм.

Заключение. Недостаточное умение справляться с негативными эмоциями, отсутствие для этого необходимых умений приводит к переживанию повторяющихся проблемных ситуаций без их разрешения, что обуславливает развитие психологической дезадаптации у больных.

У большинства пациентов дневного стационара выявляется демонстративность, импульсивность, склонность к фиксации на негативных ощущениях и эмоциях, тревожность, снижение настроения и активности. Использование медикаментозной терапии в сочетании с психосоциальными методами, направленными на преодоление негативных эмоций и на обучение эффективным методам общения, позволили улучшить качество оказываемой помощи пациентам.

Анализ эффективности использования психосоциальных методов в комплексном лечении пациентов показал сокращение продолжительности лечения в стационаре. Обучение пациентов более раннему распознаванию симптомов обострения заболевания и способам совладания с ними с использованием психотерапевтических приемов способствовали предотвращению повторных госпитализаций в дневной стационар в течение года.

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ

Петрова И.В.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения осуществляется в диспансерном отделении ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2015 года № 933н «О Порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Целью медицинского освидетельствования является установление наличия или отсутствия состояния опьянения, фактов употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных, новых потенциально опасных психоактивных, одурманивающих или иных вызывающих опьянение веществ в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

В кабинете медицинского освидетельствования работают 4 врача психиатра-нарколога. Медицинское освидетельствование на состояние опьянения проводится в круглосуточном режиме. При проведении медицинского освидетельствования в обязательном порядке проводится исследование выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя. Имеется пост забора биологических жидкостей на химико-токсикологические исследования. Химико-токсикологические исследования пробы биологического объекта при медицинском освидетельствовании проводятся на следующие химические вещества, включая их производные, метаболиты и аналоги: опиаты, растительные и синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин, метадон, бензодиазепины, барбитураты, этанол и его суррогаты.

В 2016 году общее количество лиц, доставленных на медицинское освидетельствование, составило 3879 человек, что на 9% меньше, чем в 2015 году (4266 человек). Число лиц, направленных на освидетельствование по линии ГИБДД, составило 310 человек, меньше чем в 2015 годом на 57% (541 человек). Лица, направленные по линии ГИБДД, обследуются на наличие наркотических веществ.

В 2016 году количество лиц, доставленных в состоянии алкогольного опьянения, составило 2017 человек, что меньше по сравнению с 2015 годом на 4%. Количество лиц, доставленных в состоянии наркотического опьянения, в 2016 году составило 492 человека, оно уменьшилось по сравнению с 2015 годом на 17%. Количество отказов от проведения медицинского освидетельствования увеличилось по сравнению с 2015 годом на 2%, и составило 465 случаев. Количество отказов по линии ГИБДД составило 40 случаев, что на 26% меньше, по сравнению с 2015 годом (54 случая).

В структуре наркотического опьянения наибольший процент составляет опьянение в результате употребления каннабиноидов (77%). Стали регистрироваться случаи наркотического опьянения в результате употребления синтетических наркотиков (10%), среди которых преобладает пировалерон. В настоящее время затруднено выявление синтетических наркотиков на предварительном этапе в связи с постоянным синтезом новых наркотических веществ.

Таким образом, медицинское освидетельствование на состояние опьянения по-прежнему является одним из основных путей выявления лиц, употребляющих алкоголь и наркотические вещества.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ АЛКОГОЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ

Прокопьева Е.Ю.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Алкогольные энцефалопатии – общее обозначение группы металкогольных психозов, развивающихся преимущественно в III стадии синдрома зависимости от алкоголя. Основная заслуга в разработке алкогольных энцефалопатий принадлежит С.С. Корсакову. В своей диссертации «Об алкогольном параличе» (1887) он описал не только отдельную, позже названную его именем болезнь, но и ряд ее форм. С.С. Корсаков первым наметил типологию состояний, в настоящее время называемых «алкогольными энцефалопатиями».

Ведущим в патогенезе алкогольных энцефалопатий является нарушение обменных и нейровегетативных процессов. Постоянные при них поражения печени приводят к нарушению ее антитоксической функции и к последующему токсическому поражению ЦНС, прежде всего диэнцефальных отделов, недоокисленными метаболитами белково-липидного обмена. Добавочные соматические вредности, очень часто предшествующие развитию психозов, усиливают проявления токсикоза. Очень большое значение при алкогольных энцефалопатиях, имеет нарушение витаминного баланса. Особое место занимает В1-гиповитаминоз. Недостаточность витамина В1 приводит к резкому нарушению углеводного обмена, особенно в головном мозге, для которого углеводы служат важнейшим энергетическим ресурсом. При энцефалопатиях наблюдается также недостаточность витамина В6, что способствует нарушению функций ЦНС и желудочно-кишечного тракта. Дефицит витаминов С, Р и группы В приводит к увеличению проницаемости капилляров и способствует развитию гемодинамических нарушений в головном мозге.

Клетки нервной системы – одни из наиболее восприимчивых к изменениям внутренней среды. Процессы, протекающие в нейронах головного мозга, очень остро реагируют на атаку извне: токсические вещества, поступающие в организм со спиртными напитками, отравляют их и вызывают нарушение функции, а пагубное действие на сосуды способствует длительному кислородному голоданию. Кислородное голодание, дефицит важных для мозга веществ, токсическое действие алкоголя – все это приводит к серьезным нарушениям работы головного мозга и формированию алкогольной энцефалопатии.

Систематика алкогольных энцефалопатий: энцефалопатия Гайе-Вернике, молниеносная энцефалопатия, митигированная энцефалопатия, Корсаковский психоз, алкогольные псевдопараличи, другие редкие формы алкогольных энцефалопатий.

По сути, это группа нескольких заболеваний, объединенных похожей клинической картиной и причиной возникновения. В первую очередь, появляется алкогольная дегенерация мозжечка, затем страдают большие полушария. У пациентов, страдающих алкогольной энцефалопатией, можно наблюдать следующие неврологические расстройства: нарушение мышечного тонуса в форме гипер- и гипотонии; нистагм, двоение, неподвижный взгляд; зрачковые расстройства (миоз, ослабление реакции на свет); полиневриты, сопровождающиеся легкими парезами и пирамидными знаками; ригидность затылочных мышц; постоянная тахикардия и аритмия; нарушение координации и равновесия, дрожание рук; ощущение постоянной усталости, отупение, снижение круга интересов; снижение аппетита, особенно к жирной и белоксодержащей пище; тревога, страх, агрессивность, перепады настроения; нарушение памяти, сна.

По данным литературы, алкогольной энцефалопатии Гайе-Вернике чаще подвержены мужчины в возрасте от 35-45 лет. Корсаковскому психозу более подвержены женщины, а алкогольные псевдопараличи чаще развиваются у мужчин 35-65 лет. Во всех формах заболеваний алкогольной энцефалопатией присутствует продромальный период, который длится от нескольких недель до года. Чем острее форма, тем короче продромальный период. Непосредственной причиной возникновения данного состояния является, прежде всего, употребление пациентами спиртосодержащих жидкостей и спиртов низкого качества («боярышник», «витасепт», «наполеон» и др.).

За последнее время в остром отделении ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» у пациентов диагностируются тяжелые последствия алкоголизации, такие как Корсаковский психоз. В 2015 году – 17 пациентов (5,3% от всех алкогольных психозов), в 2016 году – 9 (4,0%). Это, безусловно, является неблагоприятной тенденцией, поскольку данная патология нередко приводит к инвалидизации пациентов. Количество летальных исходов при этой патологии составляет от 30% до 70%. В остальных случаях исходом, как правило, становятся психические расстройства различной степени выраженности: развитие психоорганического симптома, псевдопаралитического симптома или развитие слабоумия. Поэтому алкогольные энцефалопатии являются серьезными заболеваниями и требуют раннего квалифицированного лечения.

ДЕФЕКТЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Радченко О.Г.

Алтайский краевой наркологический диспансер, Барнаул, Россия

Работая с девиантными подростками в детско-подростковом отделении наркологического диспансера, очень заметно, что на формирование поведенческих расстройств огромно влияние семьи. Семейные отношения имеют значительное влияние на формирование личности ребенка, на развитие его мотивационно-потребностной сферы и нравственных принципов, которыми ребенок начинает руководствоваться в поведении и упорно отстаивать их в подростковом возрасте. От уровня взаимодействия членов семьи зависит обогащение жизненного опыта детей, уровень их духовно-нравственного становления.

Именно в семье ребенок получает первый жизненный опыт, и именно семья становится главным социальным фактором, влияющим на становление личности. В зависимости от состава семьи, от отношений в семье к членам семьи и вообще к окружающим людям, человек смотрит на мир положительно или отрицательно, формирует свои взгляды, строит свои отношения с окружающими.

Семейное воспитание является наиболее востребованным видом воспитания во все времена. Социокультурный феномен семьи, его эволюция или стагнация, способность к дифференциации собственного опыта развития, удовлетворения базисных потребностей всех членов семьи в самоактуализации, безопасности, принятии и одобрении, личностном росте и становлении – эти показатели тесно взаимосвязаны с

биологическим, психологическим и социальным функционированием каждого члена семьи и особо значимы для детей и подростков.

В современных условиях институт семьи рассматривается, как основной в воспитании и развитии ребенка. Наряду с семьей важную роль имеют общественные и государственные учреждения (детский сад, школа, учреждения дополнительного образования и др.).

Семья – своеобразный коллектив, члены которого разные по возрасту, по профессии, связаны узами родства, ведут общее хозяйство, в котором принимают участие и дети. Взаимоотношения членов семьи строятся на взаимной любви и уважении, понимании и принятии, поддержке и взаимопомощи. Особую атмосферу в семье создает коммуникативная культура общения между собой всех членов семьи: детей и родителей, братьев и сестер, с бабушками и дедушками.

Одна из первоочередных задач семьи – обеспечение физического развития и воспитания ребенка. Удовлетворение его физических потребностей должно сочетаться с развитием духовно-нравственного становления. Именно семья превращается в один из самых важных источников формирования ценностных ориентаций детей и подростков. Поэтому важно, в какой семье воспитывается ребенок: в благополучной или неблагополучной.

Анализ литературы показывает, что увеличение числа разводов и снижение рождаемости, рост преступности в сфере семейно-бытовых отношений и повышение риска подверженности детей неврозами происходит из-за неблагополучного психологического климата в семье. «На формирование личности огромную роль оказывает внутрисемейная жизнь, и не только взаимоотношения ребенка и родителей, но и самих взрослых.

Постоянные ссоры между ними, ложь, конфликты, драки, деспотизм способствуют срывам в нервной деятельности ребенка и невротическим состоянием». Эти и другие признаки дезорганизации семьи свидетельствуют о кризисном состоянии ее развития на современном этапе и увеличении количества неблагополучных семейных союзов. Именно в таких семьях дети чаще всего получают серьезные психологические травмы, которые далеко не лучшим образом сказываются на их дальнейшей судьбе.

Известный детский психиатр М.И. Буянов считает, что все в мире относительно: и благополучие и неблагополучие. При этом семейное неблагополучие он рассматривает как создание неблагоприятных условий для развития ребенка. Существует множество семей, о которых с формальной точки зрения ничего плохого сказать нельзя, но для конкретного ребенка эта семья будет неблагополучной, если в ней есть факторы, неблагоприятно воздействующие на личность ребенка, усугубляющие его отрицательное эмоционально-психическое состояние.

«Дефекты воспитания, – считает М.И. Буянов, – это есть первейший и главнейший показатель неблагополучия семьи». Большинство авторов под неблагополучной понимают такую семью, в которой нарушена структура, размыты внутренние границы, обесцениваются или игнорируются основные семейные функции, имеются явные или скрытые дефекты воспитания, вследствие чего нарушается психологический климат в ней, и появляются «трудные дети». В неблагополучных семьях процесс воспитания деформирован, протекает с большими трудностями, медленно, малорезультативно. Наблюдаются самые разнообразные неправильные стили детско-родительских отношений: жестко-авторитарный, педантично-подозрительный, увещательный, непоследовательный, отстраненно-равнодушный, попустительски-снисходительный и это приводит, как правило, к дефектам воспитания.

Сами дефекты воспитания могут быть разные: от полного эмоционального отторжения (воспитание «по типу Золушки»), гипоопеки (безнадзорности) до гиперопеки (гиперпротекции). Поскольку дефекты воспитания формируются с раннего детства, то хочется отметить наиболее типичные ошибки родителей в процессе раннего воспитания, выявленные в нашей работе. Плохо, когда не поддерживают у ребенка интерес к учебе; не напоминают о предстоящих делах согласно распорядку дня; когда осуществляют назойливый и постоянный контроль, лишая ребенка самостоятельности; когда не проявляют интереса к успехам ребенка и отсутствует желание помочь. Очень важно сформировать у детей такие качества как: умение доводить начатое до конца, умение преодолевать встречающие трудности, оценивать качество работы и ее результаты, переживать удовольствие от выполненного дела, «правильно» огорчаться неудачей, потому что детство – это самый поддающийся педагогическим воздействиям период.

Большие трудности испытывают родители в воспитании детей в подростковом периоде. Это период болезненного самолюбия, обидчивости, переоценки своих возможностей, стремления к независимости и самостоятельности, повышенной критичности по отношению к взрослым. В семьях, где нарушены взаимоотношения между ее членами, это является одной из причин частых конфликтов в подростковом возрасте. Именно на этом этапе в дисфункциональных семьях, как правило, формируется девиантное поведение, которое, зачастую, является следствием дефектов семейного воспитания. Проявлением этого могут быть реакции отказа, протеста, ухода, агрессии и др., которые возникают в ответ на ту или иную психологическую ситуацию и с ее устранением исчезают, в обратном случае поведенческие реакции закрепляются и повторяются вновь и вновь.

Необходимо отметить ошибки родителей при воспитании детей подросткового возраста. Когда продолжают относиться к детям по-прежнему как к маленькому, т.е. отсутствует понимание и доверие со стороны взрослых; не учитываются психологические особенности подростка и (плохо используют его активность, энергию, стремление к самостоятельности из-за боязни «как бы чего не вышло»); игнорирование или непонимание взрослыми истинных мотивов поведения подростка; мелочный контроль, наказания, требования послушания, подчинения подростка, не считаясь с его желаниями и интересами; отсутствие принципа добровольности, когда дети не привлекаются к обсуждению совершаемых домашних дел, не участвуют в планировании, сами не выбирают, все строго регламентируется взрослыми; обособленность родителей от подростков, всевозможные ограничения, надзор, разные интересы, одни командуют – другие выполняют команды.

В результате таких повторяющихся родительских ошибок и формируются дефекты воспитания. Мы в своей работе сталкиваемся с этим каждодневно. На всем протяжении курса лечения пытаемся корригировать деформированные навыки культуры чувств, культуры поведения, культуры общения.

Разработана и внедряется программа комплексной реабилитации несовершеннолетних пациентов, сочетающая медикаментозное лечение с психотерапевтической коррекцией, по которой успешно работают наши специалисты, и эффективность которой уже подтверждена.

Таким образом, психологическая деформация семьи, нарушение системы межличностных отношений и ценностей в ней оказывают серьезное влияние на негативное развитие личности ребенка, подростка, приводя к различным личностным деформациям – от социального инфантилизма до асоциального и делинквентного поведения. Одним из источников предупреждения социальной дезадаптации является формирование правильных ценностей. Именно семья создает условия для

предупреждения дезадаптации, так как обладает мощным адаптационным потенциалом и является одним из самых важных источников формирования ценностных ориентаций детей и подростков. Уважительные и доверительные взаимоотношения между детьми и взрослыми – важнейший фактор развития ребенка.

КОРРЕЛЯЦИЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ С АКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЦИТАРНЫХ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ФЕРМЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХОЗАМИ

Савушкина О.К., Бокша И.С., Терешкина Е.Б., Прохорова Т.А., Тихонов Д.В.,
Омельченко М.А., Помыткин А.Н., Воровьева Е.А., Бурбаева Г.Ш.
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Мультифакторность психических заболеваний предполагает разработку комплексных нейрохимических гипотез для объяснения развития эндогенных психозов (шизофрении и шизоаффективных расстройств). Можно предположить, что дисбаланс нейромедиаторных систем (среди которых глутаматергической системе принадлежит важная роль) развивается на фоне нарушения энергетического метаболизма (с которым тесно связан обмен глутамата), и сочетание этих событий приводит к развитию психотических симптомов.

Обнаружение нейрохимических нарушений, происходящих в мозге и относящихся к патогенезу эндогенных психозов, помогает вести направленный поиск биохимических маркеров в периферической крови, связанных с клиническим состоянием больных. С этой точки зрения тромбоциты крови представляют упрощенную биохимическую модель некоторых процессов, происходящих в центральной нервной системе: в них присутствуют митохондрии, а митохондриальные аномалии являются важной составляющей патогенеза при психических патологиях и рассматриваются в аспекте нарушений энергетического метаболизма.

В экстрактах тромбоцитов, приготовленных с детергентом, лизирующим мембраны, но не инактивирующим ферменты, можно провести сравнительное определение активности фермента дыхательной цепи митохондрий – цитохром *c*-оксидазы, а также глутаматдегидрогеназы (ГДГ), также большей частью локализованной в митохондриях. Цитохром *c*-оксидаза, (ЦО), или комплекс IV, это терминальная оксидаза митохондриальной дыхательной цепи переносчиков электронов. Её непосредственным донором электронов является восстановленный цитохром *c*, а акцептором – кислород воздуха. Глутаматдегидрогеназа — это центральный фермент метаболизма глутамата, она катализирует реакцию:



В тромбоцитах присутствуют две изоформы ГДГ (ГДГ I, ГДГ II), узнаваемые при иммуноблоттинге экстрактов тромбоцитов антителами, полученными к мозговым изоформам ГДГ. Присутствие ГДГ в экстрактах тромбоцитов подтверждается не только методом иммуноблоттинга, но и наличием ее ферментативной активности.

Уровень ГДГ определяли у пациентов с эндогенными психозами при первом психотическом эпизоде методом иммуноблоттинга (Бурбаева и др., 2011), а у больных в состоянии обострения с хроническим течением заболевания – измерением ферментативной активности (Прохорова и др., 2016), при этом интересные данные для

предикции эффективности фармакотерапии были получены у пациентов с первым психотическим приступом. Активность ЦО изучалась у больных с хроническим течением заболевания шизофренией в стадии обострения (Burbaeva et al, 2011), при этом сравнение уровня ЦО у больных и в группе контроля показало достоверно пониженную активность ЦО у больных до начала курса антипсихотической фармакотерапии.

Цель настоящей работы – сравнение уровней активности ГДГ и ЦО в экстрактах тромбоцитов крови у группы больных с эндогенными психозами до начала антипсихотического лечения и у группы контроля, а также поиск достоверных корреляций между клиническим состоянием больных (суммой баллов по PANSS до и после антипсихотического лечения) и уровнями активности этих ферментов.

Материал и методы. Группа больных с эндогенными психозами (n=87) в возрасте 18-47 лет, медиана 27 лет) в состоянии обострения психотической симптоматики включала 62 пациента с диагнозом шизофрения (F20), из них F20.0 – 24 пациента, F20.01 – 24, F20.02 – 5, F20.09 – 9 и 25 человек с шизоаффективным расстройством (F25). Обследование пациентов по психометрической шкале PANSS проводили дважды – до начала и по окончании курса терапии. Терапию проводили в течение 1 месяца (или до улучшения состояния) типичными и атипичными антипсихотиками. Критериями исключения из исследования являлись органические заболевания центральной нервной системы, острые и хронические соматические заболевания. Контрольная группа состояла из 30 мужчин без психической патологии в возрасте 21 - 44 года, медиана 30 лет. Взятие образцов крови для исследования активности ГДГ и ЦО проводилось однократно у больных в течение первых трех дней от момента поступления в стационар и в контрольной группе. Образцы крови из локтевой вены собирали в вакутейнеры с антикоагулянтом – 3,2% цитратным буфером. Выделение тромбоцитов из периферической крови и приготовление экстрактов с п-додecil-бета-мальтозидом проводили как описано ранее (Прохорова и др., 2016). Активность ГДГ в реакции с субстратами α -кетоглутаратом и NADH определяли спектрофотометрически по убыли поглощения NADH при 340 нм (Прохорова и др., 2016). Активность ЦО определяли по скорости ферментативного окисления кислородом воздуха химически восстановленного ферроцитохрома с до феррицитохрома с спектрофотометрически по снижению поглощения реакционной среды при 550 нм (Burbaeva et al, 2011). Концентрацию белка измеряли по методу Лоури с использованием набора реагентов Bio-Rad DC Protein Assay. Рассчитывали удельную активность ГДГ и ЦО для каждого образца тромбоцитов.

Для статистического анализа применялся модуль «непараметрический анализ» программы Statistica 6.0 (StatSoft). Для оценки достоверности различий и связей между ними применялись U-тест Манна-Уитни и расчет корреляций Спирмена. Различия и корреляции считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что активность ЦО в группе больных с диагнозом шизофрения до лечения достоверно ниже в 1,5 раза, чем в контрольной группе (U-тест Манна-Уитни $p < 0,00001$). Активность ЦО в группе больных с диагнозом шизоаффективное расстройство до лечения достоверно ниже в 1,4 раза, чем в контрольной группе ($p < 0,001$).

Активность ГДГ в группе больных с диагнозом шизофрения до лечения достоверно ниже в 1,3 раза, чем в контрольной группе ($p < 0,00003$). Активность ГДГ в группе больных с диагнозом шизоаффективное расстройство до лечения достоверно ниже в 1,2 раза, чем в контрольной группе ($p < 0,03$).

Поиск корреляций биохимических параметров с клиническими данными до начала лечения выявил в группе больных с диагнозом шизофрения достоверную

обратную корреляционную связь между активностью ЦО и суммой баллов по PANSS ($R=-0,25$, $p<0,05$) и суммой баллов по «подшкале» PANSSpsy ($R=-0,35$, $p<0,006$). В группе с диагнозом шизоаффективное расстройство обнаружены достоверные связи активности ЦО с суммой баллов по PANSS ($R=-0,41$, $p<0,05$) и суммой баллов по «подшкалам» PANSSneg ($R=-0,51$, $p<0,01$), PANSSpsy ($R=-0,49$, $p<0,02$).

Поиск корреляций биохимических параметров с клиническими данными после курса антипсихотического лечения в группе больных с диагнозом шизоаффективное расстройство выявил достоверную обратную корреляционную связь между активностью ЦО и суммой баллов по PANSSneg ($R=-0,44$, $p<0,03$), что можно интерпретировать следующим образом: чем выше активность ЦО до начала лечения, тем меньше будет сумма баллов по PANSSneg после антипсихотического лечения и меньше выраженность психотических симптомов.

Значения активности ГДГ как в группе больных шизофренией, так и в группе больных с шизоаффективным расстройством, были разделены по медиане на подгруппы – выше и ниже медианы. Для диагноза шизофрения в полученной подгруппе для случаев с активностью выше медианы ($n=30$) были обнаружены достоверные обратные корреляции между активностью ГДГ и суммой баллов PANSS ($R=-0,38$, $p<0,04$), а также суммой баллов подшкалы PANSSpos ($R=-0,64$, $p<0,0002$).

Для диагноза шизоаффективное расстройство в полученной подгруппе для случаев с активностью выше медианы ($n=13$) были обнаружены достоверные обратные корреляции между активностью ГДГ и суммой баллов PANSSpos после лечения ($R=-0,66$, $p<0,02$). Это означает, что чем выше активность ГДГ до начала лечения, тем меньше будет сумма баллов по PANSSpos после антипсихотического лечения и меньше выраженность продуктивной психотической симптоматики.

Выводы. Обнаружены особенности энергетического и глутаматного метаболизма при эндогенных психозах по сравнению с психически здоровыми лицами, заключающиеся в изменении активности тромбоцитарных ЦО и ГДГ: активности тромбоцитарных митохондриальных ферментов ЦО и ГДГ снижены у больных эндогенными психозами в состоянии обострения. Также найдены обратные корреляции выраженности психотических симптомов у пациентов с эндогенными психозами с активностью тромбоцитарных ферментов – ЦО и ГДГ – до начала антипсихотического лечения. Обнаружены обратные корреляции уровней активности этих ферментов, определенных до лечения, с выраженностью психотических симптомов после антипсихотического лечения, что может указывать на прогностическую ценность исследованных биохимических параметров тромбоцитов крови.

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН

Саидхонова Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В большинстве современных источников тревожные и фобические расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину психоза и требующих коррекции в рамках терапии периодов обострения (Ротштейн В.Г., 2015).

Однако в этих случаях недостаточно выделяется роль нарушений тревожно-фобического круга в качестве отдельных психических проявлений, определяющих задержку на стационарном этапе лечения больных с шизоаффективными психозами и шизофренией и требующих направленной и специфической терапии (Пантелеева Г.П., 1999). Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-фобических и депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ (Краснов В.Н., 2013). Установлено, что частота возникновения тревожно-фобических и депрессивных расстройств у женщин с шизоаффективной патологией зависит от преморбидных особенностей личности.

Цель исследования: изучить влияние типологических особенностей личности пациенток с шизоаффективными психозами на формирование тревожно-фобических и депрессивных расстройств с целью улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных и оптимизации психотерапевтической тактики.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 50 женщин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический.

Тест-программа А.Г. Жилиева и Ф.Н. Хуснатдинова позволяла по векторному принципу выделять преобладание в структуре тревожно-фобических расстройств (агорафобические, социофобические и панические расстройства). В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник уровня тревожности Спилбергера-Ханина, для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многофакторный личностный опросник (ММПИ).

Результаты и их обсуждение. Из 50 больных шизоаффективным психозом, возникшим в сочетании с тревожно-фобическими расстройствами у 40% диагностирован депрессивный тип (F 25.1), у 45% обследованных – маниакальный тип (F 25.0), у 15% – смешанный тип шизоаффективного расстройства (F 25.2). В картине шизоаффективных состояний выявлены аффективные бредовые проявления, они были более фрагментарные и несистематизированные, формировались зачастую параллельно с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатировалась выраженная тревога.

Тревожно-фобические нарушения были определены по тесту А.Г. Жилиева и Ф.Н. Хуснатдинова. В группе исследуемых пациенток психогенно обусловленные тревожно-фобические расстройства обнаруживаются в 88% случаев. Имеющие место расстройства, как правило, не выходили за рамки депрессивных реакций, коррелировали с интенсивностью шизоаффективной патологии.

При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью ММПИ было выявлено: демонстративный тип личности – у 5 больных (10%), застревающий тип личности – у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было

выявлено, что наиболее часто тревожно-фобические расстройства встречались у лиц с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности.

На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами.

У лиц с застревающим типом личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5% случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести.

При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. При эмотивном типе личности характерным являлось развитие депрессии средней степени тяжести.

Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных типичным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справиться с обычными физическими нагрузками, появлялись трудности и ошибки в работе.

Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на эти проявления при депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне.

У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, суицидальные мысли.

У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе.

Заключение. Определение влияния конституциональных особенностей личности пациенток на формирование эмоциональной патологии шизоаффективного спектра даёт возможность определить более глубокий уровень тревоги и депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Сахаров А.В., Озорнин А.С., Гольгина С.Е., Виноградова А.О., Швец М.С.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

В современной научной литературе значительное внимание уделяется метаболическим нарушениям у больных шизофренией, которые, несомненно, снижают качество жизни пациентов и способствуют развитию множества соматических заболеваний, в первую очередь, сердечно-сосудистых заболеваний. При этом некоторые авторы указывают и на другие возможные причины повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний при шизофрении – эндотелиальную дисфункцию и дисфункцию вегетативной нервной системы у пациентов в остром психотическом состоянии. Поэтому актуальным является подробное изучение механизмов возникновения нарушений в микроциркуляторном русле у пациентов с шизофренией.

Цель исследования: изучение состояния микроциркуляции у больных параноидной шизофренией методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Материал и методы. На базе Краевой клинической психиатрической больницы имени В.Х. Кандинского было обследовано 53 пациента в возрасте от 18 до 38 лет (средний возраст – $27,1 \pm 0,9$ лет) с диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0). Исследование проводилось в динамике: перед началом лечения и через 3 недели стандартной терапии. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев в возрасте от 21 до 40 лет. Исследуемая и контрольная группы не имели гендерных и возрастных различий ($p > 0,05$). От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Для оценки состояния микроциркуляторного русла использовался неинвазивный метод лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с помощью лазерного анализатора кровотока «ЛАКК-02» с компьютерным интерфейсом (НПП «ЛАЗМА», Москва).

Датчик устанавливался в нижней трети предплечья по наружной поверхности на 4 см выше основания шиловидных отростков локтевой и лучевой костей. Выбор этой области обусловлен тем, что она бедна артериоло-веноулярными анастомозами, поэтому в большей степени отражает кровоток в нутритивном русле. Все исследования осуществлялись в положении лежа, рука находилась на уровне сердца; ЛДФ-граммы регистрировались в течение 3 минут. Оценивались показатель микроциркуляции (ПМ), средноквадратическое отклонение (σ) и коэффициент вариации (K_v). Параметр ПМ отражает величину потока крови в интервал времени, выражаемую в перфузионных единицах (пф.ед.); σ и K_v – вариабельность микрососудистого кровотока. Для оценки функционального состояния регуляторного звена микроциркуляции использовался Вейвлет-анализ, с помощью которого рассчитывались показатели шунтирования (ПШ), нейрогенного (НТ) и миогенного (МТ) тонуса сосудов.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-6.0». Достоверность различий с контрольной группой оценивалась по t-критерию Стьюдента. Для сравнения связанных между собой показателей (пациенты с шизофренией в динамике) использовался непараметрический критерий W-Уилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у пациентов с шизофренией в остром психотическом состоянии показатель микроциркуляции был повышен относительно контрольной группы в 1,4 раза ($6,62 \pm 0,39$ и $4,88 \pm 0,55$; $p < 0,01$). Через 3

недели терапии он не уменьшался, а продолжал увеличиваться, превышая уже в 1,7 раза контрольные значения ($8,13 \pm 0,41$; $p < 0,001$). Полученные результаты отражают выраженное ускорение потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло у пациентов, как в острый период, так и после него.

При параноидной шизофрении зарегистрированы существенные изменения среднего колебания перфузии (σ): среднеквадратическое отклонение было максимальным в остром психотическом состоянии ($5,94 \pm 0,59$: превышение в 3,7 раза значений контрольной группы – $1,58 \pm 0,12$; $p < 0,001$), затем показатель уменьшался в процессе лечения, но не достигал контрольных значений, по-прежнему превышая их в 2,8 раза ($4,55 \pm 0,36$; $p < 0,001$).

Аналогичные изменения наблюдались с коэффициентом вариации – при поступлении он был выше в 1,9 раза показателя контрольной группы ($76,66 \pm 5,63$ и $41,33 \pm 5,17$; $p < 0,001$), в динамике этот показатель немного уменьшился, но по-прежнему в 1,7 раза превышал контрольные значения ($69,26 \pm 4,76$; $p < 0,001$).

Коэффициент вариации является отражением воздействия на микроциркуляторный кровоток активных механизмов регуляции. Вероятно, при параноидной шизофрении в остром психотическом состоянии происходит чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции микрокровотока, что является неблагоприятным фактором и косвенно может говорить о дисбалансе между медиаторами, обеспечивающими оптимальное течение эндотелийзависимых процессов.

Миогенный тонус метартериол и прекапиллярных сфинктеров был повышенным в остром психотическом состоянии в 1,2 раза ($2,24 \pm 0,06$ и $1,83 \pm 0,06$; $p < 0,001$), продолжая увеличиваться в динамике, в результате через 3 недели он был в 2 раза больше показателя контрольной группы ($2,61 \pm 0,14$; $p < 0,001$).

Схожие изменения регистрировались с нейрогенным тонусом прекапиллярных резистентных микрососудов – он был увеличенным в 1,9 раза в группе пациентов с острым психотическим состоянием, по сравнению с контролем ($3,55 \pm 0,78$ и $1,87 \pm 0,06$; $p < 0,05$). Через 3 недели этот показатель превышал контрольные значения уже в 2,1 раза ($3,83 \pm 0,74$; $p < 0,01$).

Показатель шунтирования в острый период не отличался от аналогичного показателя в контрольной группе ($1,08 \pm 0,07$ и $1,05 \pm 0,06$ соответственно), но через 3 недели произошло увеличение его значений на 40 % ($1,24 \pm 0,07$; $p < 0,001$).

В динамике, в период лечения пациентов с острым психотическим состоянием, согласно критерию Уилкоксона, получены значимые отличия для следующих показателей: показатель микроциркуляции ($p = 0,001$), показатели шунтирования ($p = 0,009$), миогенного ($p = 0,023$) и нейрогенного тонуса ($p = 0,002$) увеличивались, а среднее колебание перфузии ($p = 0,002$) уменьшалось через 3 недели лечения. Коэффициент вариации также уменьшался, но отличия не оказались достоверными ($p = 0,350$).

Заключение. Таким образом, нарушения микроциркуляции у пациентов с параноидной шизофренией носят выраженный и распространенный характер, сохраняясь даже через три недели терапии, что нашло отражение в изменении всех показателей микроциркуляции, определяемых методом лазерной доплеровской флоуметрии.

При этом изменения регистрируемых показателей в остром психотическом состоянии характеризуют чрезмерное усиление локальных механизмов регуляции кровотока у пациентов и приводят к их патологическому действию в течение более длительного времени. Полученные результаты нуждаются в уточнении при помощи лабораторных методов, что станет предметом дальнейших исследований.

УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сахаров А.В., Вертопрахова Н.Ю., Москалев К.Е.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Одним из основных отрицательных последствий алкогольной зависимости является частое возникновение у больных данной категории агрессивного поведения, направленного, в первую очередь, на свое ближайшее окружение. Попытки объяснить такое поведение являются противоречивыми: описана связь с изменением картины опьянения, с клиникой абстинентного синдрома, с преморбидными особенностями личности, а также в рамках собственно изменений личности при алкоголизме. Именно поэтому выявление взаимосвязей между агрессивностью и клиническим течением алкогольной зависимости требует дальнейшего изучения.

Цель работы: изучение уровня агрессивности больных алкоголизмом в зависимости от некоторых клинических характеристик заболевания.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено уточнение наркологического анамнеза и психологическое обследование больных с зависимостью от алкоголя II стадии на базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края. Всего в исследование было включено 126 пациентов мужского пола в возрасте от 24 до 69 лет. Лица, перенесшие алкогольный делирий (ранее или в настоящую госпитализацию), составили 43 человека (АД); пациенты без психозов в анамнезе – 83 человека (ААС). Больных со стажем злоупотребления алкоголем до 10 лет было 44 человека (I гр.), со стажем от 10 до 20 лет – 48 человек (II гр.), со стажем 20 лет и более – 34 человека (III гр.). На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, обследование проводилось на 10-14 день госпитализации, вне абстинентного состояния. Контрольную группу составили 39 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 50 лет (контроль). Все обследованные предоставили добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Разные формы агрессивности определяли при помощи опросника Басса-Дарки с последующим расчетом суммарного индекса агрессивности (физическая, косвенная и вербальная агрессия) и индекса враждебности (обида и подозрительность). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. При анализе результатов опросника Басса-Дарки установлено, что суммарный индекс агрессивности у всех обследованных составил $25,4 \pm 0,2$ балла (норма по опроснику – 21 ± 4 балла), индекс враждебности – $10,7 \pm 0,2$ балла (норма по опроснику – 7 ± 3 балла). В группе контроля указанные показатели оказались существенно меньше и составили $15,9 \pm 0,7$ балла и $7,5 \pm 0,4$ балла соответственно, различия являются значимыми ($t=11,95$ и $t=7,24$ соответственно; $p < 0,001$).

Повышенный уровень общей агрессивности зарегистрирован у 57,9 % респондентов, нормативные показатели получены у 42,1 % соответственно. Повышенный уровень враждебности присутствовал в 54,8 % случаев, нормативные показатели отмечены в 45,2 % случаев. В контрольной группе по индексу агрессивности у всех обследованных получены нормативные показатели, по индексу враждебности повышенный уровень зарегистрирован в 15,3 % случаев, у остальных лиц показатели соответствовали норме.

У пациентов, перенесших алкогольный делирий, индекс агрессивности составил в среднем $25,9 \pm 0,3$ балла, у больных с неосложненной абстиненцией – $25,1 \pm 0,3$ балла

($t=1,88$; $p > 0,05$). Не выявлено значимых отличий по уровню физической агрессии ($t=1,43$), уровню вербальной агрессии ($t=0,36$) и уровню раздражения ($t=1,89$). В целом, повышенный уровень агрессии зарегистрирован у 60,5 % группы АД и у 56,6 % группы ААС ($t=0,42$; $p > 0,05$). При этом были установлены значимые отличия между группами по индексу враждебности: АД – $11,6 \pm 0,3$ балла, ААС – $10,2 \pm 0,3$ балла ($t=3,54$; $p < 0,001$), как по уровню обиды ($t=2,1$; $p < 0,05$), так и по уровню подозрительности ($t=3,1$; $p < 0,01$). В целом, повышенный уровень враждебности выявлен у 72,1 % пациентов группы АД и у 46,9 % пациентов группы ААС ($t=2,88$; $p < 0,01$).

Интересные данные получены при анализе агрессивности в зависимости от стажа злоупотребления алкоголем – индексы агрессивности и враждебности были максимальными во II группе (стаж от 10 до 20 лет) – $26,8 \pm 0,2$ балла и $12,0 \pm 0,3$ балла соответственно, в основном за счет физической агрессии, раздражительности и подозрительности. Существенно более низкие показатели установлены в I группе – $24,3 \pm 0,4$ балла ($t=5,24$; $p < 0,001$) и $9,4 \pm 0,3$ балла ($t=5,78$; $p < 0,001$) соответственно, также в III группе – $24,7 \pm 0,4$ балла ($t=4,18$; $p < 0,001$) и $10,4 \pm 0,4$ балла ($t=2,87$; $p < 0,01$) соответственно. В результате, повышенный уровень агрессивности присутствовал во II группе у 91,7 % пациентов, в I группе – у 31,8 % ($t=7,42$; $p < 0,001$), в III группе – у 44,1 % ($t=5,06$; $p < 0,001$). Повышенный уровень враждебности установлен во II группе у 81,3 % респондентов, в I группе – у 31,8 % ($t=5,5$; $p < 0,001$), в III группе – у 50,0 % ($t=3,05$; $p < 0,01$). По уровню косвенной агрессии, негативизму и чувству вины отличий не установлено.

При уточнении анамнеза было установлено, что в течение жизни приводы в полицию имели 49,2 % всех пациентов наркологического стационара, судимыми были 20,6 %. Суицидальные попытки ранее совершили 7,9 % опрошенных. При анализе проявлений криминального и аутоагрессивного поведения в группах пациентов в зависимости от уровня агрессивности и враждебности, нами не было получено значимых отличий ни в одной группе, отмечалась только тенденция к более высоким показателям судимости и парасуицидов в анамнезе в группе респондентов с нормальным уровнем враждебности.

Все это может свидетельствовать об отсутствии прямой связи между высокими показателями агрессивности и враждебности, как личностных свойств пациентов с алкогольной зависимостью, и частотой их агрессивного и аутоагрессивного поведения, генез которого вероятно является более сложным.

Заключение. Таким образом, большинство пациентов с алкогольной зависимостью характеризуются повышенным уровнем общей агрессивности и враждебности. При этом у лиц, перенесших алкогольный делирий, высокий уровень враждебности встречается в 1,5 раза чаще, чем у пациентов с неосложненной абстиненцией. Были выявлены высокие показатели общей агрессивности и враждебности у больных, злоупотребляющих алкоголем от 10 до 20 лет, которые были в 2,5-2,9 раза больше, чем у лиц со стажем до 10 лет, и в 1,6-2,1 раза больше, чем у лиц со стажем 20 и более лет. Полученные результаты демонстрируют личностные особенности пациентов с алкогольной зависимостью, которые обязательно должны учитываться при выборе дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

При этом в ходе исследования не было получено зависимости между уровнем агрессивности и враждебности пациентов и частотой их криминального и аутоагрессивного поведения: высокий уровень агрессивности и враждебности больных алкоголизмом не приводит к повышенному риску возникновения у них агрессивных реакций. Это свидетельствует о более сложном генезе ауто- и гетероагрессивного поведения лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

АЛЕКСИТИМИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Григорьева О.О., Стафеева К.А.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Уже давно формирование зависимого поведения пытаются объяснить определенными личностными особенностями человека, хотя специфических аддиктивных черт так и не было установлено. Учитывая сложность вопроса при необходимости работать с личностью зависимого в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, актуальным является продолжение изучения данной проблемы в контексте биопсихосоциального подхода в наркологии.

Одними из малоизученных аспектов являются алекситимия и копинг-стратегии у пациентов с зависимостями. Алекситимия – это сниженная способность или затрудненность в выражении своих эмоциональных переживаний. При этом алекситимия может приводить к коммуникативным трудностям, обеднению межличностных связей, к пренебрежению своим физическим и психологическим состоянием, нося иногда явно дезадаптивный характер. Копинг стратегии – это способы психологической деятельности и поведения, вырабатываемые сознательно и направленные на преодоление стрессовой ситуации; это стабилизирующий фактор, помогающий личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса.

Цель работы: изучение алекситимии и копинг-стратегий у больных алкоголизмом.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено психологическое обследование больных с зависимостью от алкоголя II стадии на базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, обследование проводилось на 10-14 день госпитализации, вне абстинентного состояния.

Всего в исследование было включено 126 пациентов мужского пола в возрасте от 24 до 69 лет. Лица, перенесшие алкогольный делирий (ранее или в настоящую госпитализацию), составили 43 человека (АД); пациенты без психозов а анамнезе – 83 человека (ААС). Контрольную группу составили 39 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 50 лет (контроль). Все обследованные предоставили добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Алекситимия изучалась при помощи Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26), копинг-стратегии оценивались посредством методики Д. Амирхана с выделением стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, избегания. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Количество набранных баллов по Торонтской шкале алекситимии у больных алкоголизмом составило в среднем $78,3 \pm 1,4$ (норма в общей популяции для опросника – $59,3 \pm 1,3$ балла), в группе контроля этот показатель составил $54,8 \pm 2,3$ балла ($t=8,73$; $p < 0,001$). Выраженные алекситимические черты имеют 44,4 % обследованных, в группе риска находятся еще 44,4 %, «неалекситимический» тип личности имеют только 11,2 % пациентов с алкогольной зависимостью. В группе контроля эти распределение выглядело следующим образом: 10,5 % ($t=5,13$; $p < 0,001$), 21,1 % ($t=2,95$; $p < 0,01$) и 68,4 % ($t=7,19$; $p < 0,001$) соответственно.

У пациентов, перенесших алкогольный делирий, среднее значение алекситимии составило $79,8 \pm 2,2$ балла, у больных с неосложненной абстиненцией – $77,5 \pm 1,9$ балла

($t=0,76$; $p > 0,05$). При этом в группе АД не было лиц с «неалекситимическим» типом личности, в группе ААС таких было 16,9 % ($t=4,11$; $p < 0,001$). «Алекситимический» тип личности присутствовал у 51,2 % обследованных группы АД и у 40,9 % группы ААС ($t=1,1$; $p > 0,05$), в группе риска находятся 48,8 % группы АД и 42,2 % группы ААС ($t=0,7$; $p > 0,05$) соответственно.

При анализе копинг-стратегий у больных алкоголизмом получены следующие результаты. По шкале «разрешение проблем» (способность использовать все личностные ресурсы в стрессовой ситуации) высокие результаты продемонстрировали 40,5 % пациентов, средние – 44,4 %, низкие – 15,1 %. В контрольной группе высокие показатели не продемонстрировал ни один человек ($t=9,24$; $p < 0,001$), средние выявлены в 47,4 % случаев ($t=0,33$; $p > 0,05$), низкие – в 42,1 % случаев ($t=3,18$; $p < 0,01$), очень низкие – в 10,5 % случаев ($t=2,13$; $p < 0,05$).

Высокий уровень стратегии поиска социальной поддержки в стрессовой ситуации присутствовал у 20,6 % респондентов основной группы, средний – у 55,6 %, низкий – у 20,6 %, очень низкий – у 3,2 %. В группе контроля эти показатели составили 0 % ($t=5,71$; $p < 0,001$), 26,3 % ($t=3,52$; $p < 0,001$), 57,9 % ($t=4,29$; $p < 0,001$) и 15,8 % ($t=2,08$; $p < 0,05$) соответственно. По шкале «избегание проблем» (способность уходить от решения проблемы путем ее избегания) высокие показатели получены у 4,8 % больных алкоголизмом, средние – у 9,5 %, низкие – у 76,2 %, очень низкие – у 9,5 %. В группе контроля эти значения были равны 0 % ($t=2,52$; $p < 0,02$), 5,2 % ($t=0,97$; $p > 0,05$), 68,5 % ($t=0,92$; $p > 0,05$) и 26,3 % ($t=2,23$; $p < 0,05$) соответственно.

В зависимости от типа синдрома отмены алкоголя значимых отличий при анализе копинг-стратегий установлено не было.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало высокую распространенность алекситимических черт у больных алкоголизмом, что может рассматриваться как фактор риска развития зависимости. Лиц с алекситимическим типом личности было больше в группе пациентов, переносивших алкогольные делирии, лица с неалекситимическим типом вовсе не встречались, это косвенно может свидетельствовать о значении таких черт в утяжелении алкоголизации больных.

У больных алкоголизмом присутствуют как более высокие показатели адаптивной копинг-стратегии «разрешение проблем», так и высокие значения копинг-стратегии «поиск поддержки» в стрессовых ситуациях (более 75 %), которая не является адаптивной.

Полученные результаты наглядно демонстрируют ряд психологических особенностей пациентов с алкогольной зависимостью, что обязательно следует учитывать при выборе дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Сахаров А.В., Мындускин И.В., Романенко В.А., Калашникова Н.М., Мишкилеева Д.А.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Проблема коморбидности психических и наркологических расстройств является по-прежнему весьма актуальной ввиду масштабов такого сочетания, присутствующих объективных затруднений в диагностике этих состояний, а также в низкой

эффективности лечения и реабилитации пациентов с данными сочетанными расстройствами. Учитывая отсутствие таких исследований в нашем регионе, представляется важным оценить частоту потребления психоактивных веществ пациентами с психическими расстройствами в Забайкальском крае.

Цель работы: изучение частоты злоупотребления психоактивными веществами больными психиатрического профиля.

Материалы и методы. Работа основана на данных сплошного анонимного обследования пациентов, проходивших стационарное лечение в Краевой клинической психиатрической больнице имени В.Х. Кандинского. Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства, слабоумия, согласие пациента.

Всего в исследование было включено 119 пациентов в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст $42,4 \pm 1,0$ лет). Женщины составили 59,6 %, мужчины – 40,4 %. Больных органическими заболеваниями головного мозга было 8,4 %, шизофренией – 50,4 %, аффективными заболеваниями – 15,1 %, невротическими расстройствами – 21,8 %, другими – 4,3 %.

На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, включающая подробные сведения наркологического анамнеза. Оценка степени никотиновой зависимости осуществлялась по тесту Фагерстрема. Кроме этого, использовались анкета-опросник для установления алкогольных проблем Л.Т. Морозова и тест AUDIT (ВОЗ). Выделение донологических форм употребления спиртных напитков основано на классификации Э.Е. Бехтель (1986). Для диагностики синдрома зависимости от алкоголя (F 10.2) или употребления алкоголя с вредными последствиями (F 10.1) использовались критерии МКБ-10.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Было установлено, что курящими являются 52,1 % пациентов психиатрического стационара. Возраст начала курения составил в среднем $16,6 \pm 0,5$ лет, стаж на данный момент равен $22,7 \pm 1,4$ лет. Согласно тесту Фагерстрема, среди курящих очень слабая зависимость диагностирована в 8,2 % случаев; слабая – у 27,9 %; средняя – у 19,7 %; высокая – у 31,1 %; очень высокая степень зависимости – у 13,1 %.

Указали, что употребляли наркотики в течение жизни 21,9 % лиц с психическими расстройствами, преимущественно это были производные конопли (92,3 %). Из всех потребителей 11,5 % принимают их систематически.

72,3 % обследованных указали на употребление алкогольных напитков, 27,7 % категорически отрицают их прием на протяжении уже длительного времени. Структура алкоголизации пациентов с учетом донологических форм потребления алкоголя выглядит следующим образом: абстиненты (трезвенники) – 27,7 %, случайно пьющие – 10,1 %, ситуационно пьющие – 23,6 %, систематически пьющие – 13,4 %, привычно пьющие (преалкоголизм) – 5,9 %, синдром зависимости от алкоголя – 19,3 %. Т.е. наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 38,6 % случаев: употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано у 19,3 % больных, синдром зависимости от алкоголя – у 19,3 % (преобладают лица со II стадией заболевания).

Выявлено, что употребляли алкоголь накануне госпитализации 14,3 % пациентов психиатрического стационара. При этом 9,2 % из опрошенных указали на возможную связь предшествующей алкоголизации с госпитализацией в психиатрическую больницу.

Среди мужского контингента употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 21,3 %, алкогольная зависимость – в 31,9 % случаев, среди женского контингента – в 18,3 % и 11,3 % ($t=2,65$; $p < 0,01$) случаев соответственно, что указывает на наличие у 53,2 % мужчин и 29,6 % женщин ($t=2,60$; $p < 0,01$) психиатрического стационара алкогольных расстройств.

Заключение. Таким образом, курят 52,1 % пациентов психиатрического стационара, у 63,9 % которых отмечаются серьезные степени никотиновой зависимости. Каждый пятый пациент указал на употребление ранее наркотических веществ, преимущественно производных конопли. Выявленная нами распространенность алкогольных расстройств среди пациентов психиатрического профиля составила 38,6 %, в том числе синдром зависимости от алкоголя – 19,3 %. При этом среди данного контингента преобладают мужчины: наркологическая патология у мужчин встречается в 1,8 раза чаще, чем у женщин.

Полученные результаты убедительно свидетельствуют о высоком уровне коморбидного потребления психоактивных веществ пациентами с психическими расстройствами, превышающем аналогичные показатели в общей популяции.

ЧАСТОТА ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Сахаров А.В., Утенкова Ю.А., Шатько О.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Домашнее или внутрисемейное насилие, выражающееся в форме физического, психологического, экономического или сексуального, является международной проблемой современного общества, влияющей на жизнь сотен тысяч людей. При этом проблема семейного насилия над лицами с ограниченными возможностями здоровья имеет особое значение в виду тяжести его последствий. В тоже время исследований, касающихся изучения этого вопроса в отношении лиц с психическими нарушениями недостаточно, в том числе в нашей стране (Ландышев М.А. и др., 2016).

Цель работы: изучение частоты домашнего насилия в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено уточнение анамнеза и психологическое обследование пациентов с психическими расстройствами на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства, слабоумия, согласие пациента. На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта, включающая вопросы о различных проявлениях домашнего насилия (агрессии).

Всего в исследование было включено 119 пациентов в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст $42,4 \pm 1,0$ лет). Женщины составили 59,6 %, мужчины – 40,4 %. Больных органическими заболеваниями головного мозга было 8,4 %, шизофренией – 50,4 %, аффективными заболеваниями – 15,1 %, невротическими расстройствами – 21,8 %, другими – 4,3 %.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Она включала описание выборки, нахождение средней арифметической, среднеквадратического отклонения и ошибки средней

арифметической, определялись частоты встречаемости признаков, группировка данных.

Результаты. Установлено, что 42,9 % респондентов проживают со своей собственной семьей, 29,4 % – с родителями, 27,7 % живут в настоящее время одни. Дети есть у 63,9 % обследованных. Высшее образование имеют 31,9 %, средне-специальное – 29,4 %, среднее – 11,8 %, неполное среднее – 26,9 %. Работают 50,4 % респондентов. Приводы в полицию в течение жизни имели 16,8 % пациентов, были судимы 5,9 %. Малообеспеченными себя и свои семьи считают 52,1 % больных с психическими нарушениями.

Большинство обследованных (62,2 %) оценивают отношения с родственниками как плохие и неудовлетворительные; 24,4 % постоянно испытывают негативные чувства при общении с ними. С психологической (вербальной и эмоциональной) агрессией внутри семьи сталкиваются постоянно 14,3 % пациентов, периодически – 63,8 %, никогда – только 21,9 %. Более трети респондентов (35,3 %) подвергались физической агрессии, 23,5 % были избиты неоднократно.

Подавляющее большинство пациентов (78,2 %) сообщили, что сталкивались в своих семьях с экономическим насилием: у 8,4 % опрошенных близкие постоянно забирают деньги, у 14,3 % регулярно, при этом не спрашивая их согласия; еще у 55,5 % такое бывает редко, чаще свои средства они отдают сами по требованию родственников.

Заключение. Таким образом, исследование выявило высокую распространенность физического (35,3 %) и экономического (78,2 %) насилия в отношении пациентов, страдающих психическими расстройствами. Большинство опрошенных считают себя малообеспеченными, а отношения с близкими оценивают как плохие, около четверти испытывают негативные чувства при общении внутри семьи. Полученные данные с одной стороны, нуждаются в дополнительном уточнении, а с другой, должны учитываться в процессе реабилитации и ресоциализации этого контингента больных.

АЛЕКСИТИМИЯ, КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Сахаров А.В., Герасимова Я.В., Ерохин В.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

В настоящее время в РФ активно внедряются новые формы оказания психиатрической помощи населению, целью которых является уменьшение стигматизации пациентов и интеграция их в общество. В результате чрезвычайно востребованным стал биопсихосоциальный подход в терапии больных с психическими нарушениями, учитывающий, в том числе, их личностные и психологические особенности.

Изучению алекситимии у психиатрических пациентов посвящены в основном работы зарубежных авторов, которые установили высокую частоту ее встречаемости, что может способствовать коммуникативным трудностям и обеднению межличностных связей. Кроме того, социальная дезадаптация больных может быть связана со

снижением частоты использования ими адаптивных копинг-стратегий в стрессовых ситуациях.

Важным вопросом по-прежнему остаются агрессия и агрессивность лиц с психическими расстройствами, высокий научный интерес к которым обусловлен тесной связью с риском совершения больными общественно-опасных действий.

Следовательно, учитывая сложность представленных вопросов и необходимость работать с личностью пациента с шизофренией в процессе лечебно-реабилитационных мероприятий, актуальным является продолжение изучения данной проблемы и в настоящее время.

Цель работы: изучение алекситимии, копинг-стратегий и уровня агрессивности у пациентов психиатрического стационара.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено уточнение анамнеза и психологическое обследование пациентов с психическими расстройствами на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского. Критерии включения: отсутствие острого психотического расстройства, слабоумия, согласие пациента.

На каждого респондента заполнялась специально разработанная карта. Алекситимия изучалась при помощи Торонтской шкалы алекситимии (TAS-26), копинг-стратегии оценивались посредством методики Д. Амирхана с выделением стратегий разрешения проблем, поиска социальной поддержки, избегания. Разные формы агрессивности определяли при помощи опросника Басса-Дарки с последующим расчетом суммарного индекса агрессивности и индекса враждебности.

Всего в исследование было включено 119 пациентов в возрасте от 19 до 59 лет (средний возраст $42,4 \pm 1,0$ лет). Женщины составили 59,6 %, мужчины – 40,4 %. Больных органическими заболеваниями головного мозга было 8,4 %, шизофренией – 50,4 %, аффективными заболеваниями – 15,1 %, невротическими расстройствами – 21,8 %, другими – 4,3 %. Контрольную группу составили 39 здоровых добровольцев в возрасте от 20 до 50 лет (контроль). Исследуемая и контрольная группы не имели гендерных и возрастных различий ($p > 0,05$).

Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel. Достоверность различий определялась по t критерию Стьюдента.

Результаты. Количество набранных баллов по Торонтской шкале алекситимии у пациентов психиатрического стационара составило в среднем $75,7 \pm 0,9$ (норма в общей популяции – $59,3 \pm 1,3$ балла). В группе контроля этот показатель был равен $54,8 \pm 2,3$ балла ($t=8,14$; $p < 0,001$). Выраженные алекситимические черты имеют 51,3 % обследованных, в группе риска находятся еще 37,8 %, «неалекситимический» тип личности имеют только 10,9 % больных. В контрольной группе это распределение выглядело следующим образом: 10,5 % ($t=6,08$; $p < 0,001$), 21,1 % ($t=2,11$; $p < 0,05$) и 68,4 % ($t=7,21$; $p < 0,001$) соответственно.

Анализ копинг-стратегий у пациентов с психическими расстройствами показал следующее: по шкале «разрешение проблем» высокие результаты продемонстрировали 1,7 % опрошенных, средние – 36,1 %, низкие – 39,5 %, очень низкие – 22,7 %. В контрольной группе высокие показатели не продемонстрировал ни один человек ($t=1,43$; $p > 0,05$), средние выявлены в 47,4 % случаев ($t=1,24$; $p > 0,05$), низкие – в 42,1 % случаев ($t=0,29$; $p > 0,05$), очень низкие – в 10,5 % случаев ($t=1,97$; $p < 0,05$).

Высокий уровень стратегии поиска социальной поддержки в стрессовой ситуации присутствовал у 3,4 % респондентов, средний – у 69,7 %, низкий – у 26,1 %, очень низкий – у 0,8 %. В группе контроля эти показатели составили 0 % ($t=2,05$; $p < 0,05$), 26,3 % ($t=5,28$; $p < 0,001$), 57,9 % ($t=3,58$; $p < 0,001$) и 15,8 % ($t=2,54$; $p < 0,02$).

соответственно. По шкале «избегание проблем» высокие показатели получены у 4,2 % больных, средние – у 22,7 %, низкие – у 62,2 %, очень низкие – у 10,9 %. В группе контроля эти значения были равны 0 % ($t=2,28$; $p < 0,05$), 5,2 % ($t=3,34$; $p < 0,01$), 68,5 % ($t=0,73$; $p > 0,05$) и 26,3 % ($t=2,02$; $p < 0,05$) соответственно.

Установлено, что суммарный индекс агрессивности у всех обследованных составил $18,3 \pm 0,5$ балла (норма для опросника – 21 ± 4 балла), индекс враждебности – $8,8 \pm 0,3$ балла (норма для опросника – 7 ± 3 балла). В группе контроля указанные показатели оказались существенно меньше и составили $15,9 \pm 0,7$ балла и $7,5 \pm 0,4$ балла соответственно, различия являются значимыми ($t=2,79$; $p < 0,01$ и $t=2,60$; $p < 0,01$ соответственно).

Повышенный уровень общей агрессивности зарегистрирован лишь у 8,4 % лиц с психическими расстройствами, нормативные и низкие показатели получены у 91,6 % соответственно. Повышенный уровень враждебности присутствовал в 31,9 % случаев, нормативные показатели отмечены в 68,1 % случаев. В контрольной группе по индексу агрессивности у всех обследованных получены нормативные показатели ($t=3,30$; $p < 0,001$), по индексу враждебности повышенный уровень зарегистрирован в 15,3 % случаев ($t=2,31$; $p < 0,05$), у остальных лиц показатели соответствовали норме.

Заключение. Таким образом, результаты исследования продемонстрировали очень высокую распространенность алекситимических черт (сниженная способность в выражении своих эмоциональных переживаний) у пациентов с психическими расстройствами: 51,3 % имеют выраженные проявления, 37,8 % находятся в группе риска, что достоверно отличается от контрольных значений.

При этом у больных психическими расстройствами присутствуют более высокие показатели копинг-стратегий «поиска поддержки» и «избегания проблем» в стрессовых ситуациях, которые не являются адаптивными. В тоже время были выявлены высокие показатели общей агрессивности и враждебности у пациентов психиатрического стационара, в сравнении с контролем, хотя они не выходили за рамки нормативных для общей популяции.

Полученные результаты, с одной стороны, наглядно демонстрируют высокий риск дезадаптации пациентов с психическими расстройствами, а с другой, могут быть использованы для индивидуализации психологической коррекции и реабилитации данного контингента больных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМОУБИЙСТВ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Сахаров А.В., Колчанова Т.Г., Ступина О.П., Говорин Н.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

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

Государственная Дума Федерального Собрания РФ, Москва, Россия

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, частота самоубийств по полу и возрасту резко различается от региона к региону, при этом во многих из них регистрируется отчетливый пик завершённых суицидов среди молодежи. Ожидается, что в последующие десять лет число самоубийств у подростков будет расти быстрее всего, что вызывает особую тревогу.

В России также присутствовала напряженная ситуация с суицидами несовершеннолетних: только за 90-е годы их частота возросла в три раза. В последнее десятилетие количество самоубийств в стране стабильно снижалось, в том числе среди детей и подростков, так, с 2011 по 2015 гг. примерно на 10 % в год. Но в 2016 году в РФ был вновь отмечен рост числа самоубийств в этой возрастной категории более чем на 50 %, что многие эксперты связывают с активным вовлечением несовершеннолетних в так называемые «группы смерти» в социальных сетях Интернета. Как показали проведенные исследования, Забайкальский край входит в группу территорий со сверхвысокой смертностью населения по причине самоубийств, в том числе среди лиц подросткового возраста.

Поэтому дальнейшее изучение данной проблемы имеет особое значение, в том числе в аспекте развития программ по профилактике суицидального поведения среди детей и подростков в современных условиях.

Цель работы: изучение некоторых эпидемиологических характеристик самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае.

Материалы и методы. Были проанализированы данные, полученные при работе с архивными документами Территориального органа Федеральной службы Государственной статистики по Забайкальскому краю (за период с 1995 по 2016 гг.). Использовалась форма государственной статистической отчетности С-51 – «разработочные таблицы по естественному и механическому движению населения».

Также сплошным методом были изучены материалы уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае за 2011-2016 гг. Всего на территории субъекта было зарегистрировано 164 таких случая.

Результаты. Как показал анализ официальной статистической отчетности, в возрастной структуре самоубийств в Забайкальском крае преобладают лица трудоспособного возраста – 83,8 % в 2015 году, лица пожилого возраста составили 10,3 %, подростки – 5,0 %, дети – 0,9 %. У лиц трудоспособного возраста смертность от суицидов в 2015 году составила 73,1 на 100 тыс. населения (снижение с 2002 года в 1,8 раза). В 2015 году у детей показатель самоубийств составил 3,0 на 100 тыс. детского населения (с 2002 года он уменьшился в 1,6 раза); у подростков он был равен 63,4 на 100 тыс. подростков (с 2002 года снизился только в 1,3 раза).

В 2016 году по этой причине на территории Забайкальского края погибло 5 детей (2,2 на 100 тыс. детского населения) и 17 подростков (45,9 на 100 тыс. подростков). Стоит отметить, что показатель суицидов в группе детей до 14 лет в Забайкальском крае ниже среднероссийского в 1,2 раза, показатель у подростков наоборот превышает таковой по России в 2,7 раза. Именно поэтому наш субъект входит в группу регионов с максимальным уровнем смертности по причине самоубийств среди подростков. В последнее десятилетие наблюдается отчетливое снижение показателя завершенных суицидов у детей при стабильно высоких показателях среди подросткового контингента.

За 3 первых месяца 2017 года в регионе уже зарегистрировано 7 случаев завершенных суицидов несовершеннолетних. При этом динамика показателей завершенных суицидов у детей и подростков в целом соответствует общей динамике изменения показателей смертности по причине самоубийств в крае.

По результатам сплошного анализа материалов уголовных дел и проверок обстоятельств самоубийств несовершеннолетних в Забайкальском крае установлено, что за последние 6 лет (2011-2016 гг.) на территории региона погибло по причине самоубийств 40 детей и 124 подростка. Среди умерших при завершенных суицидах преобладали лица мужского пола: «мужских» самоубийств было 67,7 % (111

несовершеннолетних), «женских» – 32,3 % (53 несовершеннолетних), соотношение составило 2,1 : 1.

Структура способов самоубийств детей и подростков выглядела следующим образом: самоповешение – 94,2 %, огнестрельное ранение – 2,3 %, падение с высоты – 2,3 %, самоотравление – 1,2 %.

Обращает на себя внимание существенная разница между показателями смертности несовершеннолетних по причине суицидов среди городского и сельского населения Забайкальского края: на сельские районы пришлось 90,2 % всех самоубийств детей и подростков. Разница между показателями по отдельным районам края достигала 2,6 раза.

Выявлено, что 58,6 % суицидентов проживали либо в неполных семьях, либо в детских домах; 4,6 % привлекались к административной или уголовной ответственности. Наследственная отягощенность по суицидам близких родственников была установлена в 4,6 %; ранее уже совершали суицидальные попытки – 9,2 %. Обращались за помощью к психиатрам или наркологам в течение жизни или наблюдались у них 20,9 % умерших.

Было установлено, что основными причинами самоубийств детей и подростков становились конфликты с окружающими – 62,0 % всех завершенных суицидов несовершеннолетних были связаны с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями.

Ситуации, предшествующие завершенным суицидальным действиям, были следующие: а) неразделенная любовь, ссора с партнером – 19,5 %; б) ссора с родителями – 14,9 %; в) развод родителей – 2,3 %; г) смерть близких родственников – 1,2 %; д) страх наказания, неудачи – 3,5 %; е) жестокое обращение – 1,2 %; ж) самоубийства друзей – 4,6 %; з) ссора с друзьями – 2,3 %; и) вымогательство денег – 1,2 %. В остальных случаях четкие ситуации не были установлены.

Кроме того, в ходе проверок было выявлено, что посещали сайты, пропагандирующие суициды или состояли в так называемых «группах смерти», 3,5 % умерших. Преимущественно такие обстоятельства стали выявляться с 2016 года, а с начала 2017 года проблема «групп смерти» в социальных сетях Интернет, которые пропагандировали и поощряли самоубийства, а иногда и прямым образом доводили до них, стала занимать особое место в совершении суицидальных действий подростками Забайкальского края.

Из 7 случаев за первые 3 месяца 2017 года по одному имелась подтвержденная информация о вовлеченности подростка в суицидальную «игру» «Синий Кит». В результате, 15-летняя девочка погибла, перебегая железнодорожные пути перед поездом. Следователи Следственного комитета возбудили уголовное дело по статье 110 УК РФ «Доведение до самоубийства». Одновременно с этим, в 2017 году выросла обращаемость за медицинской помощью в соматические больницы и психиатрические учреждения края детей и подростков, вовлеченных в так называемые «группы смерти». Только в Краевой психиатрической больнице имени В.Х. Кандинского с января по март 2017 года получало лечение 12 детей и подростков после суицидальных попыток, совершенных из-за членства в таких группах сети Интернет. Часто это выглядело как «игра» с прохождением определенного количества уровней.

Заключение. Исходя из представленных данных, в Забайкальском крае сохраняется напряженная ситуация со смертностью по причине самоубийств, в том числе среди подростков: показатель смертности от суицидов в данной возрастной группе в 2,7 раза выше среднероссийского показателя. В конце 2016, начале 2017 года специалисты столкнулись с новой проблемой – «группы смерти» в сети Интернет,

которые вовлекают несовершеннолетних в аутоагрессивное поведение и поощряют такие действия, часто даже с помощью угроз. Это требует серьезного внимания и поиска путей решения, в том числе на государственном уровне.

В Забайкальском крае несколько лет назад был разработан комплекс профилактических мер, направленных на снижение суицидальной активности населения. На базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» с целью совершенствования оказания специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением создан Кризисный центр, как структурное подразделение, предназначенное для оказания специализированной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи лицам, находящимся в кризисных состояниях с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий, а также психогигиенической и психопрофилактической помощи населению Забайкальского края.

На Федеральном уровне этой проблеме также уделяется серьезное значение. В настоящее время в Государственную Думу внесены на рассмотрение ряд законопроектов. Согласно одному из проектов закона, предлагается сделать обязательной процедуру информирования Роскомнадзором органов внутренних дел в случае выявления Интернет-ресурса, где установлен факт распространения противоправной информации (детской порнографии, пропаганды наркотиков, самоубийств).

Другой законопроект предусматривает изменения в Уголовном кодексе РФ, в частности в статье 110, вводящие ответственность за склонение к совершению самоубийства и содействие совершению самоубийства (уговоры, предложения, подкуп, обман, а также содействие совершению самоубийства советами). Помимо этого, законопроект планирует установить самостоятельную уголовную ответственность за распространение информации о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства. Речь идет об ответственности для администраторов «групп смерти» и организаторов любых неформальных сообществ, деятельность которых сопряжена с побуждением, прежде всего детей, к совершению самоубийства.

Таким образом, учитывая сложный генез суицидального поведения, только комплексный подход к решению данной проблемы, в том числе среди несовершеннолетних, может быть эффективным.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ПОСТУПАЮЩИМ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР СКОРОЙ ПОМОЩИ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ

Синенченко А.Г., Зиновьев С.В.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Распространенность алкоголизма в России остается высокой, достигая уровня от 2 до 5% общей численности населения. После закрытия в нашей стране в 2011 году всех вытрезвителей, оказание помощи лицам в состоянии алкогольного опьянения возлагается на многопрофильные стационары.

Таким образом, **целью исследования**, явилась оценка тяжести состояния лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, госпитализированных в многопрофильный стационар за период 2016 года.

Материалы и методы. В работе использовались отчетные материалы по работе медицинской службы многопрофильного стационара скорой помощи, а также медицинские карты 1777 пациентов, поступивших в состоянии алкогольного опьянения в стационар во втором полугодии 2016 года.

Результаты. За весь период 2016 года, в общем потоке поступающих в отделение экстренной медицинской помощи, частота встречаемости лиц в состоянии алкогольного опьянения составила 21,6% (n=14755), причем как в первом, так и во втором полугодии, по данному показателю, статистически значимых различий получено не было (n=7224, n=7531, p>0,05). Среди 1777 выборочно отобранных пациентов, причиной поступления явились травмы различной локализации и степени тяжести – 59,9% (n=1064, p<0,05), обострения хронических соматических заболеваний – 22,4% (n=398), отравления алкоголем и суррогатами алкоголя – 9,5% (n=169), суицидальное поведение на фоне алкогольного опьянения – 8,2% (n=146).

Средняя концентрация этанола в крови у данных больных составила 2,5±1,34‰ (min=0,1‰, max=7,9‰), что соответствует алкогольному опьянению тяжелой степени. В 2,2% случаев (n=39), концентрация этанола в крови была максимальной, несовместимой с жизнью (больше 5‰). Асоциальное поведение с агрессивными действиями в адрес медицинского персонала наблюдалось у 44,6% (n=792) изученного контингента больных.

Средний возраст данной группы пациентов составил 42,02±3,7 лет (min = 19, max=79 лет). Достоверно чаще, в 96,1% случаев (n=1708, p<0,01), пациенты доставлялись бригадой скорой помощи, значительно реже – обращались самостоятельно (1,4%, n=26) или по направлению врача поликлиники (2,5%, n=43). Большая часть пациентов – 70% (n=1244, p<0,01) – проживали во Фрунзенском районе, в месте нахождения многопрофильного стационара.

По кратности обращений большая часть: 49,2% пациентов (n=874, p<0,05) за стационарной медицинской помощью обратились повторно, максимальное (шестикратное) количество госпитализаций имели 15% пациентов (n=268). Обращает на себя внимание неравномерное распределения частоты повторных госпитализаций больных за изучаемый временной период, с основными пиками на протяжении первых 24 часов и 1 месяца после выписки из стационара 25,6% (n=455) и 21,2% (n=376), соответственно. В 54,3% случаев (n=965, p<0,05) повторные госпитализации сопровождались утяжелением соматического и психического состояния.

В соматопсихиатрическом отделении прошли лечение 46 человек (2,6% от общего числа лиц, находившихся при поступлении в стационар в состоянии алкогольного опьянения). Причиной перевода больных в психиатрическое отделение явились – синдром отмены алкоголя средней и тяжелой степени – 88,7% (n=41, p<0,05), синдром отмены с делирием – 11,3% (n=5).

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования наглядно демонстрируют необходимость совершенствования вопросов оказания психиатрической помощи лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения, с выработкой правильного решения по этапам их маршрутизации.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ

Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Неклюдова Е.В., Некрасов В.А.
*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Основными пользователями Интернета в России на сегодняшний день, по данным многочисленных социологических опросов, являются молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет, большая часть которых – студенты.

Цель исследования: изучить и оценить уровень Интернет-зависимости среди студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова младших и старших курсов.

Материал и методы исследования. Сплошным методом было проведено анкетирование 164 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова с первого по шестой курс. Средний возраст анкетированных среди 1-3 курса составил $19,36 \pm 2,64$ лет, 4-6 курса – $22,2 \pm 4,8$ лет. Юношей среди анкетированных было 20,12%, девушек – 79,88%. Результаты анкетирования оценивались при помощи «Internet Addiction Test» К. Янг для определения «Интернет-зависимости». Результаты в диапазоне 50-79 баллов – есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, 80–100 баллов – Интернет-зависимость. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ «STATISTICA-10».

Результаты. Интернет-зависимость выявлена у 9,15% среди всех студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Чрезмерное увлечение интернетом наблюдается у 28,66%, а 62,19% приходится на обычного Интернет пользователя. На 1-3 курсах Интернет-зависимость наблюдается чаще, чем у студентов 4-6 курсов (9,5% и 8,75% соответственно). Проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом достоверно чаще отмечались среди младших курсов (34,5% и 21,25%).

Вывод. Выявлено, что у младших курсов наблюдается большая встречаемость Интернет-зависимости и чрезмерного увлечения Интернетом, чем у старших курсов. Проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, являются пограничным состоянием, означающим, что зависимости еще не наблюдается, но эти люди нуждаются в консультации специалистами по поводу возможной зависимости.

ОЦЕНКА ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Орлова Е.А., Некрасов В.А.
*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Основными пользователями Интернета в России на сегодняшний день, по данным многочисленных социологических опросов, являются молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет, большая часть которых – студенты.

Цель исследования: изучить и оценить уровень Интернет-зависимости среди студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова в зависимости от возраста.

Материал и методы исследования. Сплошным методом было проведено анкетирование 164 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова с первого по шестой курс.

Средний возраст анкетированных среди 17-21 года составил $19,64 \pm 1,36$ лет, 22-27 лет – $22,74 \pm 4,26$ лет. Юношей среди анкетированных было 20,12%, девушек – 79,88%. Результаты анкетирования оценивались при помощи «Internet Addiction Test» К. Янг для определения «Интернет-зависимости». Результаты в диапазоне 50-79 баллов – есть некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, 80-100 баллов – Интернет-зависимость.

Результаты. Интернет-зависимость выявлена у 9,15% ($p < 0,05$) среди всех студентов университета. Чрезмерное увлечение Интернетом наблюдается у 28,66%. 62,19% приходится на обычного Интернет пользователя. У студентов 17-21 года Интернет-зависимость наблюдается реже, чем у студентов 22-27 лет (8,5% и 10,35% соответственно). Проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом чаще отмечались среди студентов 17-21 года (28,3% и 27,6%).

Вывод. Выявлено, что у студентов 22-27 лет наблюдается большая встречаемость Интернет-зависимости. У студентов в возрасте 17-21 лет выявляется чаще чрезмерное увлечение Интернетом.

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЛЮБОВНОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Неклюдова Е.В., Некрасов В.А.

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

Введение. Любовная аддикция – это аддикция отношений с фиксацией на другом человеке. Идея о том, что любовные отношения также могут носить аддиктивный характер, была высказана четверть века назад (Simon, 1982). Как отмечает Т. Тиммрек (Timmreck, 1990), термин «любовная аддикция» применим к лицам, навязчиво добивающимся восстановления прежнего, доставляющего удовольствие уровня отношений с бывшим объектом любви. В любовном аддикте возникают такие дисфункциональные эмоциональные состояния как недоверие, чувство отклонения, потеря себя, укоренившийся гнев, ощущение неудачи, потери и масса других отрицательных эмоций и вслед за этим множество саморазрушающих моделей поведения. **Цель исследования:** выявить встречаемость любовной аддикции скрининг методом у студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материал и методы исследования. Сплошным методом было проведено анкетирование 67 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Юношей среди анкетированных было – 18 человек (26,9%), девушек – 49 человек (73,1%). Результаты анкетирования оценивались при помощи теста на выявление любовной аддикции по Егорову. Результаты в диапазоне 5-10 утверждений – можно подозревать любовную аддикцию, с 11 и более утверждениями – вероятность любовной аддикции очень высока.

Результаты. Среди лиц мужского пола вероятность любовной аддикции высока у 50% опрошенных. Есть вероятность любовной аддикции у 44,4%, диапазон нормы приходится на 5,6%. Среди лиц женского пола вероятность любовной аддикции высока у 46,94%. Есть вероятность любовной аддикции – у 46,94%, норма – у 6,12%.

Вывод. Выявлено, что у лиц мужского пола вероятность любовной аддикции выше, нежели у представительниц женского пола.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ АДДИКЦИИ У СТУДЕНТОВ

Скопин С.Д., Козаченко А.А., Коростелев Д.С., Орлова Е.А., Некрасов В.А.
*Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия*

Сексуальные аддикции относятся к скрытым, замаскированным аддикциям. Это связано с социальными табу на обсуждение данной тематики. Чем более закрыта, табуирована эта тематика, тем меньше выявляется аддикций; поэтому сексуальные аддикции всегда должны рассматриваться в транскультуральном плане.

Цель исследования: выявление частоты сексуальной аддикции скрининг методом среди студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Материал и методы исследования. Сплошным методом было проведено анкетирование 52 студентов СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Юношей среди анкетированных было – 15 человек (28,85%), девушек – 37 человек (71,15%). Результаты анкетирования оценивались при помощи теста на выявление сексуальной аддикции П. Карнеса. Если на 13 из 25 вопросов даны утвердительные ответы, то респондент является сексуальным аддиктом.

Результаты. Сексуальная аддикция выявлена у 3,85% студентов. У лиц мужского пола ее распространенность составила 6,67%; у лиц женского пола – 2,7%.

Вывод. Установлено, что сексуальная аддикция встречается чаще у лиц мужского пола, в то время как для женского пола она менее характерна.

ПРОФИЛАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Кореньяк Р.Ю., Сидоренко И.В.,
Егоров К.И., Магурдумова Л.Г.

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия
Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия
Департамент медицинского обеспечения Росгвардии, Москва, Россия
Академия Управления МВД России, Москва, Россия*

Актуальность исследования. Служба сотрудников специальных подразделений, независимо от их ведомственной принадлежности, имеет общую особенность – постоянные психо-эмоциональные и физические нагрузки, чередующиеся с одномоментной, взрывной, подчас запредельной активизацией биологических и психических ресурсов при дефиците времени на восстановление каждого из них.

Характер поведения каждого отдельного человека, занятого в таком виде профессиональной деятельности, диктуется многими условиями, как правило, в зависимости от ситуации. Среди базовых условий – собственные навыки и опыт, директивы старших начальников без права на их оспаривание (конфликт интересов), наличие в большей или меньшей мере витальной угрозы, необходимость подавления биологических инстинктов, ведущий из которых – инстинкт самосохранения.

Взаимодействие таких разнонаправленных идеомоторных, когнитивных и поведенческих актов в структуре личности рано или поздно формирует определенные «сшибки».

В одних случаях, привычные механизмы адаптации не срабатывают, однако это не приводит к разрушению (поломке) общего адаптационного механизма, проявляясь быстрыми реакциями «короткого замыкания» – ступор, паника, преходящие конверсионные нарушения. Такой выход, как ни парадоксально, носит саногенный характер в силу своей кратковременности, невовлеченности в процесс глубинных механизмов сознания, и, как правило, с благоприятным выходом после кратковременной психастении.

В других случаях, адаптационные реакции протекают по механизму длительного сопротивления изменяющейся среде, формируя пик, а не плато адаптации. Длительность процесса успеваешь вовлечь в процесс компенсации, а затем и истощения, весь организм, включая базовые эмоции, когнитивные установки, соматическую саморегуляцию (вегетативная составляющая). Травматический опыт, сопряженный с интенсивными отрицательными эмоциями и попытками самостоятельно их осознать, выстроить оборону (требование к себе быть сильным и демонстрировать такой образ окружающим) приводит, в случае несвоевременности диагностики таких состояний и их коррекции, к более тяжким, прогностически неблагоприятным длительным посттравматическим расстройствам. В отдаленных периодах возможна манифестация аффективных и психотических расстройств, однако чаще происходит формирование поведенческих нарушений, в числе которых делинквентное поведение и аутоагрессия.

В системе реабилитационных мероприятий обучение навыкам саморегуляции является базовой программой, профилактической основой нервно-психического здоровья сотрудников.

Цель исследования: оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения сотрудников методам саморегуляции с целью повышения порога их реагирования на факторы среды, обучение навыкам управления реакциями через получение знаний о механизме их развития и многократной проработки в преддверии вхождения в психотравмирующую ситуацию.

Материал и методы исследования. Обследованы 103 военнослужащих (96 мужчин, 7 женщин) в возрасте 19-42 лет, профессиональные обязанности которых связаны с жизнеопасными ситуациями, боевыми столкновениями. Из них 101 – офицеры и контрактники, 1 – ветеран, инвалид 2-й группы с органическим заболеванием ЦНС сложного генеза (черепно-мозговая травма, психотравмирующие ситуации, алкоголизм); 1 – гражданское лицо, врач с опытом работы в горячих точках.

Основные методы исследования: динамический клинико-психопатологический анализ, Миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

Описание модуля. Предложены расслабляюще-успокоительные или стимулирующие психокоррекционные комплексы в зависимости от результатов первичного клинико-психологического исследования, сочетанные упражнения для психофизической мобилизации в индивидуальном и групповом форматах. Релаксационно-стимулирующие, энергоактивизирующие методы включают дыхательные элементы. Занятия проходят в различных условиях, приближенных к распорядку дня и биологическим циклам активности и отдыха.

Внимание исследуемых акцентировалось на нормальности и общности физиологических проявлений, обусловленных стрессом, демонстрировались варианты их проявлений и давались базовые установки с использованием доказательных

наглядных способов управлять их характером и степенью проявлений. Роль ведущего – продемонстрировать обычность стресс-обусловленных реакций и возможность самостоятельно использовать способы управления их характером и выраженностью посредством выработки и закрепления навыков саморегуляции, повышения ответственности в первую очередь перед собой за свое состояние здоровья, необходимостью профилактического внимания к своему образу жизни.

Перед первым сеансом активные жалобы у 82% участников психотренинга отсутствовали. Однако при целевом расспросе были выявлены разные астенические, депрессивные, ипохондрические состояния, к которым человек «привык» в такой степени, что перестал их замечать, принимая за «норму». После отработки релаксационных приемов 71% участников отметили улучшение состояния в виде постепенного облегчения проявленных и осознанных симптомов нездоровья. При изучении уровней синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) с помощью опросника отмечены следующие данные: низкий уровень СЭВ наблюдается у 64,3% исследуемых; у 29,6% отмечен средний уровень; у 6,1% – высокий уровень. При изучении СЭВ у противоположных полов отмечено: низкий уровень встречается у мужчин и женщин соответственно в 65,9% и 50%; средний – в 28% и 33,3%; высокий – в 6,1% и 16,7%.

Клинические примеры из психотерапевтической работы. У 3-х больных исходные болевые ощущения (ушиб правой пяточной кости, травма ахиллова сухожилия справа, последствия ранения левой кисти) в процессе проведения сеанса ослабли или исчезли. У 5 больных исчезли головные боли, либо стойко уменьшилась степень их интенсивности. У 4 исследуемых улучшился сон, одновременная медикаментозная коррекция не проводилась. У 5 прошедших тренинг снизилась интенсивность болевых ощущений разной «мигрирующей» локализации.

Больной с сопутствующим ситуационно-депрессивным аффектом (опасался перевода в другую часть, отмечались антивитальные высказывания) уже в начале первого сеанса успокоился, появилась слабая, а затем уверенная, адекватная оценка ситуации, ушла ее аффективная заряженность. Катамнестический прогноз на службу – благоприятный.

7 больных в процессе психотерапевтических сессий отметили у себя улучшение когнитивных функций, функциональной и оперативной памяти, состояние улучшения большинством описывалось как «просветление в голове», исчезновение тревожных «непонятных» опасений.

Обсуждение. Эмоционально-волевая устойчивость – важнейший показатель профессиональной подготовленности сотрудников. Способность сохранять в сложных условиях стабильное психофизическое функционирование, управлять своим поведением, адекватно оценивать и принимать правильные решения, не допускать в экстремальных ситуациях психологических реакций, снижающих эффективность действия и порождающих ошибки, которые, в том числе, могут повлечь гибель как свою, так и сослуживцев.

Психотерапевтические методы позволяют достичь позитивных субъективно-объективных миорелаксирующих результатов, которые положительно сказываются на самочувствии человека, как в период тренинга, так и в последующем.

Индивидуально подбираемые методики с учетом предварительных клинико-психологических исследований помогают прицельно добиться стабилизации функционирования, предотвратить появление острых либо отдаленных психосоматических расстройств. Применяемые психотерапевтические методы саморегуляции с практической точки зрения обладают хорошей переносимостью, способствуют лучшей адаптивности к трудным ситуациям в условиях психоэмоционального стресса, повышают стрессовую устойчивость, вследствие чего

организм, как единое целое, приобретает новое качество и новый навык – адекватное функционирование вне зависимости от окружающих факторов. Адаптационные реакции, приобретенные организмом в результате энергосберегающих методов саморегуляции, являются реакциями, предупреждающими повреждение структуры личности, и составляют основу естественной психопрофилактики. Методы саморегуляции способствуют более быстрой нормализации психоэмоционального состояния и повышению уровня социальной адаптации сотрудников после возвращения из районов выполнения служебно-боевых задач.

Заключение. Синдром эмоционального выгорания с аффективными и соматизированными проявлениями, наблюдается фактически в 90% случаев у лиц, имеющих постоянный или периодический опыт столкновения с витальной угрозой. Независимо от половой принадлежности исследуемых, большая часть из них имеет низкий уровень тяжести синдрома эмоционального выгорания.

Использование методик саморегуляции позволяет снизить в среднем в 2 раза проявления у лиц со средними показателями синдрома эмоционального выгорания, и почти в 6 раз – у лиц с высокой тяжестью выгорания с имеющимися уже в той или иной степени психоэмоциональными нарушениями, соматизацией стресса, личностными реакциями.

Одновременно необходимо учитывать, что при продолжающихся нагрузках лица опасных профессий с низким уровнем синдрома эмоционального выгорания могут перейти на более высокие уровни. Для предотвращения этой картины обязательны профилактические и реабилитационные тренинговые энергосберегающие мероприятия.

ВАРИАНТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Кореньяк Р.Ю., Сидоренко И.В.,
Егоров К.И., Магурдумова Л.Г.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия
Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия
Департамент медицинского обеспечения Росгвардии, Москва, Россия
Академия Управления МВД России, Москва, Россия

Аннотация. Вооруженный конфликт – категория чрезвычайных ситуаций, в которых задействованы более или менее значительные силы. Статья посвящена профилактике посткомбатантного, стрессобусловленного изменения состояния здоровья лиц, подвергшихся витальной угрозе, посредством правильно подобранного использования методов психической саморегуляции.

Психическое здоровье лиц, работа которых проходит в экстремальных условиях и связана с опасностью для жизни и здоровья, в отдаленном периоде имеет последствия с широким диапазоном проявлений – от скрытых и диагностируемых только с использованием проективных психологических исследований состояний «нездоровья» до имеющих полноценную клиническую симптоматику, нозологически состоявшихся расстройств.

Цель исследования: оценка использования оригинального модуля

психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью повышения их боеспособности при работе в чрезвычайных ситуациях, связанных с опасностью для жизни.

Материал и методы исследования. Обследованы 103 военнослужащих (96 мужчин, 7 женщин) в возрасте 19-42 лет, профессиональные обязанности которых связаны с наличием фактора витальной угрозы. Применялись методики психической саморегуляции по показаниям и в оригинальной компоновке. В контрольной группе (83 военнослужащих) психокоррекция не проводилась. Основные методы исследования: динамический, клинико-психопатологический анализ, Миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

Исследуемые обучались методам психической саморегуляции (релаксационно-расслабляющего, успокаивающего, противотревожного, противодепрессивного, противопанического, активирующего, стимулирующего, сочетанного характера) в повседневных условиях, непосредственно перед убытием в командировку, в период командировки, после возвращения из районов выполнения служебно-боевых задач.

1. Повседневная деятельность и вводный период обучения.

Военнослужащий по 1-2 раза в день изучает все упражнения со специалистом и в обязательном порядке отрабатывает контролируемые руководителем задания для *самостоятельной подготовки*. Подбор методик показал, что простые упражнения, и проводимые в режиме «делай как я» оказались наиболее доступны и эффективны.

Дыхание животом. Дыхание углубляется, замедляется. Вдыхать через нос. Живот выпячивается (визуальный ряд – китайский божок благополучия). Выдох можно сопровождать медленным, легким надавливанием руками на низ живота, постепенным втягиванием его.

Дыхание животом в сочетании с грудным дыханием: вдох животом продолжается вдохом легких, грудной клеткой, грудная клетка поднимается, приподнимаются ключицы, лопатки, плечи; прочувствовать похождение воздуха в легкие и наполнение их воздухом (визуализация – воздушный шар). Повторить 6-10 раз. На выдохе грудная клетка опускается, сужается, живот втянуть в себя глубоко.

Дыхание успокаивающее.

Вариант 1. В любой позе глубокий ускоренный вдох, а затем медленный выдох; повторить 4-6 раз.

Вариант 2 (самогипноз – расширенный вариант). В любой позе – директива отбросить мысли и навязчивые образы, выровнять дыхание, глаза закрыты. Глубокий, ускоренный вдох. На последующем медленном выдохе мысленно произнести короткую фразу: «Снимаю напряжение с головы». На каждом последующем выдохе поочередно мысленно проговаривать фразы о снятии напряжения с «лица», «рук», «грудной клетки», «спины», «живота», «промежности», «ног» и т.д. На последующих занятиях формула команд, как обычно, сокращается до одного слова.

Вариант 3. Вдох – через рот, выдох – через нос. Положение стоя:– закрыть глаза и расслабиться; вдох ртом, образно представляя идущий поток воздуха через рот, нос, носоглотку, легкие, живот, низ живота; на выдохе ощутить потоки (протекание) воздуха от низа живота к носу и через ноздри покидающего твое тело; переключить свое внимание на свои ощущения в частях тела по формуле внушения, понаблюдать за ними, отработка навыка прочувствовать и управлять состояниями.

Дыхание стимулирующее. Положение стоя:

Вариант 1. Вдох медленный, глубокий, а выдох глубокий, короткий.

Вариант 2. Вдох – через нос, выдох – через рот.

– закрыть глаза;

– на вдохе через ноздри ощутить поток воздуха, идущий дальше через рот, нос,

носоглотку, легкие, живот, к низу живота, живот при этом расширяется;

- на выдохе ощутить поток воздуха, текущего в обратном направлении от низа живота к приоткрытому рту, через который воздух покидает твоё тело
- сравнить телесные ощущения и эмоции до и после упражнений.

Дыхание на счет. Дышать на счет. Когда необходимо успокоиться, на счет 1, 2, 3, 4 делается вдох, потом на счет 1, 2, 3, 4 – выдох, затем на 1, 2, 3, 4, 5 – вдох, на 1, 2, 3, 4, 5 – выдох и т.д. до 12. Для поднятия своего тонуса, активизации состояния начинают вдохи и выдохи с 12 и постепенно укорачивают их до 4. Дыхание учащается, напряжение возрастает.

Задержка дыхания. Для снятия острого нервного напряжения делается глубокий вдох, и дыхание задерживается на 20-30 секунд, затем выдох и последующий повторный глубокий вдох.

Позы для саморегуляции используются как классические (сидя на стуле, в кресле, лежа, стоя), так и другие разнообразные, в том числе и самые неудобные, в которых обучаемый получает возможность использовать полученные навыки в реальных, некомфортных условиях обстановки.

Упражнение «Равновесие двух сил»: Стоя, поставить ноги на ширину плеч параллельно друг другу, руки свободно свисают вдоль тела; закрыть глаза; 5 минут понаблюдать за своим дыханием спокойно; ощутить весь позвоночный столб одновременно; представить свою макушку и поток энергии, который как будто бы подходит к макушке сверху и тянет ее к небу; представить, что низ позвоночника под действием противоположной силы как будто бы тянет вниз к земле; ощутить комфортное натяжение своего позвоночного столба, который растягивается под влиянием двух противоположных сил вверх и вниз; представить, что висишь на натянутой нити, твоё тело начинает совершать различные микродвижения. Ощувив внутренний комфорт, понаблюдать за телесными своими ощущениями до тех пор, пока они не сольются в единый однородный фон. Открыть глаза.

Прогрессирующая релаксация. В любой позе провести поочередно сокращение и расслабление отдельных групп мышц организма (мышцы лица – «жмуришься», шеи, верхние конечности, верхняя половина туловища, нижняя половина туловища). Мышцы сокращаешь по 3-6 раз.

Упражнение «Я – камень».

Использование самоприказов. Даются внутренние самоприказы: «Надо!», «Смелее!», «Терпи!», «Работай!», «Вперед!». «Я ничего не боюсь!», «Вперед!», «Я справлюсь с этой задачей!», «Смелее!» т.д.

«Релаксирующий падающий водопад». Представить, что вода пронзает постепенно сверху вниз все тело. Появляется состояние покоя, отдыха.

Аутогенная тренировка. Упражнения проводятся в классических позах комфорта, и в самых неудобных позициях.

2. Этап подготовки к командировке.

При чувстве волнения, тревоги, предбоевой лихорадке используется один или несколько приемов саморегуляции (описаны выше): Дыхание на счет; Задержка дыхания; Упражнение «Я – камень»; Использование самоприказов.

3. Боевой этап. 4. Межбоевые периоды.

Для быстрого снятия физического, психического утомления рекомендуется энергетический самомассаж, длящийся не более 2-х минут, эффективно действующий на самочувствие бойца и в боевых условиях. При возможности во время боя провести Дыхание успокаивающее. Если вынужденная обстановка остановка, спрятался от противника испытываешь нервное напряжение, волнение, адекватный страх найти (!) в своем положении удобство и провести упражнение на задержку дыхания, дыхание на

счет (см. выше). Используются внутренние самоприказы (см. выше). При кратковременной возможности можно спросить своего товарища о его самочувствии, поддержать его морально, повысить его уверенность в себе. Этим самым закрепляется чувство доверия его к сослуживцам.

5. После возвращения из районов выполнения служебно-боевых задач.

Обязательно после выполнения боевой задачи, когда каждый участник боевой группы столкнулся с эмоционально напряженной стрессовой ситуацией, для снятия эмоционального напряжения, общего успокоения организма, предупреждения отдаленных после боевых расстройств, провести «разбор полета». В комфортной индивидуальной для каждого бойца позе, по возможности, попить теплого сладкого чая.

Каждый боец, по желанию, вслух в окружении только участников проведенной боевой задачи сообщает все, что он чувствовал (мысли, размышления, настроение, страх, паника, неуверенность, злость, агрессия, испуг, различные физические ощущения, сердцебиение, холодный или горячий пот, оцепенение и т.д.) в период всего боевого процесса. В любой позе для снятия эмоционального и мышечного напряжения используются: Дыхание животом в сочетании с грудным дыханием (см. выше, в т.ч. и следующие упражнения), самогипноз, вдох – через рот, выдох – через нос, упражнение «Я – камень», «Релаксирующий падающий водопад».

Заключение. При выполнении энергосберегающих мероприятий в период «мирного этапа» 82% личного состава отмечало у себя в динамике «комфортные» состояния: спокойствие, повышение уверенности в собственных силах, легкости, тепла, расслабленности в теле. Применение энергосберегающих методов и обучение им для саморегуляции является необходимостью в современных условиях. Это позволит максимально долго сохранять свой профессионализм и длительность пребывания на военной службе, после выполнения поставленных задач в экстремальных условиях.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Солоненко А.П., Полуэктов А.А.

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

Отделение принудительного лечения общего типа на базе ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» было организовано в 2013 году, в филиале п. Ивановка. При анализе работы за 2014-2016 годы нами отмечено, что наблюдается рост поступления пациентов женского пола, совершивших общественно-опасные деяния (ООД), для применения принудительных мер медицинского характера. Если, в конце 2013 года – начале 2014 года в отделении находилось 11 женщин, проходивших принудительное лечение, то в 2015 году их число увеличилось до 21, а в 2016 году до 26 (увеличение более чем в два раза).

По нозологическим формам преобладают лица, страдающие шизофренией: 2014 – 50%, 2015 – 42%, 2016 – 43%. На втором месте лица, страдающие умственной отсталостью: 2014 – 44%, 2015 – 50%, 2016 – 30%. На третьем месте лица с органическими расстройствами: 2014 – 6%, 2015 – 8%, 2016 – 17%. Лица с шизофренией чаще совершают тяжкие и особо тяжкие ООД против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений), а пациенты страдающие

умственной отсталостью чаще совершают имущественные преступления (мелкие кражи), в большинстве, группой лиц (подвержены чужому влиянию), в состоянии алкогольного опьянения.

По характеру совершения пациентами ООД, выделяют два механизма: продуктивно-психотический, и негативно-личностный. Пациенты, с продуктивно-психотической симптоматикой составляют 15-30% от совершивших ООД в состоянии психоза, под влиянием продуктивной психотической симптоматики. Несмотря на то, что они занимают небольшую долю от числа всех пациентов, которым назначалось принудительное лечение, их значение особо велико в силу наибольшей опасности и тяжести совершаемых деликтов. У пациентов с продуктивно-психотическими механизмами на первый план выступают преступления против жизни и здоровья окружающих. Именно эта категория совершает наиболее опасные деяния: убийство, (нередко множественные) и причинение тяжких телесных повреждений. Пациенты с негативно-личностным механизмом, намного чаще совершают преступления. Для пациентов с негативно-личностным механизмом общественно опасных действий наиболее характерны имущественные преступления и в меньшей степени хулиганские действия. Данные пациенты совершают общественно опасные деяния вне психотического состояния (умственная отсталость, органические расстройства). Данные пациенты преобладают на принудительном лечении в психиатрическом стационаре (70-85%).

В нашем отделении соотношение количества поступающих и находящихся на лечении женщин в соотношении мужчин составляет 1/4. Соотношение пациентов проживающих в городской и сельской местности, составляет 1/3. Средний возраст пациенток нашего отделения равен 30 лет. Средние сроки принудительного лечения составили 381,4 койко-дней. Сроки пребывания пациентов, проходящих принудительное лечение, связаны только с психическим состоянием пациента, а не привязаны к срокам, которые бы назначил суд в случае признания вменяемым.

При анализе работы выявлены основные факторы, способствующие совершению ООД, нашими пациентами: низкий социальный статус пациентов и их семей; употребление и злоупотребление ПАВ (алкоголь, каннабиноиды); отсутствие должного контроля со стороны районных психиатров и наркологов, сотрудников полиции.

Несмотря на преимущество нашего отделения с амбулаторной службой, районными психиатрами, полицией, родственниками, повторно совершили ООД три пациентки. Основным характером совершения ООД является негативно-личностный механизм (две пациентки с умственной отсталостью, третья с шизофренией), основным синдромом является психопатоподобный. Данные ООД ими совершены в состоянии алкогольного опьянения, против личности.

В стационаре, для адекватного лечебно-диагностического, реабилитационного и социального воздействия на пациентов, предупреждения повторных ООД осуществляет работу полипрофессиональная бригада различных специалистов. Ее задачей является медико-психиатрическое, психологическое, и также комплексное терапевтическое и реабилитационное воздействие на пациентов. Тесно сотрудничают врачи-психиатры и врачи других специальностей (терапевт, невролог, окулист, рентгенолог, дерматовенеролог, инфекционист, функциональной диагностики, хирург), психологи, специалисты по социальной работе, а также средний и младший медицинский персонал. Основной задачей врача-психиатра является не только психофармакотерапия, но и организация и руководство работой всей бригады.

В связи с низкой социальной активностью пациентов по месту жительства и длительной госпитализацией в стационаре, у них происходит социальная дезадаптация, и утрата социальных связей. Основная задача психологов и социальных работников

заключается в проведении патопсихологического обследования, групповой психокоррекции, педагогической работе с пациентами, имеющими интеллектуальный дефект, установлении и восстановлении социальных связей с родственниками, обучении пациентов в рамках модуля независимого проживания, в решении социальных вопросов (заполняется индивидуальная реабилитационная карта на каждого пациента, восстановление документов, назначение и восстановление социального пособия по инвалидности, обследование жилищно-бытовых условий проживания пациентов), организации досуга (проведение праздников, спортивных мероприятий, арттерапия, музыкотерапия) и другое.

Результаты анализа работы показали, что произошло за последние три года увеличение поступления женщин молодого возраста для прохождения принудительного лечения, совершивших ООД, которые преимущественно проживали в сельской местности Забайкальского края. Они преимущественно страдают шизофренией и умственной отсталостью, совершили ООД по негативно-личностному механизму, имущественного характера, чаще в состоянии алкогольного опьянения.

ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ АДДИКЦИИ) СРЕДИ УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ ШКОЛ В РЕСПУБЛИКАХ СЕВЕРНОГО КAVKAZA

Стрижев В.А., Цей С.Т., Болотчиева А.Х.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия
Специализированная клиническая психиатрическая больница № 1, Краснодар, Россия*

В последние десятилетия, в связи с возрастающей компьютеризацией всех сфер жизни человека и развитием IT-технологий, среди лиц школьного возраста все чаще встречается Интернет-зависимость. Интернет-зависимость – психическое состояние, для которого характерно навязчивое желание пользоваться Интернетом и невозможность прекратить это делать. Интернет-зависимым можно признать человека, находящегося в сети более 15 часов. Лица, находящиеся в виртуальной сети от 8 до 15 часов, находятся в пограничном состоянии от Интернет-зависимости. Также необходимо отметить, что существует взаимосвязь между зависимым поведением и учебной успеваемостью школьников.

Целью нашего исследования явился анализ особенностей зависимости от компьютерных игр и Интернета среди учащихся средних школ в Республике Адыгея и Карачаево-Черкесской Республике.

Материалы и методы. Для определения зависимости создано две возрастные группы испытуемых: испытуемые в возрасте от 13 до 14 лет (учащиеся 7-8 классов), испытуемые в возрасте от 16 до 17 лет (учащиеся 10-11 классов). Количество испытуемых в возрастной группе 13-14 лет составило 77 человек, в группе 16-17 лет – 36 человек. Использовался метод анкетирования.

Для данного исследования была разработана специальная анкета, включающая кроме паспортных данных, вопросы, посвященные изучению аддиктивного поведению: оценка времени, проведенного школьниками в интернете, средний стаж и причины пользования компьютером, альтернативное пользованию компьютера

времяпровождение, оценка успеваемости учащихся в школе, время выполнения домашнего задания.

Результаты. Выявлены следующие признаки компьютерной зависимости: значительное улучшение настроения от работы за компьютером, нежелание оторваться от работы или игры на компьютере, раздражительность по отношению к лицам, пытавшимся отвлечь от игры, неспособность спланировать окончание работы или игры, пренебрежение домашними делами, пренебрежение личной гигиеной и сном в пользу компьютера, сведение любого разговора к компьютерной тематике, отказ от общения с друзьями. Наибольшее количество испытуемых, проводящих в интернете более 15 часов, было выявлено среди учащихся в возрасте 16-17 лет в Республике Адыгея и составило 10%. Наибольшее количество испытуемых, имеющих признаки компьютерной зависимости – учащиеся в возрасте 16-17 лет в Республике Адыгея – 67%. Средний стаж пользования компьютером 9 лет. Наибольшей популярностью в 13-14 лет пользуются компьютерные игры и социальные сети, в 16-17 лет – социальные сети и поиск информации в Интернете. 37% испытуемых среди учащихся в Республике Карачаево-Черкесия и 33% в Республике Адыгея в возрасте 16-17 лет считают, что занятие спортом во внеурочное время является наиболее альтернативным занятием пользования компьютером.

Наиболее высокая успеваемость с отметками «хорошо» и «отлично» была выявлена среди учащихся в возрасте 13-14 лет и составила в Республике Адыгея 54%, в Карачаево-Черкесской Республике 49%. Наибольшее время выполнения домашнего задания выявлено среди учащихся в возрасте 13-14 лет в Республике Адыгея и составило 5 часов, в возрасте 16-17 лет – в Карачаево-Черкесской Республике – 3 часа. Большая часть респондентов (89,7%), уверены в том, что Интернет приносит больше пользы, чем вреда. Преимущественно все участники считают, что их жизнь с приходом компьютерных технологий и Интернета в большей мере обогатилась.

Заключение. Компьютерную аддикцию следует считать дополнительной психической нагрузкой и фактором, провоцирующим истощение психической деятельности, которое может участвовать в патогенезе различных психических и психосоматических расстройств, что в свою очередь является причиной снижения успеваемости школьников, как в младших, так и в старших классах.

Полученные результаты, позволяющие говорить об увеличении распространенности аддиктивного поведения, ведущего к формированию Интернет-зависимости, требует создания новых организационных форм и подходов к профилактике среди учащихся школ.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Ступина О.П., Честикова З.И.

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

В РФ в последнее десятилетие происходит реформирование психиатрической помощи в соответствии со сложившейся в мировой практике общественно-ориентированной моделью. В связи с чем, приоритетное направление получают

амбулаторные службы с внедрением психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации пациентов (Казаковцев Б.А., 2016). В Забайкальском крае мероприятия, направленные на реорганизацию психиатрической помощи, определяются клинико-эпидемиологической ситуацией и социально-экономическим положением региона. Учитывая их взаимосвязь, важно изучать и анализировать динамику состояния психического здоровья населения.

Контингент психически больных Забайкалья в течение последних лет имеет тенденцию к снижению: с 3250,3 на 100 тыс. населения в 2014 году до 3155,8 на 100 тыс. в 2016 году (на 3%) за счет уменьшения общей заболеваемости психическими расстройствами во всех крупных нозологических группах. Несмотря на это, число зарегистрированных лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае (3155,8) превысило таковой показатель в РФ (2764,9) на 14%, однако уровня общей заболеваемости психическими расстройствами в Сибирском ФО (3643,2) не достигло.

В структуре контингентов зарегистрированных больных в Забайкальском крае в 2016 году, как в РФ и СибФО, преобладали больные непсихотическими расстройствами, таких больных было чуть меньше половины – 49,1% (2015 – 51,1%; РФ – 50,6%; СФО – 53,1%), на втором месте, как и в СибФО, в отличие от РФ, находились больные умственной отсталостью – 28% (2015 – 27,5%; РФ – 22,0%; СФО – 24,7%). Больные психозами и состояниями слабоумия составили 22,9% (2015 – 21,5%; РФ – 27,4%; СФО – 22,2%). В группе психозов и состояний слабоумия, как и в РФ, преобладали больные шизофреническими расстройствами (в дальнейшем группа «шизофрения»), доля больных шизофренией в общем числе больных психозами и состояниями слабоумия составила 49,4% (2015 – 53,4%; РФ – 50,8%; СФО – 49,3%).

Показатели первичной регистрации психических расстройств в Забайкальском крае резко снизились в 2014 году, и тенденция снижения сохранилась и в 2016 году. Показатель первичной заболеваемости за 3 года уменьшился с 283,1 до 223,3 чел. на 100 тыс. населения, или на 21% (в 2014 снижение составило 14,3%; РФ – 3,6%). Первичная заболеваемость психическими расстройствами в 2016 году в Забайкальском крае уменьшилась во всех нозологических группах, составив 74% от российской (300,9).

Среди впервые выявленных лиц с психическими расстройствами в отчетный год возросла доля в возрастах: 15-17 лет (от 10,7% до 10,9%), 40-59 лет (от 10,9% до 11,4%), 60 лет и старше (от 20,3% до 22,3%), и уменьшилась доля лиц в возрастах: 0-14 лет (от 35,2% до 33,7%), 20-39 лет (от 18% до 16,9%). Доля лиц в возрасте 18-19 лет сохранилась на уровне прошлого года (4,7%). В структуре больных с впервые в жизни установленным диагнозом, как и в РФ, преобладали больные непсихотическими психическими расстройствами – 69% (2015 – 72,2%; РФ – 72%). На долю больных психозами и состояниями слабоумия пришлось 19,3% (2015 – 17,5%; РФ – 20,5%), умственной отсталостью – 11,7% (2015 – 10,3%; РФ – 7,5%).

Число инвалидов вследствие психических расстройств в Забайкалье традиционно остается высоким, хотя за 3 года уменьшилось на 2% и составило 962,5 человек на 100 тыс. населения (2014 – 974,5), что превысило российский контингент инвалидов на 33% (722,2). В расчете на 100 тыс. населения показатель первичной инвалидности вследствие психических расстройств в Забайкальском крае в 2016 году составил 36,0 (2014 – 43,4). Превышение краевого показателя над российским (27,4) составило 31%. В 2015 году превышение составляло 45% (39,5).

Проведение трудовой и социальной реабилитации психически больных в стационарных и амбулаторных условиях позволило уменьшить в Забайкальском крае показатели выхода на инвалидность вследствие психических расстройств. Число инвалидов трудоспособного возраста в Забайкальском крае в отчетном году составило

62,4% к общему числу инвалидов (2014 – 69,7%; 2015 – 66%). Среди инвалидов по психическому заболеванию процент работающих уменьшился с 3,9% до 2% (2014 – 2,9%), что ниже доли работающих инвалидов на общем производстве в РФ в 2015 году (3,2%).

В оценке психического здоровья населения особое значение имеет заболеваемость детского населения. В 2016 году в Забайкальском крае произошла реструктуризация детской психиатрической службы, открыты два отделения: детское отделение на 15 коек круглосуточного стационара и отделение интенсивного лечения в сообществе для детей и подростков на 30 коек стационара на дому. Таким образом, в Забайкальском крае вместо 105 детских психиатрических коек осталось 45 детских психиатрических коек. Дети в возрасте от 3-х до 8-ми лет получают амбулаторную помощь во вновь образованном отделении интенсивного лечения в сообществе для детей и подростков на 30 коек дневного стационара (со стационаром на дому). В данном отделении в соответствии с Порядками оказания психиатрической помощи предусмотрены должности логопедов, дефектолога и психолога. При необходимости, по месту жительства ребенка выезжает бригада специалистов на дом. Лечение в данном отделении оказывается за счет средств ГКУЗ «ККПБ им. В.Х. Кандинского».

Оценивая показатели психического здоровья детей, мы видим, что общая болезненность детского населения Забайкальского края за последние 3 года имеет тенденцию к значительному снижению. Так в 2016 году общая болезненность составила 2559,5 на 100 тыс. детского населения, в 2015 – 2783,2, что ниже соответствующих показателей за 2014 год – 3072,6 и незначительно ниже такового по РФ (2767,4 на 100 тыс. за 2011 год). Болезненность непсихотическими расстройствами в 2014 году составила 2483,6; в 2015 – 2173,6; в 2016 – 1959,1, что ниже, по сравнению с 2014 годом (2483,6 на 100 тыс.). При этом показатель по краю близок к общероссийскому (1955,7 на 100 тыс., 2011 год).

Болезненность умственной отсталостью в регионе снизилась – от 589,5 в 2014 году (2015 – 530,7) до 512,9 в 2016 году. Показатель по краю в 2016 году значительно ниже общероссийского (721,3 на 100 тыс. за 2011 год). Болезненность психотическими расстройствами за анализируемый период выросла и составила: в 2014 году 53,9, из них: детская шизофрения – 4,5; РАС – 32,5; данный показатель в 2015 году составил 78,9 на 100 тыс., в 2016 году – 87,5 на 100 тыс. населения. Показатель болезненности детской шизофренией в течение трех последних лет остается относительно стабильным, однако вырос показатель РАС – от 32,5 в 2014 году до 68,5 в 2016 году. Общая болезненность психотическими расстройствами и болезненность шизофренией в Забайкальском крае приближается к таковым показателям РФ (90,5 за 2011 год).

За последние три года отмечено некоторое увеличение общего показателя инвалидности детского (0-17 лет) населения Забайкальского края вследствие психических расстройств – от 407,9 на 100 тыс. в 2014 году до 416,3 на 100 тыс. в 2016 году (СФО: 2013 год – 531,5; РФ: 2011 год – 455,7).

Первичный выход детей на инвалидность составил 58,2 на 100 тыс. населения в 2016 году (2014 – 70,7, 2015 – 60,8). В СФО этот показатель составил в 2013 году 54,8; в РФ в 2012 году – 33,1.

Ведущей причиной инвалидности в детском возрасте, как и в прошлые годы, остается умственная отсталость, при этом в динамике за три года показатель уменьшился с 39,3 в 2014 году до 36,2 в 2016 году. Показатель первичного выхода на инвалидность по шизофрении уменьшился с 1,5 в 2014 до 0,7 в 2016 году. Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие хронических неорганических психических расстройств уменьшился с 8,4 в 2014 до 7,1 в 2016 году. Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие эпилепсии снизился с 5,0 в 2014 до 0,4

в 2016 году. Показатель первичного выхода на инвалидность по РАС увеличился с 6,5 в 2014 до 7,1 в 2016 году.

Указанные данные в целом согласуются с динамикой показателей болезненности и заболеваемости детского населения края умственной отсталостью за период с 2014 по 2016 гг. Общая инвалидность по другим психическим заболеваниям (шизофрения и расстройства шизофренического спектра, РАС, психические расстройства вследствие эпилепсии) детей до 17 лет за анализируемый период осталась примерно на том же уровне.

Заключение. В структуре инвалидности детского и подросткового населения, как и в прошлые годы, значительно преобладает умственная отсталость. Однако за последние три года отмечено снижение доли умственной отсталости и увеличение органических непсихотических расстройств. Низкой, по сравнению с данными по РФ, остается инвалидность по шизофрении, что согласуется с показателями болезненности и заболеваемости детского населения.

Таким образом, снижение за последние 3 года в Забайкальском крае первичной заболеваемости и инвалидности вследствие психических расстройств обусловлено усилением мер профилактической направленности в системе общего здравоохранения, повышением качества психосоциальной работы психиатрической службы и развитием частной медицины в области психического здоровья.

ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Ступина О.П., Сахаров А.В.

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

Одним из приоритетных направлений работы психиатрической службы является предупреждение противоправного поведения лиц, страдающих психическими расстройствами. Существует особый раздел психиатрической помощи, который представлен судебно-психиатрической профилактикой (СПП), включающей в себя комплекс мер по выявлению, лечению и медико-социальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами. СПП представлена первичной и вторичной профилактикой общественно-опасных действий (ООД).

Цель работы: проведение анализа профилактики общественно-опасных действий лиц с психическими расстройствами в Забайкальском крае.

Результаты. В Забайкальском крае задачи первичной судебно-психиатрической профилактики решаются практически всеми структурами и звеньями психиатрической помощи, профилактическая деятельность которых не имеет четких разграничений с обычной лечебно-реабилитационной практикой и использует ресурсную базу общепсихиатрической службы. Вторичная профилактика ООД осуществляется в стационарных отделениях специализированного и общего типа ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского».

Показатель недобровольно освидетельствованных граждан в 2016 году в Забайкальском крае уменьшился в сравнении с 2015 годом с 5,0 до 4,9 на 100 тыс. населения. Из числа освидетельствованных недобровольно 100 % граждан признано

страдающими психическими заболеваниями, что указывает на достаточно взвешенное решение о недобровольном освидетельствовании. В 92 % случаев данные пациенты были госпитализированы недобровольно в соответствии со ст. 29 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Из числа госпитализированных недобровольно в психиатрический стационар в 87,8 % случаев получено постановление судьи о недобровольной госпитализации в соответствии со ст. 35 Федерального Закона. Показатель числа недобровольных госпитализаций в 2016 году составил 4,5 на 100 тыс. населения (2015 год – 5,0). Среди недобровольно госпитализированных 100 % составили больные с психическими расстройствами, из них 59,2 % пришлось на пациентов с шизофренией (2015 год – 61,8 %), по 16 % – на больных с органическими психозами (2015 год – 20 %) и на больных с непсихотическими расстройствами (2015 год – 10,9 %).

В Забайкальском крае 11 июля 2014 года при ГКУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница им. В.Х. Кандинского» внедрена новая организационная форма в виде кабинета активного диспансерного наблюдения (кабинет АДН).

На сотрудников кабинета АДН возложено наблюдение за больными, включенными в группу АДН, а также проведение амбулаторного принудительного лечения для лиц, проживающих в городе Чите, контроль за деятельностью врачей-психиатров центральных районных больниц, осуществляющих наблюдение за данной группой пациентов, проживающих в районах края. Кроме того, имеется регистр психически больных, находящихся под активным диспансерным наблюдением (АДН) и на амбулаторном принудительном лечении (АПНЛ) по Забайкальскому краю. Сотрудники кабинета АДН осуществляют выезды в районы края с целью оказания консультативной помощи в наблюдении за данной группой пациентов, комиссионного осмотра пациентов, получающих АПНЛ, с целью оформления медицинской документации для направления в суды по вопросам прекращения, продления АПНЛ, изменения вида принудительного лечения. Также сотрудниками кабинета АДН проводится работа по выявлению пациентов группы риска с целью профилактики правонарушений.

В 2016 году число лиц с психическими расстройствами, подлежащих активному диспансерному наблюдению, увеличилось на 178 человек или на 25 % (в 2015 году увеличение составило 18 %). Соответственно, в 2016 году под активным диспансерным наблюдением находилось 932 пациента или 86,0 на 100 тыс. населения (2015 год – 68,5). Из числа лиц, состоявших на активном диспансерном наблюдении на конец 2016 года (932), совершили ООД в течение года 159 человек, что составило 17 % (2014 год – 113 больных или 18 % соответственно; 2015 год – 177 больных или 23,7 %). Из совершивших ООД в 2016 году ранее не находились на учете у психиатра 64 человека, что составило 40 % (2014 год – 73 человека или 64,6 %; 2015 год – 107 человек или 60,4 %). Из числа больных, состоящих на активном диспансерном наблюдении, 230 человек или 24,7 % находились на конец года в психиатрическом стационаре (2014 год – 206 человек или 32,8 %; 2015 год – 212 человек или 28,4 % соответственно). Из них на принудительном лечении было 189 пациентов, т.е. 20,3 % из числа лиц, состоящих на АДН (2015 год – 181 человек или 24,3 % соответственно).

Пользовалось амбулаторным принудительным лечением (АПНЛ) 132 человека (2015 год – 166 человек; 2014 год – 172 человека). Доля больных с психозами среди использованных АПНЛ составила 44,7 % (2015 год – 41,6 %; 2014 год – 42,5 %), больных с непсихотическими расстройствами – 23,5 % (2015 год – 24,1 %; 2014 год – 23,8 %), больных с умственной отсталостью – 31,8 % (2015 год – 34,3 %; 2014 год – 33,7 %).

Среднее число дней, проведенных на принудительном лечении (от начала до окончания, включая принудительное лечение в стационаре), больными, прекратившими

АПНЛ по решению суда, в отчетном году по сравнению с 2015 годом уменьшилось с 1525,4 до 1065,3 дней (2014 год – 1697), в т.ч. среднее число дней на АПНЛ уменьшилось с 960,3 до 663,4 дней (2014 год – 1100,9), в стационаре среднее число дней уменьшилось с 565,1 до 401,9 дней (2014 год – 596,1). В РФ в 2015 году средняя длительность пребывания больного на принудительном лечении, которому судом прекращено АПНЛ, составила 1142,0 дня, в т.ч. среднее число дней на АПНЛ – 658,5 дней, в психиатрическом стационаре – 483,5 дней. Доля больных, находящихся на АПНЛ на конец года (61), из общего числа больных, находящихся на принудительном лечении (225), составила 27 % (2015 год – 31,7 %; 2014 год – 35,7 %). Удельный вес АПНЛ в системе профилактики ООД в Забайкальском крае ниже такового показателя в РФ (33 %). Профилактическая группа среди контингента АДН составила 118 человек или 12,7 %.

В Забайкальском крае стационарное принудительное лечение осуществляется на базе Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского в филиале п. Ивановка, где функционируют два отделения принудительного лечения: общего типа на 80 коек и специализированного типа на 80 коек.

В 2016 году на принудительном стационарном лечении в Забайкальском крае находилось 293 человека (пользовалось лечением), что составило 2,4 % от числа состоящих на диспансерном учете у психиатра (12 349), в 2015 году таких больных было 327 человек и они составляли 2,7 % от числа диспансерно наблюдаемых больных. Уменьшение числа лиц, находившихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, за последний год составило 34 человека или 10,4 %.

Среднее число койко-дней пребывания больных, выбывших с принудительного лечения в психиатрическом стационаре, составило 520,4 (2015 год – 620,7; 2014 год – 543,2), что ниже средней продолжительности лечения в РФ (754,5), где в отличие от Забайкальского края проводилось принудительное лечение и в ПБСТИН.

Среднее число койко-дней пребывания больных, выбывших с принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа, составило 464,8 (2015 год – 463,7; 2014 год – 505,5; РФ – 555,3), в психиатрическом стационаре специализированного типа – 648,7 (2015 год – 1015,1; 2014 год – 617,5; РФ – 855,2).

Средние сроки лечения в психиатрическом стационаре выбывшими в связи с прекращением принудительного лечения, по сравнению с 2015 годом, уменьшились с 866,3 до 802 дней (2014 год – 792,7). В РФ в 2015 году среднее число дней пребывания на принудительном лечении больных, прекративших принудительное лечение в психиатрическом стационаре по решению суда, составило 966,7 дней.

В отделениях принудительного лечения Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х. Кандинского Забайкальского края внедрены полипрофессиональные подходы к оказанию психиатрической помощи. В отделениях принудительного лечения наряду с психофармакологией с пациентами проводится психосоциальная работа. Она носит бригадную форму: врач-психиатр, психолог, специалист по социальной работе, социальный работник, медицинская сестра.

Работа, проводимая психологом, направлена, прежде всего, на коррекцию делинквентного, агрессивного поведения. В группах обыгрываются ситуации, носящие конфликтный характер, рассматриваются приемлемые способы разрешения конфликта, моделирования поведения. Имеются группы по расширению кругозора, знаний об окружающем мире, реализации творческого потенциала. Проводятся занятия по овладению навыками письма и чтения. В групповой работе задействовано более трети всех пациентов, отделения регулярно посещает священник православной церкви.

Широко применяется терапия занятостью: созданы рабочие бригады по работе в столовой, уборке территории больницы и т.д. Оборудована комната отдыха для

пациентов, проводятся праздничные и культурные мероприятия. Пациенты, принимающие активное участие в оформлении отделения к праздничному мероприятию, награждаются памятными подарками.

Помимо прочих задач, при проведении принудительного лечения обязательным является решение социальных проблем. По мере необходимости, к решению социальных вопросов больных привлекаются их родственники с целью сбора документов для оформления пенсии и решения вопросов проживания пациентов после выписки с принудительного лечения.

Бригадные организационные формы оказания психиатрической помощи больным, находящимся на принудительном лечении, позволяют снизить общественную опасность пациентов, т.к. выписка больных из стационара и перевод их в группу АДЛН возможно после решения всех социальных вопросов.

В Забайкальском крае в 2016 году уменьшилось число лиц, поступивших на стационарное принудительное лечение, на 14,7 % (2014 год – 122 человека; 2015 год – 129 человек; 2016 год – 110 человек). Из числа больных, поступивших на стационарное принудительное лечение (129 человек), ранее находилось на принудительном лечении 38 % (42 человека), в 2015 году – такие больные составляли 25,6 % (33 человека).

Из числа больных, ранее находившихся на принудительном лечении (42 человека), последнее ООД совершили в течение первого года после прекращения предыдущего принудительного лечения 5 человек, что составило 12 %; в 2015 году таких больных было тоже 5 человек, что составило 15 %. Уменьшение доли больных, совершивших последнее ООД в течение года после прекращения предыдущего принудительного лечения, свидетельствует об улучшении работы психиатрической службы по профилактике правонарушений у данной категории больных. Число лиц, которые совершили последнее ООД после прекращения предыдущего принудительного лечения через 5 лет и более – 26 % (2015 год – 21 %). Данная статистика указывает на необходимость продолжения активного диспансерного наблюдения по месту жительства данной группы пациентов и свыше 5 лет после прекращения принудительного лечения.

Заключение. Таким образом, проведенные в последние годы реорганизационные мероприятия в психиатрической службе Забайкальского края позволили усовершенствовать организацию профилактики общественно-опасных действий психически больных.

На территории Забайкальского края создан территориальный медицинский регистр пациентов склонных к ООД, что позволяет персонифицированно проводить анализ эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и разрабатывать программы реабилитации на перспективу.

Усовершенствование реабилитационных технологий с использованием бригадного принципа работы в учреждениях и подразделениях, осуществляющих принудительные меры медицинского характера, в значительной мере обеспечило улучшение качества судебно-психиатрической профилактики. Это подтверждается уменьшением доли больных, совершивших последнее ООД в течение года после прекращения предыдущего принудительного лечения. В тоже время, в целях улучшения работы необходимо усилить межведомственное взаимодействие с правоохранительными органами.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГКУЗ «КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. В.Х. КАНДИНСКОГО

Ступина О.П., Бондаренко А.В.

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

Судебно психиатрическая экспертиза является частью общей психиатрии и в ее задачи входит изучение проявлений психических расстройств, их диагностика и лечение. Принципы организации и основные направления деятельности государственной судебной экспертизы в гражданском, административном и в уголовном судопроизводстве определены ФЗ № 73 «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 года. Основная цель амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы – это оказание содействия судам, судьям, органам дознания, следователям и прокурорам в установлении обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, посредством разрешения вопросов, требующих специальных знаний в области науки, техники, искусства и ремесла.

Работа отделения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского основывается на требованиях выше указанного закона и Порядка проведения судебно психиатрической экспертизы (приказ МЗ РФ от 12 января 2017 года № 3). Отделение располагается в отдельном здании филиала ГКУЗ ККПБ им. В.Х. Кандинского в п. Ивановка и соответствует требованиям, предъявляемым к данным отделениям. В своем распоряжении отделение АСПЭ имеет 7 кабинетов для работы врачей экспертов, психологов, секретарей-делопроизводителей (машинистки), архива и одно конвойное помещение, где находятся лица, содержащиеся под стражей до начала проведения экспертизы, а также оборудованы два кабинета для проведения экспертизы лицам, содержащимся под стражей. Государственный заказ на проведения экспертиз до сентября 2016 года был установлен 1700 экспертиз в год, но в связи с большой потребностью в проведении экспертиз, с 1 сентября 2016 года объем экспертиз был увеличен до 2000 экспертиз в год.

Анализ работы экспертной комиссии за 2016 год показывает, что количество проведенных экспертиз увеличилось по сравнению с предыдущим годом. В 2013 году проведено 1846 экспертиз, в 2014 проведено 2000 экспертизы, в 2015 – 1700 экспертиз, в 2016 – 1903 экспертизы. В 2014 году не доставлено на экспертизу 101, в 2015 – 93, 2016 – 151 подэкспертный.

Анализируя состав подэкспертных, каких-либо существенных изменений в структуре не отмечается. Большую часть подэкспертных составляют подследственные и подсудимые на предмет вменяемости. В 2014 году – 1761, в 2015 – 1563, в 2016 – 1763 обследуемых. Кроме того, освидетельствуются свидетели и потерпевшие на способность правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела и давать показания. В 2013 году таких было 79 (из них комплексных психолого-психиатрических экспертиз проведено 66), в 2014 году – 78 (из них комплексных экспертиз – 64), в 2015 – 84 (из них комплексных экспертиз – 81), 2016 – 110 (из них комплексных экспертиз – 83). Заочные экспертизы в 2016 году не проводились. Число посмертных экспертиз в течение 2014 года – 12 экспертиз, в 2015 – 6 экспертиз, в 2016 – 16, из них несовершеннолетних – 9 (комплексных экспертиз – 13, в отношении несовершеннолетних проведено 9 комплексных экспертиз).

Изучение нозологического состава лиц, показывает, что высокий удельный вес составляют лица, имеющие различные психические расстройства непсихотического

характера, из которых наибольший удельный вес занимают лица с расстройствами личности: 2014 – 537, в 2015 – 429, в 2016 – 521. С умственной отсталостью: в 2014 – 397, 2015 – 374, 2016 – 277 экспертизы. С органическими расстройствами: в 2014 – 474, 2015 – 386, в 2016 – 359.

Количество обследуемых, признанных невменяемыми: в 2014 – 130, что составляет 6,5% от всех проведенных экспертиз, в 2015 – 85, что составляет 5% от всех проведенных экспертиз, в 2016 – 93, что составляет 4,8% от всех проведенных экспертиз.

Анализируя подэкспертных по нозологической структуре, обращает на себя внимание, что чаще ООД совершают больные шизофренией, включая шизотипические и шизоаффективные расстройства (2015 – 42, в 2016 – 43) и умственной отсталостью (в 2014 – 47 в 2015 – 30, в 2016 – 32). С органическими расстройствами, включая симптоматические психические расстройства, органические психозы и слабоумие: в 2014 – 10, в 2015 – 11, 2016 – 17. Удельный вес несовершеннолетних в данных нозологических группах от общего количества невменяемых: для лиц с умственной отсталостью: 2014 – 8,8% (3), 2015 – 1 (1,1%), 2016 – 4 (4,3%); с органическими заболеваниями: в 2014 – 5,3% (1), 2015 – несовершеннолетних лиц признанных невменяемыми не было, в 2016 – 3 (3,2%).

Наибольшее количество рекомендуемых медицинских мер лицам, признанных невменяемыми, приходится на принудительное лечение в стационаре общего типа: 2013 – 63 (55,3%), в 2014 – 82 (63%), в 2015 – 46 (54%), в 2016 – 50 (53,7%). На втором месте из рекомендуемых медицинских мер принудительного характера – лечение в стационаре специализированного типа. Так, в 2013 – 31 (27,2%), в 2014 – 42 (32%), 2015 – 28 (33%), в 2016 – 39 (42%). В 2016 году лица признанные невменяемыми в психиатрические стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением не направлялись. На амбулаторное принудительное лечение – 4 (4,3%).

В 2016 году по 158-162 статьям УК РФ против собственности, обследовалось 685 человек, из них признано невменяемыми 27; по статьям 205, 206, 208, 222 УК РФ преступления против общественной и государственной безопасности – 4 из них признан невменяемым 1. Преступления против жизни и здоровья, убийство, причинение вреда здоровью (105, 106, 111, 112 ст.ст.) – 309. из них признано невменяемыми 21, сексуальные преступления (131-135 ст.) – 77, признано невменяемыми 2, хулиганство, вандализм, угроза убийством (213, 214, 119, 116 ст.) – 386, из них признано невменяемыми 42.

Следует отметить, что по характеру ООД, среди лиц, направленных на специализированный тип принудительного лечения, преобладают преступления, направленные против собственности (ст. 158-162 УК РФ), на втором месте хулиганство, вандализм, угроза убийством, побои (ст. 213, 214, 119, 116 УК РФ) и на третьем месте находятся преступления против жизни и здоровья: убийства, причинение вреда здоровью (ст. 105, 106, 111, 112). При этом обращает на себя внимание, что в большинстве случаев они совершены в состоянии алкогольного опьянения, что несомненно связано с неблагоприятной наркологической ситуацией в Забайкалье.

Число подэкспертных несовершеннолетних правонарушителей составило в 2014 году – 253 (13,7% от всех подэкспертных), в 2015 – 208 (12,6%), в 2016 году 202 (11,2%), и за последние два года остается приблизительно на одном и том же уровне. Достаточно высокий процент несовершеннолетних правонарушителей связан с высокой подростковой преступностью. Особенно высокий удельный вес среди несовершеннолетних, приходится на лиц с органическими заболеваниями: в 2014 – 112 (44%), 2015 – 57 (27%), в 2016 – 44 (21,7%); с умственной отсталостью: в 2014 году – 26 (10,2%), 2015 – 16 (8%), 2016 – 10 (4,9%), и расстройствами личности: в 2014 – 48

(19%), 2015 – 40 (8%), в 2016 – 14 (6,9%), а также при нарушениях психологического развития, поведенческих и эмоциональных расстройств детского и подросткового возраста: в 2014 – 32 (13%), 2015 – 49 (23,5), в 2016 – 114 (56%). Представленные данные демонстрируют высокие показатели подростковой преступности в Забайкальском крае, что связано также с увеличением ее выявляемости со стороны судебно-следственных органов. Доля несовершеннолетних лиц по отношению ко взрослым, среди психически здоровых составила в 2014 году – 18,3%, 2015 – 19%, в 2016 – 19%. В 90% случаев в момент совершения преступления подэкспертные находились в состоянии алкогольного опьянения.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ИНТЕЛЛЕКТА У ДОШКОЛЬНИКОВ ОТДЕЛЬНЫХ РАЙОНОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Тарасова Т.П., Ахметова В.В., Лазо Ю.В., Галиакберова И.Л.
Центр ментального здоровья «Альянс», Москва, Россия
Психотерапевтический центр «Кодар», Чита, Россия
Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия
Забайкальский государственный университет, Чита, Россия

Нарушения интеллекта без преувеличения являются наиболее распространенной психической патологией в детском возрасте. В литературе последних лет все чаще встречаются публикации психиатров, психологов, педагогов по данной тематике. Авторы подчеркивают наличие сложностей в раннем выявлении и своевременной коррекции, а также все возрастающую социальную значимость нарушений интеллекта у детей.

В последние годы все чаще затрагивается региональный аспект проблемы, проводится изучение распространенности и специфики клинико-психопатологических проявлений расстройств на различных территориях РФ. Одним из регионов страны, где проблема нарушений интеллекта в детском возрасте уже более 10-ти лет стоит в ряду наиболее приоритетных, является Забайкальский край (субъект РФ, расположенный в Восточной Сибири, входящий в состав Сибирского федерального округа).

Согласно официальным источникам, социально-экономическая обстановка в регионе хуже по сравнению с РФ в целом. По данным сплошных клинико-эпидемиологических исследований детской популяции, в Забайкалье выявлена высокая распространенность когнитивных расстройств, и в особенности в районах края. Такую закономерность связывают с социально-экономическими факторами и экологической ситуацией (Ступина О.П., 2012).

Описаны клинико-психопатологические особенности нарушений интеллекта у детей из экологически неблагоприятного Балейского района, разработана и внедрена в практику программа комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации указанных расстройств (Злова Т.П., 2007). На опыте ЦРБ г.Балей показана целесообразность создания в районах специализированных отделений реабилитации для детей с когнитивными нарушениями. В ближайшее время по решению местной администрации планируется открытие такого отделения в п.г.т. Первомайский Шилкинского района.

Целью исследования стало изучение клинико-психопатологических особенностей нарушений интеллекта у детей старшего дошкольного возраста, проживающих в п.г.т. Первомайский Шилкинского района Забайкалья для определения региональных особенностей реабилитации.

Материал и методы. Исследование проводили в два этапа. На первом этапе была проведена оценка нервно-психического развития детей в возрасте от 6 лет 0 мес. до 7 лет 1 мес., проживающих в п.г.т. Первомайский (n=86). Обследование проводили сплошным методом согласно спискам из поликлиники по месту жительства. Социально-экономическая обстановка в субъекте, как и в других районах Забайкалья, хуже по сравнению с краевым центром. Первомайский официально не признан экологически неблагополучным, однако, на Интернет-сайте администрации Шилкинского района имеются указания о том, что в работе Горно-обогатительного комбината, имеющего 50-летнюю историю и существующего по сей день, используются тяжелые металлы и радиоизотопы.

На втором этапе из общей группы детей, проживающих п.г.т. Первомайский, были выделены респонденты с пограничной интеллектуальной недостаточностью (ПИН; по МКБ-10 шифры F06.7 и F8; n=36, гендерное соотношение 1 : 1). Указанная группа когнитивных расстройств была выбрана для анализа как репрезентативная (многочисленная и клинически однородная). В качестве групп клинического сопоставления были обследованы дети соответствующего возраста с ПИН из 3х районов края:

- г. Балей, административный центр одноименного района (n=80, соотношение мальчиков и девочек 1,8 : 1). Район является экологически неблагополучным (тяжелые металлы, радиация и др.).

- г. Нерчинск, административный центр одноименного района (n=42, гендерное соотношение 1 : 1). Район является относительно экологически благополучным.

Два указанных района по географическому расположению сходны с п.г.т. Первомайский, а клиническая характеристика ПИН в субъектах представлена в монографии Н.В. Говорина, Т.П. Зловой (2007).

- Черновский район краевого центра Забайкалья, г. Читы (n=65). В отличие от других районов города, является наименее благополучным в экологическом плане, поскольку более 50 лет на его территории функционирует ГРЭС.

Использовались следующие методы: клинический (диагностическая оценка по МКБ-10), патопсихологический (детский вариант теста Векслера; тест школьной зрелости Керника-Йирасека), нейропсихологический (батарея из 29 тестов, рекомендованная Т.П. Зловой, 2007 и И.Л. Морозовой, 2007). Статистическую значимость результатов оценивали по критерию χ^2 .

Результаты и их обсуждение. На первом этапе, при изучении нервно-психического развития детей из п.г.т. Первомайский, было выявлено, что 60% респондентов по достижении старшего дошкольного возраста не готовы к школьному обучению (как по вербальной, так и по невербальной части теста школьной зрелости). У половины респондентов (52,3%) диагностированы нарушения интеллекта, которые в подавляющем большинстве случаев (81,0%) проявлялись клиникой ПИН в виде задержки психического развития (по МКБ-10 F8) органического или смешанного генеза (80%), реже – органического легкого когнитивного расстройства (по МКБ-10 F06.7). У 19,0% детей диагностирована умственная отсталость (по МКБ-10 F7), в основном (95%) легкая.

На втором этапе было проведено сравнительное клинико-психопатологическое изучение ПИН у детей, проживающих в четырех субъектах края (п.г.т. Первомайский, г. Балей, г. Нерчинск, Черновский район г. Читы). Выявлено, что во всех субъектах

ПИН у детей характеризовалась общим, а не только интеллектуальным недоразвитием. Клинически в изученных группах были отмечены: замедленный темп формирования познавательных процессов (главным образом, предпосылок интеллекта – памяти, внимания, работоспособности, речи), незрелость волевой регуляции и эмоций. У детей с органическим легким когнитивным расстройством, помимо перечисленного, выявлялась церебрастенический и психоорганический синдромы.

Отмечено, что у детей из п.г.т. Первомайский в 16% случаев ПИН сочеталась с неврозо-, психопатоподобной и аффективной симптоматикой, что соответствует распространенности симптомов в Черновском районе г. Читы, однако в 2 раза выше показателя в г. Нерчинск ($p < 0,02$) и во столько же раз ниже показателя по г. Балеи ($p < 0,02$). Кроме того, у 10% детей основной группы выявлялась рассеянная неврологическая симптоматика, при этом показатель также соответствовал Черновскому району г. Читы, был выше г. Нерчинск ($p < 0,05$) и ниже такового в г. Балеи ($p < 0,01$).

Анализ интеллектуального профиля по тесту Векслера выявил, что показатели детей из п.г.т. Первомайский по всем вербальным и невербальным пробам не отличаются от таковых у детей из г. Нерчинска и краевого центра. Однако же, выявлены различия по сравнению с таковыми в экологически неблагоприятном г. Балее. Так, в вербальной части теста у детей п.г.т. Первомайский были выше показатели общей осведомленности и способности определять сходства предметов (1-й и 4-й субтесты; $p < 0,01$ в обоих случаях); в невербальной – выше были показатели в субтестах, требующих развития психомоторных навыков (кубики Кооса, разрезные фигуры, лабиринты; $p < 0,01$ во всех случаях).

Нейропсихологическое обследование показало, что у детей основной группы соотношение проб, выполненных на 0-1 балл (правильное выполнение, незначительные недочеты) и 2-3 балла (грубые ошибки, невыполнение задания) составило 1 : 1. Сходная картина выявлена и у детей из г. Нерчинск и краевого центра. У детей же из экологически неблагоприятного г. Балеи указанное соотношение составило 1 : 4.

Анализ нейропсихологического профиля показал, что дети с ПИН из п.г.т. Первомайский хуже (по сравнению с таковыми из г. Нерчинск и краевого центра) справлялись с заданиями, направленными на оценку двигательных функций: праксис по кинестетическому образцу ($p < 0,01$), перенос поз ($p < 0,02$), реципрокную координацию ($p < 0,02$). Следует отметить, что указанные нейропсихологические феномены являются специфичными и для экологически обусловленных ПИН, описанных при исследовании детей в г. Балеи (Злова Т.П., 2007). При этом, однако, показатели детей из г. Балеи все же оказались значительно хуже и таковых в п.г.т. Первомайский ($p < 0,02$ по всем указанным пробам).

Выводы. Клинико-психопатологическими особенностями ПИН у детей старшего дошкольного возраста, проживающих в п.г.т. Первомайский, являются: неравномерность интеллектуального развития с задержкой формирования предпосылок интеллекта и психомоторных навыков. Выявленные нейропсихологические характеристики ПИН характеризуют выраженную функциональную слабость лобно-теменных и постцентральных отделов коры головного мозга.

Согласно результатам сравнительного анализа клиники ПИН в других районах края, возможно предположить экологически обусловленный генез ПИН в п.г.т. Первомайский, однако, этот вопрос требует дальнейшего детального изучения с проведением факторного анализа. Выявленные клинико-психопатологические особенности ПИН у детей п.г.т. Первомайский определяют основные «мишени» психолого-педагогической коррекционной работы с воздействием на нарушенные психомоторные функции.

ДИАГНОСТИКА ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МРТ

Тарумов Д.А., Манчук А.А., Евдакова И.А.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Теоретические представления о патогенезе аддиктивных расстройств претерпевают существенные изменения в последние годы. Это связано с бурным развитием неинвазивных нейровизуализационных технологий, позволяющих наглядно увидеть и количественно измерить многие параметры прижизненной структуры, локального кровотока и метаболизма мозга человека в норме и патологии, а также с использованием и изучением экспериментальных моделей аффективной патологии *in vivo*. Отдельно взятые методы раннего выявления лиц, употребляющих, а так же склонных к употреблению ПАВ малоинформативны и не отвечают современным тенденциям роста аддиктивной патологии, что требует пересмотра данной концепции в целом с точки зрения комплексной диагностики данных состояний. Этим обуславливается целесообразность поиска дополнительных (к клинко-психопатологическому и лабораторному), комплексных методов диагностики аддиктивных расстройств (прежде всего алкоголизма и наркомании), включающих психологические, лабораторные методы, неврологический осмотр и инструментальные методики, в том числе функциональную и структурную нейровизуализацию.

Целью исследования являлось изучение особенностей функционального состояния головного мозга при опиоидной наркомании.

Материал и методы. Обследовано 124 пациентов мужского пола (35,7±4,8 лет) с подтвержденным диагнозом синдрома зависимости от опиоидов. Стаж наркотизации 12,4±2,7 лет. Контрольная группа здоровых лиц составила 35 человек.

Психическое состояние оценивалось с помощью клинко-психопатологического метода и психометрических шкал: анкеты для оценки выраженности синдрома ангедонии; шкалы тяжести зависимости (SDS-S) и (SDS-D); шкалы этапа изменения в готовности и стремлении к лечению (SOCRATES); диагностического скринингового опросника (PDSQ). При исследовании морфофункциональных характеристик головного мозга пациентам выполнялась функциональная МРТ (фМРТ) с использованием модифицированного Струп-теста. При проведении нейровизуализационных исследований изучались особенности паттернов мозгового ответа у больных основной выборки и контрольной группы.

Результаты и их обсуждение. При обследовании с помощью методики SDS тяжелая степень наркотической зависимости определялась у 62,7% (n=25) больных, средняя и умеренная – у 37,3% (n=13 и n=3 соответственно) больных.

По результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES) все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели, при этом статистически значимые отличия выявлялись между группами с длительной и ранней ремиссиями – по параметрам «осознания» и «принятых усилий».

По данным опросника PDSQ, и соотнесению его результатов с результатами шкалы тяжести зависимости SDS, у лиц с тяжелой степенью наркотической зависимости выявлялись признаки тяжелого депрессивного эпизода с высоким суицидальным риском. А у лиц со средней и умеренной тяжестью наркотической зависимости (по результатам того же опросника) психическое состояние соответствовало критериям генерализованного тревожного расстройства с соматическим компонентом и ипохондрическими включениями.

В ходе проведения Струп-теста были выявлены различия в длительности латентного периода ответов у пациентов основной группы, по сравнению с контрольной: между блоками Active (0,6+0,2 с против 0,3+0,1 с) и Baseline (0,4+0,3 с против 0,2+0,1 с). Наименьшую задержку демонстрировали здоровые испытуемые, задержка ответа пациентов с длительной ремиссией достигала максимума после ошибочных ответов. Наконец, пациенты, находящиеся в состоянии ранней ремиссии (менее 6 месяцев) демонстрировали максимальную задержку ответов, их реакции были наименее интенсивны.

Полученные результаты показывают, что на момент включения в исследование у больных всех групп регистрировались высокие показатели реактивной тревоги, суицидального риска, депрессии, высокие показатели выраженности всех трех компонентов синдрома ангедонии, а также, не смотря на различные сроки ремиссии, было выявлено интенсивное влечение к героину. При этом по результатам шкалы готовности и стремления к лечению (SOCRATES), все пациенты продемонстрировали достаточно высокие показатели.

В ходе нейровизуализационного исследования были определены области со статистически достоверными активациями в областях систем «памяти» (миндалины и гиппокамп), «когнитивного контроля» (лобная и префронтальная кора), «мотиваций и эмоций» (лобная кора). При этом структуры головного мозга ответственные за систему «вознаграждения» оставались незадействованными. Не исключено, что данный факт позволяет уточнить состояние пациента: находится ли он в состоянии интоксикации в конкретный момент времени. Наличие активаций в зоне «когнитивного контроля» соотносится с результатами шкалы SOKRATES, демонстрирующими высокие показатели готовности к лечению и изменению жизненных позиций. Интересными и неоднозначными являются полученные кластеры активаций в стволовых структурах головного мозга. Эти результаты, вероятно, объясняются наличием в данных зонах большого количества опиатных рецепторов.

Данные результаты неоднозначны и носят противоречивый характер, в том числе, и из-за небольшого количества наблюдений, на основе которых они были выполнены. Вместе с тем, примечательным для подобных исследований является факт выявления определенных нейрофункциональных изменений при аддиктивных расстройствах, ряд из которых, возможно, может быть «специфичным» для данной патологии. В связи с этим, полученные предварительные результаты требуют более детального изучения в дальнейшем с помощью других методов нейровизуализации, таких как диффузионно-тензорная МРТ, воксельная морфометрия, спектроскопия и позитронно-эмиссионной томография головного мозга.

Выявленные при проведении фМРТ, задействованные патологическими активациями, участки в дальнейшем являются «мишенями» для количественного исследования их методом ПЭТ. Методика трактографии, вероятно, предоставит широкие возможности по изучению вопросов наследственности аддиктивной патологии. Комплексное многостороннее сравнительное исследование аддиктивной патологии в ближайшем будущем положит основу для новой патогенетической классификации химических и нехимических (пищевой, игровой, компьютерной) зависимостей.

Таким образом, сочетание клинических и лабораторно-инструментальных методов, включая функциональную нейровизуализацию, предоставляет возможность более комплексно и объективно рассмотреть проблему аддиктивной патологии для поиска дополнительных (к клиническим) критериев формирования аддиктивных нарушений, в том числе и у так называемых лиц, склонных к зависимому поведению.

В результате проведенного исследования обнаружено, что у больных с аддиктивными расстройствами имеются статистически значимые функциональные изменения в стволовых структурах, префронтальных корковых отделах и структурах гиппокампа (по сравнению со здоровыми лицами) при отсутствии признаков макроорганических поражений указанных участков мозга.

Выводы. Результаты современных исследований свидетельствуют об изменениях в дофаминовой системе головного мозга вследствие интоксикаций ПАВ, под влиянием которых у больных аддиктивной патологией формируются функциональные системы, закрепляющие аддиктивное поведение: система «награды» – в прилежащем ядре и вентральной области паллидума, система «побуждения к действию» – в орбитофронтальной коре и под мозолистым телом, система «памяти и запоминания» – в миндалинах и гиппокампе, система «контроля» – в префронтальной коре и передней поясной извилине.

Активации в зоне ствола и моста головного мозга вероятнее всего связаны со скоплением в этой области опиоидных рецепторов. В ходе исследования значимых корреляций описанных нейрофункциональных изменений с длительностью заболевания и ремиссии, клинической симптоматикой не обнаружено.

УРОВЕНЬ ИНТЕРНАЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Тимкина (Тарасова) О.А., Широкова И.В., Начинов О.Б.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Оценить степень активности человека и эмоциональной зрелости возможно при исследовании уровня субъективного контроля. Уровень интернальности (уровень субъективного контроля) является обобщенной характеристикой личности, которая свидетельствует о том, насколько человек ощущает себя способным контролировать значимые события своей жизни, быть их автором, причиной, а не следствием действий других или влиянием обстоятельств.

Исследуя показатели интернальности можно оценить основные характеристики личности студентов, оказывающие регулирующее воздействие на формирование межличностных отношений и способы разрешения различных стрессовых ситуаций.

Цель работы: изучение уровня интернальности (субъективного контроля) у студентов Читинской ГМА, как одного из показателей, характеризующих состояние психологического здоровья студентов.

Материалы и методы. Сплошным методом было проведено анонимное анкетирование студентов 5 курса педиатрического факультета Читинской государственной медицинской академии. Всего в исследование было включено 44 респондента. Средний возраст составил 21 год. Протестировано 29,6% юношей и 70,4% девушек.

В данной работе использовалась методика, разработанная Е.Ф. Бажиным на основе шкалы локуса контроля Дж. Роттера. Локус контроля является характеристикой волевой сферы человека, которая отражает его склонность приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам или собственным способностям и усилиям. Приписывание ответственности за результаты своей деятельности внешним силам носит название экстернального или внешнего локуса

контроля, а приписывание ответственности собственным способностям и усилиям – интернального, внутреннего локуса контроля (Куприянов Р.В., 2012). Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты исследования. Большая часть респондентов воспитывалась в полной семье – 75%. Не замужем (не женаты) 70,5% студентов. Отношения в семье оценили как хорошие 88,6% респондентов, средние 11,4%. У 25% студентов наследственность отягощена алкоголизмом родных. 54,5% отрицают у себя какие-либо заболевания, 45,5% имеют хронические соматические заболевания. У 77,2% успеваемость при обучении – средняя, 22,7% имеют высокую успеваемость. Впервые употреблять спиртные напитки студенты начали в возрасте от 14 лет до 20 лет, 29,5% из которых с 17 лет, 27,3% не пробовали и не употребляют алкоголь вообще. Курящими в настоящее время являются 13,6% учащихся. Выявлено, что 72,7% студентов имеют средний уровень интернальности; высокий уровень интернальности зарегистрирован у 27,3% исследуемых.

Выводы:

1. Высокий уровень интернальности выявлен у 27,3% студентов, который соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Обследуемые данной группы считают, что большинство важных событий в их жизни было результатом их собственных действий, чувствуют ответственность за эти события. Студенты с высоким показателем субъективного контроля обладают эмоциональной стабильностью, упорством, решительностью, хорошим самоконтролем и сдержанностью.

2. Установлено, что большая часть студентов (72,7%) имеет средний уровень интернальности. Особенности субъективного контроля у данной группы студентов могут изменяться в зависимости от того, представляется ли человеку ситуация сложной или простой, приятной или неприятной.

3. Низкий уровень интернальности, который свидетельствует о конформном поведении, эмоциональной неустойчивости, а также плохом самоконтроле у обследуемых студентов не выявлен.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ХИМИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Толстов Д.А., Перельгина М.О.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

В современном мире наибольшую актуальность набирает проблема, где зачастую действиями человека правят эмоции, а эффективность жизнедеятельности личности все чаще зависит от эмоционального состояния и от того, насколько индивидуум осознает и понимает происходящее с ним на эмоциональном фоне. Неспособность обрабатывать те или иные чувства ведет к изменению личностных характеристик и особенностей, которые влекут за собой разрушительные последствия. Такие последствия могут выражаться не только в заболеваниях, разного рода недомоганиях и нарушениях телесного функционирования, но и девиантном, деликвентном поведении, что может выражаться в различного рода зависимостях.

Существует такое понятие как «эмоциональный интеллект», которое было введено в 1990 году Д. Майером и П. Саловеем. Они описывали эмоциональный интеллект как разновидность социального интеллекта, затрагивающую способность отслеживать свои и чужие эмоции и чувства.

В ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» проводится целенаправленная психотерапевтическая работа с пациентами отделения медицинской реабилитации по развитию эмоционального интеллекта как способности понимать и осознавать эмоции, использовать свои эмоции для решения задач, развивать умение эмоционально стабилизировать свое состояние в критических ситуациях.

В исследовании принимало участие 87 пациентов, прошедших полный курс стационарного лечения (3-6 месяцев).

На первичном и контрольном психодиагностических этапах применялся тест на эмоциональный интеллект (The Emotional Intelligence Self-Evaluation) Н. Холла. Методика направлена на выявление способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений.

Она состоит из тридцати утверждений и содержит пять шкал:

1. Эмоциональная осведомленность – это осознание и понимание своих эмоций. Люди с высокой эмоциональной осведомленностью в большей мере, чем другие, осведомлены о своем внутреннем состоянии.

2. Управление своими эмоциями – это эмоциональная отходчивость, эмоциональная гибкость, другими словами, произвольное управление своими эмоциями.

3. Самомотивация – управление своим поведением за счет управления эмоциями.

4. Эмпатия – это понимание эмоций других людей, умение сопереживать текущему эмоциональному состоянию другого человека, а так же готовность оказать поддержку. Это умение понять состояние человека по мимике, жестам, оттенкам речи, позе.

5. Распознавание эмоций других людей – умение воздействовать на эмоциональное состояние других людей.

Сумма баллов по всем шкалам составляет так называемый интегративный уровень эмоционального интеллекта: 70 и более – высокий; 40-69 – средний; 39 и менее – низкий. На этапе первичного психодиагностического исследования у большей части пациентов (65%) интегративный уровень эмоционального интеллекта определялся как низкий, показатель среднего уровня параметра интегративного эмоционального интеллекта присутствовал у 29% пациентов и высокий показатель уровня интегративного эмоционального интеллекта – у 6% от общего числа пациентов.

Исходя из вышеназванных составляющих, складывается эмоциональный интеллект, который служит своеобразным мерилом отношений с окружающей действительностью и противодействию стрессогенных факторов жизни индивидуума.

В процессе психотерапии в отделении медицинской реабилитации ГУЗ КНД использовались методы, направленные на повышение уровня эмоционального интеллекта, такие как: динамическая психотерапия, провокативная психотерапия, рационально-эмотивная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия, танцедвигательная терапия. Основная работа в развитии эмоционального интеллекта была направлена на вербализацию чувств и эмоций, их осознание, понимание, расширение словарного запаса, обозначающих то или иное чувство, применение на практике полученных знаний.

Психотерапевтическое вмешательство проводилось как в индивидуальном, так и групповом форматах. На начальных этапах возникали определённые трудности с вербализацией чувств вследствие алекситимии. Это преодолевалось включением в процесс работы методик невербальной направленности и дальнейшим переходом на когнитивные направления. Групповая форма работы в данном случае даёт наибольшие результаты, поскольку эмоциональный интеллект неразрывно связан с социумом, и в итоге это отражается на функционировании личности в обществе.

На этапе контрольного психодиагностического исследования качественно изменились показатели у пациентов, прошедших полный курс стационарного лечения. В структуре эмоционального интеллекта отмечалась положительная динамика. Показатель низкого уровня интегративного эмоционального интеллекта определялся у 30% пациентов, показатель среднего уровня интегративного эмоционального интеллекта – у 55%, и показатель высокого уровня интегративного эмоционального интеллекта – у 15%. Повышение значений отмечалось по всем пяти шкалам.

Таким образом, развитие эмоционального интеллекта является одним из основополагающих компонентов выздоровления химически зависимых пациентов. Эмоции и чувства помогают людям лучше понимать себя и окружающий мир, находить общие точки соприкосновения, что в конечном итоге ведёт к выздоровлению и увеличению сроков ремиссии аддиктов.

АСПОНТАННОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ

Уваров И.А., Лукин А.Ю., Пушин Д.В., Шишкина Н.А., Нафиков А.Р.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Республиканский наркологический диспансер, Ижевск, Россия

Пациент С-в А.А., 09.08.1995 г.р. Находился на лечении в республиканской клинической психиатрической больнице (РКПБ) города Ижевска с 10.09.2016 по 07.12.2016 года.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью отца и матери, оба лишены родительских прав. Мать в 2003 году была осуждена и отбывала наказание по ст. 228 УК РФ. Родился в Ижевске, от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 7 недель, роды первые, в срок, вес при рождении 2920 гр., закричал сразу. Из роддома был выписан с D-s: «Внутриутробная гипотрофия» на 10-е сутки.

Рос старшим из троих детей в неблагополучной семье, воспитывался по типу гипоопеки и эмоционального отвержения, с детства был предоставлен сам себе. Сидит с 5 месяцев, ходит 1 года, слова с 1,5 лет, фразовая речь с 2,5 лет. До года переболел ОРВИ, перенес постгипоксическую энцефалопатию, синдром гипервозбудимости; после года – ОРЗ, сальмонеллез, краснуху. В 2 года перенес легкую ЧМТ без потери сознания, лечился амбулаторно.

В школу пошел с 7 лет; 8-й и 9-й классы обучался на дому. Экзамены сдавал в щадящем режиме. После 9 класса поступил в училище по специальности электрогазосварщик, но учиться не стал, был отчислен за неуспеваемость. После чего вновь вернулся в школу, где закончил 11 классов на домашнем обучении. Работал

грузчиком без оформления трудовых документов в разных местах, нигде более месяца не удерживался.

Анамнез заболевания. Первые пробы курительных смесей в 14 лет (в 2009 году) с частотой от одного раза в неделю до одного раза в месяц, с 16 лет начал употреблять наркотик систематически, ежедневно. Впервые проходил стационарное обследование по линии РВК в мужском отделении РКПБ города Ижевска с 11.02.2014 г. по 07.03.2014 г. Был отпущен в лечебный отпуск, из которого вернулся через 10 дней, причину своего опоздания не объяснил, был груб, требовал отпустить его в лечебный отпуск, отказывался выполнять трудовые поручения. Был проведен тест на наличие наркотических веществ в моче – положительный результат на наличие каннабиноидов.

В сентябре 2014 года на приеме с мамой. С ее слов, стал раздражительным, скрытным, неоднократно крал у родных вещи, нигде не работает. Пациент просит госпитализировать его в стационар, так как боится уголовного наказания за кражу телефона у сестры. Проходил стационарное лечение в республиканском наркологическом диспансере (РНД) Ижевска с 23.06.2015 г. по 25.06.2015 г. с D-s: «Синдром зависимости, вызванный употреблением синтетических каннабиноидов». В дальнейшем неоднократно лечился в РНД по 1-2 дня с целью купирования абстиненции, на 2-3 сутки отказывался от лечения.

С января 2016 по август 2016 года 5 раз в сопровождении родственников обращался в диспансерное отделение РКПБ. Со слов бабушки, «разговаривает сам с собой, угрожает кому-то пальцем, на замечания реагирует агрессивно – бросается посудой, временами беспричинно смеется, свое поведение никак не объясняет». Отец сообщил, что пациент принимает «спайсы», вынес практически все металлические вещи из квартиры. Может долго смотреть в лицо и вглядываться, не реагируя на вопросы. Чтобы обратить внимание, «его нужно отдернуть за руку». Переходя дорогу, не обращает внимания на машины, уже несколько раз родственники больного «буквально выдергивали из-под колес автобуса».

Бабушка также сообщила, что в течение последнего года перестал следить за собой: нужно напоминать выполнять гигиенические мероприятия, заставлять мыться, сменить одежду. В течение последних месяцев вообще ничего сам не делает, моет пациента и стрижет ему ногти бабушка, т.к. «если этого не делать, сядет на край ванны и будет сидеть бесцельно долгое время». Забывает поесть – то долго не ест, а когда начинает – не может остановиться, похудел за последний месяц. Был эпизод, когда пациент был неопрятен каловыми массами в подъездах отца и бабушки. На каждом приеме больной отказывался от госпитализации.

В настоящее время влечение к синтетическим каннабиноидам носит компульсивный характер. Толерантность на пике заболевания возросла в 10 раз, за последнее время значительно снизилась. Изменилась форма опьянения (со слов родных, периодически разговаривает сам с собой, к чему-то прислушивается, временами становится подозрительным), исчезли защитные рефлексы. Состояние абстиненции характеризуется грубыми дисфорическими эпизодами, неоднократно продавал вещи из дома, совершал ООД.

В последние 2 года ведет паразитический образ жизни, ничем не занимается, нигде не работает. Дважды судим условно по ст. 158 УК РФ. Перестал следить за собой, не моется, не следит за своим внешним видом, спит в одежде, крайне неряшлив, бывает чрезвычайно прожорлив, либо подолгу не ест. Бродяжничает, группируется с асоциальными личностями. Спиртное употребляет крайне редко, признаков зависимости от алкоголя не обнаруживает.

Соматический статус. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен, выглядит значительно старше своих лет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. АД=110/70 мм.рт.ст., пульс 77 уд/мин., Живот мягкий, б/б. Печень +1 см ниже реберной дуги. ИФА на сифилис от 14.09.2016 отриц.

Заключение невролога: Токсическая полинейроэнцефалопатия.

Психолог: выраженное нарушение продуктивности познавательной деятельности, обусловленное значительным нарушением целенаправленности мышления, формальностью, искажением мотивационного компонента в рамках органического симптомокомплекса.

Психический статус. Сознание ясное, контакту доступен. Ориентирован в собственной личности, месте нахождения верно, в текущей дате – «сентябрь 2017». Эмоционально уплощен, мимические реакции невыразительные, скудные. В беседе безынициативен, отвечает лишь на поставленные вопросы, кратко, формально, интереса не проявляет. Поинтересовался лишь тем, будут ли его отпускать в лечебные отпуска. Сведения, полученные от бабушки, отрицает, продажу вещей из дома объясняет тем, что «хотел кушать». Не отрицает, что длительное время употребляет «спайсы», когда была последняя интоксикация, не помнит. На все вопросы отвечает после некоторых пауз, требует внешней стимуляции, повторных вопросов, озирается по сторонам. Наличие обманов восприятия отрицает, бредовые идеи не высказывает.

За время нахождения в стационаре жалоб на здоровье не предъявлял. На вопросы отвечал по существу, но кратко и крайне формально. Был безынициативен, пассивен, ни с кем не общался, залеживался в постели, время проводил бесцельно. В начале госпитализации внезапно побежал в столовую во время тихого часа, запрыгнул в окошко буфета, замахнулся на буфетчицу и пытался ударить ее, никак объяснить этого поступка не смог. Импульсивно пытался убежать из отделения. Был неопрятен калом, часто мастурбировал. Реальных планов на будущее не высказывал, влечение к наркотику отрицал.

Таким образом, при анализе истории болезни на первый план выходят признаки выраженной лобной дисфункции в виде апатии, аспонтанности, в сочетании с бесцельными импульсивными действиями. Критика к своему состоянию носит крайне формальный характер. Планы на будущее, стремления, цели фактически отсутствуют. В то же время в интеллектуальной сфере выявляется легкий когнитивный дефицит, что, по-видимому, обусловлено отчасти социально-педагогической запущенностью. Сформировался своеобразный дефект, характеризующийся эмоциональным огрубением, снижением волевой активности и энергии, морально-этическим снижением, во многом напоминающий шизофреноподобный (эндоформный), что соответствует картине грубых личностных изменений при каннабиноидной наркомании.

Диагноз: Выраженное расстройство личности и поведения (аспонтанный вариант) вследствие зависимости от синтетических каннабиноидов III стадии. Повторные эпизоды острых интоксикационных психозов в анамнезе.

Получал лечение: тиоридазин, галоперидол, ПК-Мерц, феназепам, аминазин, пропазин, тригексифенидил, реланиум, пиридоксина гидрохлорид, оланзапин, хлорпротиксен, рисперидон. Плохо переносил терапию галоперидолом (отмечались явления острой дистонии).

Даны рекомендации в прохождении медико-социальной экспертизы для оформления группы инвалидности.

«Я И МОЙ РЕБЕНОК»: ВЗГЛЯД ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В ГЕСТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Ульяновская Т.Н., Соловьев А.Г.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Проблема алкоголизации среди женщин репродуктивного возраста продолжает оставаться актуальной. В России до 20% беременных в той или иной степени интенсивности употребляют спиртное (Оразмурадов А.А. и др., 2007). Алкогольное поведение во время гестации, как один из факторов риска, ведет к патологическому течению беременности, родов, может вызвать фетальный алкогольный синдром, обуславливает высокую перинатальную смертность (Бочарова Е.А. и др., 2003). Кроме физических последствий внутриутробного влияния спиртного, отмечаются и нарушения социально-психологического характера у беременных женщин (Ульяновская Т.Н., Соловьев А.Г., 2010). Алкогольное поведение будущей мамы связано с ослаблением материнских чувств и последующим нередким жестоким обращением с детьми. Данные нарушения во многом определяются отношением к беременности и ситуации будущего материнства, диагностика которых имеет большое прогностическое значение.

Вышеизложенное определило **цель настоящего исследования** – изучение психологического восприятия беременности у женщин с алкогольным поведением.

Обследованы 152 беременные женщины, средний возраст $24,2 \pm 0,4$ лет. Выборка была разделена на две группы: основную (ОГ) – 108 беременных, употреблявших алкоголь в период гестации на донологическом уровне без формирования синдрома зависимости и контрольную (КГ) – 44 беременных, не употребляющих спиртные напитки.

Использован рисуночный теста «Я и мой ребенок» (Брутман В.И. и др., 2002), позволяющий изучить особенности переживания беременности и ситуации материнства, которые могут характеризоваться, как: благоприятная ситуация, незначительные симптомы неуверенности и тревоги, тревога и неуверенность в себе, конфликт с беременностью или ситуацией материнства. Учитывались: наличие на рисунке фигур матери и ребенка, замена их образа на животное, растение, символ, содержание образа ребенка и его возраст, соотношение размеров фигур матери и малыша, отражение их совместной деятельности, дистанция и особенности расположения персонажей, изоляция фигуры ребенка, а также характеристика общего состояния (благополучие, неуверенность в себе, тревожность, признаки конфликтности и враждебности, относящиеся к теме рисунка) по формальным признакам рисунка и поведенческим проявлениям во время рисования (качество линии, расположение на листе, детали рисунка, проявлявшиеся эмоции, высказывания, паузы и т.д.). Статистическая обработка номинальных независимых данных проводилась с использованием критерия хи-квадрат.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что благоприятная ситуация беременности наблюдалась в 3,6 раза реже в ОГ (9,3%) по сравнению с КГ (34,1%). У будущих матерей, употребляющих спиртные напитки, реже встречались спокойное и уверенное отношение к предстоящему материнству и уверенность в своих силах. Их рисунки характеризовались меньшей соразмерностью фигур матери и ребенка, а также редким наличием телесного контакта между ними.

Незначительные симптомы неуверенности и тревоги в 1,9 раза чаще встречались у беременных КГ (43,2%). Такие женщины более склонны проявлять некоторую неуверенность в своих силах, которая носит, как правило, периодический характер.

Значительная тревога выявлялась у половины респондентов ОГ (50,0%), что в 4,3 раза чаще, чем КГ (11,4%): женщины проявляли неуверенность в том, что смогут хорошо справляться с предстоящими обязанностями и требовали поддержки, помощи в процессе воспитания со стороны близких и друзей. Их рисунки характеризовались большим количеством штриховки, были очень мелкими, расположенными внизу листа или в углу; на них присутствовало большое количество дополнительных объектов, тщательная прорисовка деталей одежды, схематизация и другие члены семьи.

Признаки конфликтности преобладали у респондентов ОГ (18,5%). Будущие матери были более склонны вести прежний образ жизни, вне зависимости от наступления беременности, материнство виделось им, как тяжелое бремя, к которому они еще не готовы. Они чаще отказывались от выполнения задания. На рисунках имелись стирания, зачеркивания, большое количество дополнительных объектов, а также отсутствие образов себя или ребенка, или же замена их на растения, животных. Ребенок был спрятан в коляске, животе матери, отсутствовал контакт с ним.

В целом, в выборке восприятие беременности сопровождалось тревожными состояниями. В ОГ на первое место по частоте встречаемости выходят выраженная тревога и неуверенность, на второе – незначительные симптомы тревоги, на третье – конфликт и на четвертое – благоприятная ситуация будущего материнства. В КГ, соответственно, незначительные симптомы тревоги, благоприятная ситуация и третье место разделили выраженная тревога и конфликт с беременностью.

Таким образом, анализ рисуночной методики «Я и мой ребенок» показал, что женщины, употреблявшие алкоголь, сложнее воспринимают состояние беременности, идентифицируют себя и ребенка, как единое целое с тревогой, и в будущем менее нацелены на общение с ним.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЧАСТОТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Федоровский И.Д.

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

Целью исследования является изучение влияния дефицитарной симптоматики на психосоциальные показатели у больных шизофренией.

Материал и методы. Были проанализированы амбулаторные карты 1327 больных с психическими расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся у психиатров психоневрологического диспансера № 5 Красногвардейского района г. Санкт-Петербурга. Была сформирована фокус-группа из 80 пациентов: 50 мужчин и 30 женщин, в возрасте $42,8 \pm 10,9$ лет. Для верификации диагноза шизофрении в исследование включались пациенты с длительностью заболевания не менее 5 лет.

Критериями исключения являлись псевдоорганический дефект с выраженными проявлениями атактического мышления или шизофазии и соматические заболевания в стадии декомпенсации. В исследовании использовались клинико-психопатологический, клинико-архивный и статистический методы. Применялись формализованная карта исследования пациентов, состоящая из 5 модулей, и опросник И.Я. Гуровича и

А.Б. Шмуклера. С помощью статистического пакета STATISTICA 6.0 проводилось вычисление показателей описательной статистики. Для установления корреляционных связей применялся коэффициент ранговой корреляции по Кендаллу (τ). Анализ вида зависимости одного признака от одной или нескольких переменных проводился методом линейного регрессионного анализа. В настоящем исследовании достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Важнейшим показателем, характеризующим социальную адаптацию пациента, является количество госпитализаций, то есть количество тех моментов, когда больной дезадаптировался максимально. Наибольший удельный вес (50%) составили больные, имевшие от 1 до 5 госпитализаций. Затем следовали пациенты, имевшие от 6 до 10 (30%), от 11 до 15 (15%), 21 и больше (3%) и от 16 до 20 госпитализаций (2%).

Наиболее значительной была доля пациентов со средним профессиональным образованием – 28,75%. Затем следовали доли больных с высшим – 27,5%, средним – 17,5%, незаконченным высшим – 16,25% и неполным средним образованием.

На период обследования 57,5% пациентов не работали, 16,25% постоянно работали в должности ниже полученного образования и квалификации, 11,25% постоянно работали в соответствии с полученным образованием и квалификацией. Такую же долю – 11,25% составили больные, которые временно работали в должности ниже полученного образования и квалификации и лишь 3,75% человек временно работали в соответствии с полученным образованием и квалификацией. Наибольшую часть в исследуемой группе составили больные с длительными (более 5 лет) перерывами в трудовой деятельности (28,75%), доли больных с отсутствием трудового стажа и короткими – до года перерывами оказались равными (27,5%) и лишь небольшое количество (16,25%) непрерывно работали с начала заболевания.

Наблюдалась высокая доля (32,5%) пациентов, попадающих в стационар с психопатоподобным синдромом. Этот контингент, кроме психофармакотерапии, нуждается в широком спектре психосоциальных вмешательств (Васильева Е.А., 2006). Эти пациенты направлялись в стационар психиатрическими бригадами скорой помощи в связи с нарушениями поведения и конфликтами. Направления же врачей диспансера были обусловлены обострениями в рамках ведущих галлюцинаторно-параноидного (32,5%), аффективно-бредового (20,0%), парафренного (8,75%), параноидного (3,75%) и паранойяльного (2,5%) синдромов.

По своему семейному положению 65,0% больных никогда не вступали в брак, 12,5% были женаты (замужем), 13,75% находились в разводе, 7,5% в гражданском браке и 1,25% были вдовыми. Коммуникативные показатели были следующими: полностью перестали общаться с друзьями и знакомыми 31,25%, продолжали ежедневно общаться 21,25%, еженедельно – 35,0%, 1 раз в месяц – 6,25%, 1 раз в 3 месяца – 5,0%, 1 раз в 6 месяцев – 1,25%.

За время болезни изменялась и характеристика круга общения. Разнообразный круг общения, в значительной степени по инициативе больного, сохранялся лишь у 8,75% обследуемых. Общение с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, сохранялось у 41,25%, ограничение общения только семейным окружением, в том числе и по инициативе больного – у 6,25%, общение с узким кругом лиц, в основном с членами семьи по их инициативе, носящее эпизодический характер – у 22,5%, и полное отсутствие потребности в общении выявлялось у 21,25% пациентов.

Заключение. Установлена статистически значимая отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателем госпитализации и показателями уровня образования, занятости, трудового стажа, круга общения, материального и семейного положения. Таким образом, чем выше эти показатели, тем ниже показатель

госпитализации в психиатрическую больницу. Учет этих данных способствует более дифференцированному подходу к разработке реабилитационных программ для больных параноидной шизофренией.

РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Царик Н.Д.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Реабилитация – это концептуальная модель, подразумевающая существование сложной многофакторной природы заболевания и утверждающая, что биологические, психологические, социальные и духовные факторы играют значительную роль в функционировании человека. При реализации данного подхода внимание специалистов фиксируется не на болезни и ее симптомах, а на пациенте как целостной личности со всеми ее жизненными заботами и проблемами.

Главная цель реабилитации состоит в восстановлении утраченных положительных социальных навыков, в формировании нормативного социального статуса на основании изменения личностных ценностей, а так же в развитии творческого потенциала. Это постоянный активный поиск, мотивационное консультирование, социальная и психологическая поддержка, обеспечение доступа к услугам социальной, медицинской и иной направленности.

Ранее в отечественной системе оказания наркологической помощи в отношении зависимых лиц решались в основном медико-биологические задачи, в том числе и различного вида кодирования. В настоящее время в ГУЗ «Краевой наркологический диспансер» (далее – ГУЗ КНД) в лечении пациентов с наркологическими расстройствами используется программно-целевой подход, который предполагает разнообразие компонентов лечебно-профилактического процесса в зависимости от уровня мотивации. При этом мотивация выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает: желание начать лечение; активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения; стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

К основным положениям реабилитации в наркологическом отделении Краевого наркологического диспансера можно отнести следующие постулаты:

1. Все реабилитационные мероприятия реализуются бригадой специалистов реабилитационного звена, в которую входят врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе, социальный работник.

2. Так как лица, находящиеся в трудной жизненной ситуации в связи со злоупотреблением психоактивных веществ, почти всегда имеют проблемы во многих других областях жизни, эти проблемы могут быть как результатом сформированной зависимости, так и ее причиной. К таким причинам можно отнести: проблемы физического здоровья, проблемы психического здоровья, проблемы взаимоотношений с другими людьми и с семьей, проблемы трудоустройства, проблемы проведения свободного времени и отдыха и т.д.

В связи с этим проводится комплексное, последовательное выявление всех био-психо-социо-духовных проблем связанных со злоупотреблением ПАВ. Таким образом, пациент, поступивший в стационар, получает полную медикаментозную помощь, к

лечению подключаются врач психотерапевт и психолог. Проводится консультирование и индивидуальные сеансы психотерапии и тестирования. На этом этапе реабилитации формируются группы, проводится групповая работа, подключаются к работе с пациентами представители негосударственных общественных организаций «Анонимные Алкоголики», «Анонимные наркоманы», духовенство.

Во время групповой работы основной целью являлось формирование альянса и сотрудничества специалиста и пациента. Тренинговая работа, позволяющая сформировать чувство уверенности, моделировать и проигрывать навыки, считается наиболее важной. При этом используются методы релаксации, обучения навыкам совладания со стрессом. Еще одним видом работы, которому уделяется особое внимание, является семейная психотерапия. Во время такой работы происходят изменения в структуре семьи, разрыв «порочного круга» во взаимоотношениях и переход семьи к более доверительным отношениям. Положительным результатом групповой работы является то, что пациент получает поддержку от участников группы, которые делятся своим опытом, трудностями и достижениями.

Работу в группах можно разделить на несколько этапов.

1. Этап адаптации – приспособление пациента к условиям, распорядку проживания в реабилитационной среде, установку личностных контактов с сотрудниками и участниками программы.

2. Этап интеграции – формирование устойчивого психотерапевтического альянса и сотрудничество специалиста и пациента в достижении целей.

3. Этап стабилизации – подготовка пациента к возвращению в семью и в общество, активное вовлечение в общественные организации «Анонимные Алкоголики», «Анонимные наркоманы».

4. Этап реабилитации – завершающий этап, направленный на профилактику срывов и рецидивов заболевания, улучшение качества жизни.

В 2016 году в ГУЗ КНД прошли стационарную реабилитационную программу 227 пациентов, что составило 6,8% от числа проходивших стационарное лечение (РФ 2015 г. – 5,1%). Успешно закончили стационарный этап реабилитации 88,1% пациентов (РФ 2015 г. – 81,7%).

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Черенков А.А., Обухов Н.Г., Шишкин С.А.

Республиканский наркологический диспансер, Ижевск, Россия

Обеспечение сосудистого доступа является универсальной, важнейшей и наиболее часто встречающейся манипуляцией практически в любом разделе медицины и актуальность его обеспечения не вызывает сомнений.

Практика наркологии также напрямую зависит от обеспечения доступа к сосудистой (прежде всего венозной) сети. Следует отметить, что обеспечение сосудистого доступа остается отчасти «за кадром». Т.е. зачастую никто не задумывается, каким образом, у конкретного больного этот самый доступ будет осуществлен; как та или медсестра, или врач, выполняют венепункцию или катетеризацию периферической или центральной вены, например, у больного с

развившимся психозом или на высоте эпилептической припадка, которые зачастую сопровождают больных с алкогольными проблемами. Следствием такого отношения к проблеме не редко становится недооценка значимости обеспечения сосудистого доступа врачами – наркологами. В ряде случаев имеет место назначение тех же транквилизаторов «малоуправляемым» в/мышечным или пероральным путем в дозировках значительно превышающую их предельную норму.

Следует отметить ряд специфических нюансов терапии больных наркологического профиля, которые влияют на выбор техники обеспечения венозного доступа. К таковым нюансам относятся:

1. Состояние преморбидного фона наших больных. Не секрет, в частности, что значительную часть больных составляют лица с девиантным поведением, психическими расстройствами. Как следствие у них с одной стороны отсутствует дисциплина и терпение, необходимые для длительного лечения энтеральными препаратами, а с другой отсутствуют элементарные санитарно – гигиенические навыки. Обеспечение сосудистого доступа у больных на высоте психотической реакции чревато грозными осложнениями для больного и не безопасно для осуществляющего его медработника;

2. Среди наших пациентов высока концентрация больных с гепатитами В и С, которые часто характеризуются грубыми изменениями системы гемостаза. Значителен также процент больных с ВИЧ – инфекцией, различных стадий, которые характеризуются иммунодефицитом, с одной стороны и хроническим сепсисом с другой;

3. Наконец многим нашим пациентам неоднократно выполнялась катетеризация как периферических, так и центральных вен. Сформировавшаяся при этом рубцовая ткань приводит к техническим трудностям манипуляции.

Как уже отмечалось, обеспечение венозного доступа возможно несколькими путями:

1.1. Пункционным, при котором в сосуде остается игла, через которую и осуществляется введение препарата или инфузионной среды;

1.2. Катетеризацией периферического сосуда по методу Сельдингера («способ катетер по проводнику») или (чаще) катетером через просвет широкой иглы, которую после пункции вены удаляют (способом «катетер через иглу»);

1.3. Венесекцией (методикой которой владеют только врачи старшего поколения, и которая вряд ли применима в наркологическом стационаре);

1.4. Катетеризацией центральной вены, которая в свою очередь делится на:

1.4.1. катетеризация v. subclavia над – и подключичным способом;

1.4.2. катетеризация v. jugularis int.;

1.4.3. катетеризация v. femoralis.

В настоящее время доступность и более активное использование катетеров для периферических вен позволяет в большинстве случаев выполнять задачи инфузионно-трансфузионной терапии.

Были проанализированы 2456 историй болезни пациентов, прошедших лечение в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) республиканского наркологического диспансера (РНД) г. Ижевска за период 2007-2015 гг. Из них 1095 (44,6%) были больные алкогольной зависимостью, 879 (35,8%) – больные с отравлениями т.н. дизайнерскими наркотиками (СПАЙС-ы, синтетические катионы – т.н. «соли»), 452 (18,4%) – больные с зависимостью от опиоидов (из них 431 (95,4%) – с зависимостью от героина, 21 (4,6%) - с зависимостью от дезоморфина, метадона, ацетилированного опия), еще 30 (1,2%) составили больные с отравлениями другими ПАВ. Пациенты мужского пола составили 77,3% и женского – 22,7% соответственно. Средний возраст пациентов с опиоидной зависимостью составил

32,1±7,9 года, 43,8±9,1 года у больных алкогольной зависимостью и с отравлениями дизайнерскими ПАВ – 25,2±4,1 лет. Показанием к переводу в ОАРИТ было, прежде всего, проявление витальных дисфункций: расстройств гемодинамики, дыхательная недостаточность. Значимым показанием для перевода в отделение являлось также психомоторное возбуждение. Всем больным проводился комплекс интенсивной терапии, включающий в себя инфузионно-трансфузионную составляющую. При этом всем больным производили катетеризацию центральной или периферической вены.

У больных с алкогольной зависимостью катетеризация центральной вены произведена в 79 случаях (7,21%). Любопытно, что по данным годовых отчетов ОАРИТ различных ЛПУ города и Республики соотношение катетеризаций периферических и центральных вен составляет примерно 20:1.

У больных с отравлениями «дизайнерскими ПАВ» центральную вену пришлось катетеризировать 112 раз (12,74%), причем во всех случаях это были больные с отравлениями т.н. «солями». В 76 случаях (67,86% в этой группе) катетеризацию пришлось проводить экстренно. Следует также отметить, что практически все больные с «центральной веной» были из «старых», героиновых наркоманов, перешедших на синтетические катиноны. Наконец в группе с опиоидной зависимостью центральная вена была использована у 146 больных – 32,3%.

Таким образом, центральная вена была катетеризирована в 13,72% случаев (у 337 больных), что значительно превышает аналогичные показатели в других ЛПУ.

При выборе центральной вены в абсолютном большинстве использовалась *v. subclavia* – 98,63%. На долю *v. jugularis int.* приходится оставшиеся 1,37%. *V. femoralis* не использовалась ни разу. Не столь частое применение катетеризации *v. jugularis int.* в нашей клинике объясняется с одной стороны недостаточным количеством специальных, предназначенных именно для катетеризации *v. jugularis int.* катетеров (наборов для катетеризации), с другой стороны менее удобной и, на наш взгляд, менее надежной фиксации катетера у наших «девиантных» пациентов. Касаемо же не использования *v. femoralis*, следует отметить, что у значительной части пациентов, особенно у опиоидных и «солевых» наркоманов имело место использование *v. femoralis* для введения наркотических веществ («т.н. открытый пах»), что резко увеличивало риск развития септических осложнений. При катетеризации *v. subclavia* – чаще использовалась правая сторона в 83,18% и лишь в 16,82% случаев левая. Это объясняется как теоретической возможностью повреждения грудного лимфатического протока при пункции слева, так и более удобным для правши подходе.

У большей части больных с целью обезболивания манипуляции применяли местную анестезию. Однако у пациентов с психотической реакцией приходилось применять седацию и даже элементы тотальной в/венной анестезии (чаще всего барбитуратами). Важным фактором снижения количества осложнений является сокращение сроков нахождения катетера в вене. Катетер удаляется из вены в возможно более короткие сроки после отмены показаний к его использованию.

Вообще из неудач и осложнений, связанных с катетеризацией *v. subclavia* следует отметить: неудачные попытки, потребовавшие нескольких пункций – 4 (1,19%), пункция артерии 1 (0,3%). Во всех, указанных выше случаях в анамнезе у больных имели место неоднократные катетеризации *v. subclavia*, выполненные в различных клиниках, что обусловило рубцовые изменения в месте пункции и технические трудности при проведении манипуляции. Таким образом, венозный доступ у наркозависимых больных представляет в ряде случаев серьезную проблему.

Для решения данной проблемы необходим, как представляется комплексный подход, который следует разделить на 2 блока: организационно-методический и материально-технический. Согласно первой части следует оценивать состояние

периферической венозной сети на уровне осмотра больного, как в приемном отделении, так и в лечебном. Следует с самого начала привлекать к ее оценке как медицинских сестер процедурного кабинета, так и из ОАРИТ. Их оценку следует отмечать в истории болезни, чтобы врач назначающий комплекс терапии основного заболевания мог учитывать этот фактор. Следует четко оговорить показания к катетеризации периферических или центральных вен, учитывая принцип «необходимой достаточности».

Перед катетеризацией больному следует объяснить цель и необходимость вмешательства, информировать его о возможном риске, связанном с катетеризацией. Больной должен дать письменное согласие (информированное согласие). Следует выяснить, выполняли ли больному подобную операцию раньше. У больных в бессознательном состоянии или с выраженной психотической реакцией соответствующая запись с обоснованием показаний врач делает в истории болезни

Все сестры лечебных отделений должны быть обучены основным принципам ухода за катетером в периферической и центральной вене. Подобные обучения следует предусмотреть при составлении годовых планов.

Следует также предусмотреть персональную ответственность за осложнения, связанные с эксплуатацией катетера со стороны врача выставившего показания. Следует исходить из принципа, что непроизвольное удаление катетера, тромбирование кровью, нагноение мягких тканей вокруг катетера, тромбофлебиты возникают вследствие недостаточного ухода за катетером, поэтому ответственность за данные осложнения возлагается на лечащего врача и медперсонал, использующих данную систему. Каждый случай осложнений должен быть подробно описан в истории болезни, обсужден на утренней конференции в отделениях. При тяжелых осложнениях случай выносится на общепольничную конференцию.

Касаясь же материально-технического блока, следует предусмотреть в программе закупок медикаментов и расходных материалов статью для приобретения одноразовых наборов для катетеризации центральной вены. Кроме того следует приобрести и обучить использовать аппаратуру для ультразвуковой визуализации центральной вены.

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА CYP3A5 И АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТОВ ЦИТОХРОМА P450 3A НА ПОКАЗАТЕЛЬ КОНЦЕНТРАЦИИ/ДОЗА ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛИЗМОМ

Черников А.В., Застрожин М.С., Сычев Д.А.

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

В наркологической практике часто прибегают к использованию типичных антипсихотических средств, в частности – галоперидола. Его одновременное назначение с препаратами группы бензодиазепинов является оправданным при лечении пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в состоянии обострения патологического влечения с преобладанием идеаторных и поведенческих расстройств. Но при использовании галоперидола часто возникают нежелательные лекарственные

реакции – острая дистония, снижение артериального давления, дискинезия, аритмии, ортостатическая гипотензия.

Целью данной работы было оценить взаимосвязь полиморфизма гена *CYP3A5* на показатели уровня равновесной концентрации галоперидола у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, в период актуализации патологического влечения. В более ранних работах нами было описано влияние только активности *CYP3A4* на эффективность и безопасность терапии галоперидолом.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 66 пациентов мужского пола с синдромом алкогольной зависимости. Критериями включения были: терапия, включающая галоперидол длительностью 5 дней; пероральная и внутримышечная формы введения галоперидола; отсутствие в анамнезе сопутствующего психического заболевания. Критерии исключения: применение в терапии иных антипсихотических препаратов, помимо галоперидола; клиренс креатинина <50 мл/мин, концентрация креатинина в плазме крови $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л); масса тела менее 60 кг или превышающая 100 кг; возраст 75 лет и более; наличие противопоказаний к применению галоперидола.

Оценку эффективности галоперидола осуществляли с помощью международных валидизированных психометрических шкал: шкала патологического влечения, шкала тревоги Гамильтона, шкала тревоги Бека, шкала тревоги Кови, шкала самооценки тревоги Цунга, шкала тревоги Шихана, шкала депрессии Гамильтона. Профиль безопасности оценивали с помощью шкалы оценки побочного действия и шкалы Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов. Шкалирование пациентов производили за день до начала терапии, включающей галоперидол, и через 5 дней терапии. Чем больше разница в баллах, тем более выраженные изменения произошли в клинической картине, тем выше эффективность терапии.

Генотипирование *CYP3A5*3* производили методом полимеразно-цепной реакции в режиме реального времени с аллель-специфической гибридизацией.

Статистический анализ результатов исследования производили методами непараметрической статистики с помощью пакета прикладных программ «Statsoft Statistica v. 10.0». При выборе метода брали во внимание нормальность распределения выборок, которую оценивали с помощью W-теста Шапиро-Уилка. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ (при статистической мощности свыше 80 %).

Результаты исследования. По результатам исследования получены следующие данные:

1) Количество пациентов, являющихся носителями мутантного гена *CYP3A5*3* (генотип *GG*) составило – 63.

2) Количество пациентов, являющихся гетерозиготными носителями полиморфизма *6986A>G*, *rs776746* гена *CYP3A5* (генотип *AG*) составило – 3.

3) Пациентов, являющихся гомозиготными носителями генотипа *AA* по полиморфному маркеру *6986A>G*, *rs776746* гена *CYP3A5* обнаружено не было.

Соответственно, доля *G*-аллеля составила 97,73%. Анализ показал, что данное распределение генотипов подчиняется закону Харди-Вайнберга ($p=0,8501$) для нормальной популяции.

U-тест Манна-Уитни показал отсутствие статистически значимой разницы равновесной концентрации и показателя концентрации/дозы у пациентов страдающих алкогольной зависимостью, получавших галоперидол в форме раствора для инъекций с разными генотипами по полиморфному маркеру *CYP3A5* (*6986A>G*, *rs776746*) 0,33 [0,18; 0,48] vs 0,33 [0,17; 0,65] ($p=0,74650$). Отсутствие статистически значимой разницы в показателе равновесной концентрации и отношении концентрации к дозе у пациентов с генотипами *GG* и *AG* по полиморфному маркеру *CYP3A5* (*6986A>G*, *rs776746*)

вероятно связано с небольшим количеством пациентов с генотипом AG и отсутствием пациентов с «диким» генотипом AA.

Заключение. По результатам исследования было показано, что полиморфизм CYP3A5*3 не оказывает значимого влияния на активность CYP3A4 и уровень равновесной концентрации галоперидола, а частота его выявления в популяции больных, находящихся на лечении в Московском НПЦ наркологии, крайне мала, что может означать отсутствие достаточной значимости в его изучении при назначении галоперидола данным больным.

ВЛИЯНИЕ ТРАНЗИТОРНОГО ГИПОТИРЕОЗА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. По данным исследований зарубежных авторов, йододефицитное состояние организма оказывает значительное влияние на психическое здоровье детского населения (Lazarus J.H., 2012). Наряду с врожденными формами истинного гипотиреоза встречаются особые формы транзиторного гипотиреоза, при которых определяется повышение уровня ТТГ или снижение содержания T₄. Транзиторные формы гипотиреоза возникают при нарушении внутриутробного развития плода и рождении недоношенных детей или детей с низкой массой тела, у новорожденных после тяжелого родового стресса, а также при заболеваниях щитовидной железы у матери (Коваленко Т.В., Петрова И.Н., 2001).

Особенностью транзиторного гипотиреоза является постепенная нормализация уровня T₄ и ТТГ в течение 2-3 недель после рождения без проведения гормонального лечения (Подпоренко А.Д., 1999). Учитывая первостепенную роль тиреоидных гормонов в процессе формирования и созревания нервной системы, становится очевидной особая значимость изучения особенностей психофизического развития детей с транзиторным гипотиреозом, а также квалификация имеющихся у них психопатологических расстройств (Таранушенко Т.Е., 1997).

Целью исследования стало изучение психического дизонтогенеза детей раннего возраста, перенесших неонатальный транзиторный гипотиреоз.

Материал и методы. Было проведено динамическое обследование 80 детей в возрасте от 1 года до 3 лет (из них 43 мальчика), у которых в сыворотке крови при рождении было выявлено повышенное содержание ТТГ от 20 до 50 мМЕ\л. Контрольную группу составили 36 детей (из них 15 мальчиков), сопоставимых по всем признакам, имевших в декретированные сроки, по результатам скрининг-диагностики, уровень ТТГ < 20 мМЕ\л. Обследование детей проводилось в амбулаторных условиях. Ведущими методами исследования были клинико-психопатологический и патопсихологический. Для наблюдения за ребенком использовался этологический метод (наблюдение за поведением в свободном общении). Учитывались также данные акушерского анамнеза: поздние токсикозы беременных, хроническая внутриутробная гипоксия плода, преждевременные роды.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования получены клинические данные, характеризующие динамику психического развития детей в 2-х возрастных

периодах: до года, от года до 3 лет. Возрастной период до года изучался ретроспективно, по данным опроса матерей и анализа предшествующей документации. В возрастном периоде до года у большинства детей обнаружилось отставание в формировании основных статолокомоторных функций: держать головку в более поздние по сравнению с возрастной нормой сроки начали 9,8% детей основной группы, 5,3% детей контрольной группы, сидеть позже 6-7 месяцев – 41,1% детей основной группы, в контрольной группе 30,7% детей. Функция ходьбы сформировалась в сроки от 9 до 12 месяцев у 89,2% детей основной группы, у 97,6% – в контрольной группе. Общая двигательная активность детей до года характеризовалась бедностью, малоактивностью в 3,7% наблюдений, гипердинамичностью – у 9,8%. Речевое развитие детей до года (предречевая фаза – гуление, лепет) были задержаны у 3,7% детей основной группы и у 1,4% детей контрольной группы.

Психоэмоциональное развитие детей до года имело свои особенности: комплекс оживления у них формировался в более поздние сроки, у 3,9% детей эмоциональные реакции были малодифференцированы, неярки. Особенности инстинктивной сферы исследуемой группы детей представляли прежде всего нарушения сна, а также нарушение аппетита – 7,6%. Показатели соматической заболеваемости у детей первого года жизни были значительно выше (11%) в основной группе, чем в контрольной группе (4%). Каждый третий ребенок (31,5%) отставал в росте на 2 см и более (в группе сравнения число таких детей было в два раза меньше).

В возрастном периоде от 1 до 3 лет нами обследовано 54 ребенка (из них 26 мальчиков). В этой возрастной группе прослеживалась дальнейшая задержка психомоторного развития детей. Дети позже возрастной нормы начинали ходить, овладевать навыками самообслуживания. Формирование тонкой моторики у детей было задержанным и качественно недостаточным. Общая двигательная активность у большинства детей характеризовалась чрезмерной подвижностью, расторможенностью, а также неловкостью движений. Формирование навыков опрятности и самообслуживания было задержано у 28,8% детей основной группы и у 7,6% детей контрольной группы.

Речевое развитие имело следующие особенности: первые слова появились в возрасте до года у 40,3% детей основной группы и у 70,3% детей контрольной группы, от года до двух лет – у 18,5% детей основной группы, у 53,8% детей контрольной группы, позже 2 лет – у 4,2%. Фразовая речь сформировалась к двум годам только у 27,4%; в возрасте после двух лет только у 17,8% основной группы и 89,8% – контрольной группы, а 44,2% детей в основной группе вовсе не овладели фразовой речью к 3 годам. Психо-эмоциональные реакции у 24,6% детей имели качественные особенности и характеризовались бедностью эмоциональных реакций, последние определяли особенности игровой деятельности, дети не проявляли интереса к игрушкам, предпочитали им в игре различные предметы домашнего обихода.

У 31% детей отмечались следующие фобические феномены: страх темноты, животных, неожиданных громких звуков. Нарушения соматовегетативной сферы были представлены нарушениями сна – 37,4%, нарушениями аппетита – 3%, трудностями адаптации к новой обстановке, новым людям – 28%.

Заключение. Таким образом, у детей с явлениями транзиторного гипотиреоза на фоне незначительной задержки формирования статомоторных навыков преимущественно отстает от возрастной нормы развитие тонкой моторики, речевой сферы, психоэмоциональное развитие. Проведенные исследования предполагают необходимость дальнейшего изучения влияния транзиторного гипотиреоза на последующее психофизическое развитие детей и организацию профилактики, лечебных мероприятий преимущественно в ранние сроки.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Шарипова Ф.К., Ахмедова Ш.У.

Ташкентский педиатрический медицинский институт; Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета за 2013 год, в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 году количество больных составило 387 млн., а к 2035-му оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ, около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений.

Контингент больных с впервые выявленным СД 2 типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов (Доскина Е.В., 2013).

Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациент вовремя обращается в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, и не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений. Большинство больных, которым ставят диагноз сахарного диабета, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по нескольку раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований.

Больным сложно представить, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психологической поддержке (Кошанская А.Г., Винокур В.А.). Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня.

Цель исследования: изучить эмоциональные состояния у подростков с сахарным диабетом 1 типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

Материал и методы исследования. Были обследованы 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД 1 типа, находившихся на амбулаторном лечении в НИИ Эндокринологии города Ташкента. Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

Результаты. В ходе исследования среднее значение по первым 17 пунктам шкалы Гамильтона при тестировании было 11,47 баллов. У 24 подростков (80%) количество баллов по Шкале депрессии Гамильтона было в пределах 7-16, что по

Г.П. Пантелеевой (1998) соответствует легкой степени депрессивного расстройства, у пяти (16,6%) – в пределах 17-27 баллов (умеренная степень депрессивного расстройства), у одного (3,3%) – ниже 7 баллов (отсутствие признаков депрессии). Таким образом, у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени.

У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%).

В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания.

У подростков с СД первого типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная и личностная тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета 1 типа.

Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания.

У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокий уровень личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания (15%).

Заключение. Таким образом, изменения эмоционального статуса выявляются у 88% подростков с СД 1 типа и находятся в прямой зависимости от этапа заболевания. По мере развития болезни аффективные расстройства углубляются и утяжеляют клиническую картину, формируя тревожно-депрессивную симптоматику и приводят к социальной дезадаптации подростков.

Результаты исследования могут быть использованы в работе не только психиатров и эндокринологов, но и врачей других специальностей: педиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных с целью оптимизации психокоррекционной тактики и формирования гармонично развитой личности.

**ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ
ВЕЩЕСТВАМИ ДЕТЬМИ И МОЛОДЕЖЬЮ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ
ПРОСТРАНСТВЕ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**

Шингареева Ю.В., Бутина М.А.

Краевой наркологический диспансер, Чита, Россия

Распоряжением Правительства Забайкальского края от 18 января 2013 года №9-р утверждена «Концепция профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края на 2013-2016 годы» (далее – Концепция).

Приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16 июня 2014 года № 886 на государственные учреждения здравоохранения Забайкальского края возложено проведение профилактических мероприятий на территории Забайкальского края в рамках исполнения плана межведомственных мероприятий по реализации Концепции.

За время реализации Концепции врачами психиатрами-наркологами Забайкальского края проведены семинары для различных категорий медицинских и педагогических работников по профилактике злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью. Всего в Забайкальском крае в период 2013-2016 гг. проведено около 3500 семинаров и лекториев с охватом более 93000 человек. Специалисты обучались формам и методам проведения первичной профилактики никотиновой, алкогольной и наркотической зависимостей среди несовершеннолетних, а также элементам ранней диагностики потребителей психоактивных веществ. Для медицинских работников учреждений здравоохранения края проведено 1300 семинаров и лекториев с охватом свыше 35000 человек. Для специалистов общеобразовательных и средних специальных учебных заведений за 4 года было проведено 3100 семинаров и лекториев с охватом 58000 человек.

В средних школах, техникумах, колледжах Забайкальского края проводилось гигиеническое обучение учащихся по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ. В своей работе медицинские работники использовали лекции, беседы, Круглые столы, ток-шоу. За 2013-2016 гг. в Забайкальском крае проведено свыше 10000 мероприятий, гигиеническим обучением охвачено свыше 300000 человек.

В рамках реализации мероприятий межведомственного плана были разработаны и распространены в районы края информационные письма, буклеты, брошюры, методические рекомендации для медицинских и немедицинских работников, а также учащихся учебных заведений по профилактике злоупотребления психоактивными веществами. Всего было изготовлено и распространено около 6000 информационно-методических и наглядных материалов по профилактике табакокурения, злоупотребления алкогольными напитками и наркотиками общим тиражом 458000 экземпляров.

С целью мониторинга распространенности вредных привычек среди детей и подростков образовательных учреждений Забайкальского края проведен анонимный опрос учащихся средних и средних специальных учреждений Забайкальского края. За период 2013-2016 гг. проанкетировано 90645 человек, подтвердили потребление психоактивных веществ 6569 учащихся или 7% от общего числа опрошенных.

Структура выявленных потребителей психоактивных веществ среди учащихся школ и средних специальных учреждений следующая: 4300 человек подтвердили употребление никотина (65% от общего числа выявленных потребителей), 2150 человек подтвердили эпизодическое употребление алкоголя (33% от общего числа

выявленных потребителей), 119 человек подтвердили, что пробовали наркотические вещества (около 2% от общего числа выявленных потребителей).

Межведомственным планом по реализации Концепции предусмотрено проведение профилактических медицинских осмотров учащихся в средних и средних специальных образовательных учреждениях Забайкальского края с целью раннего выявления наркологических расстройств. За период 2013-2016 гг. врачами психиатрами-наркологами государственных учреждений здравоохранения края проведено 3268 профилактических медицинских осмотров с охватом 91000 человек. Выявлено 724 человека с наркологической патологией (0,8% от общего числа осмотренных). Все выявленные учащиеся были взяты под наблюдение врачей психиатров-наркологов.

Таким образом, все мероприятия Плана по реализации Концепции профилактики злоупотребления психоактивными веществами детьми и молодежью в образовательном пространстве Забайкальского края за период 2013-2016 гг. были выполнены. В последующие годы работа по профилактике наркологических расстройств среди населения Забайкальского края будет продолжена.

НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ПРИ УВОЛЬНЕНИИ НА ПЕНСИЮ ПО ВЫСЛУГЕ ЛЕТ

Шутова А.А., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г.

*Медико-санитарная часть Министерства внутренних дел России по Кировской
области, Киров, Россия*

Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

В современных условиях роста социальной напряженности в обществе, террористических угроз, роста преступности и наркотизации населения возрастает количество внештатных стрессовых ситуаций у сотрудников органов внутренних дел (ОВД) в процессе исполнения повседневных оперативно-служебных задач (Соловьев А.Г. и соавт., 2015).

Психические расстройства у полицейских являются одной из сложных нозологий в этическом и диагностическом аспектах в отличие от гражданского населения (Ичитовкина Е.Г. и соавт., 2016). Это связано тем, что полицейские предпочитают не обращаться к психиатрам, так как считают, что распространение информации об обращении к врачу-психиатру повлечет негативные последствия для служебной деятельности (Корехова М.В. и соавт., 2012; Потарыкина М.С., 2013).

Психические расстройства при своевременно проведенном лечении часто не являются препятствием для продолжения службы в ОВД и не влекут за собой негативных психосоциальных последствий для полицейских (Подчасов Е.В. и соавт., 2011). При этом отсутствие своевременной терапии психических расстройств зачастую является причиной формирования более глубоких психических нарушений, препятствующих дальнейшему прохождению службы, с антисоциальными проступками, суицидальным поведением, которое вызывает широкий общественный резонанс и дискредитирует полицию как институт государственной власти перед

обществом (Ичитовкина Е.Г. и соавт., 2016). Формирование расстройств личности и химических зависимостей у сотрудников силовых структур часто связано с недостатками в оказании им психиатрической помощи (Шевцова О.А., 2010).

Нозологическая структура психических расстройств, приобретенных в период службы у пенсионеров-полицейских, мало исследована, ее анализ необходим для совершенствования организационных подходов к профилактике психических нарушений у данного контингента (Daniels L. et al., 2012).

Цель исследования: анализ нозологической структуры психических расстройств у сотрудников ОВД при увольнении на пенсию по выслуге лет.

Материал и методы исследования. Проведен сплошной анализ актов военно-врачебной комиссии и протоколов центра психофизиологической диагностики сотрудников ОВД в Кировской области, уволенных по выслуге лет, дающей право на пенсию за период с 2007 по 2016 гг.; для анализа отобрано 82 сотрудника с психическими расстройствами на момент увольнения из ОВД.

Результаты исследования. Нозологическая структура психических расстройств у сотрудников ОВД, уволенных на пенсию по выслуге лет, была представлена: органическим эмоционально-лабильным расстройством (F06.6) – 24,4%, неврастенией в различных клинических вариантах (F48,0) – 19,5%, алкогольной зависимостью (F10.2) – 17,1%, органическим расстройством личности травматической этиологии (минно-взрывные травмы, сотрясения головного мозга при исполнении служебно-боевых задач в зонах локальных вооруженных конфликтов) (F07.0) – 19,5%, расстройством личности вследствие боевого посттравматического стрессового расстройства (F62.0) – 11,0%, посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – 4,9%, депрессивное расстройство (F32) – 1,2%, соматизированное расстройство (F45) – 1,2%, аффективные расстройства (F 34) – 1,2%.

Следовательно, органические психические расстройства диагностированы у 43,9%, психогении неорганической природы – у 32,0%, зависимость от алкоголя – у 17,1%. В течение года после увольнения были признаны инвалидами по психическому заболеванию 24,4%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в процессе службы у данных сотрудников имелись существенные нарушения психической деятельности и без своевременно оказанной помощи у многих из них сформировались глубокие расстройства психики.

Заключение. Нозологическая структура психических расстройств у сотрудников ОВД при увольнении на пенсию характеризуется выраженными социально-дезадаптирующими эмоциональными нарушениями и алкогольной зависимостью, которые формировались в течение длительного времени, оставаясь вне поля зрения ведомственных психиатров и наркологов.

Полученные данные свидетельствуют об имеющихся недостатках при оказании психиатрической помощи данному контингенту. Для снижения риска формирования личностных расстройств и химической зависимости у пенсионеров-полицейских необходимо совершенствование организационных и методологических подходов к проведению ежегодной диспансеризации личного состава ОВД.

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

Сборник тезисов
Всероссийской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы психиатрии и наркологии»,
посвященной 60-летию
кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии
Читинской государственной медицинской академии
(Чита, 01-02 июня 2017 года)

Под научной редакцией
А.В. Сахарова

Дизайн, верстка: А.В. Сахаров, С.Е. Голыгина

Подписано в печать 16.05.2017

Формат 210 × 297 мм.

Полнотекстовое издание на электронном носителе (CD)

Тираж 200 экз.

Тел/факс: (3022) 40-14-67

E-mail: sawt@list.ru

