

ВТОРЫЕ КОРНИЛОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:
НОВЫЕ ВЫЗОВЫ –
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Сборник тезисов Межрегиональной
научно-практической конференции, посвященной памяти
профессора А.А. Корнилова
(Кемерово, 12 апреля 2018 г.)



Томск, Кемерово
2018

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук»
Научно-исследовательский институт психического здоровья
Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»
ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер»
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России

Вторые Корниловские чтения
**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:
НОВЫЕ ВЫЗОВЫ – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Сборник тезисов

Межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной памяти профессора А. А. Корнилова

(Кемерово, 12 апреля 2018 г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н. А. Бохана

Издательство «Иван Федоров»

Томск; Кемерово

2018

УДК 616.89-084(571.1/.6)
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28
В87

Рецензенты:

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

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

В87 Вторые Корниловские чтения. Психосоциальная реабилитация: новые вызовы – новые технологии»: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А.А. Корнилова (Кемерово, 12 апреля 2018 г.) / под ред. Н.А. Бохана. – Томск; Кемерово : Изд-во «Иван Федоров», 2018. – 218 с.

ISBN 978-5-91701-130-1

Сборник тезисов «Вторые Корниловские чтения. Психосоциальная реабилитация: новые вызовы – новые технологии» посвящен памяти профессора А.А. Корнилова, сыгравшего ключевую роль в формировании научной школы кузбасских психиатров. Современное состояние реабилитации психических расстройств в Кузбассе имеет богатую историю и важные региональные особенности. Это и многообразные экзогенно-органические факторы, оказывающие огромное влияние на течение психических заболеваний. Это и разнородность географических и социально-экономических условий всех сибирских регионов. Все это предопределило создание в Кузбассе многоуровневой системы реабилитации психически больных, которая выдержала проверку временем и экономическими трудностями, и на новом этапе своего развития, используя современные достижения медицинской науки, смогла выйти на современный уровень, что получило отражение в победе на Всероссийском конкурсе «За подвижность в области душевного здоровья имени академика Т.Б. Дмитриевой». Цели конференции определены как обсуждение современного состояния реабилитации психически больных и места реабилитационных технологий в общей структуре психиатрической помощи; выявление роли клинико-динамических аспектов психических расстройств в общей структуре терапевтических и реабилитационных мероприятий; обмен научно-практическим опытом организации охраны психического здоровья; предложение новых форм организации психопрофилактической и психореабилитационной помощи населению Сибирского региона. Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, организаторов здравоохранения, социальных работников и других специалистов, работающих с лицами с психическими расстройствами и членами их семей.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

академик РАН **Н.А. Бохан** (главный редактор)
д.м.н., проф. **А.В. Семке** (зам. главного редактора)
д.м.н., проф. **С.А. Иванова** (зам. главного редактора)
д.м.н., проф. **М.М. Аксенов**, д.м.н., проф. **А.И. Мандель**
д.м.н., проф. **Л.Д. Рахмазова**, д.м.н., проф. **Е.Д. Счастный**
проф. **А.М. Селедцов**, проф. **А.А. Лопатин**
к.м.н. **В.А. Сорокина**, к.м.н. **Д.Г. Платонов**
к.м.н. **О.Э. Перчаткина** (ответственный за выпуск)
И.А. Зеленская (выпускающий редактор)

УДК 616.89-084(571.1/.6)
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28

© Вторые Корниловские чтения. Психосоциальная реабилитация: новые вызовы – новые технологии»
© НИИ психического здоровья», 2018
© Издательство «Иван Федоров», 2018

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences”
Mental Health Research Institute
Administration of Health Care of the Population of the Kemerovo Region
SIH KR “Kemerovo Regional Clinical Psychiatric Hospital”
SBIH KR “Kemerovo Regional Clinical Narcological Dispensary”
SBEI HPE “Kemerovo State Medical Academy” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

The Second Kornilov Readings

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: NEW CHALLENGES – NEW TECHNOLOGIES

Book of Abstracts

Interregional Scientific-Practical Conference
dedicated to memory of Professor A.A. Kornilov

(Kemerovo, 12 April, 2018)

Edited by
academician of RAS N.A. Bokhan

Publishing House “Ivan Fedorov”

Tomsk; Kemerovo

2018

UDC 616.89-084(571.1/.6)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28
B87

Reviewers:

Yu. V. Drozdovskiy – MD, professor, Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology of SBEI HPE “Omsk SMA” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

A. A. Ovchinnikov – MD, professor, Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy of SBEI HPE “Novosibirsk SMU” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

B87 The Second Kornilov Readings. Psychosocial Rehabilitation: New Challenges – New Technologies: Book of Abstracts of the Interregional Scientific-Practical Conference dedicated to memory of Professor A.A. Kornilov (Kemerovo, 12 April, 2018) / edited by N.A. Bokhan. – Tomsk; Kemerovo: Publishing House “Ivan Fedorov”, 2018. – 218 p.

ISBN ISBN 978-5-91701-130-1

Book of Abstracts “The Second Kornilov Readings. Psychosocial Rehabilitation: New Challenges – New Technologies” is dedicated to memory of Professor A.A. Kornilov having plaid the key role in the formation of the scientific school of Kuzbass psychiatrists. State-of-the-art of rehabilitation of mental disorders in Kuzbass has a rich history and important regional characteristics. These are diverse exogenous-organic factors affecting profoundly the course of mental diseases. This is diversity of geographic and social-economic conditions of all Siberian regions. All these have predetermined the creation in Kuzbass of a multilevel system of rehabilitation of mental patients that has stood the test of time and economic difficulties and at the new stage of its development with use of modern achievements of the medical science has been able to reach the modern level that has been reflected in the victory at the Russian competition “For the selfless devotion in the field of mental health named after academician T.B. Dmitrieva”. Aims of the conference are defined as discussion of the state-of-the-art of rehabilitation of mental patients and place of rehabilitative technologies in the general structure of mental health care; revealing the role of clinical-dynamic aspects of mental disorders in general structure of therapeutic and rehabilitative activities; sharing the scientific-practical experience of the organization of mental health care; offer of new forms of organization of psychopreventive and psychorehabilitative services to the population of the Siberian region. For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, healthcare organizers, social workers and other specialists working with persons with mental disorders and members of their families.

EDITORIAL BOARD:

academician of RAS **N.A. Bokhan** (Editor-in-Chief)
MD, Prof. **A.V. Semke** (Deputy Editor-in-Chief)
MD, Prof. **S.A. Ivanova** (Deputy Editor-in-Chief)
MD, Prof. **M.M. Axenov**, MD, Prof. **A. I. Mandel**
MD., Prof. **L.D. Rakhmazova**, MD, Prof. **E.D. Schastnyy**
Prof. **A.M. Seledtsov**, Prof. **A.A. Lopatin**
PhD **V.A. Sorokina**, PhD **D.G. Platonov**
PhD **O.E. Perchatkina** (Publications Assistant)
I.A. Zelenskaya (Production Editor)

UDC 616.89-084(571.1/.6)
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28

© The Second Kornilov Readings. Psychosocial Rehabilitation: New Challenges – New Technologies
© Mental Health Research Institute, 2018
© Publishing House “Ivan Fedorov”, 2018

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ КАК ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭЛЕМЕНТ МНОГООСЕВОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Абрамов В.А.¹, Ряполова Т.Л.¹, Жигулина И.В.², Левчук И.Н.²

¹ *Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ДНР*

² *Республиканская клиническая психиатрическая больница, ДНР*

Многоосевой или полный клинический диагноз – начало длительного и сложного процесса. Для клинициста целью диагностики является расширение возможностей помощи пациенту. Любой тип диагностической конструкции имеет смысл не сам по себе, а в связи с открывающейся возможностью оказания эффективной психиатрической и психосоциальной помощи. Целью профессиональной деятельности психиатра является оказание помощи конкретному пациенту в осмыслении его проблем и назначении адекватного лечения, что требует от врача понимания культурных традиций, преломленных через индивидуальный опыт больного. Принципы многоосевой диагностики являются не только предпосылкой адекватной психиатрической помощи пациенту, но и инструментом для проведения психопрофилактических мероприятий.

Понятие «реабилитационный диагноз» в традиционной клинической практике означает диагностическое заключение, которое из якобы деонтологических соображений смягчает истинную тяжесть психического расстройства и тем самым уменьшает вероятность стигматизации пациента в обществе. На самом деле реабилитационный психиатрический диагноз – это инструмент адекватных реабилитационных воздействий или способ выбора соответствующих методов психосоциальных мероприятий.

Цель, процесс и средства постановки клинического и реабилитационного диагнозов различны. Каждый из них определяет своеобразие и интенсивность социотерапевтических методов и их сочетание с методами психофармакотерапии. Поэтому диагностические процедуры при определении этих диагнозов должны быть различными. Традиционный психиатрический категориальный диагноз не содержит никакой полезной информации для планирования реабилитационной тактики. Даже многоосевой клинический диагноз в полной мере не может быть основой для разработки и реализации индивидуальной реабилитационной программы. Отсутствие зависимости между традиционным психиатрическим диагнозом, отражающим клинические проявления психического расстройства, и исходом реабилитации, естественно, вытекает из отсутствия зависимости между симптоматикой пациента и навыка-

ми его функционирования, которые практически не зависят от выраженности симптоматики. Из этого следует, что традиционный психиатрический диагноз для целей реабилитации не подходит – ни для определения необходимых вмешательств, ни для прогноза. Для адекватной реабилитационной работы нужна особая технология диагноза, который описывает навыки пациента и ресурсы его поддержки со стороны окружения.

Последние достижения в области методологии реабилитационного психиатрического диагноза позволяют в качестве наиболее адекватной версии рассматривать исход реабилитации в зависимости от навыков пациента и ресурсов поддержки в обществе. Исходя из этого, основными задачами реабилитационных вмешательств должны быть выработка таких навыков и развитие ресурсов поддержки в обществе. В таком случае реабилитационный диагноз должен содержать в себе оценку навыков и ресурсов – как имеющихся у пациента, так и тех, в которых он нуждается. Обязательным элементом реабилитационного психиатрического диагноза является постановка конечной цели реабилитации, что в полной мере должно соответствовать сути реабилитационного (реинтеграционного) процесса, направленного на возвращение пациента в сообщество.

Функциональная оценка дает полную картину наличия или дефицита нужных навыков, что, с одной стороны, укрепляет уверенность больного в успехе, а с другой стороны, – определяет потребность в определенных вмешательствах по развитию навыков.

Оценка ресурсов определяет объем и порядок использования крайне необходимых внешних возможностей, которые описываются таким образом, чтобы конкретно отмечались их характеристики и обстоятельства применения.

Психиатрический реабилитационный диагноз формулируется, по данным W.A. Anthony et al. (1984), в ходе ряда интервью с пациентом. Диагностическое интервью основывается на двух основных принципах: 1) специалист пытается максимально вовлечь пользователя в процесс интервью; 2) полученная в ходе интервью информация регистрируется таким образом, чтобы максимально облегчить пациенту понимание результатов оценки. Врач, который проводит диагностическое интервью, обязан владеть хорошо развитыми навыками межличностного общения (например, умение демонстрировать понимание), навыками вовлечения в диагностический процесс психиатрической реабилитации самого пациента. Благодаря участию в постановке психиатрического реабилитационного диагноза пациенты начинают играть активную роль в процессе своего выздоровления.

Внедрение психиатрической реабилитационной диагностики имеет много преимуществ при её использовании в условиях мультипрофессионального подхода к лечебно-реабилитационной работе с участием не только психиатра, но и медицинских сестер, психологов, социальных работников, врачей-реабилитологов, специалистов по трудотерапии. Психиатрический реабилитационный диагноз может расширить взаимодействие между различными профессиями, различными программами, а также между пациентами и их семьями. Кроме того, он позволяет адекватно интегрировать работу многих учреждений и организаций (психиатрические учреждения, центры психосоциальной реабилитации, лечебно-трудовые мастерские, МСЭК, семьи и т.д.). Привлечение специалистов разного профиля для систематической совместной работы в комплексных терапевтических программах в силу своей очевидной результативности получило за последние годы столь широкое распространение, что на сегодняшний день, по существу, считается обязательным для любого современного психиатрического учреждения. Бригадный подход обоснован, прежде всего, тем, что ни один отдельный участник бригады не в состоянии сегодня воспринять всю полноту информации о больном в окружающей его действительности, а следовательно, выставить пациенту полный клинический и реабилитационный диагноз. В отличие от традиционной организации лечебной работы, бригадный принцип обслуживания повышает возможности диагностического постижения больного, в т.ч. здоровых аспектов его личности, представляет более разнообразные пути воздействия на её коммуникативные структуры и, наконец, способствует не только улучшению психиатрического обслуживания, но и личностному, и профессиональному росту занятых в бригаде специалистов.

Таким образом, цели и диагностические подходы на различных этапах распознавания психического расстройства должны быть представлены следующим образом. Традиционная нозосиндромальная диагностика имеет целью определение диагностического ярлыка на основе анамнеза, симптомов и синдромов, используя в качестве диагностической процедуры клинико-психопатологический метод. Целью функциональной диагностики является оценка индивидуального уровня функциональной недостаточности и потенциала личности с помощью психодиагностических методов. Многоосевая диагностика направлена на установление полного клинического диагноза, отражающего системное (биопсихосоциальное) «видение» пациента (сочетание диагноза болезни и диагноза больного) и использует в качестве диагностических процедур сочетание клинико-психопатологического метода и методов функциональной диагностики.

Реабилитационная диагностика используется с целью описания и оценки навыков пациента и внешних ресурсов поддержки, предусматривающих достижение конечной реабилитационной цели с помощью диагностического интервью, стандартизованных методов оценки социального функционирования и навыков больного, определения внешних возможностей его поддержки.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С УСТОЙЧИВЫМ СОМАТОФОРМНЫМ БОЛЕВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

**Аксенов М.М., Сазонова О.В., Никитина В.Б.,
Перчаткина О.Э., Костин А.К., Иванова А.А.**

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья

О боли написано еще на каменных дощечках. Древние люди связывали боль со злом, магией, демонами. Взаимодействие между «душой и телом», психическими и соматическими факторами в болезни обсуждались врачами и философами античности. Демокрит (V в. до н.э.) полагал, что душа часто может служить причиной бедствий тела. Платон (IV в. до н.э.) был убежден, что сумасшествие у людей возникает в силу соматического неблагополучия, а Цицерон (I в. до н.э.) первым высказал аргументированное суждение по поводу воздействия горя, сильных душевных волнений на здоровье человека и возникновение телесных болезней от душевных страданий. Восточная медицина рассматривала больного как совокупность, сочетание различных болезненных признаков, свойственных различным органам и системам при обязательном вовлечении нервно-психической сферы. Европейская психиатрия занималась систематикой болезней, что позволило утвердиться науке об особенностях «аномальной» личности. Это направление развивалось и в России. Идеи сочетания и разделения «психического» и «соматического» пронизывают развитие медицины и остаются актуальными и в наши дни. Практика врача подтверждает, что при каждом заболевании страдает не только тело, но и душа, поэтому врач не может не считаться с реакцией личности на болезнь. С «малыми» формами психических отклонений встречается не только врач-психиатр, но и врач-интернист, больные «заблудившиеся» в соматической клинике, попадают под наблюдение врачей самых разных специальностей в связи с явной переоценкой имеющихся у них соматических изменений. В результате происходит накопление «трудных» больных, неудовлетворенных лечением, врачом и всей своей жизнью.

Боль – сигнал опасности и неблагополучия в организме. Характер, длительность и интенсивность болевых ощущений зависят не только от самого повреждения, но и во многом определяются неблагополучными жизненными ситуациями, социальными и экономическими проблемами. В рамках биопсихосоциальной модели боль рассматривается как результат динамического взаимодействия биологических, психологических, социальных, религиозных и др. факторов. Итогом такого взаимодействия будет индивидуальный характер болевого ощущения и форма реагирования пациента на боль. Боль всегда субъективна. В случаях, когда сила и продолжительность боли превышает её сигнальную функцию и не соответствует степени повреждения, боль становится патологической.

Распространенность хронической боли чрезвычайно высока. По оценкам разных авторов, от 12% до 56,7%. Выше данный показатель среди женщин, боль связана с депрессией и эмоциональными стрессовыми факторами, имеет культуральные и этические особенности. По данным ВОЗ, болевые синдромы составляют одну из ведущих причин (11–40%) обращений к врачу и являются основной причиной снижения качества жизни и трудоспособности. Алгии являются вторым по частоте симптомом у больных, обращающихся к психиатру.

Хронические болевые расстройства остаются одной из наиболее актуальных проблем среди соматоформных расстройств. Хроническая боль является конечным результатом целого ряда физиологических, психологических и социальных процессов. На сегодняшний день существует не так много концепций, рассматривающих механизмы возникновения хронических психогенных болей.

Начиная с понятий, терминов, определений, с учетом «субъективности» боли основной оценочной характеристикой является личность больного. В аспекте предложенных механизмов соматизации предлагается концепция личностных расстройств с врожденной или приобретенной соматосенсорной сверхчувствительностью. Другая группа больных – это люди с обедненной фантазиями жизнью, с суженным аффективным опытом, затрудняющиеся подыскать слово для вербализации и экспрессивной передачи, так называемые алекситимики. Телесные проявления для них – способ снятия напряжения с формированием защит по типу «бегства в болезнь». Еще одна группа больных, у которых боль занимает одно из главных мест – это ипохондрики. Ипохондрик – не мнимый больной, он действительно болен. Тело – источник его психических переживаний. Это люди, которые легко дают в условиях длительных и интенсивных напряжений убежденность в наличии опасной болезни, погружаются в заботы о своем здоровье.

Одно из важнейших направлений современной т.н. малой психиатрии связано с выявлением, своевременной диагностикой и лечением психопатологических расстройств, которые снижают качество жизни пациентов с хроническим болевым синдромом. Личность – главный фактор самоорганизации биосоциальной организации человека: нарушенное внутреннее состояние → психовегетативные сдвиги → иммунный и эндокринный ответы → психические и соматические расстройства. Психовегетативный синдром – это не болезнь, а потенциал болезни, фон для развертывания патологических состояний, неспецифический признак функции ЦНС, отражающий особенности деятельности личности.

Боль – древний телесный феномен, самое распространенное и генетически простое нарушение психики (особенно её хронический вариант). Борьба с болью – одна из самых актуальных проблем медицины. Важны вопросы не только непосредственно медицинские (почему? и как лечить?), но и социально-философского значения (зачем? и что делать?).

Область применения технологии – психиатрические стационары, амбулаторный психиатрический прием, психотерапевтическая практика, образовательные курсы для врачей общей практики, образовательные программы медицинских вузов и ФУВ.

Показания к использованию новой медицинской технологии:

1. Лица с хроническими болевыми синдромами в рамках психических расстройств соматоформного спектра (рубрика F45 по диагностическим критериям МКБ-10).

2. Наличие согласия на лечение и исследование (Информированное согласие).

Актуальность «болевого» темы продиктована ростом невротических расстройств во всем мире, во всех возрастных группах, обращением пациентов с соматоформными расстройствами к специалистам общей практики, с низким результатом медицинской помощи. Хроническая боль рассматривается как боль, которая «оторвалась» от основного заболевания и приобрела «надорванный» характер. В основе соматоформного или соматизированного расстройства лежит усиленное восприятие неприятных физических ощущений, что ведет к фокусированию на них внимания и повышению возбуждения, что позволяет субъективно оценивать ощущения как болезненные и обуславливает щадящее и уклоняющееся поведение, снова стимулирующее восприятие негативных ощущений. Все это сопровождается психопатологической симптоматикой, требующей диагностики и лечения [63, 66, 71].

Разработанная медицинская технология предназначена:

1. Для диагностики и прогноза развития стойких алгических симптомов (или эквивалентов – жжение, давление, онемение) с учетом личностно-характерологических особенностей пациентов, страдающих от длительной боли.

2. Для оценки взаимосвязанных между собой клинико-динамических и социально-психологических факторов, влияющих на формирование, развитие и профилактику соматоформных или соматизированных болевых реакций.

3. Для обеспечения высококвалифицированной медицинской помощи с персонализированным психолого-психотерапевтическим сопровождением больных со стойким соматоформным болевым расстройством.

В соответствии с поставленными задачами проведено обследование пациентов, жалующихся на хроническую боль, в рамках диагнозов рубрики F45.4 по диагностическим критериям МКБ-10, находящихся на стационарном лечении в клиниках НИИ психического здоровья.

При госпитализации в психиатрический стационар на первом этапе лечения проведение психотерапевтических мероприятий затруднено в силу выраженности и(или) значимости болевой симптоматики. Поэтому на данном этапе требуется адекватная фармакотерпия, которая позволяла снять базовое напряжение, тем самым ослабить остроту тревожно-депрессивных, тревожно-дистимических переживаний и облегчить доступ для работы психотерапевта. Дозы препаратов подбирались с учетом выраженности и длительности психического расстройства, индивидуальных особенностей пациентов, а также с учетом современных нейробиологических представлений о формировании хронической боли на клеточном, вегетативном уровнях. Предоставленный период времени необходимо использовать для установления комплаенса между врачом и пациентом с целью повышения эффективности дальнейших психотерапевтических мероприятий.

На втором этапе лечения (базисный этап) по достижении необходимого терапевтического эффекта возможно проведение психолого-психотерапевтического сопровождения. Хотя тревога, аффективные расстройства, сопровождающие хроническую боль, и формируют основу психопатологических проявлений расстройства, неоднородность клинической картины свидетельствует о целесообразности рационального подхода к выбору психотерапевтических методик. В работах исследователей под руководством А.Б. Смулевича (2009) впервые был использован дифференцированный подход с применением разных моделей психотерапии в зависимости от основных клинических и клинико-психологических мишеней воздействия.

Адекватность такого метода подтверждается высокой эффективностью проведенного лечения, несмотря на относительную кратковременность курсов психотерапии [76, 78]. В частности при диссоциативных механизмах на первый план выходит задача повышения комплаентности через осознание и принятие значимости заболевания и формирование отчетливого образа болезни. Эта задача может быть решена с использованием когнитивно-поведенческой терапии.

Тревожно-депрессивный компонент расстройства требует вмешательства, направленного на снижение интенсивности собственно тревоги и формирование менее катастрофического образа болезни. Эта задача может быть реализована посредством терапии нейролингвистическим программированием, а также с помощью методов аутотренинга, визуализации с последующей арттерапией.

В целом с учетом кратковременности пребывания пациентов в клинике при планировании психотерапии и психокоррекции предпочтение отдается краткосрочной групповой когнитивно-поведенческой терапии; а ввиду личностных особенностей (на уровне акцентуации или психопатии) у пациентов с преобладанием выраженных эмоциональных нарушений используется преимущественно индивидуальная психотерапия, особенно в начальном периоде.

Персонализированное психолого-психотерапевтическое сопровождение проводилось индивидуально и в группах. Пациенты с выраженными личностными особенностями требовали повышенного внимания, они трудно курабельны в группе, поэтому им показана индивидуальная психотерапия. Использовались методы когнитивно-поведенческой терапии, аутотренинг, нейролингвистическое программирование, визуализация, арттерапия. Пациенты с выраженной внутриличностной тревогой, ориентированные на лечение, демонстрировали хороший ответ на проводимые психотерапевтические мероприятия. Следует отметить, что были пациенты и с неполным ответом на терапию, что обусловлено особенностями их личности (11%).

Разработанная медицинская технология не требует особых экономических затрат и может быть использована на рабочем месте врачом-психиатром, психотерапевтом и медицинским психологом. Данная технология позволяет сократить количество дней нетрудоспособности, проведенных пациентом в стационаре, уменьшить неблагоприятные социальные последствия и повысить уровень социальной адаптации и качество жизни. Активное включение пациентов в реабилитационный процесс позволяет сформировать установки на здоровый образ жизни и повысить индивидуальные саногенные ресурсы.

Предлагаемая технология проста в осуществлении, применима в практическом здравоохранении с целью повышения эффективности терапии больных с соматоформным болевым расстройством и улучшения их социальной адаптации и качества жизни.

Представленная технология персонализированного психолого-психотерапевтического сопровождения больных с устойчивым соматоформным болевым расстройством обеспечивает дифференцированную психолого-психотерапевтическую коррекцию, что дает возможность оказать своевременную квалифицированную медицинскую помощь пациентам с хроническими алгиями, а также индивидуализировать лечебную, профилактическую и реабилитационную работу, что позволяет уменьшить нагрузки на систему лечебно-профилактических учреждений.

АДАПТАЦИЯ И ПРИЖИВАЕМОСТЬ МИГРАНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Артемьев И.А., Владимирова С.В.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья

Термин «миграция населения» включает несколько её видов: внутренняя, внешняя, эмиграция на постоянное место жительства, временная, долгосрочная, маятниковая, эпизодическая приграничная, обратная, кочевничество, паломничество, а также беженцы и вынужденные переселенцы. Мотивами (последствия) миграции могут быть экономические, политические, социально-бытовые, природные. В последнее время появился термин «потенциальная миграция», формирование «потенциальных мигрантов», т.е. людей, склонных на определенных условиях к участию в миграционных процессах. Естественно, что каждому виду миграции в соответствии с её мотивами должен соответствовать и определенный эквивалент адаптации. В онлайн-словаре определений, значений и произношения слов английского языка Merriam-Webster <https://www.merriam-webster.com/dictionary/adaptation> приводится подробное определение этого понятия, включающее биологические и социальные его аспекты.

Заключительной фазой миграционного процесса является приживаемость мигрантов на новом месте. Под приживаемостью понимается переход новоселов в состав постоянного населения (Переведенцев В.И., 1975).

«Приживаемость» характеризует вполне определенное социальное явление. Этот термин – порождение русского переселенческого движения. Неслучайно термин «приживаемость» не имеет синонимов в западно-европейских языках. Вероятно, вследствие этого в западно-европейской литературе процесс приживаемости стал характеризоваться термином «адаптация» (Алаев Э.Б., 1983). Между тем следует согласиться с авторами, которые считают, что понятия «приживаемость» и «адаптация» различны. Приживаемость – это явление, характеризующее переход новоселов в состав старожилов, и стало быть, в состав постоянного населения района вселения. Это не только процесс приспособления человека к новым условиям жизни, но и приспособление условий жизни к потребностям человека, т.е. приживаемость – это объективный социальный процесс изменения сложившегося образа жизни посредством совершенствования новой социальной среды через социальную деятельность, формирующую потребности, отвечающие целям гармоничного развития (Кокарев Е.М., 1981). Не вдаваясь в детали дискуссии по поводу адекватности указанных терминов, следует лишь указать, что приживаемость включает в себя два компонента, первым из которых является адаптация – социальная и биологическая – к природным, экологическим, этнографическим, демографическим и прочим условиям, вторым – приспособление этих условий к своим потребностям, что бывает более важным. Хотя понятие «приживаемость» относится к такой категории населения, как «новосел», тем не менее рассмотрение этого процесса не может идти вне контекста с такой категорией, как «старожил». По существу, миграция населения – многостадийный процесс, завершающая стадия которого наступает с момента вселения мигранта в новый для него район. С этого времени мигрант становится новоселом, для которого наступает период живаемости в районе вселения новосела (Рыбаковский Л.Л., 1990).

Нами рассмотрена миграция больных с психическими расстройствами в городах Сургут, Петропавловск-Камчатский и Кызыл. По европейским масштабам территориальные перемещения в широтном и меридиональном направлениях соответствуют осям: Лондон – Нью-Йорк, Лондон – Афины.

Миграция людей при наличии у них психических расстройств – явление повсеместное, несмотря на декретированные ограничения для этой категории переселенцев, принятые в г. Сургуте. Однако их количество в общем числе переселенцев и рассматриваемых городах позволило установить, что эта величина определяется не столько особенностями миграционных процессов, сколько соотношением внутриобластных и межрегиональных (межтерриториальных) перемещений.

Так, мигранты, прибывшие больными в г. Сургут и г. Петропавловск-Камчатский составили $9,07 \pm 0,1,1\%$ и $8,97 \pm 0,8\%$ ($p > 0,05$). Аналогичная картина сохраняется и для заболеваний, т.е. и больные с психическими расстройствами (в том числе и шизофренией), и непсихотическими (включая пограничные состояния) в г. Сургуте и г. Петропавловске-Камчатском прибыли в одинаковых пропорциях, в отличие от прибывших в г. Кызыл, где эта категория составила по отдельным нозологическим группам от $1/3$ до $1/4$ всей популяции.

Совершенно иначе выглядит характер распределения больных, которые заболели в течение первых трех лет после приезда («новоселья»). В г. Сургуте, например, в течение указанного срока заболело $26,87 \pm 0,1,7\%$ ($p < 0,05$) от общего количества всех больных, состоящих на диспансерном учете на контрольный срок, в то время как в других городах эта величина составила соответственно $17,57 \pm 0,1,7\%$ и $14,37 \pm 0,1,0\%$ ($p > 0,05$). Больные психозами и шизофренией зеркально отражают ситуацию, описанную для всех форм психических заболеваний: их удельный вес в г. Сургуте ($24,47 \pm 0,4\%$ и $35,27 \pm 0,3,5\%$; $p < 0,05$) выше, чем в сравниваемых городах ($9,67 \pm 0,2,5\%$ и $22,07 \pm 0,2,9; 8,6 \pm 1,6$ и $16,97 \pm 0,1,7$). При непсихотических расстройствах и пограничных состояниях это различие сохраняется только с г. Петропавловском-Камчатским ($23,17 \pm 0,2,4\%$ и $14,07 \pm 0,9$, $p < 0,05$).

Некоторые методические принципы изучения приживаемости новоселов в городах изложены в монографии Ж.А. Зайончковской (1972), основанные на изучении этого процесса во многих типичных городах Сибири. Нельзя рассматривать мигрантов в качестве однородной совокупности, необходимо учитывать продолжительность проживания их на новом месте. Приживаемость может характеризоваться средним числом лет, прожитых в месте вселения новоселов. При изучении этой характеристики миграционного процесса нами использовался когортный метод (Сараева Л.Д., 1983) с определением понятия когорты по И.М. Муринсону (1967). Когорты состояли из числа мигрантов одних и тех же дат вселения, охватывающих трехлетний период, и находившихся на диспансерном учете к моменту исследования.

Динамика численности когорт при всех психических заболеваниях в г. Сургуте отличается от аналогичных параметров двух других сравниваемых популяций тем, что по длительности проживания здесь мигранты имеют менее продолжительную давность вселения, причем прожившие 4–6 лет составляют 23,4%, и далее эта величина сокращается: прожившие 7–8 лет – 19,3%, 10–12 лет – 14,6%; в общей сложности мигранты, приехавшие в г. Сургут за 12 лет до момента обследования, составили 76% от всей популяции психически больных в этом

городе. Направленность изменений численности когорт в г. Кызыле и г. Петропавловске-Камчатском в общем сходная, и колебания этого показателя относительно незначительны. Однако следует заметить, что численность когорт после 12-летнего проживания во всех городах оказывается сходной до 20–24-летней отметки. Более 25-лет в г. Сургуте прожило всего 3,3% больных, в то время как в г. Петропавловске-Камчатском – 37,2% и г. Кызыле – 23,3%. Приведенная динамика численности когорт, состоящих на учете по поводу всех психических заболеваний, сгруппированных по трехлетним срокам прибытия, показывает, что в стадии формирования города (на примере г. Сургута) численность когорт убывает от менее продолжительных сроков к более длительным. В стадии сформировавшегося города (Петропавловск-Камчатский) размеры когорт достаточно устойчивы и происходит накопление больных, имеющих более чем 25-летний период жизни в данном городе.

Численность когорт по отдельным нозологическим группам с определенной степенью сходства в целом повторяет вышеприведенное распределение мигрантов по длительности их проживания с некоторыми – весьма несущественными – особенностями, не вносящими в картину этого распределения значимых корректив. Так, при психотических расстройствах удельный вес когорт менее разнится, чем при шизофрении. Кроме того, величина когорт больных шизофренией в отдельных городах в первых временных интервалах (до 12 лет) имеет больший размах колебаний, который далее сглаживается (13–24 года), но во всех нозологических группах с увеличением длительности проживания величина когорт стабилизируется при значительном количестве старожилых, проживающих более 25 лет: в г. Кызыле – 28,8% и 52,1% и г. Петропавловске-Камчатском – 22,0% и 28,7%. При непсихотических расстройствах характер распределения когорт в г. Кызыле и г. Петропавловске-Камчатском статистически равноценно, а сближение с ними величины когорт в г. Сургуте происходит в более ранние временные интервалы – 6–8 лет, т.е. накопление больных пограничными состояниями стабилизируется через 7–9 лет во всех городских популяциях.

Величины когорт при умственной отсталости подвержены большим колебаниям, чем когорты других нозологических групп. В г. Петропавловске-Камчатском для них сохраняется общая закономерность накопления больных, проживающих более 25 лет, тогда как в г. Кызыле эта тенденция утрачена, в г. Сургуте количество длительно проживающих больных с умственной отсталостью линейно сокращается.

Анализ когорт мигрантов по их продолжительности проживания в городах вне зависимости от времени начала заболевания и установления диспансерного наблюдения показал, что относительная величина когорт при всех психических заболеваниях зависит фазы формирования города. Так, в г. Сургуте на этапе начального развития города величина когорт с непродолжительными сроками проживания больше, чем в городах Кызыле и Петропавловске-Камчатском (фаза сформировавшегося города), где величины когорт имеют большую схожесть во всех временных интервалах с накоплением больных с более чем 25-летним проживанием после приезда. Характерная направленность когорт сохраняется и при вычленении нозологических групп. Идентичность в г. Кызыле и г. Петропавловске-Камчатском проявляется как при психозах, так и пограничных состояниях. Равно как и их отличия от динамики величины когорт г. Сургута, где эта разница более выражена только в когортах, имеющих сроки проживания более 12 лет, а в дальнейшем величины когорт в этом городе становятся сходными с когортами других городов.

Следовательно, на длительность проживания мигрантов в городах не оказывает влияния наличие (либо проявление) у них психического расстройства, а сроки проживания являются отражением, с одной стороны, динамики психических заболеваний, а с другой – фазы формирования города как демографической структуры.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СУИЦИДНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Бабарахимова С.Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Повышенная опасность осуществления суицидальных тенденций у подростков, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью [1]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения [2]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста [3].

Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложных медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [4]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрастах сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями [2].

Цель исследования: изучить суицидное поведение у подростков с депрессивными расстройствами с целью улучшения качества диагностической и лечебно-коррекционной помощи.

Материалы и методы: обследовано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала Гамильтона и шкала Бека, для выявления уровня тревоги – опросник тревожности Спилбергера-ханнина.

Результаты и обсуждение: все пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от преобладания депрессивной симптоматики: 1) с дисфорической депрессией – 56% (n=26); 2) с тревожной депрессией – 16% (n=7); 3) с дисморфобической депрессией – 13% (n=6); 4) с маскированной депрессией – 8% (n=4); 5) с астенопатической депрессией – 7% (n=3).

При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии в обследованной выборке подростков выявлено не было, основную массу (80%) составили пациенты с легкой степенью депрессии, и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. В 76% случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-ханнина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без

клинически значимой тревоги и у 16% подростков констатирована выраженная тревога.

В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных (13%) суицидов. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием – у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки.

Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии.

Так, при дисфорической депрессии в 80% случаев выявлено наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В этой группе 2 подростков совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и 5 девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия.

У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течение всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния. При отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о желании жить или угрозами во время эпизодов ажитации.

В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущими жалобами были наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденность в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, вы-

сказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска.

У 7 больных (15%) с астенопатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений.

Заключение: таким образом, у подростков с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов, которые и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня.

Л и т е р а т у р а

1. *Антропов Ю.Ф.* Невротическая депрессия у детей и подростков. М., 2000.
2. *Иванова Т.И.* Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии (Волгоград, 24–26 апреля 2007 г.). Волгоград: ВолГМУ, 2007: 87–88.
3. *Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А.* Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков. *Российский психиатрический журнал.* 2006; 4: 41–45.
4. *Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X.* Global suicide rates among young people aged. *World Psychiatry.* 2005; 4: 2: 114–120.

ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – ПУТИ РЕШЕНИЯ

Баранов И.В., Баранова М.А.

ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Юрга

Проблема обеспечения кадрами остается одной из центральных проблем здравоохранения Российской Федерации. Прежде всего проблему представляет обеспечение врачебными кадрами и специалистами с высшим образованием, обеспечивающими оказание медицинской помощи.

Причинами снижения привлекательности профессии врача-психиатра и оттока кадров из психиатрической службы Кемеровской области, на наш взгляд, являются: недостаточный престиж профессии врача-психиатра, недостаточная мотивация к освоению либо продолжению работы в профессии, небольшая заработная плата начинающего врача, недостаточная правовая защищенность, отсутствие эффективной государственной политики, направленной на обеспечение подготовки и сохранение существующих кадров, различия в условиях труда и оплате труда в разных регионах РФ.

По нашему мнению, указанные причины привели к значительному снижению притока молодых кадров в здравоохранение как в целом, так и в частности в психиатрическую службу Кемеровской области. Указанные причины способствовали и высокой текучести кадров. Негативное влияние на ситуацию в психиатрической службе области оказал и процесс отрицательной трудовой миграции – переезд и трудоустройство специалистов, в том числе опытных, из Кемеровской области в другие регионы страны. Закономерным результатом описанных процессов является уменьшение численности врачей-психиатров, снижение укомплектованности врачебными кадрами, рост коэффициента совместительства.

Т а б л и ц а

Распределение занятости врачей-психиатров в Кемеровской области

Показатель	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Число врачей-психиатров (физических лиц)	203	216	193
Укомплектованность врачебными кадрами, %	42,9	44,4	45,3
Коэффициент совместительства	2,3	2,3	2,6
Число занятых должностей врачей-психиатров, абс.	472,75	486,75	426
Число занятых должностей врачей-психиатров на 100 тысяч населения	17,0	17,9	15,6

Как видно, в целом в Кемеровской области число психиатров – физических лиц снизилось по итогам 2016 г. на 10,6%. Также уменьшилось количество занятых должностей в абсолютном выражении на 12,5%. С учетом сопоставимого снижения числа физических лиц и занятых должностей укомплектованность кадрами осталась на прежнем уровне. При этом существенно вырос коэффициент совместительства – на 13% – до 2,6.

Крупной проблемой является, на наш взгляд, демографическая картина в популяции врачей-психиатров в Кемеровской области. В настоящее время деятельность психиатрической службы обеспечивается по большей части специалистами, пришедшими в профессию 30 лет назад и более. На сегодняшний день более половины врачей-психиатров в Кемеровской области старше 50 лет, треть – старше 60 лет, каждый седьмой психиатр продолжает работу в возрасте 70 лет и старше.

Только лишь для поддержания численности врачей-психиатров в Кемеровской области на нынешнем, достаточно низком уровне в течение ближайших 10 лет необходимо подготовить либо принять на работу из других регионов не менее 100 специалистов, которые гарантированно трудоустроятся в учреждения психиатрической службы области и гарантированно останутся работать. Следует отметить, что успешное решение этой крайне непростой задачи всего лишь позволит восполнить численность физических лиц врачей-психиатров и поддержать укомплектованность на нынешнем уровне, который сложно назвать удовлетворительным.

При этом следует учитывать, что прогноз убыли специалистов и расчет потребности в новых специалистах в отдельных учреждениях области существенно различаются. Так, расчетная потребность в специалистах для двух крупнейших специализированных учреждений области – Кемеровской и Новокузнецкой психиатрических больниц – составляет менее 40% от потребности Кемеровской области в целом. То есть большая часть специалистов, которых необходимо подготовить или принять на работу, должны будут трудоустроиться в менее крупные специализированные учреждения – психиатрические больницы и диспансеры, а также психикабинеты при городских и районных больницах.

Помимо огромной работы по подготовке квалифицированных кадров, высоко профессионально образованных, необходимо также постоянно и скрупулезно осуществлять работу по сохранению и сбережению действующих работников.

Меры по привлечению на работу и удержанию на работе специалистов, которые применяются в ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер» на постоянной основе и могли бы быть эффективны для решения проблемы дефицита врачебных кадров в Кемеровской области: 1) прямой поиск специалистов в сети Интернет, через личные контакты, в том числе специалистов из других регионов, организация встреч и переговоров о трудоустройстве; 2) обеспечение достойного уровня оплаты труда, в том числе для начинающих врачей; 3) предоставление дополнительных материальных поощрений для молодых специалистов; 4) предоставление дополнительных социальных гарантий обучающимся в ординатуре по целевому набору; 5) полная оплата обучения за счет средств учреждения на циклах тематического усовершенствования, повышения квалификации, профессиональной переподготовки и циклах непрерывного медицинского образования; 6) предоставление компенсации за найм жилья для специалистов, прибывших из других городов и территорий; 7) содействие при устройстве детей в школьные и детские дошкольные учреждения; 8) планирование и оперативная корректировка производственной нагрузки и режима работы отдельных врачей с целью равномерного распределения трудовых затрат во времени и избегания переутомления; 9) планирование отпусков с учетом пожеланий сотрудников, предоставление дополнительных дней отдыха в рамках нормативно-правовой базы; 10) формирование и постоянное поддержание благоприятного психологического климата в коллективе; 11) мотивация к продолжению работы в учреждении через постановку общих и индивидуальных целей и задач, team building.

Исходя из вышеизложенного, для сохранения психиатрической службы Кемеровской области крайне необходимо незамедлительно создать практически ориентированную программу развития, сохранения, привлечения и подготовки кадров. Данная программа должна учитывать потребности в специалистах для каждого учреждения, предусматривать потребности с учетом прогноза убыли специалистов и обеспечивать преимущественное трудоустройство подготавливаемых специалистов в менее крупные психиатрические учреждения Кемеровской области.

ОБРАЩАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ В ЭПИЛЕПТОЛОГИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ КЕМЕРОВСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ В 2015–2017 ГГ.

Басаргина Л. Г., Милехина И. Э., Селезнева Н.В.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая
больница», Кемерово*

На сегодняшний день в структуре нервно-психических заболеваний эпилепсия занимает одно из ведущих мест. Тем не менее проблема наблюдения пациентов с таким заболеванием до сих пор остается актуальной. Отсутствуют четкие рекомендации по созданию, структуре и функциям специализированного эпилептологического кабинета, не разработаны вопросы динамического и диспансерного наблюдения больных эпилепсией.

В Кемеровской областной клинической психиатрической больнице на протяжении 20 лет функционирует эпилептологический кабинет (далее – СЭК), где оказывается специализированная помощь жителям Кемерово и Кемеровской области. Прием пациентов с эпилепсией осуществляет врач-психиатр, имеющий специальную подготовку.

По данным статистического исследования, проведенного на основании фактов обращений в СЭК ГКУЗ КО КОКПБ, распространенность эпилепсии составляет менее 2 больных на 1 000 населения (по данным ВОЗ – 5–7 больных на 1000 населения). Полученные сведения не могут быть объективными ввиду возможности наблюдения и лечения пациентов с эпилепсией в иных медицинских организациях, осуществляющих специализированное лечение.

Цель исследования: определение основных факторов и причин, оказывающих влияние на первичную обращаемость пациентов с эпилепсией в ГКУЗ КО КОКПБ.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ медицинской документации 479 пациентов с эпилепсией, обратившихся в СЭК впервые за период с 2015 г. по 2017 г. По факту первичных обращений преобладали городские жители – 60% (289 пациентов), проживающие в Кемеровской области составили 40% обращений (190 человек). Среди данной группы исследования преобладали пациенты мужского пола (331 мужчина против 148 женщин). Возрастная категория обратившихся пациентов была в пределах от 15 до 77 лет. Средний возраст составил 36 лет.

Результаты и обсуждения. По результатам исследования установлено, что 69% обратившихся в СЭК составили пациенты мужского пола. Данный факт объясняется тем, что в этой группе наблюдения в анамнезе имеются дополнительные экзогенные вредные факторы (употребление и злоупотребление алкоголя и других ПАВ, неоднократные ЧМТ). Количество обращений городских жителей превалирует, что объясняется большей доступностью и организацией медицинской помощи в условиях города, тем более областного центра.

Из 479 человек только у 14 пациентов (3%) отмечались психические расстройства той или иной степени выраженности, преобладали негрубые когнитивные нарушения, у 5 пациентов отмечалась акцентуация личностных черт характера. Средняя длительность заболевания на момент первого обращения к epileптологу составила от 3 до 7 лет. По длительности заболевания исследуемая группа представлена следующими категориями: более 15 лет – 4% (19 пациентов), 11–15 лет – 13% (62 человека), 6–10 лет – 12% (57 больных), 1–5 лет – 44% (212 исследуемых), менее 1 года – 27% (129 человек). Преобладают пациенты с обращениями за специализированной помощью в период 1–5 лет с момента дебюта заболевания.

По результатам анализа маршрутов поступления пациентов на первичный прием к специалисту СЭК ГКУЗ КО КОКПБ установлено, что наиболее часто на консультацию направляют врачи-неврологи – 298 пациентов (62,2%), 63 пациента (13,1%) обратились самостоятельно, комиссия МСЭ направила 32 пациента (6,6%), 28 пациентов (5,8%) были направлены врачами-психиатрами, 12 пациентов (2,5%) – по направлению врачей-гинекологов. Кроме того, пациенты обращались в СЭК по направлению врачей-терапевтов, военно-медицинских комиссий РВК, врачей-инфекционистов, нейрохирургов и других специалистов, что составило 46 пациентов (9,6%). Таким образом, прежде чем попасть на консультацию к epileптологу, пациенты получали помощь у врачей различных специальностей или не получали её совсем.

В большинстве случаев пациенты обращались к epileптологу с целью уточнения диагноза заболевания – таких пациентов было около трети (141 чел. – 29,5%). Обратились для назначения и коррекции лечения противосудорожными препаратами 270 чел. (56,3%). Для решения вопроса профпригодности обратилось 25 чел. (5,2%), для получения заключения МСЭ – 29 чел. (6,2%). Заключение для гинеколога с рекомендациями при ведении беременных являлось причиной обращения 8 пациенток (1,6%), для определения годности к военной службе обратилось 6 чел. (1,2%).

Распределение пациентов в зависимости от установленного диагноза выглядит следующим образом. Идиопатической и криптогенной эпилепсией страдали 102 пациента (21,2%). Симптоматическая эпилепсия выявлена у 283 пациентов (59,0%). Среди пациентов с симптоматической эпилепсией чаще других встречались больные с резидуальной органической недостаточностью головного мозга и с последствиями ЧМТ, токсической энцефалопатией, церебральным атеросклерозом. Формулировка «Ситуационно обусловленные эпилептические припадки», представляющие результат воздействия определенных экзогенных и психогенных факторов, не влекущие за собой диагноз эпилепсии, фигурировали в амбулаторных картах 56 пациентов (11,6%). У 38 пациентов (7,9%) диагноз эпилепсии не подтвердился. В исследуемой группе диспансерное наблюдение было установлено за 54 пациентами (11,2%).

Выводы. Лишь у небольшого количества пациентов, обратившихся в СЭК, отмечались психические расстройства, требующие наблюдения у психиатра. Основная причина обращения – это необходимость коррекции терапии при малой эффективности уже назначенного лечения. Повышение качества оказываемой медицинской помощи пациентам с эпилепсией возможно при наличии четкого алгоритма диагностики и ведения пациентов с эпилепсией, взаимодействия врачей разных специальностей, что возможно обеспечить организацией крупных эпилептологических центров.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕПО-НЕЙРОЛЕПТИКОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Батюк Т.Г., Вдовина Е.В., Максимова О.И.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Актуальность. Непрерывность и длительность антипсихотической терапии существенно влияют на предотвращение рецидивов. Специально проведенные исследования показали также наличие субъективных предпочтений пролонгированных форм как среди больных, так и у практикующих психиатров, особенно в условиях длительной терапии. Так, 77% больных считают инъекции более эффективным методом лечения, чем прием таблеток, и 87% предпочитают эти формы лечения либо в виде монотерапии, либо в комбинации с таблетками.

Цель исследования. Нами проведен анализ эффективности лечения и характера ремиссий у пациентов, поступивших в дневной стационар ГКУЗ КО КОКПБ в 2015–2017 гг. с диагнозом: Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, получающих лечение пролонгированными формами депо-нейролептиков, в сравнении с пациентами, получающими таблетированные традиционные (ТН) и атипичные (АН) нейролептики.

Материалы и методы. Критериями отбора явились пациенты с верифицированным диагнозом заболевания шизофрения и расстройства шизофренического спектра, длительностью не менее 3 лет и количеством перенесенных приступов более 5. Всего пациентов с данной нозологией оказалось 304. По нозологической структуре пациенты распределились следующим образом:

Т а б л и ц а 1

Клинические характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступивших в дневной стационар в 2015–2017 гг.

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Диагноз		
Шизофрения, в том числе	270	88,8
параноидная непрерывное течение	53	17,4
параноидная эпизодическое течение	217	71,4
простой тип	10	3,3
детский тип	5	1,6
Шизотипическое расстройство	11	3,6
Шизоаффективное расстройство, в том числе	8	2,6
маниакальный тип	2	0,7
смешанный тип	6	1,9
Всего	304	100%

Длительность заболевания в преобладающем числе случаев была весьма значительной и более чем у половины больных (56%) составляла свыше 15 лет. При исследовании использовался клинко-психопатологический, психометрический и клинко-катамнестический методы.

Обсуждение результатов. Были выделены группы сравнения в зависимости от получаемой психофармакотерапии. Пациенты 1-й группы принимали пролонгированные формы нейролептиков – 95 человек (31%). Пациенты 2-й группы получали в качестве основного поддерживающего лечения традиционные нейролептики в виде кратковременных инъекций или per os – 185 человек (61%). Пациенты 3-й группы получали атипичные пероральные препараты – 24 чел. (8%).

Пролонгированные формы препаратов чаще всего назначались в связи с большой частотой (более 2 за год) и выраженностью обострений психотической симптоматики, а также отсутствием приверженности пациентов к лечению либо благоприятного социального окружения, заботливых родственников. У пациентов с параноидным типом ремиссии и остаточной психопатологической симптоматикой острого периода, а также с психопатоподобным типом ремиссии в качестве противорецидивного лечения назначались галоперидола деканоат, клопиксол-депо, в случаях астенического варианта применялся модитен-депо и флюанксол-депо.

Т а б л и ц а 2
Распределение больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по ведущему синдрому

Ведущий синдром	Абс,	%	Распределение по группам					
			1-я (депо)		2-я (ТН таб,)		3-я (АН таб,)	
Галлюцинаторно-параноидный	106	35	46	15%	68	22,3%	2	0,65
Подострый бредовый	27	9	8	2,6%	16	5,3%	1	0,32%
Аффективно-бредовый	64	21	14	4,6%	42	13,8%	4	1,31%
Преимущественно галлюцинаторный	61	20	27	8,8%	45	14,8%	2	0,65%
Аффективные состояния	18	6	0	0	10	3,2%	12	3,9%
Обсессивные, дисморфобические,	9	3	0	0	2	0,65%	2	0,65%
Сенестоипохондрические	19	6	0	0	2	0,65%	1	0,32%
Всего	304	100%	95	31%	185	61%	24	8%

Т а б л и ц а 3
Распределение типов ремиссий у больных шизофренией, %

Ремиссия	1-я группа (%)	2-я группа (%)	3-я группа (%)
Астеническая	8	25	42
Апатоабулическая	16	14	8
Параноидная	48	46	42
Психопатоподобная	28	15	8

Исходя из полученных данных, в структуре ремиссии шизофрении доминирует параноидный тип (48%, 46% и 42%), с более редкой частотой встречаются астенический (6%, 25% и 42%) и апатоабулический (16%, 14%, 42%) типы. Пациентам с параноидным и психопатоподобным типами ремиссии с более высокой частотой назначались пролонгированные формы нейролептиков.

Т а б л и ц а 4

**Исходы лечения больных шизофренией и расстройств
ми шизофренического спектра по шкале CGI**

Группа	Исход лечения		
	Значительное улучшение	Минимальное улучшение	Значительное ухудшение, приведшее к госпитализации
1-я группа	55,5%	38,8%	5,5%
2-я группа	32,4%	59,4%	8,1%
3-я группа.	42,8%	50,2%	7%

Выводы. Терапия пролонгами назначалась пациентам, у которых при обострении заболевания в клинической картине преобладала галлюцинаторно-параноидная и галлюцинаторная симптоматика, а ремиссии большей частью представлены параноидным и психопатоподобным типами. Отмечено меньшее число значительных ухудшений, приведших к госпитализации, у пациентов, получающих лечение пролонгированными формами нейролептиков, по сравнению с группами, получающими ТН и АН в таблетированных формах.

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЦ,
СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
СОВЕРШИВШИХ ЗАВЕРШЕННЫЕ СУИЦИДЫ**

Безруких Т.С., Шибанов А.Р.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Изучен материал из амбулаторных карт пациентов за 14 лет (с 2003 по 2016 г.), которые страдали шизофренией и совершили суицидальные действия со смертельным исходом. Общее количество суицидентов составило 54 человека, в том числе 23 женщины (43%) и 31 мужчина (57%). Ежегодный анализ количества суицидов показал, что максимальная их доля была совершена с 2010 по 2013 г. (по 6 человек за каждый год), минимальное количество было зарегистрировано в 2015 г. – 1 человек. Социальное положение суицидентов можно охарактеризовать как неблагоприятное. 25% пациентов злоупотребляли алкоголем. Находились в трудоспособном возрасте 81%. 12,6% пациентов не работали и не имели инвалидности, 77,7% составили лица, имеющие группу инвалидности (из них 4,7% – третью группу, 11,9% – первую группу и 80,9% – вторую группу), лишь 9,2% работали до момента совершения самоубийства. 25% проживали одни, 75% жили совместно с родственниками или имели собственные семьи.

Суицидальные действия совершались в основном через повешение, такой способ ухода из жизни предпочли 61,1% суицидентов (33 случая: 20 мужчин и 13 женщин); 5,5% нанесли самоповреждения, повлекшие за собой смерть (3 случая: 1 мужчина и 2 женщины); путем отравления кислотами и медикаментами ушли из жизни 16,7% (9 случаев: 5 мужчин и 4 женщины); 16,7% погибли вследствие падения с высоты (9 случаев: 5 мужчин и 4 женщины). У 31,5% отмечались суицидальные попытки ранее (из 17 человек у 9 мужчин и 8 женщин), 11,1% пациентов жаловались при беседе с врачом на посещавшие их суицидальные мысли, но при отсутствии попыток ранее, чаще это были женщины – 5 случаев из 6. Явных сезонных колебаний по временам года не выявлено: 28% совершили завешенный суицид в летние месяцы, 28% – зимой, 22% – в весенний период и 22% – осенью.

В основном пациенты страдали непрерывной формой болезни – 63% пациентов, эпизодическое течение обнаружено у 35,2%, с простой формой шизофрении наблюдались 1,8%.

Анализ характера психопатологической симптоматики показал, что к моменту совершения больными самоубийства наиболее распространенным синдромом являлся галлюцинаторно-параноидный – он был выявлен в 40,7% случаев; депрессивно-параноидный синдром встречался с более редкой частотой – в 29,6%. Еще более низкой оказалась частота других симптомокомплексов: депрессивного – 18,6%, галлюцинаторного – 9,3%, парафренного – 1,8%.

Лечение атипичными антипсихотическими препаратами получали лишь 9% пациентов.

Заключение. Таким образом, установлено, что чаще совершали суицидальные действия со смертельным исходом лица трудоспособного возраста, без явных половых различий, проживающие в собственных семьях или совместно с родственниками, страдающие шизофренией с непрерывной формой течения, преимущественно с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой на момент совершения суицида. Предпочтительным суицидальным действием у данных лиц было повешение, при этом мужчины предпочитали данный способ в 2 раза чаще женщин, в то время как женщин чаще посещали суицидальные мысли, о которых они делились в беседе с врачами.

Тяжесть течения шизофренического процесса, некритичность к болезни, нежелание регулярно принимать лечение – все это затрудняет своевременное принятие мер врачами к предотвращению у пациентов суицидальных действий.

К ВОПРОСУ О ВИКТИМИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ИХ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Бойченко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, ДНР

Актуальность. В рамках современной биопсихосоциальной модели развития шизофрении выделяют определенные хронические изменения личности, причиной которых является факт переживания последствий тяжелой психической болезни и реакции социума на этот контингент больных. Так называемая жизнь с болезнью – это совокупность деформирующих личность больного переживаний в связи с многочисленными рисками для качества жизнедеятельности и реальными трудностями в реализации собственных интересов и потребностей в условиях ограниченно-дискриминационной среды. Данные переживания имеют тенденцию к усилению при ограничении возможностей жизнедеятельности больных, в том числе институциональным (например, при инвалидизации), и вследствие формирования стигмы. В этих случаях больные всегда подвергаются виктимогенным воздействиям, связанным как со самостигматизацией, так и с видением обществом специфического образа такого человека. Совокупность стигматизирующих переживаний, их деструктивный характер и своеобразная деформация личности этих больных является отражением фактического их превращения в жертв неблагоприятных условий социализации.

В основе виктимизации больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с осознанием себя как жертвы неблагоприятных условий для полноценной социализации и риска утраты субъективного статуса, обусловленных «жизнью с болезнью» и парциальной или тотальной депривацией личности. Социально-психологический механизм виктимизации больных с психическими расстройствами определяется взаимодействием внешних и внутренних факторов.

Выделяется множество внешних факторов виктимизации при оказании психиатрической помощи: принуждение, изоляция, меры физического стеснения, стигматизация, дискриминация и т.п. Пребывание больных в стационарных условиях порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни большинства больных общепсихиатрических отделений характеризуется неудовлетворенностью различными сферами жизни, ущербностью, социальной незащищенностью и уязвимостью.

Виктимизации в этих случаях способствует сочетание проявлений жестокого обращения и унижения личного достоинства больного. Однообразие жизненных событий в условиях изоляции снижает самооценку больных, формирует такие личностные качества, как отстраненность и покорность судьбе, ослабляет внутренние ресурсы преодоления проблем, повышая риск виктимизации, чему способствуют патерналистское отношение персонала, недостаток социальной поддержки и другие внешние виктимизационные факторы.

В качестве методологической основы исследования внутренних факторов виктимизации больных с психическими расстройствами могут быть положены психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. К ним, прежде всего, относятся психологические аспекты самосознания и самоотношения личности, в том числе осознания болезни, ценностно-смысловой и мотивационной сферы больных, под влиянием которых формируются предопределяющие и отражающие роль жертвы стратегии поведения. Формирующийся на этой основе синдром виктимности представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека в виде дефицита компетентностей и в целом потенциала адаптивности, трансформирующегося в социально-дефицитарную уязвимость личности с риском критического социального функционирования.

В.А. Абрамовым (2016) рассматриваются основы социально-психиатрической виктимологии как теории социально-дефицитарного виктимогенеза стигматизированной личности, формирования и развития стигматизационного дефекта, дефицита социальных личностных компетентностей, которые определяют формирование виктимной личности, детерминированной психической депривацией, деформирующей межличностные отношения.

Заключение. Разработанные в социально-психологической виктимологии методологические подходы к изучению феноменов виктимности и виктимизации могут быть использованы при изучении клинико-психологических и клинико-социальных особенностей больных шизофренией, как лиц, подвергающихся стигматизации и самостигматизации негативными обстоятельствами «жизни с болезнью», а также для создания программ индивидуальной и групповой психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными шизофренией и явиться основанием для прогнозирования процесса ресоциализации этих больных.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бычкова В.В., Кияниченко Ю.И., Устьянцева Л.Л.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Изучение вопросов взаимосвязи эндокринных расстройств и психических заболеваний имеет достаточно давние традиции как в отечественной, так и в зарубежной психиатрии. Ещё в конце XIX – начале XX столетия психиатры обращали внимание на то, что при эндогенных психозах довольно часто встречаются эндокринные расстройства. Основываясь лишь на клинических методах исследования, психиатры установили ряд положений, имеющих значение и в настоящее время.

Так, В. Грингером было отмечено, что беременность, послеродовое состояние и грудное кормление часто способствует развитию психоза. Г. Шюле придавал большое значение исчезновению или скудности менструаций при меланхолиях. В.Ф. Чиж считал, что при психозах эндокринные расстройства встречаются чаще, чем у здоровых людей, и указывал на то, что у душевнобольных взаимозависимость между эндокринной и психическими сферами проявляется в возникновении эндокринной патологии при ухудшении психического состояния пациентов и её исчезновении с окончанием психоза. С.С. Корсаков указывал на связь «тучности» при душевных заболеваниях с неблагоприятным исходом психопатологических процессов.

Особое внимание к эндокринологическим проблемам в психиатрии в последнее время обусловлено несколькими причинами. Во-первых современными требованиями к психофармакотерапии, включающими рост эффективности, расширение спектра действия, необходимость длительного применения психотропных средств с целью вторичной профилактики рецидивов эндогенных психозов, гибкость и простоту применения препаратов, минимизацию развития побочных эффектов и осложнений при проведении терапии, возможность коррекции НЭД, обеспечение высокого уровня социальной адаптации и улучшение качества жизни психически больных. Во-вторых, высокой представленностью у пациентов с психическими расстройствами, по сравнению с общей популяцией, соматической патологии, такой как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет второго типа, метаболический синдром, ожирение, сексуальные дисфункции. В-третьих, появлением антипсихотиков второго поколения (АВП), в структуре побочных эффектов которых преобладают нейроэндокринные нарушения.

В настоящее время выделяют следующие симптомокомплексы нейроэндокринных дисфункций:

Синдром гиперпролактинемии – это состояние, которое характеризуется наличием повышенного содержания пролактина в сыворотке крови. ГП бывает физиологической и патологической.

Метаболические нарушения (повышение массы тела, абдоминальное ожирение, гипергликемия, ИНСД, дислипидемия, артериальная гипертензия и метаболический синдром).

Полиморфный синдром (мозаично представленные симптомы, характерные для первых двух синдромов).

Дистиреоз – данный термин был предложен А.И. Белкиным в 1973 году, под которым следует понимать мозаичность представленности картины симптомов – как гипертиреоза, так и гипотиреоза. К явлениям гипертиреоза относят повышенную раздражительность, нервозность, потливость, плохую переносимость повышенной температуры окружающей среды, боли в сердце, снижение массы тела. К явлениям гипотиреоза относятся слабость, повышенная утомляемость, брадикардия, снижение памяти, сонливость, боли в мышцах, зябкость, запоры, кровоточивость дёсен.

В Кемеровской областной клинической психиатрической больнице в женском общепсихиатрическом отделении было проведено обследование 120 пациенток, страдающих параноидной шизофренией.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости и особенностей клинических характеристик НЭД у пациентов с верифицированным диагнозом «параноидная шизофрения» (F20), получающих различную психофармакотерапию.

Задачи исследования: провести оценку возникновения симптомокомплексов нейроэндокринной дисфункции на фоне приёма АПП и АВП как в виде монотерапии, так и в виде полипрагмазии.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 120 пациенток, имеющих диагноз шизофрения (F20.0), установленный в соответствии с МКБ-10. Для анализа влияния разных вариантов АТ на формирование НЭД все пациентки были разделены на 4 группы по 30 человек в каждой. Пациенты 1-й группы принимали АПП, 2-й группы – АВП, пациенты 3-й группы принимали более 2 АП, пациентам 4-й группы назначалось сочетание АП и антидепрессанта.

Нами был проведен анализ медицинской документации (стационарных историй болезней и амбулаторных карт ПНД, амбулаторных карт из соматической сети) с целью верификации диагноза, демографических данных, наследственной отягощенности, особенностей течения заболевания, сопутствующей соматической патологии, получаемой

лекарственной терапии. Проводилось измерение величины артериального давления, окружности талии, массы тела, определение уровня глюкозы натощак, использовались консультации узких специалистов.

Обсуждение результатов исследования. Проведенное исследование показало, что синдром гиперпролактинемии, т.е. нарушение менструального цикла в виде аменореи и олигодисменореи чаще встречалось у пациенток 3-й группы – 13 (48,1%). Увеличение и болезненность молочных желёз чаще зарегистрированы в 4-й группе – 7 (29,1%). Сексуальная дисфункция в виде снижения либидо обнаружена как при терапии АПП – 4 (26,6%), так и АВП – 27,7%, галакторея – при терапии двумя АП и более (18,5%). Метаболические нарушения приблизительно с одинаковой частотой встречались во 2-й – 5 (35,7%), 3-й – 6 (35,3%) и 4-й – 7 (33,3%) группах, несколько реже были зафиксированы в 1-й группе 3 (27,2%). Полиморфный синдром также чаще встречался у пациенток 3-й – 26 (86,6%) и 4-й – 28 (93,3%) групп. Первое место занимали сочетанные симптомы: нарушение менструального цикла и повышенная масса тела, метаболические нарушения и сексуальная дисфункция.

Выводы. Таким образом, структурные характеристики нейроэндокринной дисфункции при разных вариантах АТ у пациенток с параноидной шизофренией, а также их частота, спектр клинических проявлений имели как сходство, так и ряд различий. Следует отметить, что в целом НЭД чаще формируется при назначении двух АП и более и сочетанном применении АП + АД. Анализ частоты представленности различных симптомокомплексов нейроэндокринной дисфункции показал, что при всех видах терапии преобладал синдром гиперпролактинемии и значимо чаще при полипрагмазии.

Несомненный интерес представляют данные о высокой частоте формирования нейроэндокринной дисфункции при полипрагмазии и сочетанном применении АП и АД, что даёт основание стараться избегать таких терапевтических подходов.

Пациенты с психическими расстройствами входят в группу высокого риска развития нейроэндокринной дисфункции в связи с генетической предрасположенностью, факторами окружающей среды, образом жизни. К этим рискам добавляется ещё и приём АПТ.

Ведение таких пациентов должно происходить на междисциплинарном уровне и быть направлено на своевременное выявление, мониторингирование и коррекцию нейроэндокринной дисфункции для улучшения качества оказываемой помощи.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОТИВАЦИОННОГО ФАКТОРА В ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Василевская Ю. Д., Фаткулина К. Е.,
Лысцова Л.Ю., Устименко О.Ф.**

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Поведение, действия, повседневная деятельность как здорового, так и больного человека имеют мотивированность (рентная мотивация: прибыль, материальная обеспеченность, накопления и пр. либо альтруистские формы мотиваций: эстетическая, волонтерская и др.). В ряде опубликованных работ описываются иные характеристики мотивов трудовой, социальной и иной повседневной деятельности. Наиболее распространённые среди них собственно трудовые мотивы: желание трудиться, реализовываться в личной и общественной жизни, производить полезный для общества продукт. Этой положительной мотивации сопутствуют социальные мотивы: желание общаться, сменить окружающую обстановку, ускорить выписку, создать материальные ценности. Таким образом, трудовая мотивация является частью комплекса собственных социальных мотивов, побуждающих больных к работе. При отсутствии собственной мотивации к труду на уговоры окружающих поработать обычно откликаются не более 3,5% больных.

Лечебно-оздоровительная мотивация трудовой деятельности, проводимая с исследуемыми группами больных, формировалась с приоритетом удовлетворения социальной потребности в сравнении с биологической. У больных шизофренией в ряде случаев мотивационный ресурс бывает в той или иной степени нарушен: начиная с безмотивного импульсивного поведения кататонических больных до слабомотивированных повседневных действий больных с формирующимся дефектом.

Нами исследованы три уровня мотивационных функций.

Первый уровень сохранения социальных мотиваций оценивается как высокий, если больные осознают свою ответственность перед близкими и окружающими их людьми, мотивация их к труду и восстановлению утраченных ими навыков сохраняется.

Второй уровень сохранения социальных мотиваций оценивается как удовлетворяющий условиям лечебно-реабилитационного режима внебольничного пребывания и соответствует понятию «трудотерапия занятостью».

Третий уровень отнесён к нарушениям социальных мотиваций и считается сниженным, если больные работают лишь при побуждении их, одиноки, обнаруживают нелепые формы приспособительного поведения без чёткой мотивации, без осознания своей ответственности перед близкими и окружающими.

Материал и методы. В период с 2015 г. по 2017 г. нами обследованы 78 пациентов с шизофренией с различной длительностью заболевания. Для определения уровней мотивации мы использовали прямые (через опросники) и косвенные (через проективные методики) способы диагностики (Н.Д. Семёнов, Б.Б. Фурсов, Московский НИИ психиатрии, 2013 г.). В первую группу было включено 19 больных с давностью заболевания не более 5 лет, что составило 24,4% по отношению к общему числу исследуемых пациентов. Во вторую группу вошли 28 больных с давностью заболевания не менее 10 лет (35,9%). Третью группу составил 31 пациент с выраженными изменениями личности в эмоционально-волевой сфере и давностью заболевания 10 лет и более, что составило 39,7% от общего количества исследуемых.

Пациенты, входящие в первую группу, были выведены из острого психотического состояния. Изменения личности у них выявлялись лишь при проведении специального исследования (экспериментально-психологического и клинического). Больные второй группы имели заметно выраженные изменения личности по эндогенному типу, но с сохранением мотиваций, удовлетворяющих условиям лечебно-реабилитационного режима внебольничного пребывания, и соответствовали понятию «трудотерапия занятостью». У них не было стремления к достижению более высоких результатов, они не интересовались вознаграждением, но регулярно посещали МРО и монотонно работали. Больные третьей группы, составляющие значительную часть исследуемых, представляли собой контингент больных с выраженной негативной симптоматикой, утратой социальных связей, выраженной социальной, а также трудовой дезадаптацией.

Для формирования мотиваций в сфере трудовой и лечебно-реабилитационной деятельности нами применялся комплексный подход: в сочетании с обычной медикаментозной антипсихотической терапией проводились методики психосоциальной терапии с применением психокоррекционного воздействия, направленные на стимуляцию и восстановление мотивационных ресурсов личности. Для расширения фокуса внимания, повышения осознанности действий включались некоторые приёмы коуч-технологий и копинг-стратегических вариантов воздействия (стратегия самоконтроля, стратегия принятия ответственности, поиска социальной поддержки и др.).

В результате проведённой работы с группами больных получены следующие результаты. В первой группе исследуемых больных в 8 случаях (42,1%) наступило заметное улучшение психического состояния, выработана мотивация на дальнейшее усовершенствование трудовых навыков, повысился интерес к размерам вознаграждения и 3 больных (15,8%) были выписаны на здоровое производство. Во второй группе больные («от трудотерапии занятостью») стали подходить к работе с большей заинтересованностью, стали более активными, двое из них (7,1%) были переведены в первую группу. В третьей группе у 9 больных (29%) стали проявляться признаки мотивации к трудовой деятельности, расширился круг общения, повысилась ответственность за свои поступки, выработаны навыки ухода за собой и способность правильно учитывать свои возможности.

Выводы: таким образом, используя имеющийся изначально у ряда больных мотивационный фактор, вырабатывая и стимулируя мотивационные ресурсы больных с различными формами дефекта, нам удалось добиться повышения уровня их социально-трудовой адаптации.

ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ОБОСТРЕНИЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Вдовина Е.В., Батюк Т.Г., Максимова О.И.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность. В настоящее время в отечественной психиатрии сохраняется тенденция к сдвигу акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия, что соответствует мировой практике лечения психически больных. Число психиатрических коек в РФ за последние 15 лет сократилось почти на 20%. В этих условиях возрастает значение внебольничной психиатрии, в частности дневных стационаров, преимущество которых состоит в том, что лечение не ограничивает качество жизни и волю больного, а также является более экономичным и эффективным. Отечественными и зарубежными авторами разработаны специальные лечебные приемы и методики психофармакотерапии, направленные на скорейшее купирование психотической симптоматики в полустационарных условиях (Спивак Л.И., 1978; Цыганков Б.Д., 1980; Скорик А.И., 1981; Гамбург А.Л., 1985; Бовин Р.Я. и др., 1989; Бовин Р.Я., Мазо Г.Э., Иванов М.В., 2000; Polak P., Laycob L., 1971; Donlon P.T., Tupin J.D., 1975; Anderson W.H. et al., 1976).

Цель исследования: выявить условия успешного купирования обострений шизофрении и расстройств шизофренического спектра в дневном стационаре.

Материалы исследования. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по рубрикам МКБ-10 F20.0, F21.0, F23, F25 составили подавляющее большинство (487 – 85%) всех пациентов, направленных в дневной стационар для купирования обострений психического расстройства за 2014–2016 гг. Невыборочным методом с помощью специально разработанной анкеты были изучены амбулаторные карты и истории болезни всех пациентов дневного стационара, поступавших с этими диагнозами за период исследования. Из 487 человек оказалось 225 мужчин и 262 женщины, средний возраст составил $44,10 \pm 12,86$ года, то есть в выборке преобладали пациенты среднего (трудоспособного) возраста.

Обсуждение результатов. Длительность заболевания в преобладающем числе случаев была весьма значительной и более чем у половины больных составляла свыше 15 лет. В то же время у части больных (13,74%) длительность заболевания не превышала 5 лет. Подавляющее большинство больных (почти 85%) ранее имели опыт лечения в дневном стационаре. Около четверти пациентов имели продолжительные сроки лечения (свыше 12 месяцев за 5 лет). В то же время число пациентов с частыми (5 и более за 5 лет) поступлениями в психиатрический стационар было относительно невелико (42 чел. – 8,6%).

Т а б л и ц а 1

Распределение по нозологии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, поступавших в дневной стационар в 2014–2016 году

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Шизофрения, в том числе	433	88,9
параноидная непрерывное течение	83	17,0
параноидная эпизодическое течение	350	71,86
простой тип	16	3,2
детский тип	8	1,6
Шизотипическое расстройство	18	3,6
Шизоаффективное расстройство, в том числе	12	2,5
маниакальный тип	4	0,8
смешанный тип	8	1,7
Всего	487	100%

Около 30% больных имели собственные семьи, в то время как почти 45% никогда не состояли в браке. Соответственно около половины пациентов жили с родителями (часто престарелыми) или другими род-

ственниками. Однако при этом почти в 63% случаев отношения с родственниками можно было охарактеризовать как хорошие и удовлетворительные, проблемы взаимоотношений с ближайшим окружением имелись лишь в 26%. Отношение пациентов к лечению характеризовалось как негативное – 12%, пассивное (безразличное) – 28%, положительное – 60%.

Т а б л и ц а 2

Распределение по семейному положению, отношениям в семье больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Показатель	Абс.	%
Холост (в браке не состоял)	218	44,8
Разведен (а)	90	18,6
Вдов (а)	33	6,9
Женат (замужем)	146	30,0
Взаимоотношения с родственниками		
Хорошие	199	41
Удовлетворительные	107	22
Неустойчивые	78	16
Конфликтные	49	10
Не поддерживают при наличии родственников	27	5,5
Не имеют близких родственников	27	5,5

Т а б л и ц а 3

Исходы лечения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в дневном стационаре в зависимости от ведущей симптоматики

Ведущий синдром	Абс.	%	Исход лечения					
			Значительное улучшение		Минимальное улучшение		Ухудшение, приведшее к госпитализации	
Галлюцинаторно-параноидный,	170	35	122	25,05%	18	3,7%	30	6,16%
Подострый бредовый синдром	44	9	33	6,78%	10	2,1%	1	0,22%
Аффективно-бредовый	102	21	71	14,57%	15	3,08%	16	3,28%
Преимущественно галлюцинаторный	97	20	79	16,23%	10	2,1%	8	1,65%
Аффективные состояния	29	6	25	5,14%	2	0,42%	2	0,42%
Обсессивные, дисморфофобические, деперсонализационные	15	3	11	2,26%	3	0,61%	1	0,22%
Сенестопохондрические	30	6	26	5,34%	3	0,61%	1	0,22%
Всего	487	100	367	75%	61	12,5%	59	12,5%

Выводы. Предпосылками для успешного купирования обострений шизофрении явились особенности социального статуса пациентов (проживание в семье, наличие хороших отношений в семейном окружении и заботливых родственников, контролирующих посещение и соблюдение режима ДС), имеющийся опыт лечения в условиях ДС, установка больного на лечение, хорошая комплаентность. Купировать обострение шизофрении и предотвратить госпитализацию не удалось в части случаев у больных с галлюцинаторно-бредовой (6,1%) и аффективно-бредовой (3,28%) симптоматикой, что было связано с затяжным характером и степенью тяжести этих расстройств, а также с резистентностью к терапии и некоторыми особенностями течения заболевания, макросоциальным окружением – в этих случаях имели место одинокое проживание больного, отсутствие заботливых отношений со стороны родных.

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ: ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РОССИИ В 1917 Г.

Вишневская Э.С., Селедцов А.М., Сорокина В.А.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово
ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Кемерово*

События столетней давности очень актуальны сегодня, в XXI веке. Они заставляют задуматься над причинами их возникновения, приковывают внимание наших сограждан. Казалось бы, что эти события должны анализироваться историками, социологами, деятелями культуры. Однако психиатрия является социальной наукой. Академику В.Я. Семке принадлежат слова: «Из всех медицинских наук психиатрия является самой социально продвинутой медицинской наукой» (Семке В.Я., 2003). В трудах академика Т.Б. Дмитриевой (1994, 2003) можно прочесть: «Социальная психиатрия – самостоятельный раздел общей психиатрии; охрана психического здоровья здоровых – стратегическая задача отечественной психиатрии».

А.А. Корнилов в своей докторской диссертации (1984) проанализировал социальные характеристики и особенности пациентов, перенесших черепно-мозговые травмы в анамнезе. Изучались семьи родителей и семьи самих пациентов по следующим характеристикам: наличие или отсутствие специального образования, наличие противоправных деяний в семье, злоупотребление психоактивными веществами и др. Оказалось, что у психически больных пациентов, имеющих ЧМТ

в анамнезе, наблюдалось «социальное наследование». Но психопатологическая симптоматика в группе пациентов с социально приемлемым поведением и в группе пациентов с антисоциальным поведением резко отличалась. Пациенты с социально приемлемым поведением страдали астеническими, невротоподобными, психосоматическими расстройствами. Они более успешно адаптировались к труду, сохраняли семью. Лечение они проходили в пограничных отделениях психиатрической больницы. Пациенты из группы с антисоциальным поведением лечение проходили в общепсихиатрических отделениях больницы. Травматическая болезнь головного мозга в отдаленном периоде проявлялась тяжелой психопатизацией, судорожными припадками, слабоумием, социально-трудовой дезадаптацией. Профессор Корнилов А.А. был одним из первых ученых в СССР, занимавшихся исследованиями в русле социальной психиатрии. Интерес к социальной психиатрии сохраняется и настоящее время.

Актуальность темы определяется переживанием «кризиса в состоянии индивидуального и общественного психического здоровья» (Семке В.Я., 2006). И сейчас на первый план выходят такие явления, как социальное расслоение общества, коррупция, взяточничество, материальная необеспеченность, кризис семьи, морали, образования. В определенных слоях общества наблюдается паранойя ненависти к учебе, учителям, врачам, работникам полиции. Через столетие все это перекликается с теми же явлениями, бывшими в России в 1917 году. Были ли социальные причины революции 1917 года? Да, без сомнения. Это недовольство крестьян земельной реформой, незавершенность столыпинских реформ, особая тяжесть войны, легшая на плечи крестьян (из 15 миллионов солдат 13 миллионов были крестьянами), падение авторитета церкви, морали в обществе, информационная война средств массовой информации против властей. Аналитические исследования пограничных психических расстройств в период революции 2017 года не многочисленны и противоречивы.

Материалами исследования явились журнальные и газетные статьи журналистов, писателей, печатавшиеся в 2016–2017 гг. под рубриками «100-летие революции в России», «неизвестное об известном», «преступление века». Нами использовался психопатологический метод.

Мы считаем, что деяния некоторых лиц в 1917 г. были проявлением и следствием истерического сужения массового сознания под влиянием привлекательных призывов и лозунгов: «свобода!», «равенство!», «демократия!», «братство!» и под воздействием сопутствующих эмоций. Зрелые, высокообразованные люди, имевшие большой положительный опыт политической и общественной деятельности, не могли

в воюющей стране пооткрывать тюрьмы, упразднить повсеместно должности губернаторов и вице-губернаторов. Но это было сделано А.Ф. Керенским и первым председателем Временного правительства князем Г.Е. Львовым. К тому времени оба они были лучшими сыновьями, лучшими умами России. Ещё до 1917 г. они много сделали для России. О князе Львове говорили: «Юрист по образованию, общественник по призванию».

В воюющей стране было допущено неисполнение приказов Верховного главнокомандующего царя Николая II, а в последующем приказов военных министров, Временного правительства. Не подчинились начальник штаба Ставки, командующие фронтов, испытанные боевые генералы. И это при том, что Россия вела успешные боевые действия в составе блока Антанты, и победный мир ожидался уже летом 1917 г.

Власти Петрограда допустили попытки государственного переворота в июле 1917 г., захвата власти большевиками в самый критический момент для страны: начиналось июльское наступление правительственных войск. Из-за истерического сужения сознания власти Петербурга допустили въезд в Россию заведомо идеологического врага В.И. Ленина. Истерическое сужение сознания было спровоцировано и подготовлено также и деятелями искусств (М. Горький, В. Брюсов, Н. Гумилев и др.). Массовое истерическое поведение проявлялось публичными объятиями, восторженностью происходящим, слезами «радости», революционными песнопениями и революционной музыкой. При встрече Ленина из эмиграции играли три оркестра, вокзал был освещен прожекторами, многотысячная толпа слушала вдохновенную речь Ленина. В этом в частности проявилась не только слабость власти Петрограда, но и паралич власти, как проявление истерического сужения сознания.

При истерическом сужении сознания человек теряет способность к реалистическому суждению и поведению. Это одна из масок такого хамелеона, как истерический невроз, возникающий от самовнушения и внушения со стороны. Как обычно, истерическое поведение охватило вначале образованную молодежь, студентов. Также массовые беспорядки чаще возникают у людей праздных, беспечных, беспринципных. Таковыми были запасные пехотные полки в столице, матросы из Кронштадта, заинтересованные в затягивании смуты, боявшиеся отправки на фронт, в действующую армию.

Сотни тысяч российских солдат из окопов Первой мировой войны стали инвалидами, «не пролив ни одной капли крови». Они страдали истерической глухотой, слепотой, немотой, параличами, гиперкинезами, припадками.

Из-за чрезмерной экзальтации общество в 1917 г не поняло, что В.И. Ленин – это эпилептоид с тяжелыми проявлениями характера – неспособность к коллегиальности, моральный дефект, жестокость, наглый обман с помощью заманчивых лозунгов о светлом, близком будущем. Сейчас, когда стали известны многочисленные факты из жизни «дедушки Ленина», становится понятным, насколько он был типичен как эпилептоидная личность – дисфории, самовзвинчивание, педантичность в мелких делах, чрезмерная забота о своей соме, эгоизм. Для разъяснения событий того времени необходимо было призвать на помощь интеллигенцию, учительство, духовенство, поддержать и возродить духовность и нравственность, так как «духовность и нравственность обладают саногенным действием против психогений» (Семке В.Я., 2006).

Выводы. События, происходящие в революционной России в 1917 году, должны стать предметом дальнейшего изучения психиатрической наукой, дабы избежать ошибок прошлого. Наряду с экономическими и военно-стратегическими трудностями и провалами психогенно-истерические факторы явились одной из возможных причин свершения революции в России в 1917 году.

ЖАЛОБЫ НА «НАРУШЕННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ» У ПАЦИЕНТОВ ОСТРОГО-ПОДОСТРОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

**Вишневская Э.С., Устьянцев Д.Г., Буланова Я.В., Зерникова А.А.,
Устьянина Ж.Г., Серебrenникова А.В.**

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Многие пациенты обращаются к психиатру лишь через несколько лет после начала душевной болезни. В течение этого периода они являлись «трудными» пациентами для врачей-терапевтов. Родственники пациентов, в том числе родственники образованные, живущие в областном центре, и даже родственники, имеющие высшее медицинское образование, врачи – также не всегда понимают, что болезнь члена их семьи – сына, внука, мужа – это не болезнь системы кровообращения, а эндогенное психическое заболевание. Типичны слова отца больного: «он у нас гипертоник. Как у него сахар? У него аллергия?» Врачи терапевты и неврологи часто признают наличие патологии у пациента, но расценивают её как второстепенную, сопутствующую основному заболеванию. Это тем более кажется правильным, что в анамнезе у пациен-

тов выявляются резидуально-органические изменения ЦНС, перенесенные соматические и психосоматические заболевания. Часто врачи-соматологи пациенту с депрессивно-ипохондрическим синдромом в ответ на предъявляемые жалобы говорят: «такого не бывает».

Цель исследования: противопоставить антипсихиатрическим настроениям общества спокойное и доверительное отношение психиатра к жалобам пациента на «нарушение кровообращения».

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали (невыборочно) архивные истории обследованных и пролеченных в 1–3-м общепсихиатрическом отделении. Из 619 больных у 311 диагностировано эндогенное психическое расстройство. Из 311 эндогенных больных у 37 в первом приступе (эпизоде) болезни отмечались состояния, похожие на соматизированную депрессию. К 37 больным были присоединены ещё 7 пациентов со схожей симптоматикой, обследованных и пролеченных ранее в данном отделении. Таким образом, изучены 44 медицинские карты стационарного больного.

По нашим данным депрессивно-ипохондрический синдром с жалобами на «сердце и сосуды» у больных развился в первом (манифестном) эпизоде заболевания. Только у одного больного эта картина болезни возникла во втором эпизоде и ещё у одного пациента – в пятом эпизоде.

Диагнозы больных относились к разделу F20–29, лишь 4 пациентов имели диагнозы F30–39.

Результаты и обсуждение. Большинство больных были в возрасте до 30 лет (29 из 44 – 65,9%). Наследственность у больных по шизофрении выявлена в 54,5%, по алкоголизму – в 36,4% случаев. Невротические и неврозоподобные расстройства в детстве наблюдались у 90,9% больных. Частые соматические заболевания так же зарегистрированы в 90,9% случаев. Психосоматические заболевания имели место в манифестном периоде у 32 из 44 пациентов (72,7%). Резидуально-органической патологией ЦНС с детства страдали 38 пациентов (86,4%). Таким образом, соматовегетативная сфера у пациентов ещё в преморбидном периоде их жизни отличалась хрупкостью, являлась местом наименьшего сопротивления.

В манифестном периоде болезни пациенты становились «ходаками» по врачам поликлиник. В то же время обследование со стороны сердечно-сосудистой системы зачастую они не доводили до конца, отказывались обследоваться в стационарах терапевтического и неврологического профилей. Предъявляемые жалобы пациентов на том этапе были простые: боли в сердце, головные боли. Лишь в отделении психиатрической больницы картина болезни раскрывалась так ярко, как

будто до этого она была скрыта за ширмой, за которой скрываются сенестопатии, сенестезии, деперсонализация, дереализация, депрессия с витальностью и ипохондрическим бредом. Нередко о переживаниях пациента не знали даже близкие люди. Именно в психиатрической больнице были выявлены сенестопатии, часто сенестопатии мигрирующие. Нарушение общего чувства тела обычно присоединялось к другим болям.

Распространенной являлась типичная жалоба: «нарушено кровообращение, нехватка кислорода, тромб в затылке, вся кожа стягивается, сморщивается, кислород не поступает через кожу». Другой больной говорил: «в груди сузились все сосуды, сосуды забились тромбами». Третий: «в мозгу переливается горячая жидкость, это изливается кровь, горячо в ногах... вены в голове и на ногах так расширены, что вот-вот лопнут». Четвертый: «мозг шевелился. Лилась горячая кровь из мозга по телу, до сердца, до ног. Сердце останавливалось, дышать было трудно».

Деперсонализация у больных изученной группы выявлена у 37 человек (84,1%), стандартные жалобы пациентов таковы: «не чувствую своего дыхания, своего сознания, температуру своего тела... тело чужое, кровь в сосудах чужая, в груди чужая душа... верхняя половина тела – легкая как пушинка, а нижняя половина тяжёлая, будто идешь по реке против течения. Потом меняется, верхняя становится тяжелой, а нижняя лёгкой». Ипохондрический бред был у всех больных. У большинства пациентов был и другой бред депрессивного содержания – отношения, осуждения, малоценности. Кроме того, имел место персекуторный бред, но рудиментарный, возникший ещё в инициальном периоде болезни, скорее похожий на «особые интересы»: это мысли о порче, зависти, вампиризме. На депрессивное чувство тяжести в теле жаловались 34 больных (77,3%). Сезонность депрессии с ипохондрией были характерны для 32 больных (72,7%), типовые суточные колебания настроения зарегистрированы у 17 больных (38,6%), потеря веса на 10–15 кг за 2–3 месяца отмечалась у 13 больных (29,5%). Однако без помощи психиатров пациенты в общении с терапевтами, неврологами, в конечном счёте, не могли истинно рассказать о «нарушении кровообращения» и получить адекватную помощь. И всё из-за аутизма, двойственности, амбивалентности, нарушений мышления.

Выводы. Следует укреплять содружество врачей соматической сети с врачами-психиатрами. Психиатрам следует держать связь с родственниками больных, чтобы противодействовать бивалентности и биптенденности больного, его парадоксальности, аутизму и побудить данного больного к комплексному обследованию.

ПРИМЕНЕНИЕ СЕРДОЛЕКТА В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Власова Е.В.

ГКУЗ КО «Прокопьевская психиатрическая больница», Прокопьевск

Актуальность. Необходимость редукции умеренно выраженных негативных симптомов в виде апатии, снижения энергетического потенциала, нарастающей социально-трудовой дезадаптации делает актуальным поиск новых атипичных антипсихотических препаратов при лечении больных шизофренией. Сердолект (сертиндол) является атипичным нейролептиком, селективно воздействующим на лимбические структуры. Обладает воздействием на мезолимбические дофаминергические нейроны и сбалансированным ингибирующим действием на центральные дофаминовые D2-рецепторы, серотониновые 5-HT₂-рецепторы, α₁-адренергические рецепторы, не меняет уровень пролактина. Препарат редко вызывает экстрапирамидные расстройства.

Цель исследования: оценка эффективности применения сердолекта в сравнении с rispолептом у больных шизофренией с умеренно выраженными негативными симптомами.

Материал и методы. В исследование были включены 17 пациентов в возрасте от 35 до 46 лет, мужчины. Были сформированы основная группа, которая получала сердолект (n=9), и контрольная группа, получавшая rispолепт (n=8), из проходивших лечение пациентов в психиатрическом отделении № 1 ГКУЗ КО ПИБ (г. Прокопьевск) в 2013 г.

Сердолект назначался с учетом клинического результата по схеме: 4 мг/сут – 1–4-й день, 8 мг/сут – 5–9-й день, 12 мг/сут – с 10-го дня. Rispолепт применялся в дозе 4–6 мг/сут. Оценка эффективности проводилась через 2 месяца от начала терапии.

Методами исследования являлись клиничко-динамический и экспериментально-психологический. В процессе лечения проводился мониторинг артериального давления, ЭКГ до начала терапии и через 3 недели после начала терапии.

Результаты. Следует отметить, что через месяц от начала терапии сердолектом у пациентов основной группы отмечался положительный эффект: произошли редукция медикаментозной седации, относительное восстановление когнитивных функций, редукция негативной симптоматики, появилась эмоциональная откликаемость и активность больных, стремление к трудовой деятельности. Масса тела не изменилась в процессе терапии.

Применение препарата сопровождалось минимальными экстрапирамидными симптомами, поддерживался хороший комплаенс между врачом и пациентом. К концу 2-го месяца от начала терапии произошло выраженное улучшение социально-трудовой адаптации, больные активно включались в комплекс реабилитационных программ, проводимых в отделении. Отмечалась редукция продуктивной симптоматики. В контрольной группе положительная динамика наступала медленнее. На фоне приема рисполепта у пациентов отмечались седация, увеличение массы тела. Появление экстрапирамидных нарушений вызвало отказ больных от приема препарата, требовало назначения корректоров. Отчетливо выраженного активирующего действия и купирования негативной симптоматики не наблюдалось, что вызывало необходимость увеличения дозы препарата до достижения клинического эффекта. В конце 2-го месяца на фоне приема рисполепта сохранялись эмоциональное оскудение и ослабление мотивационного компонента личности, нарушение мышления.

Заключение. Таким образом, в данном исследовании сердолект являлся препаратом выбора для купирования негативных симптомов у больных шизофренией в системе реабилитации психически больных. При назначении сравнительно небольших доз наблюдается активирующее действие препарата, отсутствует неврологически значимая экстрапирамидная симптоматика, не зарегистрированы осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы, отмечается выраженное улучшение социально-трудовой адаптации больных. Сердолект может быть использован в качестве монотерапии в комплексе психосоциальной реабилитации программ больных шизофренией, значительно улучшая качество их жизни.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПАВ

Волгин Л.М., Гитзатулина Л.В., Иванец И.В., Красноперова А.О., Селедцов А.М.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

МЗ РФ, Кемерово

В последнее десятилетие проблемы, связанные с употреблением ПАВ синтетического производства, приобрели многосторонний междисциплинарный характер.

В настоящее время наблюдается: 1) рост числа больных с зависимостью от психостимуляторов и их сочетаний с ПАВ разных групп (полинаркомания); 2) рост госпитализаций больных с психозами, обусловленными употреблением психостимуляторов.

Цель исследования – выявить особенности психотических расстройств при злоупотреблении синтетическими ПАВ у больных, прошедших лечение в КОКПБ за последние 3 года.

Материалы и методы. Работа основана на данных анализа сплошным методом медицинских карт стационарного больного пациентов, проходивших лечение в отделении № 21 КОКПБ.

Результаты. За период с 2015 по 2017 г. в связи с психотическими расстройствами, обусловленными употреблением синтетических ПАВ (F12 – каннабиноиды, F15 – стимуляторы, в частности амфетамины), было пролечено 70 больных. С каждым годом отмечалось увеличение количества больных, поступающих с психозами, обусловленными употреблением синтетических ПАВ. Так, в 2015 г. поступило 9 (13%) больных, в 2016 г. – 26 (37%), в 2017 г. – 35 (50,0%). По полу соотношение больных распределилось следующим образом: 59 мужчин (84%) и 11 женщин (16%). По возрасту наибольшая группа больных – это достаточно молодые люди: в возрасте 20–29 лет – 64% (45 чел.), в возрасте 30–39 лет – 27% (19 чел.), старше 40 лет – 9% (6 чел.).

В целом среди обследуемых лиц отмечался невысокий уровень образования: 37% обследованных (26 чел.) получили лишь неполное среднее образование (8–9 классов), 43% (30 чел.) имели среднее образование, 13% (9 чел.) – среднеспециальное образование, 7% (5 чел.) – высшее. Установлено, что подавляющее число обследованных (59% – 41 чел.) на момент госпитализации нигде не работали, 30,0% (21 чел.) имели непостоянные неофициальные заработки и только 11% (8 чел.) имели официальное место работы. Чаще всего как официально, так и неофициально работающие занимались низкоквалифицированными видами труда.

Наследственность психическими заболеваниями в 53% случаев (37 чел.) была неотягощена, в 47% (33 чел.) отягощена алкоголизмом близких родственников. У всех обследованных больных имелся опыт эпизодического употребления ПАВ с подросткового возраста. Наркологический анамнез: употребление алкоголя – 3 человека (4%), каннабиноидов – 10 (14%), опиоидов – 14 (22%), сочетанное употребление (алкоголь, каннабиноиды, опиоды) – 43 (60%). В последующем больные начинали употреблять ПАВ амфетаминовой группы. Давность заболевания до 2 лет отмечалась у 30 (43%) пациентов, от 2 до 4 лет – у 33 (47%), более 4 лет – у 7 (10,0%).

Из обследованной выборки больных нами были выделены 2 группы в зависимости от употребляемых синтетических ПАВ. Первая группа – больные, употребляющие только синтетические психостимуляторы – 46 человек (66%). Вторая группа – смешанные психостимуляторы + синтетические каннабиноиды) – 24 чел. (34%).

Со слов больных, после употребления амфетаминов психическая зависимость возникала уже после 3–5 употреблений.

По структуре психозы, вызванные употреблением только амфетаминов, представлены следующим образом. В 80,4% (37 чел.) случаев это были галлюцинаторно-параноидные расстройства. В 19,6% (9 чел.) случаев были представлены делириозными расстройствами. В тематике переживаний обычно отражался характер аддикции. Длительность психотических расстройств варьировала от 2 (преимущественно больные с делириозными расстройствами) до 28 суток в зависимости от быстроты обращения за помощью.

Структура психозов, вызванных смешанным употреблением амфетаминов и синтетических каннабиноидов, была представлена галлюцинаторно-параноидной симптоматикой – 58,4% (14 чел.), шизофреноподобной симптоматикой – 25% (6 чел.) (проявляющийся кататоническим возбуждением, шперрунгами, вкладыванием или отнятием мыслей, расстройствами мышления, эхо-мыслей, резонёрством), делириозными расстройствами – 16,6% (4 чел.). При смешанном употреблении амфетаминов и синтетических каннабиноидов психотические расстройства длились до 1 месяца и более. Когда психозы ограничивались только делириозными расстройствами – до 7 суток.

Терапевтические мероприятия в обеих группах в 100% случаев включали проведение дезинтоксикации, использование транквилизаторов. Во всех случаях для купирования психотической симптоматики использовались типичные нейролептики. В последующем в 6 случаях (13%) больные первой группы и в 21 случае (87,5%) больные второй группы продолжали принимать нейролептики, что объяснялось длительностью резидуальной психотической симптоматики.

Выводы. В течение последних лет отмечается тенденция к росту числа больных, госпитализированных в отделения в связи с психотическими расстройствами, вызванными употреблением синтетических ПАВ. В преобладающем большинстве это были лица мужского пола, молодого возраста, имеющие низкий образовательный уровень, не работающие. К особенностям клинической картины психозов, вызванных употреблением только психостимуляторов, можно отнести преобладание галлюцинаторно-параноидной симптоматики. В тематике переживаний отражается характер аддикции (употребление и сбыт наркотиков).

При смешанном употреблении амфетаминов и каннабиноидов в клинической структуре психоза, помимо преобладающих галлюцинозопараноидных расстройств, наблюдаются и психотические расстройства с шизофреноподобной симптоматикой.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Волгин Л.М., Иванец И.В., Москвина Я.В., Осипов Г.П.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

По данным различных авторов, распространенность депрессии у больных алкоголизмом варьирует от 28 до 60%, что в 2–3 раза больше, чем в общей популяции. Развернутые депрессии, отвечающие критериям большого депрессивного эпизода, встречаются приблизительно у 10% больных алкоголизмом, субдепрессии на уровне дистимии характерны для 30% больных.

При изучении патогенеза зависимости от алкоголя была выявлена общность основных нейрохимических механизмов депрессивных расстройств и патологического влечения, а также прямые корреляции актуализации и регресса патологического влечения с углублением или ослаблением тревожной и дисфорической симптоматики. Выявление роли нарушений катехоламинов и серотонина в формировании патологического влечения к алкоголю позволяет использовать патогенетически обоснованную терапию алкоголизма

Установлено, что этанол нарушает обмен моноаминов в центральной нервной системе, в первую очередь обмен дофамина – нейромедиатора, принимающего участие в регуляции эмоциональной сферы через так называемую систему положительного подкрепления.

Ряд исследователей приводит убедительные данные и в пользу существования центральной серотониновой недостаточности как одного из основных нейрохимических механизмов развития депрессии при алкоголизме: с одной стороны, алкоголь подавляет выработку церебральных моноаминов, с другой – блокирует образование серотонина.

Депрессия у больных алкоголизмом в большинстве случаев соматогенного происхождения, то есть связана с токсическим действием алкоголя на центральную нервную систему, и у большинства больных спонтанно редуцируется в течение 2–4 недель после купирования алкогольного абстинентного синдрома и воздержания от приема этанола.

Цель исследования: выявить клинико-психопатологические особенности и показать эффективность терапии депрессивных расстройств при алкоголизме.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 342 пациента, проходивших лечение в отделении № 21 ГКУЗ КО «Кемеровской областной клинической психиатрической больнице», перенесших металкогольный психоз, из них 242 мужчины и 100 женщин. При этом использовалась клиническая шкала тревоги и депрессии, результаты психологического исследования и клинические данные.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных женщин и мужчин клинически и субклинически выраженная тревога имеет статистически значимые различия ($\chi^2=30,282$, ст.св.2, $p=0,0001$). У 43,9% [35,6 – 52,4] исследуемых женщин выявлена клиническая выраженная тревога, в 56,1% [47,6 – 64,4] случаев обнаружена субклинически выраженная тревога. У мужчин в 70,7% [64,6 – 76,0] случаев наблюдалась субклинически выраженная тревога, в 27,7% [22,4 – 33,6] – клинически выраженная тревога. Клинические проявления степени выраженности тревоги у мужчин выше, чем у женщин (14 баллов у мужчин против 11 баллов у женщин).

Результаты анализа шкалы депрессии имеют статистически значимые различия ($\chi^2=14,927$, ст.св.1, $p=0,0001$) между мужчинами и женщинами. Женщины: 52,3% [43,8–60,7] приходится на долю субклинически выраженной депрессии, а клинически выраженная депрессия – 47,7% [39,3–56,2] случаев, т.е. у 8 пациенток (28,6%) и 4 пациенток (14,3%). Мужчины: субклинически выраженная депрессия – у 12 (14,3%), а клинически выраженная депрессия – у 2 пациентов (4,8%).

Пациенты исследуемых групп совершали правонарушения, имеющие административное и уголовное преследование: в группе 1 А – уголовные преступления в 31,8% [26,3–37,9] случаев, административные – 68,2% [62,1–73,7] исследуемых, в группе 1 В на долю уголовных преступлений приходится 52,3% [43,8–60,7], а на долю административных правонарушений – 47,7% [39,3–56,2] случаев.

Таким образом, у женщин проявления депрессии выявляются практически в 2–3 раза чаще; степень выраженности проявлений депрессии у них выше, чем у мужчин (15 против 11,5 у мужчин).

Помимо дезинтоксикационной терапии, витаминотерапии, лечения транквилизаторами и нейролептиками, лечение пациентов с расстройствами аффективной сферы проводилось антидепрессантами трициклического действия (амитриптилин) и селективными ингибиторами обратного захвата мелатонина (вальдоксан). Выбор антидепрессанта основывался на клинической картине аффективных нарушений.

При преобладании тревожного компонента назначался amitриптилин (как препарат, обладающий более выраженным седативным действием) в дозировке 50–100 мг в сутки. В других случаях (при тоскливом и астенопатическом вариантах) предпочтение отдавалось вальдоксану (по 25 мг в сутки). При этом учитывалось, что анамнестически первичное влечения у них к алкоголю проявлялось в виде депрессии и субдепрессии. Таким больным рекомендовался прием вальдоксана не только в стационаре, но и в последующем, в период динамического наблюдения у нарколога. По нашим наблюдениям, при лечении amitриптилином купирование тревожного компонента наблюдалось к началу 2-й недели, а депрессивных расстройств – к середине 3-й недели. При лечении вальдоксаном тревожный компонент сохранялся длительное время и лишь к середине 4-й недели входил в клиническую норму, а депрессивные расстройства начинали купироваться с конца 2-й – начала 3-й недели.

Выводы. Аффективные расстройства наблюдались у 23% обследованных пациентов, в том числе у женщин чаще отмечаются депрессивные расстройства, у мужчин чаще встречаются тревожные расстройства. Показано, что amitриптилин более эффективен при лечении тревожных расстройств. Назначение вальдоксана более оправдано для профилактики первичного влечения к алкоголю в виде аффективных расстройств.

КЛИНИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ ПО ИТОГАМ РАБОТЫ МУЖСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА ЗА 2015–2017 ГГ.

Волгогонов О.А., Басаргин Д.С., Ядыкина Е.В., Купцов Д.Е.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Актуальность исследования. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения. В такие психиатрические стационары попадают пациенты, совершившие общественно опасные деяния и представляющие значительную опасность из-за склонности к совершению новых деяний. Большую группу таких пациентов составляют лица с интеллектуальной недостаточностью.

Цель исследования. Изучение клинико-психосоциальной характеристики, медико-социальных причин госпитализаций пациентов с интеллектуальной недостаточностью на принудительное лечение специализированного типа.

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки проведено исследование медицинской документации лиц, находившихся на стационарном лечении в мужском отделении принудительного лечения специализированного типа на 48 коек пациентов с интеллектуальной недостаточностью в 2015–2017 гг.

В исследовании применялись клинико-динамический и клинико-катамнестический методы исследования.

В исследование вошли 42 случая, что составило 31,1% от общего числа пациентов, пролеченных в отделении за этот период. Средний возраст пациентов составил 37,8 года.

Результаты исследования. Под термином «интеллектуальной недостаточности» понимают стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим поражением головного мозга. Данное понятие объединяет многочисленные и разнообразные формы патологии, характеризующиеся недоразвитием когнитивной сферы, высших психических процессов, различающиеся по этиологии, локализации, патогенезу, клиническим проявлениям, времени возникновения и особенностям течения заболевания. В клинической психиатрии принято выделять две основные формы интеллектуальных нарушений: умственную отсталость (олигофрению) как разновидность дизонтогенеза (В.В. Ковалев) и деменцию. При олигофрении отсутствует нарастание интеллектуального дефекта. Деменция представляет собой распад более или менее сформированных интеллектуальных функций.

Всего за 2015 г. в отделении было пролечено 57 пациентов, из них с диагнозами: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–29) – 26 пациентов (45,6%); органические психические расстройства (F06–09) – 20 пациентов (35,1%); умственная отсталость (F70–79) – 11 пациентов (19,2%). За 2016 г. в отделении было пролечено 28 пациентов, из них с диагнозами: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–29) – 11 пациентов (39,2%); умственная отсталость (F70–79) – 9 пациентов (32,1%); органические психические расстройства (F06–09) – 8 пациентов (28,6%). Соответственно за 2017 г. в отделении было пролечено 50 пациентов, из них с диагнозами: шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20–29) – 26 пациентов (52%); умственная отсталость (F70–79) – 15 пациентов (30%); органические психические расстройства (F06–09) – 7 пациентов (14%); деменция (F00–03) – 2 пациента (4%).

В группу пациентов с интеллектуальной недостаточностью были включены 42 пациента. Умственная отсталость была диагностирована у 35 пациентов, из них с лёгкой умственной отсталостью – 3 пациентов, с умеренной умственной отсталостью – 22 пациента. Органическое заболевание головного мозга с интеллектуальной недостаточностью имели 5 пациентов. Деменция в связи со смешанными заболеваниями выявлена у 2 пациентов.

Анализ возрастной группы обследованных показал, что деликты наиболее часто совершались в возрасте от 18 до 40 лет. Получил подтверждение известный факт о преобладании среди контингента пациентов с социально опасным поведением лиц с относительно низким образовательным уровнем. Большая часть пациентов обучались во вспомогательной школе – 27 человек, получили образование менее 9 классов – 10 человек, лишь 5 человек имели среднеспециальное образование.

Особенности социального статуса обследованных мужского отделения принудительного лечения специализированного типа свидетельствовали о недостаточном уровне социальной адаптации. Анализ микросоциального окружения показал, что только 7 пациентов находились в официально зарегистрированном браке, поддерживали отношения со своими супругами и имели совместных детей. В гражданском браке состояли 18 человек, но отношения с супругой характеризовались как конфликтные или формальные, оставшиеся 17 человек находились в асоциальной среде.

Большая часть пациентов – это городские жители (23 человека), 14 человек – жители сельской местности, 5 человек – лица без определенного места жительства. На момент назначения принудительного лечения имели инвалидность по психическому заболеванию: 28 человек – вторую группу, 2 человека – третью группу. Наличие судимостей в анамнезе зарегистрировано у 17 человек, 28 человек впервые были направлены на принудительное лечение, остальные 14 человек поступили повторно, что соответствует 28–30% повторности в целом по стране.

Наибольший удельный вес при совершении ООД приходился на пациентов с психопатоподобным синдромом. Часть больных совершали ООД в группе с соучастниками, под их влиянием и, как правило, после употребления спиртных напитков. Значительно меньше представлен психоорганический синдром, взрывной вариант, деменция. Удельный вес больных с психопатоподобными расстройствами особенно велик в наиболее криминогенной группе лиц с повторными ООД.

Частота совершения ООД в состоянии алкогольного и наркотического опьянения составила около 65%. В структуре ООД преобладали правонарушения, направленные против личности – 19 (убийство и телесные повреждения – 10 человек, разбой, грабёж – 5 человек, сексуальные действия – 4 человека). На втором месте по распространенности были ООД, направленные против собственности, – 17 человек. 6 человек совершили хулиганские деяния. Привлекались к уголовной ответственности за хранение наркотиков 2 человека.

Наряду с проводимой фармакотерапией в отделении требуется система психокоррекционных и психореабилитационных мероприятий для исправления недостатков поведения пациента, включающие в себя психологические и психообразовательные методы, направленные на выработку терпимого отношения к неотвратимости пребывания в стационаре, понимание необходимости лечения и его длительности, что будет формировать способность успешной адаптации пациента в обществе. Для пациентов с интеллектуальной недостаточностью, совершивших ООД против личности, применяются обучающие поведенческие техники, направленные на обучение контролю отрицательных эмоций, обучение способности управление ими, а также обучение способам избегания обостряющихся негативных эмоций и формирование способности выражения отрицательных эмоций в социально приемлемой форме. Пациенты, совершившие ООД, направленные против собственности, оправдывают свои действия, как правило, финансовым неблагополучием, отсутствием семьи, или жилья. При этом объективная оценка ситуации, промежуточные цели, контроль своих действий и прогноз последствий своих действий у данных пациентов были значительно снижены, что требует необходимость проведения с ними психокоррекционной работы, направленной на обучение способам совладания с трудными жизненными ситуациями, изменение собственных установок в отношении сложившейся ситуации.

Выводы. Психопатологическое состояние поступающих на принудительное лечение пациентов с интеллектуальной недостаточностью не предопределяет полностью совершение ООД, большую роль имеют внешние социально-ситуационные факторы (семейное неблагополучие, низкий материальный достаток, плохие условия проживания, неполная семья) и негативная реально-бытовая ситуация, в которой оказался пациент на момент совершения ООД. В структуре ООД преобладают лица, совершившие общественно опасные деяния против личности. Психокоррекционно-психореабилитационная работа с этими пациентами нацелена на выработку критического отношения к содеянному и своей личности в целом, обучение навыкам законопослушного поведения.

ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОЙ ПРЕСТУПНОСТИ И АГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЖЕНЩИН В КОНТЕКСТЕ РЕШЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

**Волкогонов О.А., Савинцев П.К.,
Митюхина О.С., Никитищенко Е.Г.**

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Статистически достоверно установлено, что во всех странах женщины составляют малую часть среди общего числа совершивших преступления. Известно также, что женские преступления «менее социально деструктивны». Принято считать, что в обществе традиционно больше сдерживающих факторов, действующих как ограничители делинквентного поведения женщин. При этом многие авторы соглашались с тезисом, что уровень женской преступности чувствителен к социальным изменениям, подчеркивая при этом существование её особенностей. Так, специалистами ГНЦССП им. В.П. Сербского проводились исследования гендерных различий проявлений криминальной агрессии (Сафуанов Ф.С., Дмитриева Т.Б., 2000). Были выявлены более высокий уровень рецидивной преступности у мужчин, большая частота совершения ими агрессивных деяний в состоянии алкогольного опьянения. У женщин преобладала внутрисемейная агрессия, прежде всего как ответ на психотравмирующие воздействия. Жертвами криминальных действий против личности, совершаемых женщинами, являются в основном лица, связанные с женщиной родственными, эмоциональными или интимными связями, при этом наиболее частыми жертвами оказываются дети и мужья. В особую группу женской преступности следует отнести ст. 106 УК РФ (убийство матерью новорожденного ребенка).

Цель исследования: выявление клинических особенностей агрессивных криминальных действий женщин для повышения качества экспертных решений при проведении амбулаторной СПЭ.

Результаты и их обсуждение. Материалом для исследования послужили 1 019 историй болезни АОСПЭ.

Клинико-психопатологическим методом были изучены 1 019 историй болезни амбулаторной СПЭ. Согласно полученным данным, число экспертиз, проведенных в отношении женщин (мужчин), составило 12,8%, что значительно ниже числа экспертиз, проведенных в отношении мужчин (87,2%).

По возрасту обследованные женщины распределились следующим образом: до 25 лет – 16%; от 26 до 40 лет – 54%; от 41 до 55 лет – 20%; от 56 и старше – 10%. Соответственно распределение у мужчин – 21%, 49%, 22% и 8%.

Анализ характера правонарушения показал, что у женщин преобладают преступления против личности (58,4%) над имущественными правонарушениями (16,1%) по сравнению с мужчинами (40,0 и 25,4% соответственно). Одинаково часто встречаются преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков. У обследованных женщин не зафиксировано правонарушений, направленных против половой неприкосновенности и половой свободы личности. В то же время имели место случаи убийства матерью новорожденного ребенка. В прочую группу вошли такие преступления, как мошенничество, оскорбление представителя власти, злостное уклонение от уплаты средств на содержание детей и т.д., и которые более характерными оказались для мужчин (6,92% и 9,9% соответственно) (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Распределение обследованных по характеру совершенного правонарушения

Характер правонарушений	Мужчины	Женщины
Против личности	40%	58,4%
Незаконный оборот наркотических средств	16,5%	16,9%
Имущественные преступления	25,4%	16,1%
Преступления против половой неприкосновенности	8,2%	-
Ст. 106 УК РФ	-	1,68%
Другое	9,9%	6,92%

Т а б л и ц а 2

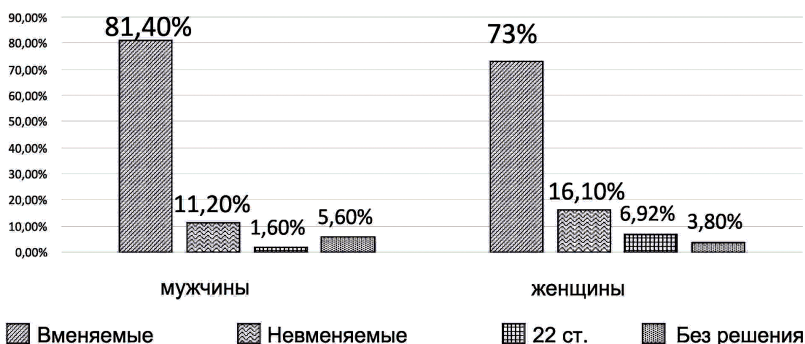
Распределение обследованных по нозологической структуре

Нозология	Мужчины	Женщины
Шизофрения	6,74%	10%
Органические психические расстройства	11,36%	9,2%
Умственная отсталость	28,4%	23%
Расстройства личности	7,53%	6,4%
Зависимости	12,8%	20,7%
Педофилия	0,57%	-
Здоровы	32,3%	30,7%

Таблица 2 отражает распределение обследованных по нозологической структуре психической патологии. Анализ показал, что не обнаружено существенной разницы между женщинами и мужчинами по экспертными по частоте встречаемости лиц, признанных психически здоровыми (30,7% и 32,3% соответственно).

Психические расстройства шизофренического спектра и синдром зависимости, вызванный употреблением психоактивных веществ, в большей мере характерны для женщин. У мужчин преобладали органические психические расстройства, специфические расстройства личности и умственная отсталость. В отдельную группу были включены сексуальные расстройства и расстройства сексуального предпочтения, встречающиеся только у мужчин.

Анализ психопатологической симптоматики позволил выявить факторы риска, способствующие развитию опасных форм агрессивного поведения у женщин с психическими расстройствами различной нозологической принадлежности. Значительное криминогенное влияние на поведение женщин оказали бредовые синдромы. Специфической особенностью бреда у них были конкретность, рудиментарность, меньшая, чем у мужчин, систематизация, отсутствие четких этапов формирования и преобладание бредовых идей обыденного содержания. Агрессивные действия при этом были направлены преимущественно на лиц из ближайшего окружения. Высококриминогенное значение имели наличие психопатических и психопатоподобных расстройств в структуре различной нозологической принадлежности, а также сочетания, связанные со злоупотреблением алкоголем. Эти актуальные состояния, как правило, сопровождалось трудностью аффективного контроля своих действий. В динамике возникновения и развития правонарушений у здоровых женщин большое значение имели психогенные моменты, в том числе в сочетании с патогенной ролью биологических периодов женского организма, возможно, с их декомпенсирующим влиянием.



Р и с у н о к . Распределение обследованных мужчин и женщин по результатам психиатрической экспертизы

Рисунок отражает экспертное решение в отношении обследованных мужчин и женщин. Анализ показал, что психическое состояние у большинства обследованных не лишало их в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Случаев с ограниченной вменяемостью (ст. 22 УК РФ) больше оказалось среди женщин. Женщин-подэкспертных, чье психическое состояние лишало их способности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, оказалось больше по сравнению с мужчинами. Довольно частыми для мужчин-подэкспертных оказались случаи, когда оценка их актуального психического состояния в амбулаторных условиях представляла определенные трудности.

Выводы. Экспертная оценка женской преступности должна опираться на характер правонарушений и клинические особенности актуального состояния на период времени, относящийся к инкриминируемому деянию. В структуре преступлений, совершенных женщинами, преобладают правонарушения против личности. Жертвами агрессивных криминальных действий женщин в основном являются лица, связанные с женщиной родственными, эмоциональными или интимными связями. Особую актуальность для агрессивных действий женщин представляют психотические и психопатоподобные нарушения в структуре хронических психических заболеваний и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ.

АНАЛИЗ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЗАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ПСИХОСОМАТОГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ЗА 2017 Г.

Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Шамова И.П.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Введение. Старение населения, ведущее к повышению доли и численности пожилых людей в обществе, является важнейшей демографической тенденцией современности. В последнее время все интенсивнее процесс постарения населения происходит и в России. Выросла и численность населения, страдающего заболеваниями, встречающимися преимущественно в позднем возрасте, в том числе сопровождающимися психическими расстройствами. Показатели распространенности психических расстройств в популяционных выборках лиц в возрасте 60 лет и старше колеблются от 0,2% до 4,7%.

Цель исследования: анализ госпитализации пациентов с психозами позднего возраста, поступивших в психосоматогеронтологическое отделение № 11–12 ГКУЗ КО КОКПБ за 2017 г.

Материалы и методы исследования. В течение 2017 г. в соматогеронтопсихиатрическое отделение ГКУЗ КО КОКПБ поступило 457 пациентов. Объектом исследования в настоящей работе явилась клиническая группа, состоящая из 260 пациентов мужского и женского пола, пожилого и старческого возрастов (от 56 до 80 лет и старше), с различными формами психической патологии, находившиеся на стационарном лечении в отделении № 11–12 в 2017 г.

Результаты и их обсуждение. В обследуемой группе женщин оказалось в 3 раза больше, чем мужчин. Мужчины составили 24,2% (63 наблюдений), а женщины – 75,8% (197 наблюдений).

Возрастной состав пациентов с наибольшим процентом составили лица 76–80 лет (26,5% – 69 наблюдений) и в возрасте от 71–75 лет (19,6% – 51 наблюдение). Лица остальных возрастных групп составили меньший процент. В обследованном контингенте пациентов, находящихся на стационарном лечении, существенно преобладали лица старческого возраста. Пациенты пожилого возраста (до 70 лет) составили в целом 28,9% (75 наблюдений), а пациенты старше 70 лет – 69,9% (182 наблюдения). Данное соотношение можно объяснить тем фактом, что люди наиболее поздних возрастов чаще попадают на стационарное лечение в связи с ухудшением психического состояния, снижением и нарушением адаптации. На момент обследования по профессиональному статусу обследованных пациентов выявлено лишь 0,8% (2 пациента) имевших постоянную работу. Большинство пациентов имели инвалидность по состоянию психического здоровья или пациенты находились на пенсии по возрасту.

Наличие собственной семьи традиционно рассматривается как фактор, способствующий сохранению психического здоровья. Среди обследованных процент пожилых людей, сохранивших собственную семью, т.е. находящихся в браке, оказался относительно невысок – 27% (70 наблюдений). Наибольший процент составили вдовцы или вдовы – 57,7% (150 наблюдений), а разведенные – 15,3% (40 наблюдений).

К психотравмирующим ситуациям, предшествующим началу заболевания, были отнесены как определенные неблагоприятные социально-средовые факторы (семейное положение, условия проживания, уровень материального достатка), так и стрессовые события. Стрессовые события могли выступать в роли острой психотравмы (потеря близкого человека, выраженные конфликтные ситуации) или в роли хронического психотравмирующего агента (социальная незащищенность, отсутст-

вие перспектив на будущее). Наиболее частым социальным стрессовым событием являлись конфликтная ситуация в семье, социальная незащищенность, потеря близкого человека, конфликтные взаимоотношения с соседями.

Большинство пациентов (176 человек – 67,7% от общего числа обследованных) были госпитализированы в стационар по направлению участкового психиатра, лишь 32,3% (84 человек) были доставлены бригадой скорой помощи.

Понятия психического и соматического здоровья неразделимы в пожилом возрасте. В нашем исследовании случаев отсутствия хронических соматических заболеваний выявлено не было. Наиболее часто отмечалась патология со стороны сердечно-сосудистой системы – 155 пациентов (59,6%). В 35 случаях (13,5%) пациенты имели патологию эндокринной системы, в 27 случаях (10,4%) – патологию ЖКТ. Реже наблюдалась патология мочеполовой системы (23 случая – 8,8%) и заболевания органов дыхания (20 случаев – 7,7%).

По анализу структуры психических расстройств наибольший процент (30,4%) составили лица, страдающие различными формами деменции (F00–F02), среди которых преобладала группа пациентов с сосудистым заболеванием головного мозга. Большую группу составляли лица, страдающие аффективными расстройствами сосудистого генеза (F30) – 28,8%, примерно с такой же частотой встречались психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга (F06) – 27,3%.

По степени тяжести деменций выявлено следующее распределение: с лёгкой степенью – 1 пациент (1,3%), со средней – 27 пациентов (34,2%), с тяжелой – 51 пациент (64,5%).

У 49 пациентов с деменцией (62%) наблюдались психотические состояния экзогенно-органического типа (делирий и состояния спутанности, сопровождающиеся рудиментарными галлюцинозами). Приступы отличались кратковременностью, преимущественно возникали в вечернее или ночное время. Поведенческие нарушения (агрессия, блуждание, двигательное беспокойство, насильственные крики, сексуальное поведение) наблюдались у 21 пациента (26,6%).

Психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга составили 27,3% среди обследованного контингента пациентов. В синдромальном отношении они распределились следующим образом. У 5 пациентов диагностирован истинный вербальный галлюциноз, истинный зрительный галлюциноз имел место в 4 наблюдениях, а тактильный галлюциноз – только у 2 пациентов.

В группе пациентов с бредовым синдромом большую часть (68%) составили бред ущерба и связанные с ним идеи отравления и преследования. Бредовые идеи, как правило, сопровождались тревожно-депрессивной симптоматикой, страхом за своих близких, детей, имущество, в зависимости от фабулы бреда. В группе с галлюцинаторно-бредовым синдромом (46%) отмечался бред колдовства и порчи. Среди обманов восприятия в основном присутствовали вкусовые (30%), обонятельные (27%) и вербальные (20%) галлюцинации.

Аффективные непсихотические расстройства составили 28,8% среди обследованного контингента. Симптомы тревоги выявлялись у подавляющего большинства пациентов с поздними депрессиями – 92%. Симптомы ипохондрии так же отмечались у большинства обследованных – 73,3%. Сенестопатии встречались в 69,3% случаев. У 28% сенестопатии являлись синдромообразующим фактором, формируя синдром сенесто-ипохондрической депрессии.

Пациенты с шизофренией составили 10,8%. Это пациенты, которые были госпитализированы в отделение из-за декомпенсации сопутствующей соматической патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, сахарный диабет), часть пациентов была госпитализирована в отделение в виду преклонного возраста. Ранее все эти пациенты лечились в общепсихиатрических отделениях и диагноз «Шизофрения» был установлен много лет назад.

Выводы. В обследованном контингенте пациентов, находящихся на стационарном лечении, преобладали лица старческого возраста. Пациенты старше 70 лет составили 69,9%. Все обследуемые имели соматическую патологию разной степени тяжести. При анализе факторов, предшествующих началу заболевания, установлено, что в 30% случаев болезнь начиналась спонтанно. Наиболее частым социальным стрессовым событием являлись социальная незащищенность, конфликтная ситуация в семье, потеря близкого человека, конфликтные взаимоотношения с соседями. Анализ структуры психических расстройств показал, что наибольший процент (30,4%) составили лица, страдающие различными формами деменции, при этом у 65% пациентов диагностирована деменция тяжелой степени. Психотические пациенты, поступившие в отделение, имели в основном бредовые расстройства (47,9%). Клиническая картина заболевания в целом характеризовалась бредом малого размаха, отличающимся конкретным обыденным содержанием. Большая часть пациентов имела когнитивные расстройства разной степени. Пациенты с аффективными расстройствами в основном имели тревожный компонент (92%) и очень часто в структуре депрессии были выраженные ипохондрические переживания (73%).

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПОЗИЦИИ ИЗУЧЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ РИТМОВ

Герасимчук М.Ю.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

Актуальность. Снижение социальной адаптации, повышение риска инвалидизации и смертности, высокие экономические издержки ставят проблему депрессии в ряд наиболее приоритетных, а рассмотрение её с позиции «мультифакториального расстройства» [Бохан Н.А., Счастныи Е.Д., 2016] демонстрирует перспективность поиска биологических диагностических показателей для разработки персонализированного подхода [Antupa N., 2017].

Цель: изучение клинико-динамических особенностей депрессивных расстройств у больных с разным характером суточной активности (хронотип)

Материалы и методы. В исследовании приняли участие больные (n=100, 68 женщин и 32 мужчины) в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст составил 48±16 лет) с верифицированными диагнозами (согласно МКБ-10): «депрессивный эпизод» [F32] (n=27), «рекуррентное депрессивное расстройство» [F33] (n=53), «биполярное аффективное расстройство» [F31.3–31.5] (БАР, n=20), подписавшие добровольное информированное согласие. Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания этического комитета при ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России № 13–14 от 12.10.2014). Критерии невключения: депрессия в рамках шизофрении, органического поражения ЦНС, болезней зависимостей; беременность, кормление грудью. Критерии исключения: отказ от дальнейшего участия; тяжелые заболевания внутренних органов. В рамках проводимой работы были использованы следующие психометрические инструменты: шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), Питтсбургский опросник (PSQI); методика для оценки циркадных ритмов человека Morningness Eveningness Questionnaire (MEQ), что позволило выделить лиц с вечерним (В), промежуточным (П) и утренним (У) хронотипами. Личный вклад автора заключался в разработке плана исследования, выборе методов для его реализации, подборе терапии, заполнении психометрических шкал, анализе и обобщении полученных данных.

Методы статистического анализа: Excel для Windows, Statistica (StatSoft). Каждый больной был обследован по 21 признаку, для выявления степени влияния независимых признаков на зависимый использовался регрессионный анализ. Количественные признаки описывались значениями среднего – $M \pm SE$, медианы и квартилей – $Me [Q1; Q3]$. При сравнении пар независимых переменных применяли Mann-Whitney test, трех и более – Kruskal-Wallis test, зависимых переменных – Wilcoxon test. При анализе двух независимых групп по бинарному признаку – Fisher's test, χ^2 test.

Результаты исследования и их обсуждение. В рамках исследования был проанализирован ряд клинико-динамических параметров. Возраст на момент начала заболевания составил от 15 до 75 лет (в среднем – $38,06 \pm 14,94$ года). Длительность заболевания варьировала от 1 месяца до 53 лет (6 [1,5; 13, 5]). За этот период больные перенесли от 0 до 25 эпизодов (3 [0; 6]) продолжительностью от 0 до 24 месяцев (3 [2; 4]). Доля повторных эпизодов составила 72%. Средний балл MEQ составил $47,25 \pm 9,63$ балла: У – 12%, П – 58%, В – 30%.

Результаты регрессионного анализа с пошаговым включением переменных показали, что при условии $p < 0,05$ наибольшую степень влияния на тяжесть депрессии спустя 8 недель терапии (MADRS) оказывали такие факторы, как возраст больного на момент обращения, исходная тяжесть состояния, ведущий синдром и хронотип. Модель взаимосвязи отклика с предикторами была достаточно адекватна, коэффициент множественной корреляции R близок к 1, а R2 больше, чем 0,5. У больных с вечерним предпочтением (В) тяжесть состояния была спустя 8 недель терапии ($p = 0,001$).

Наследственная отягощенность в группе пациентов с вечерним хронотипом была выше как по аффективным расстройствам (реактивные депрессии, послеродовые депрессии, депрессии позднего возраста, установленный диагноз аффективного заболевания) (50%) ($\chi^2 = 15,17$; $ss = 2$, $p = 0,005$), так и по другим психическим заболеваниям (60%) ($\chi^2 = 6,79$; $ss = 2$, $p = 0,01$).

Для больных с вечерним хронотипом по сравнению с пациентами с утренним и промежуточным хронотипами были характерны более ранний возраст на момент начала заболевания ($30,4 \pm 12,9$; $47,3 \pm 14,29$ и $40,1 \pm 14,52$ года, $p = 0,006$), большая длительность заболевания (годы) (8 [3; 14]; 5,5 [0,4; 13,5] и 5 [0,5; 13], $p > 0,05$), большая средняя продолжительность эпизодов в анамнезе (месяцы) (3 [2; 5]; 2 [1,25; 3] и 2,75 [2; 3,5], $p > 0,05$), более тяжелое состояние в рамках настоящего эпизода (MADRS) ($30,3 \pm 1,59$ балла; $27,5 \pm 1,24$ балла и $29,1 \pm 2,48$ балла, $p = 0,0002$).

Несмотря на схожие диагностические критерии при первичном и повторном депрессивном эпизоде, у лиц с рекуррентным и биполярным расстройствами доля вечернего хронотипа была выше (37%), чем при единичном эпизоде (11%) ($F=0,014$, $p=0,02$).

Заключение. Нарушения биологических ритмов занимают важное место в структуре депрессии. Индивидуальный циркадианный ритм и соответствующее суточное предпочтение (хронотип) существенно отличаются у разных больных. Вечерний хронотип может расцениваться как исходно неблагоприятный фактор течения и прогноза заболевания.

Учитывая роль средовых провоцирующих факторов в рассогласовании ритмов и развитии аффективных расстройств, в профилактических целях рекомендовано ранее выявление факторов риска, регулярность социальной активности и приема пищи, работа по графику, соответствующему эндогенному ритму больного, тщательный мониторинг сигнальных симптомов заболевания.

АНАЛИЗ НЕВЕРБАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕШАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Гильбурд О.А., Масалкова Ю.М.

*Сургутский государственный университет, Сургут
Липецкая областная психоневрологическая больница, Липецк*

Одной из актуальных проблем социальной реабилитации в современной психиатрии является коррекция поведения пациентов с расстройствами зрелой личности (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2006). Максимальной сложности эта задача достигает в случаях амальгамного сочетания разных психопатических радикалов, что обозначено в МКБ-10 как «смешанное расстройство личности» [F61.0]. Очевидно, что на сколько-нибудь успешную поведенческую адаптацию мозаичного психопата к нормам социального общежития можно рассчитывать только в рамках конкретной реабилитационной программы, основанной на детализации персонального репертуара поведения, присущего данному пациенту. Мы полагаем, что наиболее адекватным методом дискриминации поведенческих паттернов смешанного расстройства личности является этологический анализ, который с 1960-х годов используется для объективизации и верификации разных психических расстройств (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П. и др., 1990; Гильбурд О.А., 1998–2007; Ploog D., 1964; McGuire M., Fairbanks L., 1977), но по-прежнему редко применяется отечественными исследователями (Гильбурд О.А., 2009).

С целью систематического описания соответствующих этологических признаков мы в период 2015–2017 гг. изучили в статике и динамике особенности невербального поведения 44 амбулаторных и стационарных пациентов, а также подэкспертных испытуемых Липецкой областной психоневрологической больницы с диагнозом «смешанное расстройство личности», установленным в соответствии с критериями МКБ-10 и уточнённым с помощью опросника PCL-R [Psychopathy Checklist Revised – Доработанный Контрольный Перечень Признаков Психопатии] (Hare R.D., 2003).

Для этого наряду с тщательным анализом анамнестических сведений и клинической семиотики осуществлялась 20-минутная видеофиксация этологического репертуара у каждого пациента с последующей кадровой дискриминацией элементов, простых паттернов и сложных (контекстных) форм невербального поведения с использованием Глоссария по исследованию невербального поведения человека (Самохвалов В.П., 1989, 1994; Коробов А.А., 1991; Eibl-Eibesfeldt I., 1989) и Глоссария визуальных элементов агрессивного поведения человека (Хренников О.В., 1997). Степень выраженности признаков оценивалась по 7-балльной шкале HESS [Human Ethological Signs Scale – Шкала Этологических Признаков Человека] (Гильбурд О.А., 2006), где применяется следующая балльная оценка:

1 балл – *отсутствует* – Определение признака не применимо.

2 балла – *минимальная* – Сомнительное присутствие признака.

3 балла – *умеренная* – Признак возникает на короткое время, регулярно, проявляется отчётливо, преимущественно в ситуационном (средовом) контексте.

4 балла – *средняя* – Признак возникает на короткое время, регулярно, проявляется отчётливо, в том числе вне ситуационного (средового) контекста.

5 баллов – *резкая* – Признак возникает часто, проявляется отчётливо, вне зависимости от ситуационного (средового) контекста и сохраняется достаточно продолжительное время.

6 баллов – *яркая* – Признак присутствует почти постоянно, проявляется отчётливо, вне зависимости от ситуационного (средового) контекста.

7 баллов – *грубая* – Признак присутствует постоянно, акцентирован в общем репертуаре поведения, проявляется вне зависимости от ситуационного (средового) контекста.

Как семиотически значимые квалифицировались признаки, выраженность которых соответствовала величине от 4 до 7 баллов.

В результате исследования был составлен глоссарий MPDEC [Mixed Personality Disorder Ethological Checklist – Контрольный Перечень Этологических Признаков Смешанного Расстройства Личности]:

А) агрессивно-предупредительные признаки: 1) пристальный взгляд, 2) открытый рот, полуоскал, 3) угроза губами (напряжение губ, прикус), 4) жевание, в том числе напряжение челюстных мышц), 5) бормотание (движение губ, имитирующее речь без вербального компонента), 6) угроза бровями (нахмуривание, флэш – резкие движения бровей вверх-вниз), 7) резкие движения головой (вверх, вниз, вперед, в сторону), 8) угроза поднятием плеч (реакция плеча – резкое движение вверх, в сторону – увеличение размеров плеча), 9) угроза расставлением ног (демонстрация открытого паха – разведение коленей в стороны, без прикрытия паха руками), 10) приподнимание (стремление увеличить свой рост), 11) напряжение тонуса мышц туловища, 12) сжимание кулаков (без их демонстрации), 13) фиксация рук на поясе, 14) оглядывание по сторонам (недифференцированное);

Б) агрессивно-конфликтные признаки: 1) оскал, 2) широкие движения руками, 3) резкие движения руками, 4) сокращение индивидуальной дистанции, 5) замах (на оппонента), 6) демонстрация кулака оппоненту, 7) удары по предмету, 8) удары по своему телу, 9) выпад корпусом по направлению к оппоненту, 10) выпад тазом вперед по направлению к оппоненту, 11) топанье ногами (исключая стереотипии);

В) агрессивно-контактные признаки: 1) удар (по оппоненту – ладонью, кулаком, твёрдым тупым предметом, в том числе головой и ногой, колюще-режущим предметом, 2) драка (с использованием только рук, с использованием тупых твёрдых предметов, включая голову и ноги, с использованием колюще-режущих предметов, 3) метание (в направлении оппонента – тупых твёрдых предметов, колюще-режущих предметов), 4) выстрел (в направлении оппонента);

Г) демонстративные признаки: 1) брови постоянно поднятые, 2) подмигивание, 3) расширенные веки, 4) губы в улыбке, 5) хоботок, 6) «рыбий» рот (полухоботок с открытием рта), 7) поза Наполеона, 8) коленный угол более 90°, 9) жест-обращение, 10) демонстрация – гениталий, оголенной руки, ноги, украшений, ногтей, груди, 11) аутогрумлинг (прихорашивание, поправление одежды, причёски, стряхивание с плеч, потирание лица), 12) контрастно-эпатажная стилистика одежды (в том числе сочетание чёрного с красным), причёски, макияжа, 13) сексуально-эротическое кокетничание, заигрывание, соблазнение, 14) доминантное поведение, 15) имитационное поведение (эхо-симптомы, индуцированные феномены, искаженно-ритуализованное и шаржированное подражание), 16) ЛГБТ-ориентация;

Д) аутоагрессивные признаки: 1) онихофагия, хейлофагия, трихотилломания, 2) несуицидальная аутодеструкция (в том числе скарификация, «шрамирование», пирсинг), 3) аутотомия, 4) самоистязание, 5) субмиссивная роль в BDSM-сессиях, 6) экстремальное спортивное хобби, 7) рискованный вид профессиональной деятельности, 8) злоупотребление ПАВ, 9) суицидальная аутодеструкция;

Е) диссоциальные признаки: 1) взгляд по сторонам 2) прищур, 3) отвисшая нижняя губа, 4) смещение губ с высовыванием языка, 5) сплёвывание, 6) облизывание, 7) поза «кучера», 8) откинута поза, 9) жест отстранения, 10) мимика безразличия, 11) мимика презрения, пренебрежения, 12) манипулирование предметом, одеждой, «игра пальцами», 13) неряшливость, 14) зевание, 15) сексуальное домогательство, 16) прямая сексуальная агрессия (изнасилование), 17) доминантная роль в BDSM-сессиях.

Заключение. Таким образом, этологический анализ значительно обогащает и детализирует существующие представления о семиотике различных вариантов смешанного расстройства личности, позволяет максимально объективизировать их распознавание, верифицировать клинический диагноз и наметить конкретные поведенческие мишени для успешной коррекции и психосоциальной реабилитации профильных пациентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Говенько А.А., Сигачева А.О., Иванов В.Г.

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

Проблема лечения шизофрении нередко сталкивается с вопросом возникновения побочных эффектов и осложнений. Эти нежелательные терапевтические проявления могут быть связаны как с прямым действием самого лекарства, т.е. химической структурой вещества с антипсихотической активностью, так и с индивидуальными особенностями организма больного, с его соматическими составляющими и органическими вредностями в анамнезе. Ряд авторов говорит также о возможности спонтанного возникновения осложнений у больных, никогда ранее не лечившихся лекарственными препаратами.

Цель нашего исследования: провести клинический анализ побочных эффектов и осложнений психофармакотерапии, возникающих у пациентов, впервые поступивших в психиатрический стационар по поводу манифестации психических расстройств шизофренического спектра.

Материалы и методы исследования. За период с 2015 по 2017 г. на базе женского отделения ГКУЗ КО КОКПБ было пролечено 773 больных с расстройствами шизофренического спектра. В наше исследование вошли 57 пациентов (7,37%), впервые госпитализированных в стационар, в возрастном диапазоне от 16 до 55 лет. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 им были выставлены следующие диагнозы: острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 77,2%, шизофрения параноидная, дебют (F20.09) – 15,8%, острое шизофреноподобное расстройство (F23.2) – 3,5%, шизотипическое расстройство личности (F21.8) – 3,5%.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования у больных было выявлено большое разнообразие клинических проявлений побочных эффектов и осложнений, связанных с применением лекарственных средств с антипсихотическим действием. К их числу относятся тремор верхних и нижних конечностей, тревога, скованность и спазм мускулатуры, оскуднение мимики, сухость во рту, вялость и сонливость, нестабильное АД с преобладанием гипотонии, тахикардия, запоры и дизурические явления, гиперсаливация, снижение эмоциональности и замедление когнитивных способностей, биохимические нарушения, которые не всегда структурировались в законченные симптомокомплексы (синдромы). В связи с этим нежелательные нейролептические эффекты психофармакотерапии были объединены в следующие компоненты: психический, неврологический, вегетативный и прочие, что позволяло оценить тяжесть медикаментозных осложнений и определиться с их коррекцией.

В зависимости от стратегии применения антипсихотиков отобранные пациенты были разделены на 4 группы.

В 1-ю группу вошли 19 больных (33,4%), получавших терапию типичными нейролептиками (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол). Анализ показал, что 5 пациенток (26,3%) такое лечение переносили без каких-либо осложнений, о чем свидетельствовало достаточно ускоренное купирование острых психотических проявлений болезни в ходе лечения, сочетающееся с улучшением общего психического состояния больного. У остальных пациентов (73,7%) были выявлены значительные нежелательные эффекты, сопровождающиеся отрицательным отношением больного к лечению. Психопатологическая

симптоматика побочных эффектов и осложнений в 7 случаях характеризовалась преобладанием вегетативного компонента (снижение артериального давления с головокружением, тахикардия, бледность кожных покровов, слабость и вялость) над неврологическим. В 5 случаях выявлен неврологический компонент (тремор верхних и нижних конечностей, повышение тонуса мышц и их скованность, маскообразность лица), преобладавший над вегетативным. По одному случаю были отмечены явные дизурические явления и появление изменений в биохимических анализах, сочетающиеся с невыраженными вегетативными и неврологическими компонентами осложнений. Выявленная нейролептическая деформация при этом сопровождалась депрессивными переживаниями и снижением социальной активности, с желанием отказаться от терапии. Своевременное изменение дозировки и путей введения препарата, а также назначение корректоров психофармакотерапии (тригексифенидил в пероральной форме) позволял значительно уменьшить негативные проявления и продолжить лечение.

Во 2-ю группу были включены больные, которые получали лечение атипичными нейролептиками (клозапин, рисперидон, оланзапин, кветиапин) – всего 11 больных. В 2 случаях у больных развились явления нейролептического синдрома с легкими гиперкинетическими нарушениями (неврологический компонент). Вегетативный компонент обнаружен у 3 пациенток этой группы, в его структуре преобладали неустойчивость артериального давления и тахикардия. У 6 человек не были выявлены какие-либо отклонения, привнесенные фармакологической активностью препаратов, что составило 54,5% от всех больных этой группы. Для большинства пациентов для купирования выявленных побочных эффектов оказалось достаточно пересмотра доз и путей введения препаратов в сочетании с психокоррекцией.

К 3-й группе были отнесены пациенты, получавшие комбинированное лечение с использованием нейролептиков (галоперидол), антидепрессантов (амитриптилин), транквилизаторов (феназепам). Всего в 3-ю группу включено 21 человек, что составило 36,8% от обследованных больных. Анализ показал, что при комбинированном лечении с применением указанных препаратов (13 человек) выявляется наиболее широкий спектр нежелательных эффектов. Возможно, это связано с усилением их действия на ЦНС. Нейролептические проявления комбинированного лечения характеризовались такими нарушениями, как вялость, сонливость днем, сухость во рту, гиперсаливация, эпизоды затуманивания зрения при гипотонии в сочетании с неврологической симптоматикой (дрожание рук и ног, повышенный тонус мускулатуры и скованность, маскообразность лица, неусидчивость и повышенная подвиж-

ность), а также другими нарушениями моторики – задержка стула, частые позывы к мочеиспусканию. Кроме того, у некоторых пациентов (3 человека) были отмечены биохимические изменения в анализах. Выявленная нейролептическая деформация в этой группе сочеталась с определенной дефицитарной симптоматикой в виде когнитивных и депрессивных нарушений. Лишь в 5 случаях в этой группе не были выявлены какие-либо осложнения, что составляет 38% больных третьей группы. Своевременное изменение дозировки и путей введения препарата с назначением корректоров психофармакотерапии (в пероральной форме – тригексифенидил, парентеральной – раствор амантадина, с дальнейшим переводом на тригексифенидил) хотя и давал определенные результаты, но в ряде случаев потребовалась замена классического нейролептика на атипичный.

В 4-ю группу включены больные, получавшие нейролептики в сочетании с нормотимиками. В качестве нейролептиков использовались препараты рисперидон, оланзапин. Из нормотимиков применялись карбамазепин, лития карбонат. Всего к 4-й группе было отнесено 6 больных, что составило 10,5% от выборки, из которых у 4 пациентов (66,7%) не были выявлены какие-либо осложнения или побочные эффекты. Субъективные ощущения самих пациентов, связанные с такой фармакотерапией, характеризовались как хорошо переносимые, с удовлетворительной оценкой общего самочувствия. У двоих оставшихся пациентов этой группы были отмечены явления гипотонии, тахикардии с другими жалобами вегетативного характера, которые не требовали специального дополнительного медикаментозного лечения.

Выводы. Осложнения и побочные действия психотропных препаратов, возникающие у больных шизофренического спектра, распространяясь практически на все сферы психической деятельности пациентов (моторную, вегетативную, эмоционально-волевою, когнитивную и др.), не всегда структурированы в законченные симптомокомплексы (синдромы), что затрудняет их диагностику. Учет и интерпретация всех возможных «локальных», на первый взгляд разрозненных патологических сдвигов (компонентов), позволяет с минимальным ущербом для больного определиться со схемой лечения.

Наше исследование еще раз подтвердило, что лечение «атипичными» нейролептиками переносится больными значительно лучше, что они вызывают меньше побочных эффектов и осложнений по сравнению с «типичными» нейролептиками или комбинированной терапией.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Гордеев В.А.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность исследования. Вопросы недобровольной госпитализации в практической деятельности врача-психиатра в последнее время принимают все более острый и значимый характер. Знание и умение использовать на практике законодательную базу и клиническое наполнение этой процедуры, а именно три основных документа: Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»; «Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» от 08.03.2015 № 21-ФЗ; «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ – требование, определяющее возможность практической деятельности врача-психиатра, не подвергая себя опасности уголовного преследования.

Цель исследования: рассмотреть особенности клинических состояний, определяющих основные критерии, регламентируемые процедурой недобровольной госпитализации.

Обсуждение и выводы. В законе (Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»; «Кодекс административного судопроизводства Российской Федерации» от 08.03.2015 № 21-ФЗ) в качестве ключевых, облигатных используются медицинские критерии состояния пациента позволяющие прибегать к процедуре недобровольной госпитализации: 1) тяжесть психического расстройства; 2) тяжесть психического расстройства обуславливает: «А» опасность или «Б» беспомощность либо «В» вред здоровью без лечения; 3) возможность лечения только в условиях стационара. Все три критерия обязательно должны быть выявлены и описаны. Отсутствие одного из критериев может быть расценено как нарушение законодательно определенных условий применения процедуры недобровольной госпитализации.

Рассмотрим клиническое наполнение этих критериев. Первый критерий – тяжелое психическое расстройство, как правило, констатируется при психотическом уровне расстройства – психозе, либо при выраженном слабоумии (врожденном или приобретенном), либо при тяжелой (практически доходящей до психотического уровня) декомпенсации отдельных видов расстройств личности (психопатий).

Что касается психозов, то их квалификация, как правило, не вызывает трудностей. Это различные виды расстройств сознания (делирий, онейроид, сумерки); галлюцинаторные расстройства слуховые, висцеральные, сенестопатии (зрительные, как правило, в рамках расстроенного сознания). Бредовые расстройства в данном случае диагностически более сложные, и только по поведению они могут не определяться. В ряде случаев правильное «адекватное» поведение является существенным элементом бредового восприятия: «нужно ничем не выдать себя», «чтобы достигнуть цели нужно быть как все, как разведчик среди врагов». В данном случае чрезвычайно важны объективные сведения (документированные) о поступках или отдельных высказываниях, отражающих бредовые переживания.

Что касается аффективных нарушений (депрессия, мания), то, как правило, аффективные нарушения психотического уровня сопровождаются конгруэнтными аффекту бредовыми высказываниями и в типичных случаях диагностически понятны.

Состояния выраженного слабоумия (врожденного или приобретенного) не требуют дополнительных комментариев.

В отношении группы состояний, определяемых расстройством личности, следует указать, что не все психопатии способны в своей динамике давать декомпенсации, доходящие до психотического уровня. Как правило, это эпилептоидные психопаты в состоянии тяжелой дисфории с критически суженным уровнем сознания либо паранойяльные психопаты с актуализацией сверценных идей до бредового уровня, либо возбудимые психопаты с аффективно суженным сознанием.

Все эти состояния фактически подразумевают неспособность лица понимать значение своих действий или руководить ими, т.е формулу невменяемости, что вполне резонно, так как в отношении совершенных в таком состоянии противоправных действий они будут признаны невменяемыми.

Второй критерий подразумевает, какой вид социальной опасности определяет конкретное тяжелое психическое расстройство. Что касается «А» – непосредственной опасности для себя или для окружающих. Все перечисленные выше состояния в определенной ситуации могут обуславливать такую опасность. Определение этой опасности как непосредственной подразумевает наличие определенных поведенческих актов, которые очевидны для окружающих. Кроме того, к этой категории могут быть отнесены состояния, когда высокая вероятность совершения таких действий определяется по содержанию бреда, галлюцинаций, при этом имеются доказательства приготовления к совершению таких действий.

Вид социальной опасности «Б» – беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, более свойствен состояниям врожденного приобретенного слабоумия (сюда следует отнести и конечные состояния эндогенного процесса, также являющиеся определенным видом слабоумия). Неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности – это «пассивная опасность для себя» путем пренебрежения или невозможности обеспечить сохранение жизни. Такие состояния при наличии ухаживающих лиц, нахождении в социальном или медицинском учреждении как удовлетворяющие критерию не работают. Их жизненные потребности обеспечиваются с помощью лиц, обязанных это делать.

Третий вид социальной опасности «В» – существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. Имеется определенная острота состояния, не предполагающая непосредственной опасности, но имеется отрицательная динамика нарастания тяжести; попытки лечения во внестационарных условиях безуспешны (либо имеется открытый отказ от лечения); факт возможного вреда здоровью очевиден: это может быть сексуальная распущенность (риск заражения), пренебрежение тяжелым соматическим состоянием, вред может быть причинен действиями сторонних лиц (взыскание долгов и т.д.).

Третий критерий – психиатрическое обследование или лечение возможно только в стационарных условиях. В ряде случаев обоснование наличия этого критерия либо отсутствует в медицинской документации, либо это воспринимается как нечто само собой разумеющееся, особенно при госпитализации по скорой помощи. Такой подход легкомыслен. Возможность обследования и лечения только в стационаре должна быть подтверждена либо прямым отказом пациента от назначенного лечения, либо от назначенного обследования, либо вообще от осмотра (освидетельствования) врача-психиатра. То, что такие попытки предпринимались, должно быть документально зафиксировано в заявлении родственников (либо иных лиц) и отражено в амбулаторной карте.

Заключение. Только доказательное, основанное на фактическом материале и объективных документированных сведениях описание психического состояния пациента, подлежащего недобровольной госпитализации, поможет суду принять правильное решение и оградит врача-психиатра от нежелательных процедур.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Гордеев В.А., Макарова О.В.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Актуальность исследования. Население развитых стран мира стремительно стареет. Значительно увеличивается доля пожилых пациентов и в психиатрической практике. Особенности психофармакотерапии при психосоматических расстройствах в гериатрической практике изучены недостаточно. В то же время актуальность данной проблемы не вызывает сомнений, поскольку для пожилого и старческого возрастов характерным является изменение большинства фармакокинетических и фармакодинамических параметров.

Цель исследования: изучить особенности терапии пожилых пациентов препаратами группы психофармакотерапии.

Задачи исследования: 1) изучить возникающие побочные действия и осложнения терапии препаратами группы психофармакотерапии у пожилых пациентов; 2) выяснить оптимальные дозировки препаратов группы психофармакотерапии при различных нозологических единицах; 3) выявить препараты, нежелательные для применения у пациентов в старших возрастных группах.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки изучены истории болезни 126 пациентов когорты соматогеронтопсихиатрического отделения пожилого возраста (60–74 лет). В исследовании применялись архивный, клинико-динамический и клинико-катамнестический методы.

Все пациенты принимали препараты из группы психофармакотерапии. Пациенты, принимавшие лишь противодementные препараты, в исследование не включались. Пациенты разделены на группы: 1-я группа – страдающие параноидной шизофренией (F20) (28 чел.), 2-я группа – адементные психозы позднего возраста (F06, F07) (37 чел.), 3-я группа – бредовые, галлюцинаторно-бредовые и поведенческие нарушения на фоне деменции (F02, F01) (51 чел.).

Результаты и обсуждение. В 1-й группе (F20) (28 чел.) больных применялся практически весь арсенал нейролептиков. У этих пациентов выявлена относительно неплохая переносимость препаратов, которая с увеличением возраста достаточно быстро снижается. Практически при приеме всех нейролептиков отмечаются побочные действия со стороны сердечно-сосудистой системы, у многих – экстрапирамидные расстрой-

ства. Больше всего побочных действий отмечено как при применении хлорпромазина: ортостатические реакции – 66%, тахикардия – 100%, ухудшение обменных процессов по ЭКГ – 33%, так и клозапина: ортостатические реакции – 50%, тахикардия – 83%, ухудшение обменных процессов по ЭКГ – 33%. Кроме того, отмечена четкая взаимосвязь применения клозапина и возникновения судорожного синдрома.

Предпочтение из нейролептиков во 2-й группе отдавалось рисперидону в дозе 1–4 мг/сут, галоперидолу 0,5–5 мг/сут, хлорпромазину 15–50 мг/сут, зуклопентиксолу 2–6 мг/сут, флупентиксолу 2–6 мг/сут, перифеназином 1–10 мг/сут. Переносимость нейролептической терапии значительно снижается по сравнению с 1-й группой. Значительно ниже средние дозировки. Практически у всех пациентов развивалась тахикардия, более чем у половины отмечалось ухудшение обменных процессов по ЭКГ. Многие пациенты 2-й группы принимают большие нейролептики лишь в начале терапии; в дальнейшем после редукции продуктивной симптоматики они переводятся на вальпроаты, карбамазепин или «малые» нейролептики. Во 2-й группе вообще не применялись препараты пролонгированного действия, клозапин и очень редко хлорпромазин.

У пациентов 3-й группы основными препаратами являются промидолы. Нейролептики они принимают недолго и в минимальных дозировках. Переносимость нейролептиков крайне низкая. Незначительный седативный эффект даже при малых дозах быстро перерастает в выраженную сомнолентность; иногда – с дальнейшим ухудшением. В 3-й группе пациентов можно наблюдать практически весь спектр побочных действий и осложнений, описанных производителями. К сердечно-сосудистым осложнениям присоединяются неврологические.

Более чем у половины больных назначение нейролептиков вообще не вызывает ожидаемого эффекта, нарастают инсомнические расстройства, усиливается психомоторное возбуждение, появляются делириозные расстройства. Как правило, с нарастанием тяжести деменции потребность в нейролептиках отпадает.

Анализ применения прочих препаратов в сравниваемых группах пациентов. Карбамазепин в 1-й группе в основном используется в качестве нормотимика, в двух других группах – как корректор поведения и антиконвульсант. Если в 1-й группе средняя доза составляет 900 мг/сут, то в 3-й группе – 100–200 мг/сут. Переносимость его у возрастных пациентов значительно лучше, чем нейролептиков. Вальпроаты чаще использовались во 2-й группе. Показания практически те же, что и у карбамазепина. Переносимость этих препаратов лучше по сравнению с карбамазепином. Ограничения в применении связаны лишь с периоди-

чески возникающим дефицитом препаратов. Из трициклических антидепрессантов применялся amitриптилин, причем в основном в 1-й группе (100–150 мг/сут). Во 2-й группе дозировка его была значительно ниже (25–75 мг), в 3-й группе из-за общеизвестного кардиотоксического эффекта amitриптилин вообще не использовался. Антидепрессанты последнего поколения шире всего применяются в 3-й группе, так как хорошо переносятся, а в сочетании с противодементными средствами дают хороший терапевтический эффект. В используемых минимальных дозировках побочных действий нами не отмечено, причем многие пациенты принимали эти препараты достаточно долго.

Применение БДЗ в пожилом возрасте влечет за собой массу серьезных побочных действий и осложнений, особенно у пациентов с деменцией. В нашей практике у пожилых пациентов препараты данной группы практически не используются.

Выводы. При лечении препаратами группы психофармакотерапии пациентов пожилого возраста необходимо учитывать возрастные особенности. Побочные действия и осложнения психофармакотерапии у пожилых соответствуют таковым в описании препаратов. Частота побочных действий и осложнений возрастает у пациентов старше 60 лет. При применении препаратов группы психофармакотерапии у пожилых необходим тщательный мониторинг их состояния (контроль АД, ЧСС, динамика ЭКГ). Начальная доза назначаемого препарата должна уменьшаться как минимум в 2 раза. Длительность психофармакотерапии должна быть по возможности минимальна. Пациентам с признаками деменции желательно воздерживаться от назначений клозапина и БЗД длительного действия, а при тяжелых формах по возможности отказаться от нейролептиков и транквилизаторов.

ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Гусев С.И.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры», Кемерово

В современных условиях по-прежнему существуют многочисленные социально-психологические особенности проживания в сельской местности, в частности для лиц, имеющих психические расстройства. Существуют тенденции накопления в сельской местности лиц с неустановленным диагнозом психического расстройства, не выявленных больных (особенно с психотическими расстройствами), имеющих проблемы с терапией и реабилитацией.

Работы, посвященные изучению психических расстройств у жителей сельской местности, немногочисленны. Их результаты неоднозначны: авторы приводят различающиеся, а иногда и противоречивые данные о распространенности психических расстройств среди сельских жителей, симптоматике, терапии и реабилитации (Доршт А.Я., 1957, 1962; Красик Е.Д., 1965, 1967; Бузанова В.Е., 1982; Гаврилов Н.И., Фофанов В.П., 1982; Уланов Ю.И., 1992; Рогожников В.А., 2001; Царьков А.А., 2009; Adebirne V.R., Chung-Chon Chu, Klein H.E., Lange M.H., 1982; Chung-Chon Chu, Sallach H.S., Klein H.E., 1986 и др.).

Обсуждаются основные особенности проживания на селе: территориальная протяженность сельских районов, малая плотность населения, неудовлетворительное дорожно-транспортное сообщение, плохая связь, проблемы с обращаемостью и медицинскими кадрами, что отражается на обеспечении сельских жителей медицинской помощью [1, 2, 3].

Мы имеем историческое представление о сельской медицине по произведениям А.П. Чехова, В. Вересаева, М. Булгакова. Некоторые моменты актуальны в настоящее время. До 1864 г. медицинская помощь сельскому населению России практически не оказывалась. Под руководством врачей-психиатров в губернских больницах создавались психиатрические отделения. В 1884 г. в Тверской губернии была открыта первая загородная колония для душевнобольных.

На примере одного из районов Кемеровской области можно рассмотреть особенности оказания специализированной психиатрической помощи в сельской местности. Сложность оказания помощи связана с отдаленностью отдельных населенных пунктов (более 80 км от поликлиники), проживанием многих пациентов не по месту прописки. Отсутствие у них городских телефонов, сотовой связи часто затрудняет посещение на дому, вызов на прием. С помощью персонала фельдшерско-акушерских пунктов, иногда сотрудников полиции осуществляется поиск пациентов, их комплексный осмотр и решение вопросов, связанных с оказанием амбулаторной помощи или госпитализацией в стационар.

При анализе показателей общей заболеваемости психическими расстройствами в Кемеровской области и Промышленновском районе за 2014 г. отмечается более низкая заболеваемость (на 29,1%), а в сравнении с показателями РФ ниже на 21,4%, что объясняется спецификой сельского населения и качеством оказания медицинской помощи. В 2015 г. сохраняется данная тенденция: показатели общей заболеваемости в Промышленновском районе ниже областных на 31,0%. В 2016 г. отмечается значительное преобладание показателей заболеваемости

непсихотическими расстройствами. В структуре заболеваемости они занимают первое место – 57,0%, на втором месте находятся психотические расстройства и слабоумие – 27,7%, на третьем – умственная отсталость (15,4%). При анализе количественных показателей и нозологической структуры группы диспансерного наблюдения установлено, что в течение трех лет наблюдается незначительный рост числа диспансерных больных (на 9,5%), что отражает имеющиеся социально-демографические процессы среди населения района. Основное число диспансерных больных – это лица зрелого возраста с диагнозом слабоумия и органических заболеваний, с незначительным числом хронических психотических состояний.

Считается, что в сельской местности, в отличие от городов, наблюдается значительное отставание в решении проблем социально-реабилитационной помощи психически больным. Так, если в городе психически больному социально-реабилитационная помощь может быть оказана в условиях дневного стационара, психиатрического отделения на промышленном предприятии, в лечебно-трудовых мастерских, то больные из сельской местности лишены этих возможностей, в связи с чем регистрируется больше случаев обострения и повторных поступлений пациентов из сельской местности (Дьяченко Л.И. и др., 1990).

Реабилитация пациентов с психическими расстройствами связана с рядом социально-психологических факторов, зависит от структуры заболеваемости, показателей инвалидности, количества пациентов, состоящих на активном диспансерном наблюдении, амбулаторном принудительном наблюдении и лечении. Реабилитация непосредственно связана также с вопросами безопасности для самих пациентов, их близких, окружающих и медицинского персонала. Это структура заболеваемости, частота обострений у пациентов, находящихся в группе АДН и на АПНЛ, лиц с впервые выявленными острыми психотическими расстройствами.

Проблема профилактики общественно опасных действий (ООД) лиц с психическими расстройствами достаточно сложна и требует разностороннего и тщательного изучения с учетом специфики сельского населения. Так, за период 2014–2016 гг. отмечается снижение числа лиц, состоящих на учете в группе АДН, как в абсолютных, так и в относительных показателях – с 3,6 до 3,0 в 2016 г. В то же время в группе АДН сохраняются сложные пациенты с развитием стойких состояний декомпенсации, отсутствием ремиссии даже после стационарного лечения в психиатрическом отделении.

Из числа состоящих в группе АДН за трехлетний период ООД не зарегистрировано, что связано с адекватной психофармакотерапией (продолжительные формы нейролептиков) в рамках реабилитации, помощью в решении социальных вопросов для ряда пациентов. Учитывая наличие контингента больных с агрессивными тенденциями, длительно отказывающихся от терапии, следует предполагать возможные случаи агрессии в отношении медицинского персонала. Вопросы профилактики ООД решаются при тесном взаимодействии с административными и правоохранительными органами района.

В современных условиях, когда существует акцент на внедрении новых форм психосоциальной реабилитации, интересен опыт создания сельских стационарных или полустационарных отделений. Исторический опыт имеющихся «сельских отделений» может рассматриваться как основа для их создания. В 90-х гг. прошлого века в Баварии, недалеко от деревни Dörfler, было создано деревенское общество «Hausenhof» (домашний двор) для проживания и обеспечения работой людей с ограниченными возможностями [4]. В настоящее время «домашний двор» – это 8 жилых домов, в которых проживают лица с ограниченными возможностями, преимущественно из-за различных психических расстройств, вместе с социальными работниками. Сюда же входят общественный дом, мастерские со свечным и ткацким цехами, земля, сады, коровник, конюшня, сыроварня, пекарня, прачечная, деревенское кафе, магазины и др. Бесспорно, деревенское общество «Hausenhof» является новой и перспективной формой психиатрической реабилитации для лиц с ограниченными возможностями, чьи родители, родственники в состоянии оплачивать вышеуказанный вид медико-социальных услуг [4]. В рамках реализации новых форм реабилитации для пациентов с психическими расстройствами, проживающих в сельской местности, следует развивать подобные сообщества и в России.

Выводы. В сельской местности оказание специализированной психиатрической помощи осложняется рядом социально-демографических факторов, связанных с удаленностью поселений от поликлиники. Проживание пациентов частном секторе, зачастую отсутствие соседей, нежелание ряда пациентов общаться с врачом, низкий комплаенс к лечению или его отсутствие, наличие рентных установок, злоупотребление суррогатами алкоголя – всё это осложняет оказание психиатрической помощи. Трудности организации психиатрической помощи сельским жителям либо отказ от помощи могут усугублять тенденцию к более тяжелому течению болезни у сельских жителей и диктуют необходимость разработки и реализации программы психиатрической помощи сельскому населению, учитывающей обнаруженные особенности.

Такая программа должна быть составной частью комплекса государственных мероприятий по решению социальных проблем села. При выписке из стационара пациентов, проживающих в сельской местности, с тенденцией к рецидиву или эпизодами агрессии, находящихся на АПНЛ или в группе АДН, необходимо назначать пролонгированные формы нейролептиков. Необходимо провести межведомственное совещание с представителями ГУВД по отработке алгоритма взаимодействия при оказании психиатрической помощи в сельской местности, связанной с посещением агрессивных и представляющих опасность пациентов, а также решением вопросов с организацией осмотра и сопровождением больных, нуждающихся в экстренной госпитализации.

Л и т е р а т у р а

1. Богояркова Т.В. Охрана здоровья сельских жителей: федеральные и региональные аспекты. *Аналитический вестник*. 2008; 18 (363): 30–54.
2. Гольдштейн Р.И. Распространенность психических болезней среди сельского населения и её динамика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Днепропетровск, 1969: 29.
3. Кириллова А.В., Костюк Г.П., Нохуров Б.А. К вопросу о клинико-социальных критериях прекращения активного диспансерного наблюдения. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2015; 25: 3: 43–47.
4. Петрюк П. Т. «Деревенское общество» как новая форма психиатрической реабилитации: история создания и современность. Актуальные проблемы психиатрии, психотерапии и медико-психологической помощи: материалы 3-й региональной научно-практической конференции (Челябинск, 7 декабря 2010 г.). Челябинск, 2010: 43–47.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Гусев С.И.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры», Кемерово

Заболееваемость психическими расстройствами среди детей и подростков имеет тенденции к росту и появлению всё новых проблем, связанных с обучением данной категории детей и подростков. Параллельно происходят изменения в самой структуре системы образования, в особенности это связано с расширением практики инклюзивного обучения. Разработаны новые концепции, модели реализации прав и отсутствие ограничений в обучении детей с ограниченными возможностями здоровья.

Однако практические вопросы реализации инклюзивного образования у детей и подростков, имеющих ограничения в связи с психическими расстройствами, в настоящее время вряд ли могут быть решены в рамках общеобразовательной школы [2, 4].

Учитывая отсутствие данных о критериях оценки психических отклонений и нарушений здоровья детей в рамках планируемых изменений системы образования, несоответствие требований образовательных программ и процесса обучения в общеобразовательной школе для детей и подростков с психическими нарушениями и отклонениями развития, отрицательный результат легко прогнозируется для всех обучающихся. И хорошо если это будет только снижение успеваемости, невыполнение образовательных программ и планов. В последнее время все чаще отмечаются случаи жестокого и агрессивного поведения школьников в отношении сверстников и нападения на преподавателей. Достаточно вспомнить 2014 г., когда десятиклассник С. Гордеев захватил в школе своих одноклассников в заложники, убил двух человек и ранил сотрудника полиции. В случаях нападения в школах Перми, Бурятии и других анализ показывает, что инициаторами данных актов агрессии были ученики с психическими нарушениями. Эти проблемы уже существуют в школах США, где также акты агрессии совершали ученики, имеющие психические отклонения [5, 6].

Инклюзивное образование – это система обучения, необходимая детям с особенностями развития и здоровья. Описано инклюзивное образование в законе об образовании – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», подписанном президентом РФ 29.12.2012 г. Согласно этому закону, каждый ребенок имеет право обучаться с остальными. Суть инклюзивного образования в том, что все дети имеют равный доступ к образованию, причем это не зависит от их особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей [2, 4].

Существующая система специальных учебно-воспитательных учреждений для детей с ограниченными возможностями здоровья, сформированная еще в советский период, претерпевает ныне серьезные изменения и во многом стоит на пороге своего сокращения. Все больше материалов и тенденций к закрытию коррекционных школ и спецшкол. Вероятнее всего, возьмет верх набирающая силу тенденция устранения различий между общеобразовательной и специальной школами. Согласно этой концепции, здоровые, дети и подростки с ограничениями здоровья, инвалидностью могут обучаться совместно, что требует только незначительной коррекции образовательных программ и создание специальных условий для обучения [2, 4], но это весьма спорно с практической точки зрения и опыта советской системы образования.

Анализ структуры детской инвалидности по формам болезней в 2014 г. в РФ показал, что наиболее высокий уровень инвалидности детей занимают психические расстройства и расстройства поведения (23% от общего числа инвалидов). В сравнении с 2013 г. имеется отрицательная тенденция (рост числа детей-инвалидов с этим заболеванием). Затем следует инвалидность в результате врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений (21%). Болезни нервной системы занимают в этой структуре третье место (20%) [1, 3]. На основе проведенного анализа можно сделать вывод об увеличении общего числа детей-инвалидов в РФ за анализируемый период. При этом наблюдается отрицательная динамика показателей инвалидности, рост отмечается при большинстве заболеваний, формирующих инвалидность [1, 2, 3]. В 2015 и 2016 гг. на первом месте по причинам инвалидности до 18 лет находятся психические расстройства и расстройства поведения [3]. Можно предполагать значительное число лиц с психическими расстройствами среди детей, подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Существует ряд заболеваний у детей и подростков, при которых имеются противопоказания для обучения в общеобразовательной школе (умственная отсталость умеренной или тяжелой степени). Заранее следует предполагать, что несоответствие требований образовательного процесса и реальных возможностей ребенка или подростка будет негативно влиять на здоровье детей, других участников образовательного процесса. Как показывают отдельные клинические наблюдения, значительная часть детей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов не справляется даже с программой коррекционной школы. Это связано с индивидуальными особенностями, тяжестью течения заболевания и другими факторами. Мы предполагаем и видим на практике, что дети имеют неравные индивидуальные психические, физические возможности (биологические, социальные) для выполнения требований образовательных программ и образовательных учреждений. Качественно провести оценку здоровья и возможности обучения могут только врачи-специалисты, клинические психологи и профессионально подготовленные педагоги. Требуется оценить возможное негативное влияние на здоровье ребенка с ограниченными возможностями здоровья требований общеобразовательной школы, возможно, изначально невыполнимых для него, исходя из психических, физических, индивидуальных особенностей детей и подростков. И самое главное – учесть влияние ребенка или подростка, имеющего ограничения по здоровью в связи с психическими нарушениями, на остальных обучающихся, педагогов и весь образовательный процесс.

Выводы. Необходимо разработать практические методики и критерии оценки психического состояния детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья для реализации программ инклюзивного образования. Принимать решения о возможности обучения в общеобразовательной школе детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья только решением комиссии с участием медицинских работников по профилю заболевания (детские психиатры, детские неврологи), учитывая прежде всего состояние здоровья и возможности обучения самого ученика. Оценивать влияние обучения такого подростка на других обучающихся, учитывать возможные негативные последствия для всего учебного процесса. Решить вопрос с подготовкой или переподготовкой педагогических кадров с введением в программу таких дисциплин, как клиническая психология, основы детской и подростковой психиатрии с изучением профилактики агрессивного, аутоагрессивного и суицидального поведения. Рассмотреть вопрос внедрения дистанционных форм обучения для детей, подростков с психическими нарушениями, выраженными отклонениями поведения и агрессией. При профессиональной ориентации и решении вопроса о профессиональном обучении учитывать возможность ограничений, противопоказаний по медицинским показаниям для отдельных специальностей (водители, служба с оружием, тяжелый физический труд и другие), заранее определять возможный образовательный и профессиональный маршруты, индивидуальную траекторию обучения.

Л и т е р а т у р а

1. Лаврова Д.И. Динамика инвалидности детского населения в Российской Федерации. *Наука и мир*. 2015; 9 (25): 113–114.
2. Лысенко К.Ю., Трифонова А.Д. Исследование динамики детской инвалидности в России за 2000–2015 гг. *Молодой ученый*. 2016; 14: 359–362.
3. Положение инвалидов [Электронный ресурс]. Федеральная государственная служба статистики: официальный сайт. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/# (дата обращения: 26.02.2018).
4. Пугачев А.С. Инклюзивное образование. *Молодой ученый*. 2012; 10: 374–377.
5. Серков Д., Холмогорова В. Подростковая угроза: с чем связана серия нападения в российских школах [Электронный ресурс]. *РБК*: информационное агентство. URL: <https://www.rbc.ru/society/20/01/2018/5a620f959a79475dfd56b4b0> (дата обращения: 26.02.2018).
6. Ямбург Е. Бессильные перед психопатами: как защитить своих детей [Электронный ресурс]. *МК.ru*: электронное периодическое издание. URL: <http://www.mk.ru/social/2018/01/23/bezzashhitnye-pered-psikhopatami-kak-zashhitit-svoikh-detey-v-shkolakh.html> (дата обращения: 26.02.2018).

ИСТЕРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Демко А.А., Обеснюк О.А.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Истерия в качестве болезни известна с глубокой древности. Сам термин «истерия» произошел от греч. *hystera* – матка, так как ещё в Древней Греции врачи полагали, что эта болезнь встречается только у женщин и связана с нарушением функции матки. С античных времён эта категория расстройств изучалась различными известными деятелями медицины: в Средние века Шарлем Лепуа; в XIX веке Ж. Шарко и З. Фрейдом. В нашей стране истерии посвятили свои работы сибирские психиатры В.Я. Семке, О.Э. Перчаткина и др. Такое длительное наблюдение истерических расстройств помогло нам выявить патоморфологические изменения проявлений истерических расстройств от «больших» форм к «малым», более сложным для диагностики и лечения формам.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинического течения у лиц с истерическими проявлениями, которые обратились за помощью в отделение для оказания помощи пациентам, страдающим непсихотическими психическими расстройствами.

Актуальность данного исследования объясняется большой распространённостью истерических расстройств и изменением в клинической картине в сторону «малых» форм реагирования в виде конверсионных, соматоформных, диссоциативных расстройств. Патоморфоз истерии привел к разноплановости динамики социального и психического функционирования пациентов, обусловил перераспределение ведущих клинических синдромов с ростом доли патохарактерологических и невротических и резким снижением психотических (Ромасенко Л.В., 1995; Roach E.S., Langley R.L., 2004) расстройств.

Критериями отбора больных явились диагностированные у них истерические состояния, соответствующими разделам МКБ-10 F44 и F60.4 (сюда были отнесены пациенты с истерическим состоянием декомпенсации/психопатической реакцией – F60.42 и с истерическим развитием личности – F60.43).

Наше исследование заключалось в катamnестическом анализе историй болезни пациентов 5–6-го отделения за 5 лет (с 2013 по 2017.) Всего за исследуемый период было пролечено 2 850 человек.

Из 2 850 196 пациентов (6,8%) страдали истерическими состояниями, которые соответствовали критериям раздела F44 и F60.4 (сюда были отнесены пациенты с истерическим состоянием декомпенсации или психопатической реакцией – F60.42 и с истерическим развитием личности – F60.43). Истерические расстройства психотического спектра в клинике пограничных состояний не наблюдались.

Из 196 пациентов 190 больных женского пола (96,9%), 6 больных мужского (3,1%). Преобладание лиц женского пола характерно для когорты пограничного отделения. Значительное преобладание женщин также подтверждает данные других исследователей (Семке В.Я., 1988; Перчаткина О.Э., 2000).

Также проанализировано количество пролеченных пациентов с истерическими состояниями по годам: 2013 г. – 58 человек (29,6%), 2014 г. – 46 человек (23,4%), 2015 г. – 42 человека (21,4%), 2016 г. – 32 человека (16,4%), 2017 г. – 18 человек (9,2%). Исходя из полученных данных, мы видим постепенное уменьшение встречаемости вышеуказанных диагнозов в клинике пограничных состояний.

Среди обследуемых преобладали пациенты в возрастной группе 21–30 лет (66 чел.) и 31–40 лет (58 чел.), что подтверждает данные других исследователей о развитии конверсионных расстройств у лиц более молодого возраста.

Анализ уровня образования больных показал значительное преобладание лиц с высшим и средним специальным образованием (33,8% и 36,7%). Вероятнее всего, данный факт говорит о том, что молодые истерические личности стремились к получению образования, так как оно становится престижным и позволяет выгодно выглядеть в глазах окружающих. Однако истерические личности часто не завершали начатой учебы (о чем свидетельствуют данные о незаконченном высшем образовании – 11,8%). Часто такие личности быстро разочаровывались в выбранной профессии, а многие из них даже не начинали работать по приобретенной специальности.

Диссоциативными (конверсионными) расстройствами страдали 97 человек (49,4%), а истерическими расстройствами личности (развитие, декомпенсация) – 99 человек (50,6%).

Нозологически были выявлены следующие виды расстройств: F44.4 диссоциативные (конверсионные) двигательные расстройства – 6 человек (3%), F44.7 – смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства – 91 человек (46,5%), F60.42 – декомпенсация истерического расстройства личности – 58 человек (29,5%), F60.43 – истерическое невротическое развитие личности – 41 человек (21%).

В клинической картине наиболее характерными проявлениями являлись вазомоторные и вазовегетативные истерические реакции, которые включали в себя дисфагии, спазмы при глотании, «комок» в горле, гипервентиляционный синдром, метеоризм, понос, гипертермические реакции в виде субфебрильной температуры, резкое побледнение или покраснение кожи при психоэмоциональном напряжении, тахикардию, одышку.

Клиническая картина депрессий у лиц, страдающих истерическими невротическими расстройствами, отличалась яркостью симптоматики, экспрессией (речедвигательной выразительной подвижностью), непосредственной зависимостью от ситуации. Для пациентов также были характерны различные психалгии (цефалгии, кардиалгии), чувство онемения в конечностях, слабость, ползание мурашек, которые часто приходилось дифференцировать с неврологическими заблуждениями.

Довольно часто истерические расстройства сопровождаются аффективными нарушениями. Клиническая картина депрессий у лиц, страдающих истерическими невротическими расстройствами, отличалась яркостью симптоматики, экспрессией (речедвигательной выразительной подвижностью), непосредственной зависимостью от ситуации.

Также выявлялась фобическая симптоматика, которая чаще всего носила характер ипохондрических страхов за свое здоровье. Довольно часто у этой категории больных наблюдаются вегетативные нарушения в виде гипервентиляционного синдрома, сопровождавшегося ощущением затруднения вдоха и выдоха, сердцебиением, удушьем. Это приводит к болезненной фиксации внимания на состоянии работы сердца с формированием кардиофобического синдрома. Фобии у этих больных возникают в ситуации, когда перед ними стоят задачи выбора или ситуация представляет определенные трудности. Клинические проявления фобического синдрома отличаются полиморфизмом, частой сменяемостью жалоб и зависимостью тяжести состояния от внешних факторов. Тревога также является одним из распространенных симптомов у обследованных пациентов. Как правило, тревога разной степени выраженности носит постоянный характер и касается здоровья или будущего самих больных.

Основными принципами терапии истерических расстройств являются индивидуализация каждого случая истерических нарушений, учет сопутствующих и предрасполагающих психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов, поэтапность проведения медикаментозных и психотерапевтических мероприятий, комплексность влияния на различные звенья патогенеза, дифференцированный подход к устранению имеющейся истерической симптоматики.

Стойкий лечебный эффект достигается при сочетанном применении психотерапевтического (ПТК), психофармакологического (ПФК), психопрофилактического (ППК) комплексов (Семке В.Я., 1999). На необходимость комплексной терапии невротических состояний также указывали многие авторы (Александровский Ю.А., 1988, 2000, 2005; Карвасарский Б.Д., 1985; Лакосина Н.Д., Трунова М.М., 1994; Мосолов С.Н., 1995; Аведисова А.С., 2000; Lineham M.M. et al., 1994). Индивидуализация лечения зависит от ведущего клинического синдрома заболевания, соматического состояния больного, его возраста (Карлов В.А., 1997).

Для достижения вегетостабилизирующего, анксиолитического, седативного эффектов кратковременно назначались транквилизаторы в небольших дозах, в том числе активирующего действия. Транквилизаторы снижали напряженность, раздражительность, нормализовали сон и аппетит, уменьшали вазовегетативные нарушения. При наличии депрессивной симптоматики пациенты также получали антидепрессанты различных групп. Данной группе больных по показаниям назначались психостимуляторы, ноотропные средства. Также назначались транквилизаторы седативного действия, нейролептики – корректоры поведения (неулептил), проводилась аутогемотерапия с малыми дозами аминазина в/м.

Выводы. Конверсионные расстройства в последние десятилетия претерпевают значительный клинический патоморфоз, в связи с чем происходит изменение клинических проявлений, исчезновение более грубых форм истерического реагирования и появление новых форм в виде картин псевдосоматических заболеваний, с которыми больные обращаются, прежде всего, в общесоматическую сеть. Поэтому требуется активное сотрудничество с врачами-интернистами, необходим междисциплинарный подход в решении этой проблемы.

Аффективные, астенические, фобические расстройства различного уровня выраженности присутствуют в клинической картине различных видов конверсионных расстройств, в связи с чем наряду с психотерапевтическими мероприятиями оправдано активное назначение различных групп препаратов (антидепрессантов, малых нейролептиков, транквилизаторов).

Конверсионные расстройства сопровождаются обильными вегетативными проявлениями, которые носят яркий характер, что является характерной особенностью в клинике пограничных состояний.

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ И ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ, ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Долотина Л.А., Чадова А.Н.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Актуальность исследования. Аутизм или шизофрения? Данный вопрос часто встает перед детским психиатром. По мнению одних специалистов (в основном зарубежных), аутизм и шизофрения – разные расстройства и никак между собою не связаны. Другие ученые и врачи-практики считают их во многом близкими и рассматривают аутизм как или предболезненное состояние, или вариант вялотекущей шизофрении.

Цель исследования: изучить особенности клинической картины аутизма и детской шизофрении, определить основные направления реабилитации при данных болезнях.

Методы и материалы. Обследовано 113 детей в возрасте от 4 до 17 лет, которые наблюдались в детско-подростковом диспансере КОКПБ. Для обследования детей применялись анамнестический, клинικο-динамический и экспериментально-психологические методы. В исследуемую группу детей, страдающих аутизмом, вошло 74 ребенка.

Обсуждение результатов. Установлено, что возраст начала заболевания отчетливо не прослеживается, все дети заметно отстают в психоречевом развитии с рождения. У детей с аутизмом фактически отсутствует период нормального развития. Такие дети не общаются со взрослыми и другими детьми, в редких случаях отмечается избирательность общения. Часто отмечается неадекватная реакция детей на попытку их приласкать: им не нравилось, когда их брали на руки или обнимали (дети кричали и сопротивлялись объятиям).

У ребенка-аутиста есть особенный симптом – плавающий или скользящий взгляд. При аутизме у большинства детей наблюдается стереотипное поведение. Они предпочитают есть одну и ту же пищу. Игруют с неигровыми предметами, однообразно и примитивно манипулируют крышками от кастрюль, выключателями, водой, веревочками, пуговицами. Носят одну и ту же одежду. Боятся всего нового. Стереотипно кружатся или раскачиваются, бегают по кругу, передвигаются от стены к стене, из угла в угол по определенной траектории. Деятельность и игра таких детей характеризуются ригидностью, повторяемостью и монотонностью.

Дети, посещающие детские дошкольные учреждения, не контактируют с другими детьми, не вступают с ними в игры, предпочитают одиночество. У детей школьного возраста отсутствует учебная мотивация. На занятиях они, как правило, безучастны. Могут качаться на стуле, манипулируют канцелярскими принадлежностями, ни к чему не проявляют интереса. На замечания учителя реагируют не всегда адекватно (например, начинают прыгать, визжать). Выраженность клинических проявлений аутистического расстройства приводит к социальной дезадаптации. Так, 71 ребенок исследуемой группы является инвалидом.

В группе детей, страдающих шизофренией, изучено 39 человек. При шизофрении отмечается регрессиентность болезненного процесса, т.е. происходит видоизменение симптоматики в сторону её утяжеления: все более яркими становятся аффективные расстройства, более разнообразными становятся навязчивости и ритуалы защиты. Охваченность патологическим фантазированием нередко полностью лишает ребенка возможности обучения и общения, появляются галлюцинаторные расстройства. Так, в данной группе при тщательном психолого-психиатрическом обследовании выявлялись псевдогаллюцинаторные расстройства, преимущественно зрительные и в меньшей степени слуховые (вербальные) – в 46%. Бредовые идеи носят характер сверхценных или отрывочных параноидных. Период нарастания психопатологической симптоматики с течением времени сменялся периодом регрессиентного течения, так что к середине пубертата, при манифестации болезни в дошкольном возрасте, наступает ремиссия, характеризующаяся редуцированными и застывшими остаточными психопатологическими расстройствами и личностным дефектом специфического шизофренического типа. Наряду с этим отмечались проявления дизонтогенеза – от инфантилизма до выраженных олигофреноподобных состояний. При психологическом исследовании на первый план во всех случаях выступает нарушение структуры мышления в виде искажения уровня обобщения, разноплановости. В эмоциональной сфере отмечаются амбивалентность, уплощение, оскудение. Дискордантность воли проявляется в гипобулии, часто в абулии. Из 39 человек, наблюдавшихся с шизофренией, 30 признаны инвалидами.

Подходы к оказанию помощи больным аутизмом. В РФ до настоящего времени для детей-аутистов ведущими остаются лечебные виды помощи. Однако для абилитации детей с аутизмом необходим комплексный подход. Должны создаваться учреждения, в которых бы можно было сочетать лечебную, педагогическую, логопедическую и другую коррекционную помощь.

Реабилитационные подходы должны основываться на том, что в клинике аутизма основное место принадлежит аутистическим нарушениям поведения, речи, моторики, задержкам психического развития. Отмеченный круг расстройств способствует вторичному углублению психического недоразвития. Поэтому коррекционная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, сестер-воспитательниц, эвритмиста.

При детской шизофрении абилитационные усилия должны быть направлены на купирование позитивных симптомов болезни, уменьшение когнитивных нарушений, смягчение вторичного аутизма, социальное взаимодействие, создание мотивации к обучению.

В зависимости от ведущего вида расстройств структура терапевтических мероприятий смещается в сторону либо преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления коррекционно-педагогической составляющей комплексного лечения.

Выводы. Для аутизма отсутствует период нормального развития; при детской шизофрении ребенок развивается нормально или ускоренно, затем наступают болезненные проявления. При аутизме отсутствуют прогрессивность, ремиссии и рецидивы, бред и галлюцинации, в отличие от детской шизофрении. При аутизме интеллектуальные нарушения выражены значительнее. Социальная дезадаптация при аутизме более выражена (так, при аутизме признано инвалидами 95,9%, при шизофрении – 76,9%). При детской шизофрении медикаментозная помощь направлена на купирование продуктивной симптоматики, при аутизме – на поддержку психолого-педагогической коррекции.

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ

Жукова С.В.

КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1», Красноярск

В рамках психотерапевтической парадигмы предполагается, что за патологическим влечением к ПАВ скрыты нераспознанные и неудовлетворенные потребности организма и личности.

А. Маслоу выделял 6 групп потребностей: физиологические (в пище, одежде, сексе); в безопасности (физической и психологической); в привязанности, любви, в причастности к группе; в уважении (в одобрении, благодарности, признании, компетентности); когнитивные и эстетические (в порядке, справедливости, красоте); духовные (самопонимание, мировоззрение, самореализация).

Если индивид не способен распознавать свои потребности, удовлетворять их, формируется хроническая неудовлетворенность, которая определяется как «что-то хочу, а что – не знаю». Вместо опознания проблемы и её решения человек ищет способ изменить свое состояние недовольства и дискомфорта. Находит средства изменения состояния сознания – алкоголь и другие психоактивные вещества. Отсутствие идентификации потребности оставляет её бессознательной, а регулярное употребление психоактивных веществ формирует патологическое влечение к ПАВ.

В процессе психотерапии пациент обучается навыкам различения своих чувств и определения потребностей, ищет здоровые способы их удовлетворения. Психотерапия помогает пациенту понять себя, идентифицировать проявления зависимости, восстанавливает здоровые внутриличностные и межличностные границы, формирует механизмы копинг-поведения, позволяющие справиться с патологическим влечением к ПАВ, оставаться трезвым и повышать качество жизни. Реализация этих задач осуществляется в микросоциуме – реабилитационной среде.

Составляющие реабилитационной среды

1. *Социальный компонент.* Больной становится равноправным членом всего коллектива и одновременно членом малой психотерапевтической группы. В отделении действуют правила: отсутствие ПАВ, субкультуры, запрет на деструктивное проявление агрессии, сексуальные отношения. Грубое нарушение этих правил ведёт к выписке больного из стационара, что позволяет сохранить безопасность участников реабилитационной среды. Культивируются принципы уважения, честности, открытости. Присутствует обучение самообслуживанию, трудовым навыкам.

2. *Психологический компонент.* Основа – персонал. В идеале профессионализм и личностный рост каждого члена команды, взаимодействие сотрудников между собой являются моделью здорового поведения для пациентов, создают психологическую атмосферу. Психологический климат, поведенческая психотерапия противостоят деструктивному проявлению зависимостей. Все виды и формы психотерапии способствуют формированию адаптивного поведения в обществе.

3. *Биологический компонент:* фармакотерапия, физиотерапия, режим дня, закаливающие процедуры, занятия физической культурой, дыхательные практики.

Вывод. Комплексный подход в лечении зависимостей, реализуемый через создание реабилитационной среды, способствует более гармоничной адаптации и ресоциализации больных зависимостью.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Завьялова Н.Е., Бондарев В.Г., Павлова Е.Н.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Больные, страдающие психическими расстройствами, традиционно относятся к группе повышенного суицидального риска. В группе органических психических расстройств (F00–09 по МКБ-10), наиболее многочисленной среди контингента больных (свыше 30%), степень суицидального риска оценивается как стабильно высокая.

Цель исследования: выявить наиболее значимые демографические, социальные, клинические и мотивационные факторы, влияющие на формирование суицидального поведения, приведшего к фатальному исходу у больных, наблюдавшихся в Новокузнецкой клинической психиатрической больнице за 20 лет (1997–2017 гг.).

С самоубийством коррелируют хронический характер болезни, потеря трудоспособности и негативный прогноз. Предикторами риска суицида считают предшествующие суицидальные попытки (СП), депрессии, психотические переживания, поведенческие и личностные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Положий Б.С., Войцех В.Ф., Корнетов А.Н. и др.).

Материалы и методы. Нами проведена так называемая психологическая аутопсия – исследование личности и патологии суицидентов по медицинской документации, информации бюро судебно-медицинской экспертизы, ближайшего круга суицидентов, сведений из социальных и правоохранительных учреждений.

Всего сплошной выборкой было охвачено 124 случая завершённых суицидов (ЗС) (79 мужчин и 45 женщин) с органическими психическими расстройствами разной степени выраженности (от негрубых аффективных, когнитивных и характерологических до отчетливо психотических расстройств и деменции). Указанное число суицидентов составило 42,2% от общего количества завершённых суицидов по всем нозологическим группам за исследуемый период.

Преобладающий возраст мужчин – 15–25 лет (53,1%), у женщин – 65 лет и старше (51,1%).

По образовательному уровню исследуемые распределились следующим образом: начальное и неполное среднее образование у мужчин имели 57%, у женщин – 71,4%; среднее и среднеспециальное образование у мужчин – 36,7%, у женщин – 22,2%.

Исследование социального статуса выявило следующую картину. В группе мужчин: работающих и учащихся – 27,8%, инвалидов – 25,3%, пенсионеров по возрасту – 12,6%, без определенного места работы в трудоспособном возрасте – 34,0%. В группе женщин: работающих и учащихся – 8,8%, инвалидов – 33,3%, пенсионеров по возрасту – 51,1%, без определенного места работы в трудоспособном возрасте – 2,2%.

В 25,3% случаев мужчины-суициденты проживали в одиночестве, примерно с такой же частотой и женщины проживали без семьи – в 24,4%. Вместе с тем в большинстве сохранившихся семей взаимоотношения с близкими были неблагоприятными или даже конфликтными, чему способствовали аффективная неустойчивость, элементы психотических переживаний, системные психозы и нарушение адаптационных способностей больных. У 15,2% мужчин и 21,0% женщин выявлены расстройства, коморбидные с другой органичной патологией, – онкозаболевания, заболевания спинного мозга, сахарный диабет, болезни ЖКТ. Указанные виды патологии диагностировались преимущественно в старших возрастных группах. Изучение суицидов у пожилых свидетельствует о значимости соматопсихиатрической коморбидности в превенции ЗС.

Прогностически важным фактором в определении суицидального риска является наличие в анамнезе суицидальных попыток (СП). По нашим данным, у 13,9% мужчин и 41,8% женщин с ЗС регистрировались в прошлом СП, в подавляющем большинстве случаев (84,1%) первая и последующие попытки были стереотипны по способу исполнения. Способом ЗС у мужчин в 78,4% случаев было повешение, значительно реже – отравление (7,6%), падение с высоты и самоповреждения (по 6,3%). У женщин ЗС совершались преимущественно через повешение и отравление (соответственно 44,4% и 40,0%), падение с высоты – 11,1%, самоповреждения – 4,5%.

Обращает на себя внимание высокий уровень аддикций в исследуемых случаях ЗС. Так, в группе мужчин в 56,9% случаев обнаружено злоупотребление или зависимость от психически активных веществ (ПАВ), в том числе алкоголя (35,4%), наркотических и токсических средств (21,4%). У женщин зависимость от ПАВ обнаружена реже – в 15,5% случаев.

Для удобства анализа клинических проявлений органических психических расстройств, приведших к ЗС, мы разделили весь массив суицидентов на 4 группы: 1-я группа – дементные состояния, 2-я группа – психотические расстройства, 3-я группа – непсихотические расстройства, 4-я группа – поведенческие расстройства.

В 1-ю группу были включены лица с признаками нарушения высших корковых функций (память, ориентировка, мышление, способность к самообслуживанию, утрата элементарных навыков и эмоциональной адекватности). Таких больных было 8 человек (5 мужчин, 3 женщины) из возрастной группы старше 65 лет, они составили 6,4% всех суицидентов (сосудистая и травматическая деменция).

Во 2-ю группу (психотические расстройства) были включены лица с органическими галлюцинаторно-бредовыми состояниями, органическими тревожными и аффективными расстройствами психотического уровня и их сочетаниями. Среди всех мужчин их было 27,8%, среди всех женщин – 46,6% (сосудистые психозы, постинсультные состояния, ЧМТ, новообразования). Возрастной диапазон патологии был широк: от 25 до 65 лет и старше.

В 3-й группе объединены лица с непсихотическими расстройствами: аффективными, тревожными, фобическими, когнитивными, диссоциативными, ипохондрическими (мужчины – 34,2%, женщины – 44,4%). В этой группе представлен практически весь спектр органической церебральной патологии в возрастном промежутке от 25 до 65 лет и старше.

В 4-ю группу вошли лица с преимущественно поведенческими нарушениями вследствие расстройств в сферах эмоций, влечений и мотиваций, удовлетворения потребностей без учета социальных ограничений и последствий, низкой толерантности к фрустрации и алкоголю, при наличии невротоподобных и псевдопсихотических расстройств. В этой группе зарегистрировано 31,6% мужчин-суицидентов и 2,2% женщин. Возрастной спектр ограничен 15–35 годами. Психическая патология представлена преимущественно последствиями родовых травм, резидуальной органической патологией в результате поврежденных, болезней и дисфункций головного мозга раннего возраста.

Представляет интерес мотивационный аспект суицидального поведения лиц с органической патологией ЦНС. Личностный умысел суицидального поведения представлен в виде следующих преобладающих мотиваций (по классификации В.А. Тихоненко): 1) у больных психотической группы в виде «самонаказания» за греховность, несуществующую вину, вследствие угрызений совести, виновности. Значим был и мотив «отказа» – неудовлетворенность итогом жизни и отсутствием перспектив жизни; 2) при непсихотических расстройствах преобладали мотивы избегания наказания, сострадания и призыва о помощи; 3) при поведенческих девиациях преимущественными мотивами суицида были протест и месть, когда гетероагрессию невозможно было реализовать.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволяет акцентировать внимание психиатров на значимых социально-клинических признаках суицидального риска у больных с органическими расстройствами и учитывать их в разработке путей превенции суицидального поведения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ И ИХ ТОРМОЗЯЩЕЕ ВЛИЯНИЕ НА АГРЕССИВНОСТЬ ЖЕНЩИН (по материалам КППСЭ)

Иванов В.Г., Ядыкина Е.В., Бурсова Т.В.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Кемерово

В проявлении криминальной агрессии у женщин, с учетом взаимодействия личностных особенностей и ситуационных факторов, важную роль играют различные тормозящие структуры и их выраженность. Тормозящие структуры включают в себя ценностные ориентиры личности, основные жизненные цели, ведущие смысловые образования. Кроме того, социально-нормативные характеристики, включающие в себя морально-этические и правовые аспекты, также обеспечивают регуляцию действий индивида с учетом конвенциональных норм поведения. Данные структуры призваны еще на начальном этапе подавлять агрессивные побуждения личности. Другими подавляющими агрессию факторами являются развитые когнитивные процессы, позволяющие проанализировать сложившуюся ситуацию, более глубоко разобраться в ней и снизить её фрустрирующую значимость, а наличие способности к эмпатии и сопереживанию обеспечивает позитивную коммуникативную способность и формирование мотива «страха наказания».

Цель исследования. Выявить и изучить психологические аспекты агрессивных действий женщин в контексте их тормозящего влияния при совершении правонарушений против личности.

Материалом для исследования послужили женщины, прошедшие комплексные СПЭ в связи с совершением преступных действий против личности. Обследовано 33 человека в возрастном диапазоне от 19 до 45 лет. В процессе психологического исследования были использованы стандартизированные проективные методики: модифицированный тест Розенцвейга, тест Вагнера, проба Хекхаузена, ЦТО в интерпретации Е.Н. Собчик, методика Басса-Дарки.

Все обследованные были разделены на три группы.

Результаты и их обсуждение. В первую группу вошли 8 женщин (3 – в возрасте 30–32 лет, 5 – в возрасте 35–40 лет), у которых тормозящие структуры, их особенности и выраженность не могли оказать существенное влияние на поведение. Отличительной характерной чертой этих женщин являлось упорство, с которым они оправдывали свои действия, утверждая, что их вина лишь в том, что они слишком добрые и отзывчивые по характеру, всем и всегда помогали, в том числе «если надо, украду, но помогу». Всю ответственность за свои жестокие агрессивные действия в отношении потерпевших они перекладывали на внешние обстоятельства, связанные с неправильным, по их мнению, поведением самих потерпевших. Большинство правонарушений в первой группе были совершены в состоянии алкогольного опьянения. В выборе орудия преступления женщины не сильно церемонились (нож, топор и пр.). Их агрессия была направлена как на близких родственников, так и на малознакомых лиц. В этой группе у женщин преобладали истеровозбудимые черты характера в сочетании с такими качествами, как склонность к самовзвинчиванию и обостренное самолюбивое реагирование. При этом в юридически значимой ситуации у них часто отсутствовало устойчивое конфликтное взаимодействие с потерпевшими, а криминальная ситуация была спровоцирована самой подэкспертной с целью самоутверждения «на бытовой почве» или «на почве ревности». Степень проявления агрессии подэкспертными была несоизмеримо выше и не соответствовала силе действия со стороны потерпевших. Несмотря на то что лица данной группы в преобладающем большинстве имели среднее либо незаконченное среднеспециальное образование, считали допустимыми для себя асоциальные и делинквентные формы поведения, закрепленные еще ранее. Тогда внутренние побуждения воспринимались как привычные способы реагирования в субъективно сложных и конфликтных ситуациях. Их морально-этические представления были искажены, а трудовые и семейные приоритеты лишь формально декларировались.

Во вторую группу вошли женщины, у которых тормозящие структуры и их выраженность могли оказать существенное влияние на их поведение, но криминальные агрессивные действия обследованных протекали в ответ на явное психотравмирующее воздействие. Таких оказалось 14 человек (8 – в возрасте 27–32 лет, 6 – 42–45 лет). В данной группе 6 женщин имели незаконченное высшее образование, остальные являлись специалистами среднего звена. Все они имели, как правило, детей, постоянную работу. В их мотивационных ценностных ориентирах присутствовала устремленность на лидерство в своем микроокружении и конформность. В структуре своих индивидуальных

особенностей женщины данной группы изначально имели невысокий уровень базовой личностной агрессивности. При этом реализация агрессивных действий в период деликта происходила в форме эмоционального возбуждения в ответ на противоправные, аморальные действия потерпевшего. Орудием преступления, как правило, являлся кухонный нож. Чаще всего потерпевшими выступали мужья, сожители или лица, ранее связанные с женщиной эмоциональными и интимными связями. Проявление криминальных агрессивных действий женщин в этой группе осуществлялось в большей части вне состояния алкогольного опьянения (10 человек). У них агрессия возникала на фоне имеющейся высокой ценностно-смысловой ориентации на детей, родителей и позитивное окружение, а также непосредственно в отношении себя и сразу после фрустрирующего воздействия со стороны потерпевшего. В 4 случаях женщины пребывали в состоянии алкогольного опьянения, когда при совместном распитии спиртного с потерпевшим усиливалось смысловое восприятие самой психотравмирующей ситуации. При этом сдерживающие, тормозные личностные структуры женщин под влиянием алкоголя были ослаблены. Находясь на освидетельствовании, подэкспертные, как правило, говорили: «Трезвая я бы никогда такое не сделала». Все лица данной группы имели свое жилье, характеризовались положительно и как исполнительные, добросовестные. Среди других личностных качеств в материалах дела были отмечены их доброта, забота о детях, неконфликтность. В характерологических особенностях женщин второй группы преобладали такие черты, как негибкость привычных мотиваций, ригидность психических процессов в сочетании с сенситивными качествами (чувствительность, впечатлительность), склонность к гиперболизации и акцентности на психотравмирующем моменте.

Отдельную группу составляли женщины, совершившие криминально-агрессивные действия в отношении своих новорожденных детей (11 человек). В клиничко-психологическом исследовании данного вида преступления особое внимание уделялось определению мотивации неонатцида и только потом так называемым тормозящим структурам личности преступниц. Большинство женщин, проходивших экспертное обследование, были признаны психически здоровыми (8 человек). Мотивами детоубийства служили нежеланная беременность, неуверенность в отцовстве, материальная нужда, отрицание либо игнорирование (вытеснение) самого факта беременности. Данные женщины не обращались к врачам ни во время беременности, ни во время самих родов. 3 женщины страдали психическими расстройствами (умственная отсталость, расстройство личности, органическая патология голов-

ного мозга). Более половины женщин – 7 человек, проходившие данный вид экспертизы, уже имели детей, многие из них проживали в браке, были трудоустроены, где они характеризовались как спокойные, исполнительные, ответственные. Ранее они не попадали в поле зрения ни правоохранительных органов, ни врачей-психиатров. 4 женщин из этой группы не имели мужей или постоянных сожителей. Являясь студентками средних учебных заведений, они жили в родительских семьях, где был установлен порядок с повышенными требованиями лишь к внешней житейской видимости упорядоченного уклада, а во взаимоотношениях не имелось внутрисемейной содружественности, отсутствовала межличностная теплота. Для женщин третьей группы были характерны такие индивидуально-психологические особенности, как эмоциональная неустойчивость, импульсивность, негибкость поведения в стрессовых ситуациях. Морально-этические представления у них были достаточно сформированы. Но страх огласки, «позора», наряду с формированием представлений об осуждающей позиции окружающих, у них переживались по типу «порочного круга», с кумуляцией чувства одиночества и безнадежности. Это приводило женщин к «неожиданным» родам в ситуации изоляции, без специализированной или любой другой помощи.

Заключение. Таким образом, проведенный анализ психологических аспектов женщин, совершивших правонарушения против личности, свидетельствует о необходимости изучения не только индивидуально-личностных особенностей, связанных с их агрессивностью, но и факторов, тормозящих агрессию, их выраженность в структуре личности.

Психотравмирующая ситуация, при всех равных условиях совершения женщинами преступления против личности, может оказать существенное влияние на тормозящие агрессию индивидуально-психологические факторы, равно как алкогольное опьянение. В случаях с преступлениями, связанными с убийством матерью новорожденного ребенка, необходимо понимание того, что как факторы, способствующие агрессии женщины, так и тормозящие индивидуальные психологические особенности женщин не позволяют рассматривать их в контексте стандартных ситуаций. Они требуют особенного подхода и психологического анализа всего модуса поведения женщин и их личностных особенностей во взаимосвязи с макро- и микросоциальным окружением.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Иванов М.В.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания «ПНИ № 3», Санкт-Петербург

Реабилитация лиц с психическими расстройствами представляет собой актуальную медико-социальную проблему в связи с непрерывным ростом числа пациентов с данной патологией, существенными нарушениями их жизнедеятельности и социального функционирования, что в конечном итоге становится причиной помещения граждан для стационарного социального обслуживания в психоневрологические интернаты. Возможность и необходимость реабилитации такой категории больных определяется важностью воздействия на остаточные способности инвалидов осуществлять социально-бытовую и социально-средовую деятельность, а также ресоциализацию инвалидов в максимально допустимых пределах (Хритинин Д.Ф. и др., 2009; Жигарева Н.П., Дементьева Н.Ф., 2010; Мурзина Т.Ф., 2013).

Современная методологическая основа реабилитации в психоневрологических интернатах предполагает ряд основополагающих принципов (Дементьева Н.Ф., Жигарева Н.П., Мурзина Т.Ф., 2012): 1) экстенсификации как способ более раннего активирующего воздействия реабилитационных мероприятий на дефицитарную симптоматику пациента; 2) преемственности в системе взаимодействия между психоневрологическими интернатами, другими учреждениями системы социального обслуживания и учреждениями здравоохранения; 3) многоплановой дифференциации – необходимость тщательного изучения инвалидов с учетом их нозологической специфичности в целях осуществления дифференцированной реабилитационной помощи; 4) многоплановой этапности как переход пациента в процессе реабилитации от простой трудовой деятельности к более сложным видам труда; 5) непрерывности реабилитации – специфика контингента инвалидов психоневрологических интернатов делает необходимой организацию непрерывного процесса реабилитации с привлечением специалистов разных специальностей.

Исходя из вышеперечисленных принципов, становится очевидным необходимость разностороннего подхода к реабилитации получателей социальных услуг психоневрологических интернатов с привлечением специалистов разных специальностей.

В настоящее время полипрофессиональный бригадный метод в реабилитации пациентов с психическими заболеваниями считается наиболее эффективным как с медицинской, так и с социальной точек зрения, а также с позиции экономической выгоды (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004; Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Еричев А.Н., 2013).

В нашем учреждении реализован принцип полипрофессионального бригадного подхода в реабилитации, который условно можно разделить на две основных составляющих: медицинская составляющая (врачи, средний и младший медицинский персонал) и психолого-педагогическая (педагоги, психологи, воспитатели, социальные педагоги, инструкторы по труду). В связи с этим основное усилие в работе с получателями социальных услуг в стационарном учреждении социального обслуживания должно быть направлено на их активизацию, формирование активной позиции в отношении собственного реабилитационного пути, а основной задачей реабилитационного процесса является расширение сфер жизнедеятельности, улучшение его адаптации в типовых жизненных ситуациях, формирование и закрепление коммуникативных и социальных навыков, мотивации к включению в психосоциальные мероприятия, самореализацию не только в интернате, но и за его пределами. Включение получателя социальных услуг интерната в реабилитационные программы происходит с учетом его желания и инициативы в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации (ИПРА), индивидуальной программой предоставления социальных услуг (ИППСУ) и согласно заключению психолого-медико-педагогической комиссии (заключение ПМПК).

Применяемые реабилитационные мероприятия можно разделить на несколько больших кластеров: 1) медицинскую реабилитацию; 2) психолого-педагогическую реабилитацию; 3) трудовую реабилитацию; 4) социокультурную реабилитацию; 5) физкультурно-оздоровительные мероприятия.

Мероприятия по медицинской реабилитации включают в себя следующие аспекты: фармакологическое лечение соматических заболеваний и поддерживающая психофармакотерапия, психотерапия, физиотерапия, лечебная и адаптивная физкультура. При этом учитываются особенности течения заболеваний и сложный характер патологии, частое сочетание психических расстройств с множественными соматическими заболеваниями. В реабилитационном процессе уделяется внимание не только устранению симптомов болезней, но и восстановлению функциональных возможностей, а также делается акцент на немедикаментозную терапию.

Так, в последнее время специалисты психоневрологических интернатов обращают внимание на использование психотерапии в качестве немедикаментозного метода лечения психических заболеваний проживающих. Попытки использования некоторых форм психотерапии в стационарных учреждениях социального обслуживания показали обнадеживающие результаты. С учетом особенностей контингента нами использовались невербальные методы общения, включая рисование и моделирование, а также групповая психотерапия с ролевыми играми и совместным обсуждением проблем. Также в последнее время в нашем учреждении получили широкое распространение аппаратные комплексы, работающие на принципе биологической обратной связи – комплекс «Зеленая комната», основу которого составляет релаксационный аудиальный модуль. Среди немедикаментозных методов лечения активно используются и различные виды физиолечения: УВЧ-терапия, ультразвуковая терапия, теплолечение (парафиновые и озокеритные аппликации), диадинамотерапия, механический и ручной массаж и др. Благодаря комплексному воздействию на неврологическую симптоматику создается предпосылка активных двигательных стереотипов, нормализация мышечного тонуса, снижение гиперкинетической активности, увеличение объема движений в конечностях.

При реализации психолого-педагогической составляющей реабилитации приоритет отдается следующим основным направлениям, которые хорошо зарекомендовали себя на практике: формирование навыков взаимодействия с окружающим миром при осуществлении различных видов деятельности; обучение коммуникативным навыкам как в референтном окружении, так и в социуме; освоение правил поведения в общественных местах; обучение базовым основам общего образования и трудовым навыкам.

Педагогический аспект реабилитации представлен общеразвивающими программами, а также программами дополнительного образования. В нашем учреждении был апробирован и внедрен в практику инновационный для контингента совершеннолетних получателей социальных услуг проект «Начальная школа», направленный на компенсацию пробелов в общем образовании с целью расширения спектра реабилитационных возможностей в сфере их социальной адаптации. Организовано обучение по образовательным программам VIII вида, а по окончании курса слушателям выдается свидетельство об окончании специального (коррекционного) образовательного учреждения по программам VIII вида государственного образца. Акцент в образовательных методиках ставится на так называемой предпрофессиональной подготовке, которая подразумевает педагогическую подготовку лично-

сти к получению профессиональных знаний, умений и навыков по рабочим профессиям. Воспитание трудом используется с целью воздействия на сферы моторную психофизиологическую и социально-психологическую. В перспективе получателям социальных услуг предоставляется возможность поступить в профессиональный реабилитационный лицей, пройти обучение на базе интерната, получить профессию и трудоустроиться по специальности. Среди специальностей, которые они осваивают, чаще всего встречаются работники сферы жилищно-коммунального хозяйства, санитарские должности в учреждениях системы здравоохранения, различные подсобные работники.

На стыке медицинской и трудовой реабилитации находятся сохранившиеся лечебно-производственные мастерские, предназначенные для организации трудовой деятельности инвалидов по психическому заболеванию. К преимуществу труда в условиях лечебно-производственных мастерских относят возможность работы под медицинским контролем, использование дозированных видов и режимов труда с учетом психофизических особенностей и сохранности профессионально-трудовых возможностей инвалида, ориентация на приобретение полезных навыков трудовой деятельности. Немаловажное значение при этом имеет коллективный характер работы, который способствует установлению новых коммуникативных связей и отношений.

Различают три основные формы трудотерапии в условиях лечебно-производственных мастерских: 1) восстановительную (функциональную) трудотерапию, направленную на восстановление нарушенных функций организма больного; 2) общеукрепляющую трудовую терапию, направленную на восстановление физиологической толерантности пациента до определенного уровня; 3) производственную трудовую терапию, направленную на восстановление нарушенного или формирование нового динамического рабочего стереотипа.

В последнее время большое внимание уделяется социокультурной реабилитации, под которой подразумеваются мероприятия для достижения оптимальной степени участия инвалида в социальных взаимодействиях для реализации культурных интересов и более полной интеграции в общество. Реализуются программы виртуального туризма, экскурсионные программы, групповые посещения музеев, выставок, театральных постановок, а также поездки на различные концертные и спортивные мероприятия, различные клубы по интересам и кружки.

Физическая культура и спорт также являются одним из основных аспектов в системе комплексной реабилитации. Физкультурно-оздоровительные реабилитационные мероприятия способствуют интеллектуальному развитию, формированию социального опыта, воспи-

танию положительных качеств личности (настойчивости, старательности, пунктуальности), воспитывают силу воли. Они способствуют расширению двигательных навыков с повышением физических показателей, развитием крупной и мелкой моторики и вестибулярного аппарата. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата применяются специальные методики адаптивной физкультуры с учетом имеющейся патологии.

Заключение. Таким образом, можно констатировать, что полипрофессиональный бригадный подход в области реабилитации получателей социальных услуг психоневрологического интерната наиболее эффективен в условиях стационарного учреждения социального обслуживания. В работе таких бригад могут участвовать также волонтеры, родственники и другие добровольцы. Сам получатель социальных услуг при этом рассматривается как основной член команды, вокруг и с участием которого организована вся работа.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОГЕНЕТИКЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКИ-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Иванова С.А.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья

Основными средствами лечения шизофрении являются психотропные (нейролептические) средства, улучшающие долгосрочный прогноз заболевания и способствующие его переходу в состояние ремиссии. Кроме основного клинического действия, антипсихотические препараты обладают широким спектром побочных эффектов, которые, в свою очередь, осложняют течение основного заболевания, усиливая выраженность негативных и когнитивных расстройств, приводя к дополнительной социальной стигматизации больных, ухудшая качество жизни пациента и являясь причиной отказа пациентов от терапии. Наиболее часто наблюдаются такие побочные эффекты, как двигательные расстройства, метаболические расстройства (набор веса, гиперлипидемия и резистентность к инсулину) и гиперпролактинемия, выделенная как вариант нейроэндокринного побочного эффекта в отдельную группу в связи с высокой частотой встречаемости. Так, например, терапия современным атипичным антипсихотиком рисперидоном приводит к гиперпролактинемии в 50–90% случаев.

Патогенез развития антипсихотически-индуцированных расстройств у больных шизофренией до настоящего времени не известен, однако особая роль принадлежит генетическим факторам, которые могут быть основой чувствительности к ответу на терапию и развитию осложнений у многих пациентов.

Разработка методов, позволяющих индивидуализировать психофармакотерапию, является одной из важнейших задач фундаментальной и клинической медицины на современном этапе. За последние десятилетия попытки решения проблемы прогностической оценки терапевтической чувствительности к психотропным препаратам, равно как и проблемы безопасности их использования, получили новое развитие. Наиболее убедительный характер имеют результаты фармакогенетических исследований. Генетические особенности пациентов могут определять от 20 до 95% всех неблагоприятных фармакологических ответов: неэффективность лекарственных средств или нежелательные лекарственные реакции. Внедрение фармакогенетических тестов в клиническую практику позволит индивидуализированно подойти к выбору лекарственных средств и режима их дозирования, а в некоторых случаях и к тактике ведения пациентов. Подобные подходы лежат в основе персонализированной медицины.

Классические подходы к проведению фармакогенетических исследований связаны с изучением групп генов, отвечающих за фармакокинетику (в основном это гены системы цитохромов, участвующих в метаболизме лекарственных средств) и фармакодинамику (гены-мишени действия фармакологических средств; в случае антипсихотических препаратов это гены дофаминовых и серотониновых рецепторов).

На основе результатов собственных исследований и анализа современных зарубежных трендов выполнения фармакогенетических проектов нами предлагаются новые подходы к изучению фармакогенетических особенностей развития гиперпролактинемии.

Во-первых, перспективными являются исследования генов, которые кодируют транспортеры лекарственных средств, принимающих участие в процессах всасывания, распределения и выведения препаратов из организма. К ним относится ген множественной лекарственной устойчивости *MDR*, кодирующий белок Р-гликопротеин (Pgp). Pgp является белком-переносчиком лекарственных средств с высокой специфичностью, который соединяется с лекарственным веществом и проникает вместе с ним через плазматическую мембрану внутрь клетки. Показано, что от его активности зависит концентрация лекарственного препарата в мозге, так как проникновение через гематоэнцефалический барьер определяется этим белком.

Во вторых, в качестве генов мишеней для психотропных средств, кроме генов нейромедиаторных рецепторов, рассматриваются гены, кодирующие ферменты синтеза и метаболизма нейромедиаторов дофамина и серотонина, в частности гены *COMT*, *MAO-A*, *MAO-B*, *TPH1*, *TPH2*.

В третьих, активация окислительного стресса и нарушение активности антиоксидантных ферментов рассматривается как неспецифический компонент патогенеза психических расстройств и побочных эффектов фармакотерапии, что предполагает наличие возможных ассоциаций генов, кодирующих антиоксидантные ферменты. Полиморфизмы генов нейропротективных систем и киназ, участвующих в регуляции нейрональных процессов, выдвинуты на роль фармакогенетических маркеров побочных эффектов при шизофрении (гены *SOD2*, *GSTO1*, *NQO1*, *BDNF*, *GSK3B*, *AKT1*).

Заключение. Проведение исследований с учетом представленных подходов направлено на выявление полиморфных вариантов генов, обладающих predisponирующими или протективными эффектами в отношении развития лекарственно индуцированной гиперпролактинемии при шизофрении, что позволит применять индивидуальную терапевтическую тактику.

Исследование выполняется при финансовой поддержке гранта РФФИ 17-29-06035

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ирмухамедов Т.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является приоритетным направлением исследований последних лет и представляет особую значимость для детей, страдающих аутизмом. В литературе описаны характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания (Никольская О.С., 1985).

Цель исследования – изучить клинико-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11

девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г. Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков и 17 девочек), учеников массовых школ от 6 до 10 лет.

В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ аффективной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие.

Выводы. Таким образом, сделано акключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ТЯЖЕЛЫХ РАБОТАХ И НА РАБОТАХ С ВРЕДНЫМИ И (ИЛИ) ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Селедцов А.М.

ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер», Кемерово

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Кемерово

Состояние здоровья населения по-прежнему остается приоритетным вопросом в Российской Федерации. Лица, страдающие наркологическими заболеваниями, представляют потенциальную опасность как для своих жизни и здоровья, так и для жизни и здоровья их окружающих людей.

В связи с вышеперечисленным определены (и закреплены нормативными правовыми актами Российской Федерации) категории граждан, подлежащие проведению медицинского наркологического осмотра (освидетельствования) в обязательном порядке.

Так, для выявления наличия (отсутствия) противопоказаний к выполнению определенных работ в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 г. № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) и Порядком проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» обязательно участие врача-психиатра-нарколога при прохождении предварительного и периодического медицинского осмотра для всех категорий обследуемых.

В рамках совершенствования наркологического осмотра в вопросах выявления лиц, страдающих наркологическими расстройствами, периодически проходят изменения в нормативно-правовой базе. В частности в соответствии с Федеральным законом от 13.07.2015 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – ФЗ № 230), с июля 2015 г. расширен объём исследования при прохождении медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов деятельности – добавлено проведение химикотоксикологического исследования наличия в организме наркотических средств, психоактивных веществ, их метаболитов, а также новых потенциально опасных психоактивных веществ с дополнением в выносимом заключении формулировки «Наркотические средства, психоактивные вещества и их метаболиты не обнаружены».

Согласно ФЗ № 230 при проведении наркологического медицинского осмотра отдельные категории граждан (частные детективы; частные охранники; граждане, претендующие на получение лицензии на приобретение оружия; специалисты авиационного персонала; граждане, поступающие на военную службу по контракту, поступающие в военные профессиональные образовательные организации и военные образовательные организации высшего образования; работники ведомственной охраны; лица, допущенные к работе на судне; лоцманы; отдельные категории работников; иностранные граждане; лица, принимаемые на работу, непосредственно связанную с движением поездов и маневровой работой, и работники, выполняющие такую работу и (или)

подвергающиеся воздействию вредных и опасных производственных факторов; работники подразделений транспортной безопасности; сотрудники органов внутренних дел) обязаны предоставлять результаты химико-токсикологического исследования биологических сред на определение наркотических средств, психоактивных веществ и их метаболитов.

Тем не менее остаются категории работников, для которых Порядок проведения наркологического медицинского осмотра (освидетельствования) не определен.

В Кемерове и Кемеровской области медицинские наркологические осмотры (освидетельствования) проводятся в соответствии с приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 10.04.2014 г. (с изменениями от 29.06.2015 г., 17.01.2018 г.) № 637 «Об организации проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований в наркологических медицинских организациях и наркологических подразделениях медицинских организаций Кемеровской области» (далее – приказ ДОЗН КО).

Так, в соответствии с изменениями от 17.01.2018 г. определение в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и других токсических веществ и их метаболитов должно осуществляться с использованием анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов исследования путем сравнения полученного результата с калибровочной кривой. Указанным нормативным документом определены группы веществ, на определение которых проводится исследование биологических сред граждан – опиаты, растительные каннабиноиды, синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамины, метамфетамины), синтетические катиноны, барбитураты, этилглюкоронид. Использование анализаторов позволит исключить субъективную оценку результата диагностики путем визуализации.

В Кемерове предварительные и периодические медицинские наркологические осмотры проводятся в кабинете медицинских осмотров диспансерно-поликлинического отделения ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер».

В течение 2016 г. и 2017 г. проведено 8 517 медицинских наркологических осмотров (освидетельствований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Из них 5351 (63%) относились к категориям, определенным ФЗ № 230, остальные 3166 (37%) были осмотрены в соответствии с приказом ДОЗН КО.

Т а б л и ц а 1

Количество наркологических медицинских осмотров в рамках определения допуска к тяжелым работам и работам с вредными и (или) опасными условиями труда

Категория работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда	2016		2017		Всего	
	кол-во	выявлено	кол-во	выявлено	кол-во	выявлено
Определенные ФЗ № 230	2514	8	2837	39	5351	47
	59%	0,32%	67%	1,37%	63%	0,87%
Определенные приказом ДОЗН КО	1752	1	1414	0	3166	1
	41%	0,06%	33%	0%	37%	0,03%
Итого	4266	9	4251	39	8517	48

Выявление наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов в моче при проведении химико-токсикологического исследования составило 0,87% по итогам 2016 г. и 2017 г., в то время как при проведении экспресс-тестирования всего 0,03%.

Таким образом, совершенствование процедуры наркологического осмотра (освидетельствования) способствует более активному выявлению граждан, страдающих наркологическими расстройствами, что снижает риск получения «допуска» к работам этими лицами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЖЕНСКОГО ТРАНССЕКСУАЛИЗМА (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА)

Коковина Л.И., Баранов В.В., Басов А.Н.

ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Цель настоящего исследования – изучение случая женского транссексуализма в клиничко-психопатологическом, сексологическом и психологическом аспектах и формирование интегративного заключения и рекомендаций.

Материалы и методы. Обследована пациентка Юлия, 32 лет, обратившаяся на кафедру психиатрии, наркологии и психотерапии НГИУ-Ва с целью получить заключение о возможности смены паспортного пола и дальнейшей хирургической и гормональной коррекции.

Использовались методы клиничко-психопатологического, сексологического, экспериментально-психологического обследования (оценка

интеллектуально-мнестических функций, операционной стороны мышления, критичности, профиля личности ММРІ; методики направленного экспериментально-психологического исследования в сексологии (НЭПИ): маскулинность и феминность (МиФ), цветовой тест отношения (ЦТО), методика «Кодирование».

Предъявляет жалобы на стойкое ощущение своей принадлежности к мужскому полу. Во время беседы просит обращаться к себе в мужском роде и называть Ильей.

Анамнез. Мать строгая, властная, упрямая, пациентка не помнит с её стороны проявлений теплоты и нежности. Отец по характеру мягкий, добрый, был «под каблуком» у жены, злоупотреблял алкоголем. Когда Юлии было 11 лет, ушел из семьи, после чего отношений с детьми не поддерживал. В детском саду общалась с мальчиком, вместе с которым играла в конструкторы, машинки. С младшими сестрами в куклы не играла, стремилась разрушить их «домик», для того чтобы разозлить и заставить бегать за собой. Любила отдыхать в деревне, где постоянно возилась со столярными инструментами, досками, строила шалаши. Предпочитала подвижные игры, лазала по деревьям, заборам, крышам. Начиная с 5 лет понимала свою принадлежность к женскому полу, однако часто фантазировала о том, что произойдет какое-нибудь «волшебство» и она станет мальчиком. С детства длинных волос никогда не носила. Ей не нравилось одеваться как девочка, предпочитала более практичный стиль одежды: шорты, джинсы, футболки. По характеру всегда была замкнутой, малообщительной, в коллективе держалась в стороне. В 10–11 лет пациентке нравилась учительница физкультуры, молодая девушка, восхищалась её красотой, фантазировала о платоническом общении с ней. С 14 лет менархе и рост молочных желез, воспринимала это крайне негативно, испытывала чувство гадливости при появлении менструаций. С появлением груди стала считать свою внешность уродливой, стеснялась, стремилась одеваться в бесформенные широкие свитера, брюки. Общалась в компании юношей, незнакомые люди её воспринимали как парня, иногда дралась, при этом зачастую её визави не догадывались, что перед ними девушка. Влюбленность впервые возникла в колледже, нравилась однокурсница, идеализировала её, фантазировала о поцелуях, объятиях, ласках. Открыться ей не решилась из-за боязни непонимания и осуждения. Сексуальное влечение возникло после 20 лет, стала прибегать к мастурбации путем раздражения клитора, в этом же возрасте получила первый сексуальный опыт с девушкой. С мужчинами половых контактов никогда не имела, считает это для себя противоестественным и унижительным.

В сексе принимает мужскую роль, использует мануальные и оральные ласки, применяет strapon, что особенно возбуждает и волнует. Во время соития остается в нательном белье – трусах и майке. Сексуальное напряжение во время полового акта снимает мастурбацией, причем делает это исключительно сама. За всю жизнь имела несколько сексуальных партнерш, с последней из которых недавно рассталась, в связи с чем испытывает некоторое снижение настроения.

По профессии программист, работает системным администратором в частной фирме на протяжении нескольких лет. На работе её ценят из-за высоких профессиональных качеств, отмечает, что клиенты и новые сотрудники «всегда шокированы видом парня по имени Юля». К настоящему моменту уверилась в своем желании сменить пол, читает форумы транссексуалов в Интернете. В течение 1,5 лет самостоятельно, без консультации эндокринолога принимает внутримышечно сустанон. На фоне этого отмечает прекращение менструаций, рост мышечной массы на фоне занятий силовой гимнастикой, огрубение голоса, повышение сальности кожи, увеличение клитора. Консультации терапевта, невролога, гинеколога – без патологии.

На момент обследования пациентка одета в джинсы, свободную рубашку, под которой находится компрессионное белье, скрывающее молочные железы. Стрижка мужская, короткая. Телосложение маскулинное, атлетическое. Поза свободная, широко расставляет ноги. Голос низкий, грудной. В беседе старается на вопросы отвечать кратко, при этом временами с улыбкой припоминает какие-то факты своей биографии. Мимика, жесты и интонации напоминают мужские. Устойчиво ощущает свою принадлежность к мужскому полу, иначе себя воспринимать не может. Продуктивной психопатологической симптоматики выявить не удалось.

Данные клинико-психологического исследования показали, что пациентка обнаруживает достаточный уровень интеллектуально-мнестических возможностей. Не выявляются нарушения операционной стороны мышления. Критичность сохранна. Профиль личности по методике ММРІ выявляет напряженность, заниженную самооценку, склонность критически относиться к себе и окружающим, преувеличение существенности конфликтов, уязвимость и ограничения в сфере общения.

НЭПИ. Образ мужчины представлен в андрогинной зоне [МиФ]. На когнитивном уровне восприятие мужчины как «активного, отважного, ответственного и доминирующего» [МиФ], «сильного и большого» [Кодирование]. На эмоциональном уровне понятие «мужчина» в цвето-ассоциативной цепочке с отрицательными по смыслу словами [ЦГО].

Характер самоотношения ближе к комфортному, при этом понятия «Я» и «Я-идеальный» находятся в цветоассоциативной цепочке с положительными по смыслу словами. При общении предпочитает выбирать андрогинные модели поведения (нахождение понятия «мужчины считают, что я» и «женщины считают, что я» в андрогинной зоне [МиФ]). Образ женщины на эмоциональном уровне воспринимается положительно [ЦТО]. У сексуального партнера желает видеть максимальное преобладание фемининных черт [МиФ].

Заключение. По результатам исследования у испытуемой диагностирован транссексуализм. Об этом свидетельствуют данные клинико-психопатологического и сексологического исследований, указывающие на стабильное и неизменное чувство принадлежности к противоположному полу с раннего детства – периода становления базовой половой идентичности; стойкие доминирующие идеи отвержения своего биологического и социального пола с дисморфобоподобными расстройствами; постоянную озабоченность и желание избавиться от половых признаков и приобрести противоположные путем хирургического и гормонального лечения; гомосексуальную ориентацию; завершение полового развития. По шкале интегративной оценки степени нарушений половой идентичности – 53 балла из 59 возможных, что соответствует нарушению половой идентичности и требует квалификации по МКБ-10. Данные экспериментально-психологического исследования обнаруживают полную идентификацию полового самосознания и половой роли с противоположным полом. Дополнительно заключение подтверждается отсутствием симптомов другого психического заболевания и врожденных аномалий развития половых органов. Рекомендовано дать заключение о возможности смены паспортного пола.

ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

Колот З.И.

КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1», Красноярск

Сегодня потребление психоактивных веществ (ПАВ) достигло критического уровня, в дальнейшем это может вызвать необратимые последствия в социально-демографической ситуации. Особенностью клиники наркологических болезней является наличие у больных predisposing социальных и психологических факторов, приведших к дебюту заболевания, которые могут явиться причинами рецидива болезни.

В этой связи медико-социальная реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией является приоритетным направлением наркологии. Реабилитация в наркологии имеет весьма молодую историю, профильные центры начали создавать в РФ в 1997 г. До настоящего времени нет единой концепции оказания реабилитационной помощи пациентам наркологического профиля. Имеют место различия в сроках и методах реабилитации, требованиях к объемам выполненных пациентами достижений и критериям оценки эффективности.

С 09.09.2013 г. в Красноярске функционирует отделение КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» Наркологический реабилитационный центр. На бесплатное лечение принимаются желающие жить трезво. Программа реабилитационного процесса в отделении основана на базе программы «12 шагов», но, по сути, мы применяем синтез психотерапевтических практик, трудотерапии, занятий спортом и социального сопровождения. Несмотря на это, программа проста и доступна, построена на принципе любви к себе и близким.

Особенностью оказания медико-социальной помощи пациентам наркологического профиля является уровень его личной мотивации к выздоровлению. Доказано, что длительность ремиссии напрямую зависит от продолжительности пребывания в лечебно-реабилитационном процессе. Мы говорим не в учреждении, а «в процессе», так как процесс реабилитации может быть растянут на годы. В связи с этим у наших пациентов есть возможность продолжить бесплатно выздоравливать в центре реабилитации для наркозависимых, в структуре социальной защиты. Большую работу мы проводим с созависимыми членами семей выздоравливающих пациентов. Большой объем работы возложен на Телефон Доверия. В качестве дополнительных методик по социализации и адаптации, достижению состояния проявления эмоций без употребления ПАВ мы проводим культурно-массовые и спортивные мероприятия. Разработан и систематически распространяется презентационный материал, информирующий о деятельности отделения, и памятки для выпускников о поддержании трезвости.

Таким образом, на сегодняшний день мы опытным путём внедряем в государственные структуры здравоохранения и социальной защиты новое направление по реабилитации и ресоциализации зависимых от психоактивных веществ в рамках двенадцатишаговой программы выздоровления.

Л и т е р а т у р а

1. Беляков Б.Л. и др. Наркогизация общества как угроза российской государственности. М.: МосАП, 2014.
2. Терапевтическое сообщество [Электронный ресурс]. URL: <http://www.satory-rnc.ru/o-zavisimostyax...soobshestvo.html>

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ У ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ В ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛАХ ПО ПРИЗНАНИЮ СДЕЛКИ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ

Королева Е.В., Уруджев А.Д.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе представляет один из социально-правовых аспектов защиты интересов лиц с психическими расстройствами, которые относятся к уязвимой категории населения, осуществление действий имущественного характера может существенно ущемлять их интересы. В то же время необоснованное ограничение прав при заключении сделок не соответствует презумпции дееспособности, может являться стрессовым фактором, усугубляющим психическое состояние больных, и сопровождаться неблагоприятными социальными последствиями.

В действующем законодательстве статья 177 ГК РФ постулирует возможность признания сделки недействительной вне процедуры лишения дееспособности, то есть без принципиального изменения правового положения лица. Поскольку в указанной статье не сформулирован медицинский критерий, оценке подлежит лишь «состояние» лица в момент совершения сделки, проведение судебно-психиатрической экспертизы предполагает более широкий предмет исследования, включающий оценку не только психического, но и какого-либо иного состояния в юридически значимый период. Как показывает практика, судебно-психиатрическая экспертиза неспособности у лиц с органическим расстройством личности является одной из наиболее сложных и трудозатратных. Его динамика во многом определялась воздействием совокупности социальных, соматогенных и стрессовых факторов, что определяет необходимость комплексного ретроспективного анализа состояния лица при заключении сделки.

Целью исследования являлось изучение клинических и социальных характеристик лиц с органическим расстройством личности в гражданских делах по признанию сделки недействительной для повышения обоснованности и доказательства экспертного заключения.

Материал и методы. В исследование были включены 78 подэкспертных, в отношении которых была проведена судебно-психиатрическая экспертиза в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» по гражданским делам о признании сделки недействительной и установлен диагноз: «Органическое расстройство личности».

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический с учетом данных патопсихологического обследования и статистический с применением метода углового преобразования Фишера и корреляционного анализа.

Среди обследованных преобладали лица пожилого и старческого возрастов, средний возраст в момент совершения сделки составлял $65,14 \pm 19,44$ года, при этом в 40 наблюдениях (51,28%) заключение сделки приходилось на возраст более 70 лет. Значительная сложность указанных экспертиз определяла значительный удельный вес заключений о невозможности дать ответ на экспертные вопросы, таковых было вынесено в 41,02% случаев ($p < 0,05$), о сделкоспособности – в 26,92%, о несделкоспособности – в 32,06%. О неоднозначности экспертной оценки также свидетельствовало большое количество повторных экспертиз – 47 наблюдений (60,25%), при этом различные экспертные заключения выносились на основании одинакового документального обеспечения и синдромальной диагностики.

Результаты исследования показали, что для больных был характерен высокий уровень соматической отягощенности. Гипертоническая болезнь была отмечена в 61 наблюдении (78,21%), ишемическая болезнь сердца – в 63 наблюдениях (80,77%). В связи с этим во всех наблюдениях сосудистая патология являлась ведущей в генезе органического расстройства личности. В 14 наблюдениях (17,95%) течение заболевания осложнялось присоединением незадолго до совершения сделки регулярного злоупотребления алкоголем, что резко утяжеляло течение психического расстройства. Специфической особенностью явились высокие социальные показатели в течение жизни, такие как наличие специальности, трудоустроенность, сохранность семейной и межличностной адаптации.

В связи с тем, что на период заключения сделки преобладали лица старческого возраста с соматической отягощенностью, снижение в сфере социального функционирования определялось указанными факторами. В большинстве случаев у обследованных отмечалась инвалидность по соматическим и неврологическим заболеваниям – 46 наблюдений (58,98%); в 11 наблюдениях (14,10%) они являлись пенсионерами по возрасту. В 59 наблюдениях (75,64%) больные были одиночками, чаще вдовцами. При этом в 35 наблюдениях (44,87%) характерным было одинокое проживание, отношения с родственниками были конфликтными. В преобладающем числе наблюдений подэкспертные в течение жизни не осматривались врачами-психиатрами – 39 наблюдений (50,00%), в связи с этим возрастала значимость оценки социальных показателей.

Течение психического расстройства было дискретным, взаимосвязанным с психогенными, соматогенными и экзогенными факторами, отличавшимися массивностью и остротой воздействия, такими как резкое изменение социального и материального положения, послеоперационный период, динамическое преходящее нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, определявшими развитие состояний декомпенсации, в том числе и по типу преходящего слабоумия. Интеллектуально-мнестические расстройства носили стержневой характер и проявлялись снижением интеллекта, замедленностью, ригидностью и малопродуктивностью мышления, выраженной дезорганизацией психической деятельности и нарушением памяти на прошлые и текущие события. Эмоционально-волевые расстройства проявлялись вялостью, апатичностью, снижением побудительной силы мотивов. В клинической картине аффективных расстройств преобладали тревожно-депрессивные переживания с чувством безысходности, необоснованными тревожными опасениями, отмечалась психогенная дезорганизация психической деятельности. Оценке подлежала совокупность взаимосвязанных психопатологических расстройств: интеллектуально-мнестических, личностных, эмоционально-волевых и аффективных тревожного и депрессивного спектра. Экспертно значимыми являлись когнитивные нарушения со снижением способности использовать прошлый опыт в сложной жизненной ситуации и осмысливать ее, оценивать характер межличностных отношений. Волевые расстройства в виде вялости, апатии, апатичности нарушали способность к адекватному формированию цели сделки, во многих случаях намерение на её заключение отсутствовало, волеизъявление было сформировано не самостоятельно, больные пассивно подчинялись лицам, от которых зависели. При этом в 76,00% случаев нарушение критической оценки своего состояния и сложившейся ситуации было парциальным, касалось в первую очередь способности оценить юридическую и социальную суть заключаемой сделки ($p < 0,001$).

Заключение. Вынесение экспертного заключения в отношении лиц с органическим расстройством личности основывалось на выделении экспертно значимых симптомокомплексов с интегративной оценкой интеллектуально-мнестических, аффективных, эмоционально-волевых и личностных факторов, что требует дифференцированного психопатологического анализа. Диагностика основывалась в равной мере на оценке как клинических, так и совокупности соматогенных, психогенных и экзогенных факторов, игравших ведущую роль в патогенезе психического расстройства.

Также указанные факторы позволяют восстановить клиническую картину психического расстройства на период сделки, оценить выраженность психопатологических расстройств в зависимости от их влияния на уровень социального функционирования, формы реакции на психогению и соматогению. Социальные показатели, относившиеся к периоду заключения сделки, косвенно свидетельствовали о выраженности психопатологических расстройств, уровне нарушения критических способностей.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛИЧНОСТНЫХ ПАТТЕРНОВ

Кралько А.А., Глебко О.П., Григорьева И.В., Ананич П.А.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск

В подростковом возрасте могут наблюдаться резкие и не всегда прогнозируемые проявления саморазрушительного поведения. Причин такого поведения С.В. Березин с соавторами называют несколько: неспособность к продуктивному выходу из ситуации затрудненности удовлетворения актуальных потребностей; несформированность и неэффективность способов психологической защиты для нейтрализации психоэмоционального напряжения; наличие психотравмирующей ситуации, для выхода из которой подросток не находит конструктивного решения.

Склонность к употреблению психоактивных веществ как ненормальная форма поведения является суммой разных факторов, обусловленных как индивидуальными, так и социальными особенностями. Ряд авторов отмечает, что потребность в психоактивном веществе не является естественной: речь идет о «плоскости пространства личности», связанной с культурными обычаями, значениями, нормами и образцами поведения. По этой причине не все, а лишь часть подростков, вовлекаемых в культурные обычаи, связанные с потреблением алкоголя, «усваивают нехитрую «психотехнику» иллюзорно-компенсаторной алкогольной деятельности» (Братусь Б.С. и др., 1984). Многие авторы подчеркивают, что подростки раскрываются как личность, однако глубоко незрелая, дисгармоничная (Братусь Б.С. и др., 1984; Березин К.С., 2002).

Целью данной работы являлось выявление личностных патопсихологических паттернов, способствующих формированию зависимого поведения.

Данное исследование представляет собой подготовительный этап в рамках проекта разработки программы реабилитации для несовершеннолетних лиц, употребляющих психоактивные вещества, применение которой позволит оказать воздействие на проблемное поведение подростков и предотвратить ряд негативных последствий, связанных с употреблением. В исследовании принимали участие две группы (по 100 человек в каждой) подростков: основная группа (подростки, состоящие на диспансерном учете в Минском городском клиническом наркологическом диспансере) и контрольная группа (учащиеся школ и лицеев г. Минска, на диспансерном учете не состоявшие) в возрасте 14–17 лет.

Материалы и методы. Для оценки наркологического статуса применялись методики: Белорусский индекс тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) (Позняк, 2001), тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя (AUDIT) (Ван дер Берг К. и др., пер. Позняка, 1984), скрининговая методика оценки хронической алкогольной интоксикации – CAGE (Петров и др., 2003). Для исследования паттернов подростков использовались психометрические методики: «Мотивация потребления алкоголя» для исследования мотивов аддиктивного поведения (Завьялов, 1998), методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма (E. Heim), адаптированная Психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева (Набиуллина и др., 2003), тест-опросник «Аддиктивная склонность» В.В. Юсупова (Юсупов и др., 2007). Из методов математической обработки данных – корреляционный анализ (R-критерий Спирмена), регрессионный анализ, сравнительный анализ (H-критерий Крускала-Уоллиса, U-критерий Манна-Уитни). Для статистической обработки данных применялся пакет программ STATISTIKA 6.0.

Результаты и обсуждение. Индекс тяжести аддикции (Б-ИТА). Подростки, видящие основной интерес в получении образования и сосредоточенные на учебном процессе, в меньшей степени заостряют внимание на других сферах жизни и межличностных отношений, в том числе и на употреблении психоактивных веществ, часто являющемся элементом псевдокультурного поведения. В контрольной группе подростков уровень напряжения в сфере обучения и образования по сравнению с состоящими на учете молодыми людьми ($R_{sum1}=8506$; $R_{sum2}=11593$, $U=3456,5$, $p<0,01$) оказался выше.

Среди подростков основной группы ($\chi^2=15,05$, $p<0,01$) чаще отмечаются случаи наличия алкогольной зависимости. По результатам тестирования AUDIT высок риск её возникновения по сравнению с кон-

трольной группой. Подростки основной группы систематически употребляют алкоголь, согласно данным теста CAGE и результатам сравнительного анализа (U-теста Манна-Уитни): $R_{sum1}=12681$; $R_{sum2}=7419$; $U=2369$; $p<0,01$.

Особенности мотивации потребления (алкоголя). Мотивационный профиль употребления алкоголя подростков основной группы наиболее разнообразен, так как взаимосвязаны показатели теста AUDIT и все без исключения мотивационные направленности, как то: «социально-психологические», «личностные», «собственно патологические». У подростков контрольной группы такие взаимосвязи обнаружены только в отношении «личностных» мотивов употребления алкоголя («гедонистические», «атарактические» – желание нейтрализовать негативные эмоциональные переживания, мотивы «гиперактивации поведения» – стимулирование и растормаживание).

По данным множественного регрессионного анализа, на формирование алкогольной мотивации у подростков основной группы в большей степени влияют «атарактическая» и «аддиктивная» мотивация, то есть желание нейтрализовать негативные переживания и инстинктивное влечение к алкоголю. В группе сравнения мотивацию потребления алкоголя формируют «атарактическая», «субмиссивная» и «аддиктивная» мотивации.

Статистически значимых различий между основной и контрольной группами в выраженности мотивов потребления алкоголя, а также относительно общей мотивации потребления по методике В.Ю. Завьялова не обнаружено. То есть мотивационные профили потребления алкоголя схожи (общемотивационное напряжение в поисках алкоголя).

Особенности совладающего со стрессом поведения у подростков. В результате анализа статистических различий копинг-механизмов с помощью χ^2 -критерия между подростками основной и контрольной групп статистически значимых результатов не было получено: подростки обеих групп чаще прибегают к адаптивным когнитивным и эмоциональным копинг-стратегиям [Набиуллина и др. 2003].

Однако выявлены некоторые особенности совладающего поведения подростков, связанные с мотивацией потребления алкоголя. Применяя критерий Н Крускала–Уоллиса, мы сравнили мотивационные профили подростков в зависимости от адаптивности и направленности (когнитивной, эмоциональной либо поведенческой) применяемых ими копинг-стратегий. Подростки, прибегающие к адаптивным эмоциональным копинг-стратегиям (эмоциональный «протест», «оптимизм», «активное возмущение»), имеют более высокие показатели по мотивации

потребления алкоголя (МПА), то есть общее мотивационное напряжение в поисках алкоголя возрастает. В их мотивационном профиле преобладают атарактический, истинно аддитивный мотивы и мотив самоповреждения. Можно говорить о том, что алкоголь становится основным средством нейтрализации негативных эмоциональных переживаний. У таких подростков проявляется истинно патологическая мотивация употребления алкоголя – аддитивные мотивы и мотивы самоповреждения – стремление пить как протест против потери перспективы в будущем.

Была обнаружена обратная зависимость между аддиктивной склонностью и систематическим употреблением алкоголя. В группе подростков, не употребляющих алкоголь (1-я группа – RSum1), выявлены высокие показатели по шкале склонности к зависимому поведению (RSum1=15321; RSum2=4105; RSum3=674; $p < 0,05$; $N=10,97$).

Таким образом, среди подростков, систематически употребляющих алкоголь, риск зависимого поведения высок, что может выражаться стремлением расслабиться и получить удовольствие посредством употребления ПАВ, своего рода мотивационное напряжение, не получившее выражение в действии либо с сознательной фальсификацией факта систематического употребления по тесту CAGE, связанного с подучетным контролем.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА, ОБСЛЕДУЕМЫХ В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ

Куракина Е.Г., Батюк Т.Г., Павлов П.В.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Актуальность. В настоящее время актуален вопрос психического здоровья и психической заболеваемости военнослужащих по призыву. Почти 40% призывников, признанных негодными к военной службе по состоянию здоровья, имеют психические нарушения. В структуре психических расстройств, послуживших причиной освобождения лиц призывного возраста от службы в армии по РФ, личностные расстройства имеют устойчивую тенденцию к повышению, их распространенность среди призывников увеличилась – с 9,6% до 15,5%.

Цель: выявить частоту и особенности клинической картины личностных расстройств у призывников, обследуемых на базе дневного стационара.

Материалы и методы. Число обследованных призывников на базе дневного стационара за период 2015–2017 гг. приведено в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Распределение призывников, обследованных в дневном стационаре

Годы	2015		2016		2017	
Всего	246		229		105	
Расстройство личности	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	22	8.9%	14	6.1%	7	6.6%

Причинами для направления подростков в дневной стационар явились: наличие самоповреждений, самопорезов, тоннелей, шрамирования, необычных татуировок, суицидальных попыток и тенденций, завершенные суициды у близких родственников, девиантное поведение в детско-подростковом возрасте, судимость, иногда жалобы на аффективные расстройства (в основном эмоциональную неустойчивость, расстройства депрессивного плана) либо по результатам обследования психолога военкомата – неудовлетворительная нервно-психическая устойчивость, высокая вероятность нервно-психических срывов.

По данным обследования, из 168 человек, направленных на обследования военкоматами за 2015–2017 гг. с предположительным диагнозом «Расстройство личности» было выявлено 43 человека. Значительное число призывников направлялись из-за наличия судимости – 38 чел. (22,6%), большей частью условной, причем более половины из них (21 из 38) признаны здоровыми.

Для установления диагноза расстройства личности использовались данные амбулаторных карт с оценкой перинатальных вредностей, данных о раннем развитии, особенностях поведения в детстве, типов воспитания в семье, наследственной отягощенности, наличия патохарактерологических черт у близких родственников. При исследовании психолога применялись экспериментально-психологические тесты (фрустрационный тест Розенцвейга, тест Леонгарда–Шмишека, тест Люшера, личностный опросник Айзенка, тест ММП1 или адаптированный тест СМЛ).

Т а б л и ц а 2

Распределение типов выявленных личностных расстройств

Эмоционально неустойчивое РЛ	Шизоидное РЛ	Истерическое РЛ	Смешанное РЛ
10 (23%)	12 (28%)	3 (7%)	18 (42%)

Обнаружены клинические особенности у лиц с шизоидными расстройством личности (12 человек). Примечателен внешний вид таких призывников – длинные волосы собраны в пучок, на лице своеобразная

бородка, одежда преимущественно черного цвета, на голову натянут капюшон либо кепка, которые они не снимают при беседе. При осмотре у 5 из 12 были обнаружены самоповреждения, часть из которых была следствием аутодеструктивного поведения (без цели лишить себя жизни, а снять психоэмоциональный стресс – «чтобы привести себя в чувства») – 3 чел., у 2 призывников выявлены истинно суицидальные попытки. Мысли о нежелании жить периодически отмечались у половины призывников (6) и были связаны с трудностями в общении, ощущением своей непохожести, невозможностью адаптироваться в коллективе. Часто встречались аффективные расстройства (депрессии) как признаки декомпенсации психопатии – у 4, эмоционально-волевые нарушения – у 5. Призывники отмечали, что «нет потребности в общении, мешает коллектив». Не было постоянных отношений с девушками более чем у половины – у 8 призывников, девушки воспринимались как друзья или приятели: «больше ценю дружбу». Испытывали крайне негативное отношение к службе в армии 9 человек, 3 призывника высказывали безразличие к военной службе, что объясняли зачастую так: «не переношу грубого отношения, грубой лексики, не смогу подстроиться под режим», «не знаю как себя там вести, что делать, с кем контактировать?» 5 призывников с установленным диагнозом шизоидной психопатии учились или хотели когда-либо стать программистами.

У эмоционально неустойчивых призывников обнаружены такие семейные характеристики, как воспитание по типу гипопротекции или жестоких отношений, многодетность – 5 и более детей в семье, неполнота семьи – «безотцовщина» или семьи с алкоголизирующимся, судимым отцом, а также низкий уровень семейного дохода – у 6 из 10 человек. Такие призывники в школьном возрасте часто пропускают занятия, учатся без интереса, остаются на повторное обучение из-за пропусков, а не в связи с интеллектуальной недостаточностью. Из средних учебных заведений было отчислено 7 человек из 10. Часто их ставят на учет в инспекции по делам несовершеннолетних, судимость имели 7 из 10 обследуемых (часто это угоны машин, драки, грабежи, хранение наркотиков). На работе такие призывники так же не удерживались – их увольняли из-за прогулов, несдержанности, драк, конфликтных ситуаций. Алкоголизация в этой группе выявлена у 50% призывников, 2 человека периодически употребляли наркотики. Часто у призывников этой группы выявлялись самопорезы большей частью шантажного характера – у 3 из 10. Татуировки относились к уголовной тематике либо на тему: «Я люблю эту жизнь». Отношения к службе в армии у таких юношей часто неопределенные, безразличные, мотивируют тем, что «не хотят тратить год впустую».

При смешанном расстройстве личности (18 чел.) у призывников имелись признаки нескольких расстройств из рубрик F60, но без преобладания симптоматики, которая позволила бы провести более специфическую диагностику. Отмечено сочетание психастенических (тревожных, уклоняющихся расстройств) и шизоидных черт у 4 человек, циклоидные колебания настроения с шизоидными чертами личности – у 4, истерические и эмоционально неустойчивые черты отмечались у 5 призывников, неустойчивые (диссоциальные) и эмоционально неустойчивые – у 2 человек. У 3 призывников, признанных ограниченно годными к военной службе по статье 18 (смешанное расстройство личности), ведущим расстройством поведения были «Расстройство сексуального предпочтения» (F65) и «Расстройства половой идентификации» (F64), которые относятся к сексуальным девиациям и отклонениям от поведения, свойственным данному полу соответственно.

Истерическим расстройством личности страдали 3 человека. Такие призывники отличались подчеркнутой оригинальностью в одежде, стремлением внешним видом произвести впечатление, яркими тату, пирсингом, тоннелями. Активно жестикулировали, высказывали инфантильные суждения о жизни и будущем, отношение к службе в армии было негативным, говорили так: «У меня есть доля артистизма, которая не приветствуется в обществе». Были полностью удовлетворены «сами собой» и ничего изменить в характере не хотели бы. При обследовании психологом выявлялись художественный стиль мышления, театральность, демонстративность в поведении, наиболее вероятная реакция на стресс – вытеснение неблагоприятной информации, игра ситуационно выгодной роли.

Выводы. По частоте выявления у призывников, обследуемых в дневном стационаре, преобладали смешанное (42%) и шизоидное (28%) личностные расстройства. Такие семейные характеристики обследуемых, как воспитание по типу гипопротекции или жестоких отношений, многодетность, неполнота семьи – «безотцовщина» или семьи с алкоголизирующимся, судимым отцом, а также низкий уровень семейного дохода, чаще встречаются у призывников с эмоционально неустойчивым расстройством личности. У 5 из 12 шизоидных психопатов обнаружены самоповреждения, часть из которых была следствием аутодеструктивного поведения (без цели лишить себя жизни) – 3 чел., у 2 призывников имели место истинно суицидальные попытки. У призывников с шизоидной психопатией часто встречались аффективные расстройства (депрессии) как признаки декомпенсации психопатии – у 4, выраженные эмоционально волевые нарушения – у 5.

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Лаврентьева Л.Н

ГКУЗ КО Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница, Ленинск-Кузнецкий

Актуальность исследования. В современном мире проблемы реабилитации и интеграции психически больных людей в общество являются особенно актуальными, в связи с чем повышается значимость социальных аспектов оказания психиатрической помощи.

Для психических расстройств характерна выраженная социальная дезадаптация, затрагивающая различные стороны жизни пациентов. Как правило, это сопровождается нарастанием замкнутости, неуверенности в себе, страхом перед окружающей действительностью в связи с её неадекватной оценкой, утратой эмоциональных контактов и социальных навыков. Все это приводит к «выпадению» лиц с психическими расстройствами из общества, что еще больше способствует прогрессированию болезни. При этом не только сам пациент не способен поддерживать социальные связи в полном объеме, но и нередко родственники также могут способствовать его изоляции.

Цель исследования: изучить роль психосоциальной работы в амбулаторных условиях в профилактике повторных госпитализаций у больных шизофренией

Материал исследования. В исследование были включены 361 пациент, находящиеся под диспансерным наблюдением врача-психиатра в диспансерном отделении ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница» с диагнозом шизофрении. Все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили больные шизофренией, прошедшие курс медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях – 128 человек (35%). Во вторую группу вошли пациенты, находящиеся под наблюдением врача-психиатра и получающие лишь поддерживающее медикаментозное лечение – 233 человека (65%).

Обсуждения. С января 2013 г. в диспансерном отделении ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница» работает отделение медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, рассчитанное на 40 мест. Деятельность подразделения осуществляется на принципах бригадного полипрофессионального обслуживания пациентов на основе комплексного подхода (фармакотерапии, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации) и партнерских отношений с пациентом и его родственниками.

Бригадная форма позволяет использовать опыт и знания разных специалистов для более эффективной и целенаправленной деятельности. Бригада включает в себя помощь врача-психиатра, медицинского психолога и специалиста по социальной работе. При необходимости к работе привлекался юрист больницы. Врач-психиатр является руководителем бригады и организует всю работу.

При работе в отделении на передний план выходит создание терапевтической среды и налаживание продуктивного контакта с пациентом и его родственниками. В первые дни проводится мотивационный тренинг с участием как пациентов, так и их ближайшего окружения с целью формирования понимания значимости психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий как важнейшего компонента помощи больным.

При решении вопроса о характере, объеме, интенсивности и длительности фармакотерапевтических и психосоциальных лечебно-реабилитационных мероприятий используется максимально индивидуализированный подход, включающий широкий спектр анамнестических, клинических и социально-психологических факторов: наследственная отягощенность; клинические проявления, давность и прогрессивность заболевания; выраженность личностных изменений, переносимость терапии; сопутствующие заболевания; семейные отношения; наличие психосоциальных стрессовых факторов и др. С учетом всех особенностей назначается лекарственная и психосоциальная терапия.

Спектр психосоциальных мероприятий, используемых при оказании помощи больным, довольно обширен, широко применяются техники психообразования, семейная терапия. На занятиях обсуждаются и разъясняются причины болезни, её проявления, симптоматика, течение, эффективное лечение.

Данные занятия направлены на раннее распознавание признаков начинающего обострения и формирование комплаенса. Родственникам пациентов в доступной форме дается информация о правилах общения с пациентом, ухода за ним, методах контроля за состоянием и поведением. Проводится работа, направленная на предупреждение развития синдрома эмоционального выгорания у родственников, осуществляющих ежедневный уход за больными. Обсуждаются ситуации и обстоятельства, провоцирующие ухудшение. Проводятся тренинги коммуникативных и социальных навыков.

Семья является одной из наиболее эффективных поддерживающих систем, однако дисгармоничный семейный коммуникативный стиль и отношение к заболеванию может служить дезадаптирующим фактором, в части случаев способствующим его повторным обострениям.

Семейная терапия, направленная на улучшение семейного климата, предполагает разъяснение родственникам роли социальной поддержки, восстановление утраченных социальных связей, выработку взаимопонимания и поддержки. Проводится обучение стратегиям совладания с возникающими внутрисемейными и внешними неблагоприятными факторами, развитию способности противостоять им с выработкой наиболее адаптивных форм поведения, что в целом способствует уменьшению уязвимости пациентов и, таким образом, благоприятно сказывается на течении заболевания, приводя к снижению частоты повторных обострений, уменьшению их тяжести и, как следствие, вероятности повторных госпитализаций.

Медицинским психологом используются специальные тренинговые программы, сосредоточенные на стимулировании личной активности пациента, восстановлении навыков общения, достижении автономности в стиле жизни больного, формировании навыков самостоятельного проживания.

Социальная работа преимущественно направлена на обеспечение доступа лиц с психическими расстройствами к гарантированным законодательством социальным ресурсам. Специалист по социальной работе отделения работает в тесном контакте со специалистами городского центра социальной защиты населения, помогает организовать надомное обслуживание лиц с психическими расстройствами социальными работниками городского центра СЗН. Помогают пациентам в решении жилищных вопросов, оказывают содействие в постановке на льготную очередь для получения жилья, помогают выписывать талоны на уголь, через содействие с коммунальными службами города организуют ремонтные работы в квартирах больных. Ведется работа, связанная с восстановлением утраченных документов.

Трудности в проведении психосоциальных реабилитационных мероприятий состоят в нехватке профессиональных специалистов по социальной работе, отсутствии в штате врача-психотерапевта.

Анализ результатов показал, что за 2017 г. госпитализировано в стационар с ремиссией менее 1 года 142 больных шизофренией, что составляет 39% от всех больных шизофренией, находящихся под диспансерным наблюдением врача-психиатра. При этом из 128 пациентов, прошедших лечение и психосоциальную реабилитацию в ОМПСРА (первая группа), были повторно госпитализированы в стационар с ремиссией менее 1 года 22 человека (17%). Во второй группе больных повторная госпитализация с ремиссией менее 1 года оказалась значительно выше и составила 120 человек (51,5%).

Выводы. Таким образом, психосоциальная терапия и реабилитация могут способствовать не только лучшему социальному восстановлению больных, но и профилактике развития психотических расстройств. Больные, прошедшие психореабилитацию в отделении медико-психосоциальной работы в амбулаторных условиях, более комплаентны, у них отмечаются лучшее качество ремиссий и большая их длительность, что приводит к уменьшению числа повторных госпитализаций. Невозможно достичь высокого уровня социального функционирования, используя только психофармакотерапию, необходимо максимально раннее присоединение психосоциальных воздействий. Современные реабилитационные подходы, направленные прежде всего на личность больного, создание благоприятной атмосферы проживания вне стен психиатрического стационара, укрепление социальных связей, реально позволяют улучшить качество жизни пациентов и их родственников и снизить риск повторных госпитализаций.

АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ С УЧЕТОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ларина И.А.

ГКУЗ КО Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница, Ленинск-Кузнецкий

Ленинск-Кузнецкий является важной промышленно-экономической составляющей Кузбасского региона, в котором сосредоточены основные виды промышленного производства. Диспансерное отделение ГКУЗ КО ЛКПБ обслуживает население нескольких городов: Ленинск-Кузнецкого с численностью населения 99 037, Полысаево (29 466) и Ленинск-Кузнецкого района (21 847) и рассчитано на 140 посещений в смену. Все население разбито на 5 взрослых психиатрических участков, 2 детских, 1 подростковый и на 3 взрослых и 1 подростковый наркологические участки.

«Экзогенно-органическая патология головного мозга находится в самом центре, можно сказать, на перекресте разных сторон нашего бытия. Концепция экзогенно-органической патологии формировалась постепенно с 40–50-х гг. прошлого столетия, начиная с работ Э. Крепелина, С.С. Корсакова. В 1965 г. были изданы «Очерки клинической психиатрии» С.Г. Жислина, который упорядочил представление о воздействии многочисленных внешних, по отношению к душевному состоянию человека, факторов на течение психических болезней и ввел понятие «патологически измененной почвы».

В современном представлении, понятие «патологически изменённой почвы» является собирательным, в её формировании могут участвовать различные экзогенные факторы (инфекции, травмы, сосудистые заболевания, соматогении и т.д.). В целом же она отражает «измененную индивидуальную реактивность» организма (Семке В.Я., 2011).

Органическая патология головного мозга, по мнению многих авторов, приобрела значительную роль в структуре психических расстройств и является одной из основных причин заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности (Чуркин А.А., 2000; Корнилов А.А., 2006; Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., 2007; Семке В.Я., 2010).

В психиатрии не сложилось общепринятого названия форм психической патологии, образованных разными сосуществующими психическими заболеваниями. Для их обозначения используется довольно большой ряд терминов, из них наиболее распространены «сочетанные», «смешанные», «коморбидные», «заболевания с двойным диагнозом», «миксты», «сопутствующие», «множественные». Обозначение проблемы «сочетанной патологии» в психиатрической литературе принято связывать с именем А.Р. Feinstein (1970), который ввел понятие «коморбидность» в ставшей теперь классической статье «There therapeutic classification of comorbidity in chronic illness», однако к этой теме до сих пор не угасает исследовательский интерес в современной научной литературе (Бохан Н.А., Семке В.Я., 2009; Пивень Б.Н., 2013). Не случайно в последние годы стало появляться все больше публикуемых работ, в которых находят отражение вопросы смешанных психических заболеваний, что указывает на **актуальность** данной проблемы и её изучения.

Цель исследования: провести анализ экзогенно-органической патологии в структуре основных заболеваний у пациентов, находящихся под «Д» наблюдением участковых психиатров и наркологов за период 2007, 2012, 2017 гг., женского и мужского пола, трудоспособного и нетрудоспособного возрастов, работающих и неработающих, имеющих в анамнезе данные за перенесенную ЧМТ, нейроинфекции, сосудистые заболевания и т.д., со слов пациентов и подтвержденные заключениями специалистов.

Материал исследования. Подробно изучена медицинская документация ДО ГКУЗ КО ЛКПБ в виде медицинских карт амбулаторного больного. Был использован выборочный метод исследования: в 2007 г. было изучено 400 медицинских карт пациентов с психиатрических участков и 150 карт с наркологических участков; так же как и в 2012 и 2017 гг. В структуре основного заболевания обязательным критерием являлась экзогенно-органическая патология.

Обсуждение результатов. В таблицах 1 и 2 приведены наиболее встречаемые нозологические формы по МКБ-10 (по психиатрии и наркологии), в структуре которых выявлена экзогенно-органическая патология. Первое место занимает шизофрения в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ), перенесенной ЧМТ, фиброзно-кавернозным туберкулезом, ревматическим эндокардитом, опухолью молочной железы, гнойным отитом в возрастном диапазоне от 30 до 67 лет. На втором месте находится расстройство личности (F07.0, F07.2, F07.8) в сочетании с менингоэнцефалитом, перенесенной ЧМТ, вирусным гепатитом, опухолью яичника и матки, синдромом соединительно-тканной дисплазии в возрастном диапазоне 26–59 лет. Третье место принадлежит деменции (F01, F02.8). F01 встречается в сочетании с ГБ, ИБС, перенесенным ОНМК в возрастном диапазоне от 60 до 99 лет. F02.8 обнаружена в сочетании с перенесенной ЧМТ, туберкулезом, гепатитом А и С, циррозом печени (32–49 лет).

Т а б л и ц а 1

Распределение заболеваний у больных психиатрического участка, в структуре которых имеется экзогенно-органическая патология

Нозологическая форма по МКБ-10	2007 г.				2012 г.				2017 г.			
	248 чел. (62%)				250 чел. (62,5%)				254 чел. (63,5%)			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
F20 Шизофрения	63	25,4	5	2	51	20,4	13	5,2	67	26,3	40	15,7
F01 Сосудистая деменция	8	3,2	-	-	3	1,2	-	-	7	2,7	-	-
F02.8 Деменция при других уточненных болезнях	-	-	3	1,2	11	4,4	12	4,8	-	-	10	3,9
F07.0 Расстройство личности органической этиологии	3	1,2	22	8,8	3	1,2	7	2,8	4	1,5	14	5,5
F07.2 G40.3 (травма)	41	16,5	23	9,2	31	12,4	12	4,8	43	16,9	15	5,9
F07.8 Другие органич. расстройства личности и поведения	25	10	18	7,2	15	6	13	5,2	14	5,5	12	4,7

Из таблицы 2 видно, что на первом месте находится алкогольная зависимость, второе место занимает опийная наркомания. F10 сочетается с перенесенными ЧМТ, переломами нижней челюсти, гипертонической болезнью, сифилисом, гепатитом С, варикозным расширением вен нижних конечностей, гидроцефалией в возрастном диапазоне 33–60 лет. F11 сочетается с перенесенной ЧМТ, ангиопатией сетчатки, ВИЧ-инфицированием, невритом лицевого нерва, остеомиелитом, гепатитом С, гидроцефалией в возрасте 24–47 лет.

В 2007 г. в ходе выборочного исследования амбулаторных медицинских карт психиатрического участка выявлено 248 больных с сочетанной патологией, что составило 62% от общего числа исследуемых; в 2012 г. – 250 (62,5%), в 2017 г. – 254 (63,5%). При выборочном исследовании амбулаторных медицинских карт наркологического участка в 2007 г. выявлено 26 больных (17,3%) с сочетанной патологией, в 2012 г. – 47 (31,3%) и в 2017 г. – 113 больных (75,3%).

Т а б л и ц а 2

Распределение заболеваний у больных наркологического участка, в структуре которых имеется экзогенно-патологическая нозология

Нозологическая форма по МКБ-10	2007 г.				2012 г.				2017 г.			
	26 чел. (17,3%)				47 чел. (31,3%)				113 чел. (75,3%)			
	женщины		мужчины		женщины		мужчины		женщины		мужчины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
F10 Алкогольная зависимость	18	69,2	3	11,5	15	31,9	11	23,4	15	13,2	54	47,7
F11 Опиийная наркомания	1	3,8	4	15,3	4	8,5	16	34	10	8,8	25	22,1

Выводы. Наблюдается рост коморбидной экзогенно-органической патологии у женщин, страдающих шизофренией, а также расстройством личности (F07.2), и у мужчин, страдающих деменцией (F02.8), алкогольной зависимостью и опиоидной наркоманией, снижение данной патологии произошло у женщин с сосудистой деменцией. Вышеизложенное дает возможность пересмотреть формы оказания помощи пациентам с коморбидными психиатрическими и наркологическими расстройствами.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ДЕТСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГКУЗ КО КОКПБ

**Лисовицкая Г.Б., Авдюшкина Т.В.,
Максименко А.В., Устьянцев Л.Г.**

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

В 2016–2017 гг. в средствах массовой информации и в интернет-пространстве остро звучит проблема детских и особенно подростковых суицидов. Связано это с возникновением в социальных сетях так называемых групп смерти. Организаторы или кураторы в них дают участникам ряд заданий, благодаря которым подростки становятся популярными в соцсетях, но финальная цель – самоубийство.

Администраторы нередко используют непонятные шифры и формулировки, которые кажутся подростку таинственными и интересными. Как правило, в своём названии «группы смерти» используют слова «тихий дом», «синий кит», «киты плывут вверх», «f57», «млечный путь», «море китов», «f53» и им подобные. По заявлению уполномоченной при президенте РФ по правам ребенка Анны Кузнецовой в марте 2017 г.: «С 2011 по 2015 г. количество самоубийств в стране стабильно снижалось на 10%. Но в 2016 г. наблюдается рост на 57%. Мы резко откатились назад на пять лет. Одной из основных причин такого положения является лавинообразное распространение «групп смерти» в соцсетях».

Анализируя работу детского отделения за три прошедших года (2015, 2016, 2017), изучено 35 историй болезни пациентов, которые выявляли суицидальное поведение. Естественно, речь пойдет о незавершенных суицидах. Такое количество в целом составляет немногим более 1% от пролеченных за год. Но это, конечно же, самая вершина айсберга, потому что по понятным причинам не все суициденты обращаются за помощью к психиатрам, тем более за лечением в психиатрический стационар. В 2015 г. обратилось 13 родителей за помощью с жалобами на суицидальное поведение детей, в 2016 г. – 12, в 2017 г. – 10. На наш взгляд, это тенденция к снижению обращений, но вряд ли это свидетельствует о снижении суицидального поведения в целом.

Из 35 детей преобладали девочки – 22 пациентки, а мальчики составили соответственно 13 пациентов. Все дети препубертатного периода, а таких пациентов было 5 человек – это мальчики. На подростков приходилось преобладающее большинство – 30 человек. Изучая семейный анамнез, удалось выяснить следующее. Только 6 детей из полных семей, 22 ребенка – из неполных семей, где все родительские функции выполняла одна мать, 5 – из опекаемых семей, 2 – из деформированных семей, где имелся отчим. Также известно, что в 8 семьях родители страдали алкоголизмом, у 4 пациентов матери получали лечение ранее от депрессии, у 2 детей наследственность отягощена шизофренией.

Данные по способу совершения суицида представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Распределение пациентов с суицидальным поведением по способу совершения суицида

Способ суицида	Мальчики	Девочки	Всего
Самопорезы	7	18	25
Удушение (самоповешание)	2	0	2
Отравление	2	3	5
Угроза прыжка из окна	2	1	3

Таким образом, самым доступным и популярным способом является нанесение самопорезов, при чем как среди девочек, так и среди мальчиков. Мальчикам более характерны такие способы, как удушение и угроза выпрыгнуть из окна.

Изучая особенности формирующихся личностных черт, было выявлено 12 эмоционально лабильных подростков, из них 7 мальчиков и 5 девочек. Преобладающее большинство из обследуемых детского отделения с суицидальным поведением составили подростки с истероидными чертами в личностном профиле, склонные к демонстративной аутоагрессии (6 мальчиков и 17 девочек).

По типам суицидального поведения были получены данные, представленные в таблице 2.

Т а б л и ц а 2

**Распределение пациентов с суицидальным поведением
по типам суицида**

Тип суицида	Мальчики	Девочки	Всего
Демонстративный	6	17	23
Аффективный	7	5	12
Всего	13	22	35

Очевидно преобладание демонстративного суицидального поведения среди девочек-подростков. Очень проблематично выделить основную причину такого поведения. Как правило, замыкается порочный круг: проблемы в семье влекут за собой проблемы в школе, школьные проблемы в виде неуспеваемости провоцируют обострение проблем в семье. Далее, отвергнутый в школе и семье, ребенок находит утешение в компании сверстников с делинквентным поведением. Кроме того, ко всем прочим отягощающим факторам добавляется прием алкоголя и наркотиков. И хотя среди факторов, значительно повышающих риск подросткового суицида на первом месте названа потеря любимого человека из ближайшего окружения, только у одной девочки из 35 пациентов отслеживалась такая причина. Чаще суицидальное поведение было вызвано чувством уязвленного собственного достоинства.

Исходя из полученных данных, можно сделать следующие выводы. Суицидальное поведение чаще встречается среди девочек-подростков, воспитывавшихся в социально неблагополучных семьях, с истероидными чертами формирующейся личности, которые носят демонстративный характер, способом суицида выбираются самопорезы. В 2017 г. 2 пациентки в клинической беседе сообщили, что состояли в определенных группах в социальных сетях. В предыдущие годы такие пациенты не встречались.

Затрагивая проблему суицидального поведения, в первую очередь необходимо говорить о профилактике. Часть профилактических работ по искоренению подобных сообществ взяло на себя государство. Были созданы группы с противоположной направленностью «Дельфины», которые, обнаружив в интернет-пространстве потенциального суицидента, пытаются отговорить его совершать подобный шаг. Также идет активное блокирование подобных сайтов в социальных сетях. Постепенно снижается их популяризация. Но самое главное в профилактике – это гармония в отношениях между родителями и детьми. Большинство специалистов уверены, что дело не в «синих китах», а в отношениях внутри семьи, в отчуждении между родителями и детьми, ведь именно подростки с проблемами склонны к суицидальному поведению.

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ НА СИСТЕМУ «МАТЬ И ДИТЯ»

Лукашова А.В.

ФГБОУ ВО КеМГМУ Минздрава России, Кемерово

Послеродовая депрессия (ПД) представляет собой нарушение психоэмоциональной сферы, возникающее в послеродовой период у женщин с преимущественными особенностями ухудшения настроения, что в дальнейшем влечет за собой серьезные последствия в отношениях между матерью и ребенком, её партнером и семьей в целом.

Послеродовая депрессия возникает у 10–15% родильниц. Данная патология обусловлена влиянием факторов риска на женский организм. Основными из них являются нейроэндокринные, генетические изменения, а также иммунные нарушения. Риск развития послеродовой депрессии у женщин репродуктивного возраста достигает 10–20%, что является актуальной проблемой в современных условиях жизнедеятельности.

Отношение «мать и дитя» является единой неразрывной системой. При возникновении послеродовой депрессии у матери в первую очередь страдает психосоматическое состояние новорожденного. Это проявляется в формировании у ребенка психоэмоциональных нарушений, функциональных расстройств иммунной системы, отставании физического развития. Степень выраженности клинической картины ребенка зависит от степени тяжести депрессии матери в послеродовом периоде. Если вовремя не выявить и не лечить данную патологию, то это может привести к нарушению эмоционального и социального развития ребенка.

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

Материалы и методы исследования. Изучено влияние факторов риска развития послеродовой депрессии на систему «мать и дитя» и на всю семью в 10 клинических случаях на основе изучения анамнеза женщин. Исследование проводилось на базе ГУЗ «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» и включало изучение особенностей жизнедеятельности родильниц с учетом профессии, образования, семейного положения, образа жизни, сопутствующих заболеваний и генетических предпосылок.

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

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

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Лукьянова Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г.,
Лебедева Е.В., Васильева С.Н., Яковлева А.Л.**

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья

В США и Европе распространенность депрессивных расстройств (ДР) достигает 10% [ВОЗ, 2001], частота тревожного расстройства (ТР) варьирует от 10% до 30%, причем при отягощенности соматической патологией ТР и ДР трехкратно превышают долю таковых в общей популяции [Fink P. et al., 2005]. Прямые и косвенные убытки от ДР

превышают 15 млрд \$ в год. Депрессия чаще поражает молодых, женщин, одиноких, разведенных, вдовых, имеющих семейную отягощенность депрессией. При тяжелой депрессии нередки суициды. Считается, что до 70% самоубийц перенесли ранее ДР.

Новизна предложенной новой медицинской технологии определяется тем, что при аффективных расстройствах (депрессивный эпизод легкой степени, средней степени и тяжелой степени без психотических симптомов, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия) будут выявлены предикторы и алгоритм комплексной оценки эффективности антидепрессивной терапии в рамках данной аффективной патологии. Полученные на примере обследованной клинической выборки женщин климактерического возраста данные о клинико-динамических и терапевтических особенностях аффективных расстройств позволят разработать оптимальную схему персонализированной терапии в соответствующих клинических случаях, определить прогноз и дальнейшие комплексные лечебно-реабилитационные и профилактические программы.

Предлагаемая медицинская технология является простой и безопасной, методы исследования вошедших в исследовательскую выборку аффективных расстройств традиционно применяются в практическом здравоохранении. Технология позволяет использовать совокупность конституционально-биологических, клинико-динамических, психометрических, скрининговых и терапевтических показателей для построения персонализированной лечебной и реабилитационной тактики ведения случаев депрессивного эпизода легкой степени, средней степени и тяжелой степени без психотических симптомов, рекуррентного депрессивного расстройства, дистимии с учетом выявленных значимых предикторов эффективности антидепрессивной терапии у пациентов климактерического возраста и может быть широко использована в клинко-психиатрической практике.

В лечении тяжелых ДЭ использовали антидепрессанты с тимоаналептическим действием: кломипрамин 250–300 мг/сут, amitриптилин 250–300 мг/сут, эсциталопрам 30 мг/сут, флуоксетин 20–40 мг/сут, сертралин 150–200 мг/сут, пароксетин 30–60 мг/сут, венлафаксин 300 мг/сут. В схему лечения легких и умеренных ДЭ включали «малые» антидепрессанты циталопрам 20–60 мг/сут. При ДЭ с тревожной ажитацией применяли антидепрессанты седатики и анксиолитики (тианептин, флувоксамин, пароксетин), при ДЭ с заторможенной апатичностью – антидепрессанты-стимуляторы (флуоксетин, циталопрам), при сменяемости состояния назначали антидепрессанты сбалансированного действия (кломипрамин, сертралин, эсциталопрам, венлафаксин, агомелатин).

Учитывали клиническую эффективность назначавшегося антидепрессанта в анамнезе, с учетом выявленной эффективности во время предшествующих ДЭ (при наличии таковых) он являлся препаратом выбора. В соответствии с климактерическим возрастом пациенток назначали антидепрессанты с лучшей переносимостью, меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов, а также с учетом их взаимодействия с соматотропной и заместительной гормонотерапией. В ходе антидепрессивной терапии отслеживали нежелательные признаки гипомании/мании, при их появлении проводили отмену антидепрессанта.

Дополнительно к основной антидепрессивной терапии все пациентки в комплексе стационарного лечения проходили физиотерапию (электросон, светотерапия, акупунктура, массаж).

При разработке схем персонализированной терапии предпочтение отдавалось СИОЗС в сравнении с классическими трициклическими антидепрессантами, как препаратам нового поколения с выраженным положительным влиянием на качество жизни депрессивных пациентов с климактерическим синдромом.

При отсутствии респондирования к 28-му дню терапии (количественное снижение суммарного балла на финише по шкале SIGH-SAD не превышает 25% от исходной величины) и наличии предикторов неблагоприятного отклика на антидепрессивную терапию возможна смена базисного антидепрессанта на другой антидепрессант, не увеличивающий риск инверсии текущей депрессивной фазы (на другой СИОЗС, антидепрессант двойного действия, агомелатин). Комбинированное использование антидепрессантов разных групп неравномерно, более того, его следует избегать из-за вероятности инверсии депрессивной фазы. Длительность поддерживающей терапии антидепрессантом после купирования текущего ДР от 1,5 до 3 месяцев до полной редукции депрессивной симптоматики. Общее положение заключается в плавной отмене антидепрессанта после достижения клинической ремиссии.

На фоне антидепрессивной терапии состояние пациенток обеих групп значительно улучшилось: стабилизировалось настроение, уменьшились тревога и напряжение, появился аппетит, улучшился сон.

На заключительном этапе подключались психотерапевтические занятия с привлечением методов когнитивной, поведенческой, межличностной и семейной психотерапии в индивидуальном или групповом формате. Основу эффективности ПТ составляет терапевтический альянс, в котором доминантный врач мягко контролирует пациента. Его задача – непосредственное воздействие на пациента, мотивация, комфортность, удовлетворенность психотерапией, позитивное подкрепление.

Работа выполнена в рамках темы «Технология персонализированной терапии депрессивных расстройств в климактерическом периоде», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья (Тема 0550-2017-0014 «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами». Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4).

КЛИНИКО-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СОМАТОГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В 2015–2017 гг.

Макарова О.В., Гордеев В.А.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность исследования. Пациенты с деменцией относятся к самой обширной и малокурабельной части когорты соматогеронтопсихиатрического отделения. Обращение за медицинской помощью чаще обусловлено «проблемным» поведением пациента либо выраженной его социально-бытовой несостоятельностью. Клинические наблюдения указывают на существующий диссонанс: практически все пожилые люди до развития выраженных психопатологических расстройств наблюдаются в общемедицинской сети, где часто игнорируется их прогрессирующее интеллектуальное снижение.

Цель исследования: изучение клинико-психосоциальной характеристики, медико-социальных причин госпитализаций пациентов с деменциями в соматогеронтопсихиатрический стационар.

Материалы и методы исследования. Методом сплошной выборки проведено исследование историй болезни лиц, находившихся на стационарном лечении в мужском соматогеронтопсихиатрическом отделении с диагнозом деменции в 2015–2017 гг. В исследовании применялись клинико-динамический и клинико-катамнестический методы исследования. В исследование вошло 166 случаев, что составило 42,8% от общего числа пациентов, пролеченных в отделении за этот период. Средний возраст пациентов с деменцией составил 68 лет.

Результаты исследования. По нозологической принадлежности пациенты распределились следующим образом: F00 Деменции при болезни Альцгеймера – 8 (4,8%), F01 Сосудистые деменции – 27 (16,2%), F02.8x5 Деменции в связи с нейроинфекциями – 5 (3%), F02.8x0 Деменции в связи с ЧМТ – 7 (4,2%), F02.8x8 Деменции в связи со смешанными заболеваниями – 119 (71,7%). В последней группе у большинства пациентов основной причиной деменции явилось алкогольно-токсическое поражение ГМ в сочетании с другими факторами.

По степени тяжести пациенты распределились следующим образом: количество пациентов с деменцией легкой степени выраженности составило 19 чел. (11,4%), с деменцией умеренной степени выраженности – 56 чел. (33,7%), с тяжелой деменцией – 91 чел. (54,9%).

Деменции легкой степени выраженности до поступления в отделение длились в среднем 3,2 года, продолжительность деменций умеренной степени выраженности составила 4,1 года, тяжелой степени выраженности – 4,8 года.

Из поступивших пациентов близкие отношения с родственниками поддерживали лишь 45 больных (27,1%), у 56 пациентов (33,7%) при наличии родных отношения с ними были крайне формальные, остальные 65 (39,1%) утратили родственные связи и никем не навещались.

В процессе настоящего исследования изучались клинические и социальные обстоятельства, приведшие к госпитализации больных в геронтопсихиатрический стационар.

Во всех случаях стационарирования (100%) отмечалось снижение навыков самообслуживания разной степени выраженности и различные аффективные нарушения (у части пациентов – тревога и дистимия, у других – апатия и безразличие). Агрессия по отношению к близким, сопротивление мероприятиям по уходу являлись основными причинами обращения за стационарной психиатрической помощью в 54,2% случаев (90 пациентов). Нарушения сна и ночного поведения наблюдались у большинства пациентов – 148 чел. (89%), наиболее выражены они были у пациентов с тяжелыми деменциями. У 107 пациентов с деменцией (64,4%), впервые госпитализированных в стационар, незадолго до поступления развивались эпизоды помраченного сознания с выраженным психомоторным возбуждением. Расстройства восприятия, бредовые идеи малого размаха выявлялись в 22,9% случаев (38 чел.) госпитализации. По мере нарастания тяжести деменции бредовые и галлюцинаторные расстройства редуцировались, на первый план выходило грубое когнитивно-мнестическое снижение с утратой навыков самообслуживания. Нарушения пищевого поведения наблюдались у 71 пациента (42,7%), чаще это проявлялось булимией, значительно реже – снижением аппетита вплоть до полного отказа от пищи. Уходы из дома как следствие эпизодов дезориентировки в месте нахождения, психомоторного возбуждения среди причин госпитализаций составили 22,3% (37 чел.). Тревожно-депрессивная симптоматика оказалась основной причиной госпитализаций лишь в 9 случаях (5,4%).

Подытоживая перечень обстоятельств, приведших к стационарированию наших пациентов, нельзя не отметить, что само по себе наличие изолированных когнитивных нарушений не являлось поводом для обращения за медицинской помощью. В условиях амбулаторной (неспециализированной) службы до госпитализации в психиатрический стационар пациенты крайне редко принимали заместительные противодementные средства (ИАХЭ, мемантин): лишь 5,3% (4 пациента).

До 21% пациентов принимали разнообразные вазоактивные препараты (мемоплант, пирацетам, актовегин, трентал и др.). Более трети пациентов длительное время амбулаторно принимали ноотропы, стимулирующие умственную деятельность, активизирующие когнитивные функции, улучшающие память. Препараты психофармакотерапии, в частности нейролептики (галоперидол, хлорпромазин, клозапин, тиоридазин, неулептил), антидепрессанты (амитриптилин), транквилизаторы бензодиазепинового ряда (феназепам) при легкой деменции принимало 26,3% (5 больных), при умеренной деменции – 23,2% (13 больных), при тяжелой деменции – 20,8% (19 больных).

Более половины пациентов с тяжелой деменцией (53% – 48 чел.) со средней давностью заболевания 4,75 года до настоящего стационарирования наблюдались лишь терапевтами в амбулаторных условиях поликлинического звена.

До госпитализации в соматогеронтопсихиатрическое отделение лишь 15% пациентов лечились у участковых психиатров, за исследуемый период не более 10 человек (менее 6%) до госпитализации обращались в специализированный гериатрический кабинет.

Объем амбулаторных лекарственных назначений был ориентирован в сторону симптоматических средств либо препаратов группы психофармакотерапии, которые не влияли на когнитивные функции, но имели высокий риск побочных эффектов, опасных для больных позднего возраста.

Выводы. Наиболее частой причиной деменции у большинства пациентов когорты соматогеронтопсихиатрического отделения является алкогольно-токсическое поражение головного мозга в сочетании с другими повреждающими факторами. Частота госпитализаций в психиатрический стационар пациентов с тяжелыми деменциями значительно выше по сравнению с другими видами деменции. Установлено, что причиной стационарирования дементных пациентов в соматогеронтопсихиатрическое отделение является не тяжелое когнитивное расстройство, а сочетание сниженных навыков самообслуживания с иными психопатологическими феноменами. На этапе доспециализированной психиатрической помощи пожилым лицам с деменциями отсутствует возрастнo-специфичный подход к терапии. Как негативный факт следует констатировать, что на амбулаторном этапе в общесоматической сети пациентам с явными признаками деменции патогенетические противодементные средства назначаются крайне редко.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР (ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ)

Максименко А.В., Богданов Я.В.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово

В последние годы происходит постепенное снижение госпитализации в психиатрический стационар, что требует анализа сложившейся ситуации с целью определения потребности населения в психиатрической помощи, выработке необходимых стратегий для обеспечения её качества. Мы проследили тенденции, которые сложились в Кемеровской областной психиатрической больнице за последние три года.

Т а б л и ц а 1

Динамика госпитализаций в 2015–2017 гг.

Год	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Количество госпитализированных пациентов	5331	5414	5284

Как мы видим, происходит неравномерное год от года снижение количества госпитализаций в стационарные отделения психиатрической больницы. Однако выявленные при этом колебания при этом незначительны. Необходимые показатели, связанные с выполнением государственного задания медицинской организацией, выполняются. Это связано с оптимизацией показаний для госпитализации и укреплением функциональных взаимосвязей между структурными подразделениями КОКПБ, а также повышением качества оказания помощи на амбулаторном этапе.

Т а б л и ц а 2

Основные показатели госпитализации

Год	Поступило	На 100 коек	Повторно в течение года	Умерло	Побеги
2015	5331	504,4	1067	13	3
2016	5414	512,2	1085	23	5
2017	5284	499,9	968	15	0

На фоне ежегодного снижения количества госпитализаций в стационар отмечается уменьшение количества поступлений на 100 коек. В то же время произошло значительное возрастание количества повторных госпитализаций в течение года в абсолютном выражении, которое всё же стабилизировалось и незначительно снизилось в последний год.

Выявленные показатели в первую очередь могут свидетельствовать о некотором снижении качества стационарной помощи, а также о снижении эффективности работы амбулаторного звена, в основном по территориям области. Не может не радовать ежегодное снижение смертности, которая имеет низкие показатели после 2014 г., до тех пор ежегодно в стационарах КОКПБ умирало около 30 пациентов. Такое снижение обусловлено своевременной диагностикой острой соматической патологии как врачами стационарных отделений, так и дежурными врачами, ранним выявлением ургентной соматической патологии на уровне приёмного отделения, своевременным оказанием помощи пациентам в критических состояниях реаниматологами и последующим проведением интенсивной терапии.

Т а б л и ц а 3

Структура госпитализаций за отчетный период.

Год	Всего поступило	Кемерово		Кемеровская область		Город		Сельская местность		Другие области	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	5331	2729	51,2	2521	47,3	3710	69,6	1620	30,4	80	1,5
2016	5414	2734	50,5	2631	48,6	4071	75,2	1342	24,8	49	0,9
2017	5284	2626	49,7	2583	48,9	4026	76,2	1258	23,8	55	1,04

Соотношение жителей Кемерово и области остается постоянным. При этом доля поступивших на лечение жителей сельской местности в динамике снизилась по отношению к жителям городов, что мы можем объяснить повышением эффективности работы кабинетов при ЦРБ, обслуживающих население, проживающее в сельской местности.

Т а б л и ц а 4

Распределение поступивших больных по полу

Год	Всего поступило	Мужчины		Женщины	
		Абс.	%	Абс.	%
2015	5331	3305	62,0	2026	38,0
2016	5414	3335	61,6	2079	38,4
2017	5284	3091	58,5	2193	41,05

Доля мужчин при госпитализации традиционно преобладает.

Т а б л и ц а 5

Распределение поступивших больных со стойкой утратой трудоспособности

Год	Всего поступило	Из них инвалидов		Структура по группам					
				I		II		III	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	5331	1621	30,4	164	10,1	1370	84,5	87	5,4
2016	5414	1673	30,9	162	9,7	1414	84,5	97	5,8
2017	5284	1601	30,3	219	13,7	1265	79,0	117	7,3

Доля лиц, имеющих стойкую утрату трудоспособности, в структуре госпитализаций в психиатрический стационар остается стабильной и составляет около 30%. Распределение поступивших пациентов, имеющих различную степень стойкой утраты трудоспособности, также приблизительно сохраняется в динамике и соответствует распределению в популяции.

Т а б л и ц а 6

Распределение госпитализированных больных по нозологическим формам

Год	Всего поступило	Экзогенные психозы		Шизофрения		Непсихотические психические расстройства		Умственная отсталость	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	5331	1915	35,92	1423	26,7	1242	23,3	751	14,08
2016	5414	1947	35,96	1331	24,6	1199	22,14	937	17,3
2017	5284	1781	33,7	1606	30,4	925	17,5	972	18,4

Отмечено снижение госпитализаций пациентов с психозами – с 35,9% в 2015–2016 гг. до 33,7 в 2017 г. Незначительно увеличена доля госпитализаций пациентов с шизофренией: с 26,7% в 2015 г. до 30,4% в 2017 г. Это может объясняться активизацией плановых поступлений пациентов, страдающих шизофренией, для решения социальных вопросов. При этом отмечается снижение до 17,5% доли госпитализаций больных непсихотического характера, что, в свою очередь, может свидетельствовать о повышении эффективности оказания помощи на амбулаторном этапе пациентам, страдающим непсихотическими психическими расстройствами.

Т а б л и ц а 7

Распределение первичных поступлений по нозологическим формам

Год	Первично поступившие	Шизофрения		Эпилепсия		Умственная отсталость		Прочие	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2015	2371	825	34,8	114	4,8	320	13,5	1112	46,9
2016	2316	887	38,3	56	2,4	269	11,6	1105	47,7
2017	2336	894	38,3	33	1,4	269	11,5	1140	48,8

Как мы видим, в динамике сохраняется соотношение долей поступивших пациентов по основным нозологическим формам. Отмечено заметное снижение доли поступивших с психическими расстройствами, обусловленными эпилепсией. По-видимому, это связано с внедрением в амбулаторную сеть новых, высокоэффективных антиконвульсантов, прием которых профилактирует учащение приступов у таких пациентов и, соответственно, снижает потребность в получении стационарной помощи.

Т а б л и ц а 8

Распределение больных по структуре госпитализации

Год	Диспансер абс. (%)	Скорая помощь абс. (%)	Правоохрани- тельные органы абс. (%)	Самообращение абс. (%)
2015	2831 (53,1)	1807 (33,9)	378 (7,1)	315 (5,9)
2016	2864 (52,9)	1835 (33,9)	553 (10,2)	162 (3,0)
2017	2991 (56,6)	1754 (33,2)	254 (4,8)	285 (5,4)

Возросла доля госпитализированных пациентов по направлению диспансеров и психокабинетов, что обусловлено повышением качества работы службы, своевременным выявлением психических расстройств и направлением пациентов на госпитализацию. В пользу этого говорит и незначительное снижение доли пациентов, доставленных бригадами скорой медицинской помощи.

Т а б л и ц а 10

Распределение больных по цель госпитализации

Год	Лечение абс. (%)	СПЭ абс. (%)	РВК абс. (%)	МСЭ абс. (%)	ПЛ абс. (%)	Соц. показ. абс. (%)
2015	4387 82,3%	410 7,7%	341 6,4%	91 1,7%	59 1,1%	43 0,8%
2016	4310 79,6%	487 9,0%	303 5,6%	195 3,6%	76 1,4%	43 0,8%
2017	4565 86,4%	269 5,1%	217 4,1%	143 2,7%	53 1,0%	37 0,7%

Возрастает доля лиц, поступивших на лечение, снижается поступление с целью обследования СПЭ (судебно-психиатрической экспертизы, по направлению РВК (для определения годности к воинской службе в рядах Вооруженных Сил), МСЭ (медико-социальной экспертизы). Возросла роль отделения АСПЭ в проведении судебно-психиатрической экспертизы. Также снизилась доля лиц, поступивших на обследование по линии РВК. Это обусловлено как снижением в популяции лиц призывного возраста, так и может свидетельствовать об улучшении уровня психического здоровья в группе призывников. Поступление граждан на принудительное лечение (ПЛ) в течение трех лет остаётся стабильным. На одинаковом уровне сохраняется число поступивших по социальным показаниям.

С каждым годом возрастает роль плановой госпитализации в психиатрический стационар, а также значимость диспансерной службы психиатрической больницы для выявления лиц, нуждающихся в стационарном лечении.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАКОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕССОННИЦЫ

Мелёхин А.И.

Российский геронтологический Научно-клинический центр, Москва

В ряде зарубежных клинических рекомендаций предлагается использовать в качестве первой линии терапии хронической бессонницы когнитивно-поведенческую психотерапию, так как она опирается на пациент-ориентированный подход и превосходит фармакотерапию в плане безопасности и долгосрочной положительной ремиссии. Метакогнитивная психотерапия (metacognitive therapy) относится к «третьей» волне развития когнитивно-поведенческой психотерапии, которая смещает акцент с результат-ориентированного подхода (действия по снижению стресса) на процесс-ориентированный подход (я обратил(а) внимание, я могу использовать) [3]. Традиционная когнитивная модель психических расстройств А-В-С заменяется на А-В-М-С, в которой А – триггер, приводящий к дезадаптивным реакциям (С), В – негативные автоматические мысли и убеждения, М – метакогнитивные мысли и убеждения. Напомним, что метапознание – это знание о собственных когнитивных процессах (мышление о собственном мышлении). Данная терапия направлена на усиление осведомленности у пациента о своем физическом и психическом состоянии; обучение вырабатывать гибкую, сбалансированную метакогнитивную оценку этих дискомфортных состояний [1].

Согласно *метакогнитивной модели инсомнии* в основе развития и поддержания хронической бессонницы у пациентов лежат следующие факторы [1]:

- Первичное возбуждение, т.е. когнитивная деятельность, непосредственно связанная с изменениями во сне. Например, тревожные мысли, которые мешают заснуть пациенту.
- Вторичное возбуждение, это то, как пациент относится к своим мыслям, связанными со сном. Например, наличие жесткой привязанности к качеству сна, негативной оценки сна в целом. Это возбуждение становится тем механизмом, который поддерживает хроническую бессонницу.

В связи с этим лечение направлено на снижение вторичных факторов возбуждения, которые влияют на первичные факторы, что приводит к клинически положительной длительной ремиссии. Это достигается с помощью следующих психотерапевтических стратегий [1; 3]:

1. Усиление метакогнитивной способности (*metacognitive awareness*). Пациента обучают технике «судья-адвокат», т.е. при оценке качества сна направлять фокус внимания на объективные, альтернативные факты («адвокат») о их сне и его влиянии на дневное функционирование. Многие пациенты с хронической бессонницей имеют искаженное восприятие времени ночью, отмечают что «не спали всю ночь» или «спали очень мало». Показано, что у пациентов с хронической бессонницей наблюдается переоценка временных интервалов, которая связана с наличием у них когнитивно-физиологического возбуждения. Делается акцент на осознание и использование внутренних (физиологических) сигналов сонливости вместо использования внешних сигналов (например, «я должен лечь спать в 23.00»), избегающего поведения (например, «у меня был плохой день и поэтому я хочу лечь спать»).

2. *Метакогнитивный сдвиг негативных мыслей и убеждений* (*metacognitive shifting*) делает акцент с «отношения/оценки к...» (узкий фокус) на «содержание» (широкий фокус). Формируется «сдвиг» в отношении пациента к мыслям о собственном сне (степень важности, значение, ценность сна). Вместо того чтобы сразу изменять мысль или поведение, у пациента усиливается большая осведомленность использовать более объективную, безоценочную позицию (техника децентрирования). Применение «сдвига» позволяет быть более невозмутимым к переживаниям, связанным с качеством сна, не пытаться менять сразу то, что нежелательно. Усиление невозмутимости обеспечивает навык остановиться и внешне наблюдать за своими мыслями.

3. *Формирование новой метакогнитивной позиции* (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Компоненты метакогнитивной терапии хронической бессонницы

Факторы «вторичного» возбуждения	Компоненты метакогнитивного сдвига	Снижение вторичного возбуждения
Повышенное внимание, предвзятость по отношению к собственному сну	Баланс	Разрешить состояние сонливости с акцентом на гибкое поведение по отношению ко сну
Ригидность в убеждениях и поведении, связанных со сном	Гибкость	Регулирование убеждений и поведения с акцентом на быстро изменяющиеся условия. Усиление толерантности к неопределенности
Привязанность к связанным со сном потребностям и ожиданиям	Невозмутимость	Усиление спокойствия, вытекающее из снижения «борьбы» и принятия изменений в качестве сна в зависимости от различных факторов
Поглощенность в улучшении качества сна	Приверженность личным ценностям	Стремление ценить жизнь в контексте диапазона мыслей и эмоций

Переход к новой позиции осуществляется с помощью ряда принципов: осознанности, принятия и ответственности. Формирование новой позиции в процессе лечения хронической бессонницы необходимо для снижения вторичных факторов возбуждения и минимизации избегающих форм поведения в отношении сна.

- *Принцип баланса* заключается в управлении оценками пациента о привлекательности и отвращении (неприязненное отношение) ко сну.

- *Принцип гибкости* заключается в усилении у пациента состояния любознательности, открытости, принятия широкого спектра когнитивных и эмоциональных феноменов. Для иллюстрации концепции принятия и гибкости используют стихотворение «Гостевой дом» Д. Руми. Применяется *техника «глаза новичка»* с акцентом подходить к вопросу сна без предубеждений из прошлого опыта, негативных ожиданий на будущее.

- *Принцип невозмутимости* делает акцент на отсутствия оценочных негативных суждений по отношению ко сну, усиление спокойствия и хладнокровия (непривязанности к исходам сна).

- *Принцип приверженности личным ценностям.* У пациентов с хронической бессонницей наблюдается смещение фокуса ценностей на контроль за качеством сна. Использование техники «*жизненный компас*» (life compass), т.е. совершать действия, служащие заявленным ценностям пациента. Вовлечение в действия, а не избегание этих действий даже в контексте негативных мыслей и эмоций. Выявление ценностей пациента в контексте различных сфер его жизни. Как только ценности определены, они связываются с дезадаптивным поведением. Изменение поведения способствует приверженности ценностям.

Эффективность. Применение метакогнитивной терапии показывает значительные улучшения в удовлетворенности качеством сна в связи с её направленностью на тревожные руминации, связанные со сном. Положительная ремиссия сохраняется на протяжении 6 месяцев [2].

Л и т е р а т у р а

1. Ong J.C., Ulmer C.S., Manber R. Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. *Behav. Res. Ther.* 2012; 50: 11: 651–660. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.001.
2. Rezaei M., Hojjat S.K., Hatami S.E. Effect of meta-cognitive therapy on patient with insomnia. *Journal of north Khorasan university of medical sciences.* 2015; 2: 319–327.
3. Taylor H.L., Hailes H.P., Ong J. Third-Wave Therapies for Insomnia. *Curr Sleep Medicine Rep.* 2015; 1: 3: 166–176. doi: 10.1007/s40675-015-0020-1.

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА У ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Моор Л.В.

*БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова»,
Омск*

Актуальность исследования. В последние годы сохраняется интерес к тревожно-фобическим расстройствам, что связано с их высокой распространенностью среди трудоспособного населения (от 14,5% до 27,5%), трудностями диагностики и лечения, экономическим влиянием на общество (Bandelow B., Michaelis S., 2015).

Современный подход к изучению психических расстройств предполагает анализ взаимосвязи биологических, психологических и социальных компонентов. Несмотря на значимость проблемы и психогенную природу тревожно-фобических расстройств, роль социальных факторов в формировании данных состояний остается недостаточно изученной. Как один из таких факторов, социальная поддержка оказывает большое влияние на психологическое состояние человека и состоит из трех компонентов: 1) структура (семья, коллеги по работе, близкие знакомые, соседи, родственники и др.); 2) функции (эмоциональная, материально-инструментальная, информационная, оценочная); 3) удовлетворенность поддержкой. Социальная поддержка является динамичной характеристикой, её формы, качество и потребность в ней меняются в зависимости от жизненной ситуации. Она может оказывать как позитивное, так и негативное влияние на пациента (Власов П.Н., Шахабасова З.С., Ялтонский В.М., 2012).

Цель исследования: изучение уровня социальной поддержки у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами.

Материалы и методы. Нами было обследовано 125 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении непсихотических психических расстройств № 1 БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова» в период с 2013 по 2016 г., состояние которых определялось наличием тревожно-фобической симптоматики.

Критериями включения в исследование были: верифицированный диагноз невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (рубрики F40 и F41), возраст от 18 до 65 лет, отсутствие соматической и неврологической патологии в тяжелой форме либо в стадии декомпенсации. Уровень восприятия социальной поддержки определялся с помощью многомерной шкалы MSPSS, разработанной D. Zimet в адаптации В.М. Ялтонского, Н.А. Сирота.

Обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 8. Распределение количественных признаков в группе отличалось от нормального. Средние значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm \text{Std.Dev.}$, где M – среднее, Std.Dev. – стандартное отклонение. Различия между группами определялись с использованием критерия χ^2 и сравнения удельного веса в группах. Статистическая значимость результатов исследования выражалась в виде $p=0, \dots$. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В абсолютном большинстве группа пациентов с тревожно-фобическими расстройствами была представлена женщинами (102; 81,6%). Средний возраст пациентов составил $38,3 \pm 11,1$ года ($M \pm \text{Std.Dev.}$). Достоверно значимых различий достигает количество впервые госпитализированных лиц – 76 (60,8%) ($p=0,0006$); соответственно число повторных пациентов – 22 (17,6%) человека, 27 пациентов (21,6%) имели три и более госпитализации.

Данные анализа основных социальных характеристик группы исследования позволили составить условный портрет стационарного больного с тревожно-фобическим расстройством. С незначительным преимуществом это работающий житель города (67 – 53,6% и 80 – 64,0% соответственно), имеющий среднее специальное образование (78 – 62,4%), проживающий в семье (119 – 95,2%) при удовлетворительном материальном положении (93 – 74,4%). При этом следует отметить высокий удельный вес пациентов, имеющих детей (95 – 76,0%, $p=0,000$) и состоящих в браке (93 – 74,4%). Большинство пациентов ($p=0,000$) в связи со страхами и избегающим поведением нуждались в постоянном присутствии родственников – 66,4% (83 человека), что приводило к беспомощности и полной зависимости от членов семьи и объясняет наличие дисгармоничного типа семейных отношений у 40% обследованных (50 человек).

По типу тревожно-фобических расстройств пациенты разделились на две группы: 1) с агорафобией и паническим расстройством, 2) с паническим расстройством без агорафобии (101 – 80,8% и 24 – 19,2% соответственно, $p=0,000$). Продолжительность заболевания (от дебюта до включения в исследование) составила от 0 (госпитализированы в первые месяцы болезни) до 14 лет. Средняя длительность заболевания составила $2,6 \pm 3,2$ года ($M \pm \text{Std.Dev.}$). Количество больных с длительностью заболевания до 1 года было максимальным и составило 48,0% ($n=60$), от 1 года до 3 лет – 20,0% ($n=25$), от 3 до 5 лет – 17,6% ($n=22$), свыше 5 лет – 14,4% ($n=18$).

У большей части пациентов ($p=0,000$) были выявлены психотравмирующие ситуации, предшествующие возникновению тревожно-фобических нарушений (104 – 83,2%). В соответствии с классификацией В.Я. Семке (2003) по характеру они были разделены на семейные (34 – 32,7%), социальные (9 – 8,6%), производственные (3 – 2,9%), проблемы здоровья (10 – 9,6%) и утраты (11 – 10,6%), также отмечалось сочетание различных психогений (37 – 35,6%). Достоверно преобладают ($p=0,029$) семейные проблемы, в том числе в сочетании с другими психогениями (60 – 57,7%).

Данные психодиагностического исследования социальной поддержки пациентов с использованием «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» (MSPSS) свидетельствуют о её высоком уровне, средний балл группы исследования составил $9,7 \pm 2,3$ ($M \pm \text{Std.Dev.}$) при практически равнозначном распределении по шкалам: поддержка семьи – $3,6 \pm 0,9$, друзей – $2,5 \pm 1,6$, «значимых других» – $3,6 \pm 0,8$.

Выводы. Сплошное исследование стационарной когорты больных с тревожно-фобическими расстройствами позволило определить социально-демографический портрет группы: женщины средних лет, проживающие в городе, имеющие среднее специальное образование, семью, супругов, детей, удовлетворительное материальное положение. Для большинства случаев характерна первичная госпитализация, обусловленная паническим расстройством и агорафобией, при средней длительности заболевания не более трех лет. Чаще всего причинами развития тревожно-фобических нарушений становились семейные проблемы. Выявлен высокий уровень социальной поддержки, что, с одной стороны, является ресурсом для преодоления болезни, а с другой – может поддерживать беспомощность пациентов и усиливать вторичную выгоду от болезни.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ЗАЩИТНЫЙ РЕГРЕСС ПСИХИКИ В РЕЖИМ СНА

Морозова В.Н.

Научно-практический центр «Академия психологии», Тюмень

Идея рассматривать эндогенные психозы как сбой режима сна и бодрствования возникла как продолжение интерпретации симптомов психических расстройств с точки зрения возрастной психологии. Концепция заключается в утверждении, что любой выявляемый симптом психического заболевания в одном возрасте является нормой для другого возрастного периода.

Аргументируя утверждение, что нет исключительно патологических проявлений психики, которые не встречаются в нормальном развитии, неизбежно возникли вопросы, связанные с психотическими состояниями. Ни продуктивная, ни позитивная симптоматика не являются естественными явлениями для здоровой психики. Можно было бы обосновывать симптомы шизофрении магическим мышлением детей младшего возраста или предполагать, что сюжетно-ролевые игры в какой-то мере являются для малышей альтернативной реальностью и их идеи не логичны, но все это не выдерживало объективной критики.

Именно в процессе обоснования отсутствия исключительности болезненных проявлений для личности была выдвинута гипотеза, что нормальным вариантом продуктивной симптоматики являются сновидения, а негативная симптоматика – вариант ортодоксальной фазы сна или, при меньшей выраженности симптомов, один из этапов погружения в сон.

Рассмотрим эндогенные психозы, которые стартуют обычно в подростковом и юношеском возрастах. Пусковым механизмом чаще всего бывает непереносимое эмоциональное состояние либо другая избыточная нагрузка на ЦНС. Естественной реакцией на стресс у детей является засыпание. У взрослых так же есть понимание, что «утро вечера мудренее». Итак, при непереносимом психоэмоциональном состоянии мозг пытается перейти в режим сна и здесь происходит сбой. Сознание засыпает, то время как тело бодрствует. Противоположный феномен хорошо знаком – это так называемые осознанные сновидения. Практически любой человек испытывал состояния, когда он спит и понимает, что это сон. Тело спит, а сознание в какой-то мере бодрствует. При психозе ситуация противоположная, бодрствующее тело управляется спящим сознанием.

В защиту выдвинутой гипотезы рассмотрим факт однополушарного сна у дельфинов. Мозг млекопитающего в процессе адаптации к особым условиям среды использует механизм поочередного перехода в сон одного полушария. Таким образом, вполне возможно одновременное функционирование ЦНС в режиме сна и бодрствования.

Вспомним так же, что лошади спят стоя, сохраняется мышечное напряжение тела животного, обеспечивающее сохранение бодрствующего положения тела. Мишель Жуве, исследуя сон животных, выдвинул гипотезу, что бодрствование земноводных аналогично парадоксальной фазе сна млекопитающих. Он считал, что по мере усложнения мозговой деятельности и развития в процессе эволюции вместо двух фаз функционирования мозга у земноводных и рептилий сон и бодрствование; у млекопитающих 3 фазы: медленный сон, быстрый сон и созна-

тельное бодрствование. Отсутствие быстрой фазы сна у рептилий Жуве рассматривал как промежуточную фазу функционирования мозга. Парадоксальная фаза сна у более развитых животных – это бодрствование для тех видов, у которых не выявляется двухфазный сон.

Если рассматривать острый психоз как защитный механизм регресса к более древним структурам мозга, переход к бодрствованию в форме парадоксального сна становится вполне обоснованным. Итак, в состоянии психоза разорванность мышления, искаженное восприятие реальности, галлюцинаторные и бредовые переживания укладываются в картину парадоксальной фазы сна. Нарастающая негативная симптоматика при хроническом течении расстройств шизофренического спектра напоминает ортодоксальную фазу.

Предложенная гипотеза объясняет длительную бессонницу психотических больных, мозг спит постоянно и бодрствует одновременно. Функционирование с двойной нагрузкой приводит к истощению. Так же закономерным становится феномен выхода из приступа с дефектом. Несколько дней, недель или месяцев двойная нагрузка разрушительно сказывается на дальнейшей работе мозга. Каждый очередной эпизод утяжеляет состояние. В истории лечения психотических больных использовали приемы, которые становились дополнительным стрессовым фактором к уже имеющемуся страданию мозга от двойной нагрузки. Терапия инсулиновыми комами, электросудорожная, депривация сна, гипертермия, лоботомия наносили дополнительный органический удар по страдающему мозгу. Интересным фактом в копилку аргументов теории психоза, как нарушение функционирования мозга в переходе от сна к бодрствованию, является информация, о том, что после лоботомии пациенты теряли способность видеть сны. К сожалению, механизмы сна и бодрствования по-прежнему недостаточно изучены, чтобы понять процессы, нарушающие естественное функционирование мозга. Так как психотические состояния могут быть вызваны органическими причинами (опухоли, эпилепсия, травмы), психоактивными веществами, непереносимыми эмоциональными состояниями, складывается впечатление, что мозг нуждается в дополнительных ресурсах для проработывания ситуации. Таким образом, для лечения необходимы вещества, улучшающие и облегчающие деятельность мозга, а не подавляющие.

Исходя из предложенной теории, препаратами выбора становятся ноотропы, витамины, препараты, улучшающие питание мозга, и психостимуляторы. Предложение выглядит абсурдным для специалиста, который выводит из острого психоза пациентов, находящихся в психомоторном возбуждении, часто опасных для себя и других.

Однако если функция нарушается, то вполне логично её улучшить. В плане использования психотерапии очевидным становится, что вмешательство нужно проводить на первом этапе на уровне мозга, то есть препаратами, а не на уровне личности. С человеком в полусне может сработать только гипноз, используемая трудотерапия и творческие техники так же дают привязку к реальности в какой-то мере. Только после выхода из психоза психотерапия становится жизненно необходимой для предотвращения новых приступов. Нужно помочь сформировать личности психологические защиты, которые смогут переработать стрессовые ситуации в реальности, не превышая порог, требующий регресса до уровня сна.

ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИВНОСТИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В РАЗНЫХ УСЛОВИЯХ СОЦИАЛИЗАЦИИ

Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Гусев С.И.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры», Кемерово

Определяя гендерный подход к познанию преступности несовершеннолетних женского пола, необходимо понимать, что девушка-преступница и женщина-преступница существенно различаются в характеристиках преступного поведения. В случае с преступностью девушек-подростков действуют скорее механизмы криминологической обоснованности преступности несовершеннолетних, нежели собственно гендерные факторы, это подтверждается в различии девичьих и женских качеств преступности: девушки-подростки значительно чаще совершают преступления в группе со своими сверстниками-юношами, а женская преступность характеризуется как совокупность индивидуальных актов преступного поведения [3]. Сравнительный анализ различий юношеской и девичьей преступности показывает, что девушки чаще, чем юноши, совершают кражи и гораздо реже иные преступления против собственности. Установлено, что в последние годы достаточно велика доля преступлений против личности, совершаемых как юношами, так и девушками [1, 2, 3]. Изложенные обстоятельства обуславливают необходимость предметного изучения преступности несовершеннолетних женского пола. В свете вышесказанного нами было проведено исследование социально-психологических факторов, провоцирующие девушек на потребление наркотических веществ, а затем на совершение преступления.

В основную выборку комплексного клинико-психологического обследования вошли 110 воспитанниц женской воспитательной колонии (ВК) г. Томска (средний возраст $17 \pm 0,73$ года). Выборка создавалась на основании наличия у подростков зависимости или указания на злоупотребление ПАВ.

Анализ деструктивной деятельности несовершеннолетних правонарушительниц показал, что девушки в основном совершают преступления против собственности. В состоянии опьянения на момент совершения преступления находилось 63,6% девушек. Возраст начала употребления ПАВ характеризовался ранним знакомством, девушки были склонны употреблять алкоголь и прибегали к комбинированному потреблению. При исследовании причин первого потребления ПАВ у 63,64% девушек выявилась потребность испытать новые ощущения (мотив экспериментирования), а решающим фактором была относительная доступность данного наркотика. Сдерживающие факторы перед первым употреблением отсутствовали у 76,36% девушек, лишь 18,18% девушек испытывали опасения перед первым потреблением за свое здоровье. При дальнейшем потреблении ПАВ основным мотивом у 63,64% девушек становится гедонистический (стремление получить удовольствие). Наличие сексуального опыта до взятия под стражу признали 92,73% девушек. Возраст вступления в половые отношения: у 1,8% девушек сексуальная жизнь началась с 9 лет, с 13-летнего возраста – у 12,73%; половые отношения с 14 и 15 лет выявлены в одинаковом процентном соотношении (по 29,09%). Суицидальные попытки имели место у 61,8% девушек, основной способ суицида – самопорезы. Оценка проявлений коморбидности показала, что у девушек зависимость от ПАВ чаще сочеталась с расстройствами личности. Особую роль в развитии аддиктивного поведения играет средовое окружение, характеризующееся наличием друзей с отклоняющимися формами поведения. Своё поведение в компании девушки определили как лидерство – 50,9%, конформное поведение предпочитали 47%.

Для реализации достоверности исследования в качестве групп сравнения нами были обследованы три группы подростков, принадлежащие к различным институтам социализации в зависимости от выраженности делинквентных форм поведения. В первую группу вошли 113 трудных подростков, находившихся в региональном лагере юных спасателей «Сибэкстрем», совершившие мелкие правонарушения и имеющие в своем анамнезе эпизодическое употребление ПАВ. Во второй группе было обследовано 114 учащихся ПТУ и лицеев, имеющих проблемы с поведением. Третью группу составили 532 учащихся средних общеобразовательных школ с нормативным поведением.

Психодиагностика деструктивных проявлений, включая агрессивные и аутоагрессивные тенденции, осуществлялась с помощью опросника Басса-Дарки (Buss A.H., Durkee A., 1957). Математико-статистический метод обработки данных включал статистический программный пакет Statistica, версия 10.0.

Изучение структуры семьи проводилось в зависимости от степени выраженности девиантного поведения подростков. Установлено, что с нарастанием девиантности в группах подростков уменьшается количество полных семей и увеличивается число подростков из неполных семей либо содержащихся в приёмных семьях или в интернатах. Особенности социально-экономического статуса родителей, их образовательный уровень как фактор деструктивных проявлений у подростков свидетельствует об увеличении несовершеннолетних правонарушителей в семьях с низким образовательным статусом. Преобладающими отношениями в таких семьях были конфликтные ситуации, обусловленные высоким уровнем алкоголизации родителей и низким материальным уровнем. Результаты свидетельствуют об увеличении числа матерей с алкогольной зависимостью по сравнению с отцами.

Агрессивное поведение рассматривалось нами как одна из составляющих деструктивного поведения с помощью теста Баса-Дарки, который выявляет агрессивные и враждебные тенденции человека.

У подростков женского пола обнаружены высокие показатели по шкалам «физическая агрессия», «обида», «подозрительность», «вербальная агрессия», «чувство вины», а также высокие суммарные индексы по шкалам «враждебность» и «агрессивность».

При сопоставлении шкал теста Баса-Дарки в различных группах среди девушек были выявлены следующие значимые различия ($p < 0,05$) между группами с учетом поправки Бонферрони. По шкале «физическая агрессия» выявлены различия между группами: девушками, находящимися в воспитательной колонии, и школьницами ($p = 0,0072$), между осужденными и учащимися ПТУ ($p = 0,0012$), между девушки, отдыхающие в лагере «Сибэкстрем», и школьницами ($p = 0,003$), а также учащимися ПТУ ($p = 0,05$). По шкале «раздражительность» были выявлены различия между группами осужденных девушек и школьницами ($p = 0,05$). По шкале «обида и чувство вины» девушки, находящиеся в воспитательной колонии, имели самые высокие значения при сопоставлении со всеми группами сравнения ($p < 0,05$). Сопоставление шкал теста Баса-Дарки в различных группах девушек свидетельствует, что девушки, находящиеся в воспитательной колонии, в отличие от своих сверстниц более агрессивны, могут применить физическую силу, а также испытывают чувство обиды и угрызания совести.

Таким образом, проведенный анализ с учетом различных условий социализации выявил, что девушки, находящиеся в условиях колонии, имеющие опыт потребления ПАВ, чаще прибегали к физической силе, которую использовали в совершении преступлений; воспитывались в аддиктивных семьях, в которых были предоставлены сами себе, рано знакомилась с ПАВ, были склоны к лидерству. Неспособность совладать со своей агрессивностью приводит к возникновению деликтов в поведении подростков, в частности к потреблению ПАВ, раннему сексуальному опыту, криминальному поведению. Пребывание девушек в воспитательной колонии способствует увеличению агрессивности, направленной вовне, и приводит к росту чувства вины и проявлений, аутоагрессии.

Литература

1. Аболонин А.Ф., Назарова И.А., Стоянова И.Я., Гусев С.И. Агрессия как фактор возникновения делинквентного поведения (гендерный аспект). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2015; 4 (89): 58–66.
2. Назарова И.А. Влияние агрессивности на формирование зависимости от психоактивных веществ у юношей и девушек, находящихся в воспитательных колониях для несовершеннолетних. *Неврологический вестник В.М. Бехтерева*. 2015; XLVII (2): 97–100.
3. Прокопенко Е.А. Преступность несовершеннолетних женского пола как объект криминологического изучения. *Общество и право*. 2010; 5: 265–269.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ЖЕНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ШВЕЙНОГО ЦЕХА

Нурғалиев Р.А., Власова Е.В., Сорокина Л.А.

ГКУЗ КО Прокопьевская психиатрическая больница, Прокопьевск

Актуальным направлением современной психиатрии являются поиск и разработка наиболее эффективных форм деятельности психиатрической службы в реабилитации психически больных.

Современный подход в лечении психических болезней включает три основных компонента. Во-первых, медикаментозное лечение для уменьшения проявлений болезни и предупреждения рецидивов, во-вторых, просветительские и психосоциальные вмешательства, которые помогают пациентам и их семьям справиться с последствиями болезни и её осложнениями. В-третьих, реабилитация в идеале подразумевает возврат к профессиональной и учебной деятельности. Психосоциальная работа включает в себя помощь в развитии социальных навыков и возможностей для полноценного общения, досуга и ощущения собственной значимости.

На современном этапе психосоциальная работа имеет важнейшее гуманистическое значение в улучшении условий жизни психически больных. В Прокопьевской психиатрической больнице имеется швейный цех, где трудятся два специалиста швейника с образованием трудовых инструкторов, поэтому есть условия для привлечения женского контингента стационарных отделений к трудовой занятости в условиях швейного цеха.

В работе анализируется возрастной состав привлеченных больных, нозологическая принадлежность, сравнение с контрольной группой, удовлетворенность больных своими достижениями в швейном деле. По возрастному составу пациенты женского отделения распределились на три группы. Группа молодых пациентов была преобладающей: от 15 до 30 лет – 60 пациентов, от 31 года до 45 лет – 52 человека, от 46 лет до 60 лет – 32 больных.

Т а б л и ц а

**Распределение пациентов женского отделения
по нозологиям в зависимости от возраста**

Рубрика по МКБ-10	15–30 лет	31–45 лет	46–60 лет	Всего
F20	24	12	8	44
F70–72	11	9	7	27
F06, F60	7	7	2	16
F30–32, F43	18	24	15	57
Все нозологии	60	52	32	144

Больные привлекались к трудотерапии после снижения острой психотической симптоматики, направлялись в швейный цех группами по 4–6 человек, время занятия составляло 2 часа. В рамках исследования был разработан опросный лист с 5 вопросами. Пациенты с шизофренией имели инвалидность в 92% случаев, умственно отсталые – в 89%, среди лиц с расстройствами личности инвалидов было 20%, в группе аффективных больных инвалидность имели 14%.

Больные, страдающие шизофренией и расстройством личности, чаще изъявляли желание заниматься швейным делом в молодом возрасте, потом число желающих снижалось, умственно отсталые и депрессивные пациенты показали одинаковые результаты во всех возрастных группах.

Проанализирована структура больных женского отделения, участвовавших в трудовой занятости в швейном цехе в 2016–2017 гг. Показано, что негативная симптоматика у больных шизофренией реально препятствует их социализации, а у депрессивных больных после стихания острой фазы болезни жажда деятельности прослеживалась во всех возрастах. Причем удовлетворенность трудом в группе депрес-

сивных больных достигала 90%, в то же время наименьшую удовлетворенность показали лица с умственной отсталостью (20%), более высокую – лица с расстройствами личности (40%) и больные шизофренией (50%). Рост мастерства и приобретение навыков наиболее характерно для группы депрессивных больных, что подтверждается данными субъективного опроса. Объективно рост мастерства не изучался. В сравнении с контрольной группой анализировались контрольные группы по нозологической структуре, лучшие показатели качества лечения отмечены у депрессивных больных, выписывались они примерно на неделю раньше, чем лица из контрольной группы. Не выявлено различий между пациентами с умственной отсталостью и расстройствами личности. У больных шизофренией сроки лечения зафиксированы примерно на одинаковом уровне как в контрольной группе, так и в группе работавших в швейном цехе. Наиболее ценным в этой психосоциальной работе, как сообщили посещавшие швейный цех, было более спокойное и осознанное времяпровождение при нахождении в стационаре и приобретение нового профессионального навыка. Психосоциальная работа в швейном цеху является действенным инструментом в лечении и реабилитации психически больных.

РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ И ПАТОМИМИИ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ЖЕНЩИН (ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Нурғалиев Р.А., Власова Е.В., Сорокина Л.А.

ГКУЗ КО Проктопьевская психиатрическая больница, Проктопьевск

В структуре психопатологических и поведенческих расстройств встречаются различные состояния, которые сопровождают и обогащают картину болезни, к ним, безусловно, относятся и аутоагрессивные действия. Аутоагрессивные действия у психически больных бывают крайне опасными для жизни (нанесение себе ран в область важных жизненных органов), калечащими (вытыкание глаз, самокастрация). Однако чаще основная часть больных наносит себе раны с повреждением кожных покровов и подлежащих сосудов, причем мужчины производят эти действия более травматично, чем женщины. Наиболее часто у женщин встречаются поперечные повреждения предплечий, реже имеются продольные повреждения, еще реже – точечные повреждения, которые можно отнести к патомимиям, когда повреждения напоминают либо естественные повреждения кожи, либо нанесенные другим человеком или животным.

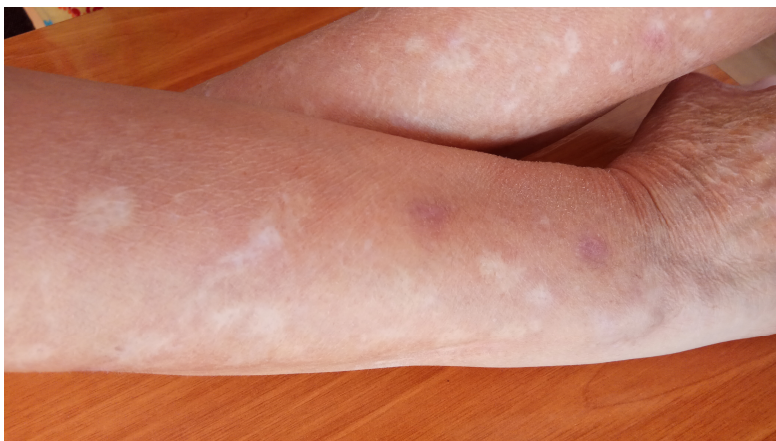
Крайне редко, согласно данным литературы, встречаются повреждения кожных покровов ног, а уж симметричные фигуры, нанесенные ножом, встречаются тем более в редких случаях.

Под нашим наблюдением находилась больная Ч., 1988 года рождения, работница детского сада, в анамнезе которой отмечались периоды эпизодического употребления каннабиноидов. Впоследствии развилось депрессивное состояние, во время этого эпизода на высоте идей самообвинения нанесла себе довольно глубокие раны правильной симметричной формы на обоих бедрах, так как раны были глубокие, после заживления остались рубцы.



Самоповреждения при различных нозологических формах имеют различную этиологию и патогенез. Чаще всего аутоагрессия импульсивна и носит единичный характер, но при психотических состояниях она зачастую имеет пролонгированный затяжной характер, о чем свидетельствует второй случай. Нами наблюдалась больная Ш., 1950 года рождения, с диагнозом шизофрении параноидного типа. Эта пациентка по бредовым мотивам в течение несколько лет исполосовала обе верхние конечности, которые испещрены множественными шрамами.

Третье клиническое наблюдение: больная Т., 1961 года рождения, диагностирована параноидная шизофрения. Данное наблюдение представляет собой пример патомимии, когда аутоагрессивные действия напоминали кожное заболевание – все кожные покровы были покрыты кожными элементами в виде точечных образований, а наносила эти ранки больная обычным гвоздем «для освобождения от зомбирования».



В заключение следует отметить огромное разнообразие способов и методов, с помощью которых психически больные осуществляют саморазрушительную деятельность. Изучение и идентификация саморазрушительной симптоматики способны помочь определить диагностическую, экспертную, терапевтическую и реабилитационную тактику и стратегию психиатрической деятельности как в стационаре, так и в амбулаторном звене.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИФФЕРЕНЦИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОЗОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТО-ОРГАНИЧЕСКОЙ ПОЧВОЙ

Обеснюк О.А., Демко А.А., Обеснюк В.В.

ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Возрастная окраска психической симптоматики, склонность к её тяжёлому течению, трудности выявления психического фактора у пожилых в силу его «малозначимого» патогенного действия, большая выраженность сосудисто-вегетативной симптоматики – всё это представляет особые трудности в дифференциальной диагностике непсихотических расстройств у лиц пожилого возраста.

По данным В.Я. Семке, С.С. Одарченко (2005), сосудистый процесс (вследствие церебрального атеросклероза, гипертонической болезни), изменяя биотонус организма и снижая его приспособительные функции, содействует возрастанию неврозфильности нервной системы, что делает её доступной психогенным влияниям.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений и дифференциальная диагностика неврозоподобных состояний у лиц с сосудисто-органической патологией.

Критериями отбора больных явилось наличие у них указаний на сопутствующее органическое заболевание головного мозга.

Материал исследования. Нами было проанализировано 66 историй болезней пациентов, пролеченных в течение 2016–2017 гг. в отделении для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами. В исследовательской выборке подгруппу больных с сосудисто-органической почвой составили 66 человек. Эта подгруппа представлена такими видами патологии, как дисциркуляторная энцефалопатия (18 человек – 27,3%) и начальные проявления церебрального атеросклероза и гипертонии (48 человек – 72,7%). Возраст пациентов варьировал от 45 до 60 лет (средний возраст 47,2 года). У 10 из них имеющееся состояние было осложнено патологически протекающим климаксом, а у 5 пациенток сохранялись резидуальные климактерические явления.

У всех обследованных больных с патологически протекающим климактерическим периодом преобладали вегетативно-диэнцефальные расстройства, проявлявшиеся частыми «приливами» жара и сопровождавшиеся выраженной потливостью, в том числе и в ночное время; ощущением «жжения» в спине, груди, животе.

Периодически наблюдались пароксизмы с сердцебиением, ощущением нехватки воздуха, сильным ознобом, позывами на мочеиспускание или дефекацию, чувством тревоги, страха смерти. Часто повторяющиеся и многочисленные проявления вегетативно-диэнцефальных расстройств способствуют определенной направленности внимания многих больных на анализ этих многообразных ощущений. Наиболее выраженной в этот период становится ипохондрическая симптоматика. Необходимо отметить, что у ряда больных (4 человека) при учащении и усилении «приливов» жара, присоединении вегетосудистых кризов фобические реакции усиливались, появлялись разнообразные страхи, что привело к формированию ограничительного поведения (избегание выхода на улицу и пользования различными видами транспорта).

Неврозоподобная симптоматика наиболее часто проявляется в виде сочетания астенического симптомокомплекса и разнообразных личностных реакций: эмоциональной неустойчивости, повышенной слезливости, тревоги с депрессивными проявлениями. По мере течения сосудистого процесса утрачивается первоначальная зависимость неврозоподобных нарушений от физического состояния.

В.Я. Семке (2005) отмечает, что присоединение церебральных атеросклеротических органических радикалов значительно обедняет эмоциональную жизнь больных истерическими состояниями, что подтверждается и у пациентов нашей группы. У обследованных больных истерические, астенодепрессивные, обсессивно-фобические, истероипохондрические состояния приобретали в психическом состоянии признаки демонстративности, утрированности. Эти расстройства выступали на фоне выявляемых неврологических симптомов и нерезко выраженных диэнцефальных пароксизмов. Появление истерической симптоматики часто сочеталось с выраженным астеническим состоянием и сопровождалось возникновением вегетативно-сосудистых нарушений.

Неврозоподобные состояния всегда отличаются более или менее медленно прогрессирующим течением с нарастанием функционально-органических, а затем и органических изменений или отмечается течение с периодами относительной компенсации или декомпенсации болезненных расстройств. В дифференциальной диагностике неврозоподобных состояний определенное значение имеют параклинические данные – изменения электроэнцефалографии, РЭГ, заключение невролога, терапевта о наличии сосудистых изменений.

В нашем исследовании мы использовали данные компьютерной энцефалографии. У больных с неврозоподобными расстройствами ЭЭГ-признаки очаговых поражений головного мозга при этом не встречаются, регулярная дельта- и тета-активность не выражена.

Необходимо отметить, что основные нарушения биоэлектрической активности наблюдаются в диапазоне альфа-ритма: не сохраняется правильность его зонального распределения, амплитудные значения и веретенообразность и снижается его индекс. Состояние декомпенсации у больных с неврозоподобными расстройствами выражается обычно в угнетении альфа-ритма и увеличении амплитуды высокочастотного бета-ритма. При неврозоподобных расстройствах ЭЭГ имеет сходство с картиной больных с органическими поражениями ствола мозга в отдаленные периоды травматической болезни головного мозга или нейроинфекции. Дифференцирование этих двух форм осуществляют по показателям стабильности или неустойчивости биоэлектрической активности покоя, а также по реактивной ЭЭГ.

У больных с начальными формами сосудистых заболеваний мозга наблюдается некоторое снижение амплитуды альфа-ритма, в ряде случаев отмечается сглаживание веретен или даже появление машиноподобного образа альфа-ритма. При гипертонической болезни, сопровождающейся кризовым течением и нарушениями мозгового кровообращения динамического характера, на ЭЭГ регистрируется генерализованная медленная активность или плоская ЭЭГ. Картина ЭЭГ аналогична таковой при усилении активирующих влияний ретикулярной активирующей системы и свидетельствует об её дисфункции на мезодиэнцефальном уровне ствола головного мозга.

У больных с начальным атеросклерозом, не осложненным гипертонической болезнью, ЭЭГ не имеет резких отличий от нормы. Чаще эти различия проявляются только изменениями в полосе альфа-ритма: снижается амплитуда, альфа-ритм веретенообразный с плохо выраженными веретенами. В несколько более позднем периоде развития атеросклероза сосудов головного мозга усиливается представительство низкочастотного бета-ритма, который накладывается на уплощенный альфа-ритм. Это приводит к расщеплению, сдвоенности вершин альфа-ритма, искажению его синусоидальной формы. Реактивность коры головного мозга при воздействии функциональных нагрузок снижена.

Выводы. Проведенное исследование показало, при неврозоподобных состояниях органической природы на первый план обычно выступают сосудисто-вегетативные, церебрастенические, эмоциональные проявления. Для дифференциальной диагностики и, как следствие, своевременного и адекватного назначения индивидуализированной терапии немаловажное значение имеют функциональные методы исследования.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ (АКТУАЛЬНОСТЬ ВОПРОСА)

Павлова С.В., Скурихина Е.А.

КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1», Красноярск

Статистические данные по России о наркогенной ситуации отражают неутешительные цифры. Число потребителей психоактивных веществ в подростковой среде увеличивается с каждым годом. Связано это с доступностью наркотика и упрощенными путями введения (употребление путем курения). Так как это курение, а не инъекционное введение, чувство страха у детей отсутствует. Первое знакомство с наркотическими средствами происходит в возрасте от 11 до 14 лет. По статистике это 42% детей и подростков из числа злоупотребляющих психоактивными веществами.

Статистика подобного рода по Красноярскому краю такова: в 2015 г. на учете с диагнозом зависимости от ПАВ состояло 198 человек, в 2016 г. – 146 человек, в 2017 г. – 56 человек. На первый взгляд можно предположить, что наркогенная ситуация улучшается. Однако ввиду изменения правил взятия на диспансерное наблюдение видоизменились и показатели. То есть число детей и подростков, страдающих зависимостью, не уменьшилось, просто часть из них перестала находиться под наблюдением, другая часть ушла во взрослую сеть.

Ежегодно в кабинет экспертизы алкогольного и наркотического опьянения доставляется специалистами по делам несовершеннолетних не менее 70 подростков, находящихся в алкогольном и наркотическом опьянении.

На первый план в настоящее время выходит употребление синтетических препаратов с высокой наркогенной активностью (синтетические каннабиноиды, психостимуляторы). В этой ситуации подростки быстрее, чем взрослые, попадают в зависимость. Это определяет резкое укорочение периода возможных эффективных предупреждающих мер после начала употребления наркотических средств и «запущенность» наркологических проблем при первичном обращении детей и подростков за помощью.

На базе Красноярского краевого наркологического диспансера открыто и функционирует 5 подростковых коек, где оказывается неотложная наркологическая помощь подростковому контингенту наркозависимых. Койки находятся в составе взрослого наркологического отделения. После купирования острой симптоматики пациенты выписываются и возвращаются в привычную для них среду. То есть возвращаются к употреблению.

У нас в крае есть уникальный государственный реабилитационный центр на 25 коек, где специалисты оказывают помощь наркозависимым с 18 лет. Подростков и детей на реабилитацию направить некуда. Ближайший реабилитационный центр для подростков находится в Казани. Пребывание в нем платное, стоимость от 70 000 рублей в месяц. Реабилитационный период рассчитан как минимум на 6 месяцев. В Москве существует бесплатный социально-реабилитационный центр для детей, попавших в трудную ситуацию (в том числе связанную с употреблением ПАВ). Для красноярских детей это далеко, тем более для поездки в Москву нужны деньги на перелет и питание.

По статистике, зависимость в 75% случаев имеет корни из детства. Но при этом у нас в России не существует специализированных наркологических государственных подростковых реабилитационных центров. Детям нужно дорасти до 18 лет, только в этом случае они смогут получить помощь.

По Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг. особого внимания требуют проблемы подросткового алкоголизма, включая пивной алкоголизм, наркомании, токсикомании, немедицинское потребление наркотических средств, психотропных и других токсических веществ детьми, особенно школьного возраста. Фактически получается, что государственная программа по реабилитации и ресоциализации на практике реально не работает. Пока мы об этом говорим, сотни подростков гибнут от алкоголя, наркотиков и психотропных средств. А это наше будущее. Если мы срочно не начнем принимать решения, то этого будущего у нас не будет.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ РЕАБИЛИТАНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Пронин С.В., Пронина Н.А., Чухрова М.Г.

ФГБОУ ВО «НГПУ», Новосибирск

На основе предлагаемой системы неинвазивного мониторинга, основанной на регистрации variability сердечного ритма, при помощи специальных алгоритмов рассчитывается вероятность психических, поведенческих и соматовегетативных отклонений у лиц с алкогольной и наркотической зависимостями, проходящих реабилитацию. Данная система дает возможность объективной оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, реализовать принцип микросоциальной адаптации, предложенный А.А. Корниловым (2003).

В настоящее время остается открытым вопрос о роли терапевтических сообществ, общин в формировании ремиссии у лиц, страдающих наркотической зависимостью. Можно отметить невысокую эффективность реабилитационных центров, ориентированных больше на пребывание клиента в терапевтически безопасной, сдерживающей среде (реабилитационный центр, резидентный закрытый период). Крайне актуальной является необходимость динамического контроля реабилитации лиц с алкогольной и/или наркотической зависимостью.

Вместе с тем существует проблема объективной диагностики внутренней картины болезни у алкогольных и наркотических аддиктов. Какие динамические аспекты реабилитационного процесса должна отражать информационная система, если изменение состояния, актуализация влечения к наркотику или алкоголю, особенно в период ремиссии, могут не проявляться в поведении пациента и не вербализоваться им? Существует необходимость отражения аллостатического наркоманического континуума и степени восстановления гомеостатического регулирования вегетативной нервной системы. Нами отмечено, что возможности гомеостаза снижаются и опосредованы длительностью заболевания. Поэтому необходимы биологические маркеры таких «внутренних» состояний с возможностью их алгоритмизированной интерпретации. Выбор биомаркера для разрабатываемой информационной системы, способной отразить психические и поведенческие особенности у наркологических аддиктов, основанный на вариабельности сердечного ритма (ВСР), представляется оптимальным. Это подтверждают следующие аргументы. Во-первых, доказанность взаимосвязи состояния центральной гемодинамики с прогнозом достижения ремиссии у наркологических аддиктов (интоксикация – абстинент), с психическими паттернами влечения к ПАВ и возможностью предсказания поведенческих девиантных отклонений (Бохан Н.А., Пронина Н.А., 2005; Говорин Н.В., 2005; Licht, 2009). Во-вторых, неинвазивность методики и гомеостатичность измерений. В-третьих, высокая степень стандартизации и сравнимость результатов. В-четвертых, возможность диагностики в рамках обычного ЭКГ-тестирования, т.е. целевая скрытность обследования.

При разработке информационной системы нами было учтено, что на соматовегетативное и психическое состояние пациентов, находящихся в ремиссии, могут оказывать влияние структура предшествующих приемов ими различных ПАВ, где у 70% это сочетанный прием алкоголя, опиатов, анаши и т.п. (Пронин С.В. и др., 2014). Поэтому важна позиция не уменьшения вреда, а полного его исключения. И все это должна отражать информационная система.

Также важным представляется возможность динамического отражения состояния психической, физической и поведенческой сфер пациентов, находящихся в стадии консолидации ремиссии. Разработка такой информационной системы с возможностью формирования управленческих решений, как на индивидуальном, так и на групповом уровне, позволяет получать объективно регистрируемые «отклики» на проводимые реабилитационные мероприятия. Это дает возможность алгоритмизировать, с одной стороны, комплекс лечебных и реабилитационных мероприятий, с другой стороны – получить своеобразную обратную связь с наглядным представлением об эффективности профилактических и саногенетических мероприятий.

Необходимо подчеркнуть, что появляется возможность объективно выявлять латентно протекающую психофизическую нестабильность, которая может приводить к актуализации влечения к ПАВ, предупреждать наркотические срывы и обострение болезни в целом, т.е. способствовать научению реабилитантов постоянному самоконтролю за своим здоровьем.

В основе информационной системы анализа и принятия управленческих решений в реабилитационном процессе лежит разработанная нами четырехосевая система оценок. Один из векторов показывает активность рецепторных полей коры головного мозга (каппа-, дельта-, мю-, VZD- и THС-рецепторов), рассчитывается вероятность их разбалансировки и степень проявления влечения к определенному типу ПАВ. Предусмотрена шкала оценки состояния центральной гемодинамики. Дается прогноз общесоматического состояния на основе предсказанного уровня СОЭ, лейкоцитарного индекса, которые ассоциированы с уровнем депрессивных самооценок. Оцениваются коморбидность и влияние наследственной детерминации (эндофенотип) и предсказывается риск возможных психотических отклонений.

На первом этапе внедрения системы предусмотрено обучение психологов и консультантов самих реабилитационных центров, а также врачей наркологов, психиатров наркологических диспансеров. Разрабатываемый нами подход позволяет использовать единый язык коммуникации в единой системе «врач – пациент – консультант», реализовать принципы трансляционной наркологии, ввести объективные оценки эффективности работы таких центров. Также планируется обучение пациентов дистанционному мониторингу их состояния при проведении реабилитационных амбулаторных мероприятий, с отражением индекса самоэффективности, и создание так называемого колл-центра по поддержке реабилитантов.

Второй шаг – выработка коррекционных программ на основе полученных данных. Разработанная управленческая система контроля за индивидуальным и групповым состоянием здоровья внедряется в наркологические диспансеры, пенитенциарные учреждения, реабилитационные центры. Предусматривается создание нового диагностического стандарта лечения и реабилитации наркологических и психиатрических больных на основе разработанной системы объективных оценок. Предусматривается дистанционный мониторинг для лиц, находящихся в ремиссии и мотивированных продолжить обучение самоконтролю за своим состоянием. Ожидаемый результат внедрения информационной системы – повышение эффективности реабилитационного процесса, возможность продолжения дистанционного обучения навыкам самоконтроля и прогноз поведенческих реакций.

Выводы. Предлагается количественная и качественная система оценок психического, соматовегетативного статуса и прогноза поведенческих реакций, построенная на объективных биомаркерах (вариабельность сердечного ритма, аппаратная пульсометрия), что позволяет ввести понятие самоэффективности в реабилитационный процесс. Возможность объективного контроля самого процесса реабилитации с введением простых шкальных оценок психофизического состояния реабилитантов (система «светофора»), унифицированная система контроля качества реабилитации. Предлагаемая система позволяет мотивировать пациентов к продолжению реабилитации и достижению более высоких результатов обучения. Появляется возможность реализации принципа континуума (непрерывности) реабилитации и после завершения пребывания (пострезидентный, открытый период) таких лиц в терапевтическом сообществе, что позволяет реализовать принцип микросоциальной адаптации (Корнилов А.А., 2003).

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ОРГАНИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

Рудницкий В. А., Костин А.К., Перчаткина О.Э.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск

Непсихотические психические расстройства органического регистра – достаточно распространенный и имеющий большое медико-социальное значение вариант психиатрической патологии, сопровождающийся формированием полиморфной симптоматики – астениче-

ской, неврозоподобной, аффективной, психопатоподобной, психоорганической, психотической и т.д. Данные нарушения часто своевременно не диагностируются, имеют склонность к затяжному прогрессивному течению, что и определяет их медико-социальный и экономический ущерб. Хронический характер данной психиатрической патологии в сочетании с особенностями клиники болезни, затрагивая интеллектуально-мнестическую, эмоциональную и поведенческую сферы, создают значительные трудности в терапии.

Нами катamnестически изучена эффективность лечения психических расстройств данного спектра у 74 пациентов в возрасте от 35 до 60 лет.

Методы исследования: клинико-психопатологический, эпидемиологический, клинико-динамический, клинико-катamnестический, лабораторно-иммунологический, психологический, статистический.

Нозологическая структура данной психической патологии была представлена в 75,68% случаев органическими эмоционально-лабильными расстройствами, в 10,81% – органическими расстройствами личности, в 9,46% – органическими аффективными расстройствами, в 4,05% – органическими тревожными расстройствами. Большая часть наблюдений этиопатогенетически связана с сосудистой недостаточностью ЦНС (72,97% наблюдений), в остальных случаях данные психические нарушения обусловлены перенесенной в анамнезе черепно-мозговой травмой либо носили смешанную природу (сосудистые, травматические, интоксикационные).

В целом отмечалась высокая первоначальная эффективность реабилитационных мероприятий (89,18% выраженных улучшений). Однако при катamnестическом наблюдении она оказалась нестойкой, через 6 месяцев у 65,86,% пациентов отмечалось ухудшение состояния с характерным появлением моносимптомов (чаще головной боли, тревоги, ухудшения сна). Около 30% пациентов к этому времени нуждались в повторных лечебно-профилактических мероприятиях.

Проведенный анализ наиболее частых причин дальнейших декомпенсаций органических психических расстройств показал, что проблемы, приведшие к декомпенсациям, преимущественно отмечались на амбулаторном этапе реабилитации. Носили они смешанный характер, основными внешними дестабилизирующими факторами были психогении, обострения соматических заболеваний, социальные проблемы и аддикции. В качестве субъективных причин пациенты чаще всего указывали на медико-социальные проблемы: плохую доступность психиатрической и психотерапевтической помощи, сложности с обеспечением медикаментозными средствами и т.д.

Обращает на себя внимание низкий саногенный потенциал пациентов. Средняя продолжительность поддерживающего курса терапии (рекомендовано 6–8 месяцев) составила 2,2 месяца. У льготных категорий пациентов (ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС), гарантировано обеспечиваемых бесплатной лекарственной и диагностической помощью, она была меньше и составила в среднем 0,8 месяца.

Отмечены недостаточность терапевтического альянса, нежелание обращаться за помощью как в муниципальные медицинские учреждения (недоверие, страх стигматизации, отсутствие свободного времени, неудобный график работы специалистов, удаленность лечебного учреждения, нежелание принимать лекарства), так и в частные медицинские структуры (что обосновано платным характером помощи). У пациентов выявлялись рентные установки, завышенные или невыполнимые требования к медработникам, конфликты с представителями медицинских, административных и социальных служб, затрудняющие формирование и поддержание лечебного альянса. Практически во всех случаях наблюдений у пациентов отсутствовали адекватные знания о болезни и лечении, о личной роли пациента и необходимости активного участия в реабилитации, временных, психологических и материальных затратах в ходе лечения и реабилитации, что сопровождалось нереальными ожиданиями продолжительности и результатов терапии.

Разработанные нами технологии лечения и реабилитации данных категорий пациентов предусматривают оценку ведущих механизмов этиопатогенеза, учет вклада биологических и психосоциальных факторов в формирование и течение патологического церебрально-органического процесса. Нами предложены информационно-образовательные программы для пациентов и их микроокружения, направленные на устранение дефицита информации о болезни и процессе лечения, позволяющие корригировать неадаптивные представления о болезни и укрепить терапевтический альянс и саногенные установки больных. Наиболее удобным и экономически приемлемым способом реализации данных программ мы считаем их включение в структуру психотерапевтических мероприятий, особенно в групповом формате психотерапевтической работы.

Данный блок работы может быть реализован лечащим врачом (психиатром), клиническим психологом или психотерапевтом. Формат образовательных программ предпочтителен в виде групповых занятий, нами был реализован в комплексе когнитивно-поведенческой или рациональной психотерапии, но может быть решен и в индивидуальном формате и с применением других психиатрических, психокоррекционных или психотерапевтических методиках.

В качестве предложения для совершенствования реабилитационной системы следует отметить отсутствие в структуре здравоохранения эффективно работающих общедоступных психотерапевтических служб, что усложняет задачу организации психотерапевтического сопровождения реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе её проведения. Отсутствие подобного сопровождения на практике приводит к их преждевременному прекращению или фрагментации.

Предложенные нами образовательные программы позволяют за счет конструктивной стимуляции и активации позиции пациентов и их микроокружения решить проблему дефицита специалистов в бюджетной сфере путем привлечения альтернативных ресурсов психотерапевтической и психокоррекционной помощи. Подготовка соответствующих специалистов может быть реализована через систему постдипломного образования, тем более что переход на систему «непрерывного образования» или повышение квалификации позволяет расширить образовательные программы для врачей. Предложенный клиникопатогенетический и медико-социально ориентированный подход представляется наиболее оптимальным и может служить основой для дальнейшего совершенствования психиатрической, психотерапевтической и медико-социальной помощи.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Семенова Н.Д., Кулыгина М.А.

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

В последние десятилетия произошли большие изменения в психиатрической помощи в целом, а также в области психосоциальной реабилитации и психосоциальной терапии шизофрении (Гурович И.Я., 2014). Психиатрическая реабилитация, представляя собой открытую систему, содержание и вектор прилагаемых усилий в которой постоянно меняется, сохраняет неизменной свою суть – восстановление нарушенных в результате болезни личностных ресурсов (Гурович И.Я., 2014). Этот тезис особенно усиливается в связи со сдвигом фокуса системы психиатрической помощи в направлении *recovery* или личностно-социального восстановления, с привлечением особого внимания к психологическим факторам и механизмам личностно-социального восстановления (Warner R., 2009).

Теоретический анализ состояния проблемы психосоциальных вмешательств в рамках реабилитации больных шизофренией, анализ и систематизация имеющихся эмпирических исследований, а также направлений, форм и методов работы позволяет сделать ряд выводов (Семенова Н.Д., Гурович И.Я., 2007). Одним из них является утверждение о том, что линия психосоциальных вмешательств во многом повторяет логику развития исследований в психотерапии. Так, в зависимости от основных вопросов, что ставились исследователями во главу угла, эту линию можно представить в виде последовательно идущей смены фаз. *Фаза легитимации*, как ответ на вопрос: Эффективны ли психосоциальные вмешательства при шизофрении (например, Falloon I.R., 1992)? *Фаза соревнования*, как ответ на вопрос: Какие из существующих форм психосоциальной терапии более эффективны, а какие менее эффективны? Речь идет о сравнении форм и методов психосоциальных вмешательств в разных её модальностях – от поддержки и тренинга социальных навыков до развернутых метакогнитивных тренингов пациентов с шизофренией (например, Fiszdon J.M., Reddy L.F., 2012). *Фаза предписания*, как ответ на вопрос: Какая из форм психосоциальной терапии для каких категорий пациентов и для решения каких проблем данных пациентов предназначается? Речь идет о призыве осуществлять более фокусированные вмешательства для тех или иных групп пациентов с шизофренией (больные на начальном этапе болезни, больные-хроники с частыми госпитализациями, больные с длительным пребыванием в больнице, одинокие больные шизофренией и т.п.) (например, McGorry P.D. et al., 2002). *Фаза исследования процесса*, как ответ на вопрос: Как собственно «работает» психосоциальная терапия при шизофрении (например, Medalia A., Saperstein A., 2011)?

Последнее, а именно вопрос о механизмах изменения в психосоциальной терапии шизофрении, представляет особый интерес, тем более если это сопровождается интенцией внедрить исследовательские находки в практику, модифицировать уже существующие или создать новые процедуры психологического вмешательства. Так называемые эмпирически валидизированные методы лечения, не выходящие за рамки *фазы предписания*, в определенном смысле сдерживают такое движение вперед. Вслед за К. Grawe (1997) следует вновь поставить вопрос об информированной исследованиями психосоциальной терапии шизофрении, что даст возможность двигаться вперед, к унифицированной, эмпирически обоснованной модели психосоциальной терапии, вбирающей в себя все известные на данный момент терапевтические возможности и опирающейся на знание психологических факторов и механизмов (Семенова Н., Kulygina M., 2014).

Обзоры контролируемых и натуралистических исследований по психосоциальной терапии шизофрении, если их рассматривать по параметру «процесс – выход», дают следующую картину: установленный эффект различных её форм сводится к работе нескольких базовых психологических механизмов изменения. Эффективность той или иной формы психосоциальной терапии шизофрении является лишь функцией степени, в которой эти механизмы активизируются. Механизмы изменения активизируются именно конкретными терапевтическими процедурами, а вовсе не той формой психосоциальной терапии, в которую данные процедуры закладываются. Успешность психосоциальной терапии определяется действием конкретного набора таких механизмов, среди которых «копинг»-ресурс и «мотивационный» ресурс, на наш взгляд, представляют особую ценность (Семенова Н.Д., Гурович И.Я., 2014). Эти ресурсы далее всесторонне используются клиницистом, осуществляющим психосоциальное вмешательство, в качестве мотора, приводящего в действие собственно процесс личностно-социального восстановления. Умелое управление вышеназванными механизмами изменения – это слагаемые эффективной психосоциальной терапии и реабилитации.

Л и т е р а т у р а

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014; 1: 5–9.
2. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2007; 4: 78–86.
3. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство. М.: Медпрактика-М, 2014.
4. Falloon I.R. Psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Hospital Medicine*. 1992; 48, № 3–4: 164–170.
5. Fiszdon J.M., Reddy L.F. Review of social cognitive treatments for psychosis. *Clinical Psychology Review*. 2012; 32, № 8: 724–740.
6. Gottlieb J.D., Mueser K.T., Glynn S.M. Family Therapy for Schizophrenia: Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 68, № 5: 490–501.
7. Grawe K. Informed psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 1997; 7, № 1: 1–19.
8. McGorry P.D. et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*. 2002; 59, № 10: 921–928.
9. Medalia A., Saperstein A. The role of motivation for treatment success. *Schizophrenia Bulletin*. 2011; 37, № 2: S122–S128.

10. Semenova N., Kulygina M. Psychological Aspects of Psychosocial Dynamic Rehabilitation: General Strategy, Different Tactics. *Dynamic Psychiatry – International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis and Psychiatry*. 2014; 47, 4–5: 277–289.
11. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009; 22, № 4: 374–380.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА, КОМОРБИДНОГО С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья

Современные клиничко-эпидемиологические исследования указывают на высокий уровень коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) (Гаранян Н.Г., 2009; Смулевич А.Б. и др., 2012; Lenzenweger M.F. et al., 2007; Fan A.H., Hassell J., 2008). Высокая частота коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) и РЛ (до 62%) констатирована в ряде исследований (Tamam L. et al., 2004), однако данные о частоте конкретных РЛ при АР пока противоречивы (Mulder R.T., 2002; Wongpakaran N. et al., 2015).

Имеющиеся метааналитические обзоры, посвященные влиянию коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности на основные клиничко-динамические характеристики аффективных расстройств (возраст к началу аффективного расстройства, тяжесть депрессивной симптоматики, скорость становления ремиссии, частота рецидивов и суицидальное поведение), эффективность медикаментозного и психотерапевтического лечения, а также долгосрочный прогноз и характеристики социальной адаптации, носят противоречивый характер. С одной стороны, существуют исследования, которые подтверждают факт негативного влияния такого рода коморбидности на вышеуказанные параметры как в случае униполярных, так и биполярных АР (Ваксман А.В. и др., 2013; Bajaj P., Tyrer P., 2005; Grilo C.M. et al., 2010; Karam E.G. et al., 2015). С другой стороны, в ряде работ (Kool S. et al., 2005) отмечается, что существенного клиничческого влияния, в частности на эффективность антидепрессивной терапии, коморбидность АР и РЛ не имеет (особенно при краткосрочной оценке), а в отдельных исследованиях указывается, что личностная патология не является модератором эффекта терапии АР (Levenson J.C. et al., 2012).

Известно, что биполярные пациенты с коморбидным РЛ больше времени проводят в стационаре (Barbato N., Hafner R.J., 1998), чаще имеют суицидальную идеацию и поведение (Isometsä E. et al., 2014; Jylhä P. et al., 2016; Coryell W. et al., 2016).

Цель исследования заключалась в выявлении клинико-динамических особенностей аффективных расстройств у пациентов в случае коморбидности БАР и РЛ по сравнению с пациентами без указанной коморбидности.

Материал и методы. В исследование было включено 40 пациентов (23 женщины в возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 17 мужчин в возрасте $40,6 \pm 11,0$ года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках биполярного аффективного расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 (F31.3, F31.4, F31.5, F31.8).

Данная группа пациентов была разделена на две подгруппы: первая подгруппа (основная группа) – 20 человек, из них 16 женщин (80%), 4 мужчин (20%), которая состояла из пациентов с БАР, коморбидным с РЛ. РЛ в основной группе в 90% ($n=18$) случаев составило смешанное расстройство личности (F61.0), в 5% ($n=1$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 5% ($n=1$) – истерическое расстройство личности (F60.4). Средний возраст пациентов основной группы на момент обследования составил $39,9 \pm 10,8$ года. Вторая подгруппа – группа сравнения составила 20 человек: 7 женщин (35%) и 13 мужчин (65%) с БАР без коморбидного РЛ. Средний возраст пациентов составил $46,3 \pm 9,5$ года.

У соответствующих пациентов проводилась межгрупповая сравнительная оценка следующих основных клинико-динамических характеристик: средний возраст к началу БАР, средняя длительность депрессивного эпизода, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов, тяжесть текущего депрессивного эпизода. Оценка синдромальной структуры текущего депрессивного эпизода с выделением ведущего психопатологического синдрома производилась с помощью клинико-психопатологического метода.

Оценка тяжести текущего депрессивного эпизода производилась с помощью сокращенной версии шкалы SIGH-SAD (Structured Interview Guide For The Hamilton Depression Rating Scale, Seasonal Affective Disorders Version; Williams J. et al., 1992), включающей в себя 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов по оценке атипичных депрессивных симптомов: социальный отход, увеличение веса, увеличение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость.

Полученные результаты исследования: средний возраст к началу БАР в основной группе и в группе сравнения составил $32,9 \pm 8,9$ и $40,5 \pm 9,8$ года соответственно ($p < 0,001$), что свидетельствует о более раннем начале АР у пациентов с коморбидным личностным расстройством.

При анализе продолжительности депрессивного эпизода оказалось, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными ($5,7 \pm 2,8$ месяца), чем в группе сравнения ($3,9 \pm 2,6$ месяца) ($p < 0,05$). Среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило $4,2 \pm 1,4$, а в группе сравнения – $2,9 \pm 1,9$ ($p < 0,01$).

При межгрупповом сравнении были выявлены различия в синдромальной структуре текущего депрессивного эпизода: в основной группе преобладал ($p < 0,05$) депрессивно-дисфорический синдром (73%) с наличием агрессивных или аутоагрессивных тенденций, в группе сравнения превалировал ($p < 0,05$) депрессивный синдром с сомато-вегетативными нарушениями (36,6%). При оценке тяжести текущего депрессивного эпизода средний суммарный балл по шкале SIGH-SAD до начала терапии в основной группе составил $31,2 \pm 8,2$ балла, а в группе сравнения – $25,2 \pm 7,5$ ($p < 0,001$), данное различие указывает на большую тяжесть текущего депрессивного эпизода в группе пациентов с коморбидным РЛ. Эти показатели свидетельствуют о большей тяжести депрессивных симптомов именно в случае коморбидности БАР и РЛ по сравнению с пациентами, страдающими БАР без коморбидного РЛ.

Заключение и выводы. Таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие личностной патологии оказывает значительное влияние на клинико-динамические характеристики БАР: приводит к его возникновению в более раннем возрасте, более длительной продолжительности депрессивных эпизодов и более частому повторению аффективных эпизодов, обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, а также высокий удельный вес депрессивно-дисфорического синдрома в структуре текущего депрессивного эпизода по сравнению со случаями БАР без коморбидности с РЛ.

Данная работа выполнена в рамках новой медицинской технологии «Технология оценки эффективности психофармакотерапии при коморбидности биполярного аффективного расстройства и расстройства личности» по плану ПНИ НИИ психического здоровья (Тема 0550-2017-0014 «Разработка предикторов прогноза и методов комплексной реабилитации у больных аффективными расстройствами»). Номер госрегистрации АААА-А16-116042610054-4).

ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Синкина О.А.

ГБУЗ КО «Киселёвский психоневрологический диспансер», Киселёвск

По определению ВОЗ: «Психосоциальная реабилитация – это процесс, который даёт возможность людям с ослабленным здоровьем или инвалидам в результате психических расстройств достичь своего оптимального уровня независимого функционирования в обществе».

Мероприятия по психосоциальной реабилитации меняются в зависимости от потребностей пациентов, места, где проводятся реабилитационные мероприятия, и глобально – от культурных и социально-экономических условий населённого пункта, в котором живут психически больные. Основу этих мероприятий, как правило, составляют: трудовая реабилитация, социальная поддержка, психиатрическое просвещение, в том числе обучение управлению болезненными симптомами, приобретение и восстановление навыков общения, реализация увлечений и досуга. Даже из неполного перечня перечисленных мероприятий видно, что психосоциальная реабилитация психически больных – это постоянный процесс, направленный на восстановление и развитие разных сфер жизни человека, включающий комплекс медицинских, социальных, психологических мер. Результатом реабилитационных мер является реинтеграция (возврат) психически больных в общество, прикладывая усилия для того, чтобы пациенты с психическими расстройствами ощущали себя не менее полноправными гражданами, чем другие группы населения, и продолжали продуктивное социальное функционирование.

В условиях психоневрологического диспансера в практике психосоциальной реабилитационной деятельности особую роль играет терапия средой (один из методов социотерапевтического лечебного воздействия), которая является неотъемлемым фактором больничного содержания, и в отношении пациентов с проблемами психического здоровья выглядит как организация направленного образа жизни, общей целью которой является максимализация адаптивных возможностей пациента, восстановление его личного и социального статуса. Так, ежедневно в утренние часы для всех пациентов психиатрического отделения (за исключением пациентов, имеющих противопоказания) проводится лечебная физкультура. Положительные эмоции, полученные в процессе выполнения физических упражнений, повышают работоспособность мышц, способствуют улучшенному функционированию основных систем организма и в целом оказывают общеукрепляющее действие.

Просматривается определённая специфика и при формировании групп на ЛФК с учётом диагнозов пациентов, характера течения болезни, выраженности дефектной симптоматики и, что особенно важно, характера проводимой медикаментозной терапии.

Наиболее специфическим мероприятием в «терапии средой» является создание сплочённого коллектива больных с общими интересами: создание зоны настольных игр, обеспечение больных доступной литературой, вовлечение пациентов в общественно полезную деятельность (трудотерапия). Следует отметить, что пациенты в свободное время могут обратиться за художественной и популярной литературой, имеющейся в отделении, либо поиграть в шахматы. Также пациенты с удовольствием принимают участие в выращивании рассады цветов и в дальнейшем в высадке их на клумбы. В соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи в стационарных условиях для больных с психическими расстройствами психологи проводят организованные социально-психологические тренинги (индивидуальные и групповые формы), психокоррекционные мероприятия.

Необходимо отметить, что лечение с помощью терапевтической среды имеет две главные тенденции: создание как можно больше положительных влияний, которые действовали бы положительно на психику пациента, и устранение либо ограничение до минимума отрицательных влияний, нарушающих гармонические функции нервной системы. От успешности организации социально-средовой реабилитации зависит эффективность реабилитационных мероприятий и психореабилитационного процесса в целом.

Одной из главных задач психосоциальной реабилитации ставится определение психически больных пациентов, оказавшихся по какой-либо причине без места жительства и не имеющих близких родственников в социальные учреждения города и региона. В рамках психореабилитации оказывается регулярная консультативная поддержка семей, в которых один из ее членов страдает психическими заболеваниями.

Психосоциальная реабилитация – процесс сложный, длительный, требующий соблюдения основных принципов: оптимизма в отношении достижения результата, уверенности в том, что даже незначительное улучшение может привести к положительным изменениям и повысить качество жизни пациента, убеждённости, что мотивация к изменению своего положения может возникнуть не только благодаря специальным реабилитационным мероприятиям по отношению к больному, но и за счёт его собственных усилий.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ КАК ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Синкина О.А., Диц М.В.

ГБУЗ КО «Киселёвский психоневрологический диспансер», Киселёвск

Депрессия – это синдром, характеризующийся пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами.

В комплексном лечении больных депрессивными расстройствами применяются психотерапевтические методы воздействия, так как психотерапия обладает благоприятным лечебным воздействием на психику, весь организм и поведение человека в целом. Поскольку чувства и поступки человека, а также настроение в большинстве своём представляют собой результат его мыслей и убеждений, прежде всего необходимо изменить стиль и образ мышления, для чего нами разработана и реализуется психореабилитационная программа «Поверь в себя!», направленная на овладение навыками самообладания и саморегуляции, развитие адекватного отношения к собственной личности, и адаптированная к групповой работе с пациентами, страдающими депрессивными расстройствами.

Основные задачи программы определяются как проработка и устранение симптомов депрессивного состояния, формирование умения управлять выражением своих чувств и эмоциональных реакций, способствование осознанию своих позитивных жизненных целей. В основу составленных занятий заложены следующие принципы. Во-первых, дифференцированность лечения в зависимости от характера клинических проявлений, ведущей психопатологической симптоматики, клинической стадии заболевания. Во-вторых, комплексность терапии, подразумевающая сочетанное применение психотерапевтических, фармакотерапевтических и иных лечебных методов. В-третьих, адаптация программы к условиям жизнедеятельности пациентов.

Данная программа в Киселёвском психоневрологическом диспансере реализуется второй год. Основным контингентом участников являются пациенты с депрессивными расстройствами. Программа включает в себя 8 занятий длительностью по 60 минут (цикл обучения составляет один месяц с частотой два раза в неделю). Состав группы динамичный, количество не ограничено.

Группа комплектуется не на основании назначения лечащего врача, психологической диагностики, а на добровольной основе пациентов. Занятия проводятся в фиксированное время по окончании основных лечебных процедур. В ходе занятий проводится групповое психодиагностическое обследование для оценки уровней тревоги и депрессии («Госпитальная шкала HADS), тест на стрессоустойчивость Холмса и Рагге, опросник стиля поведения в ситуации конфликта по методу Томаса–Килмана. Индивидуально перед вовлечением в группу каждый пациент проходит психологическое обследование эмоционально-волевой сферы (тест Люшера).

Тематика занятий разнообразна по целям и содержанию: «Рисунок по кругу» (снятие психофизического напряжения и сплочение группы), «Откровенно говоря» (укрепление группового доверия к окружающим, создание атмосферы открытости), «Мои эмоции», «Я и мое здоровье», «Я и моё тело» (обучение способам выражения эмоций социально приемлемыми способами и методам выхода из стрессовых ситуаций), «Мир вокруг меня» (оказание помощи пациентам видеть, чувствовать, адекватно воспринимать других людей), «Я в конфликтных ситуациях» (овладение основами адекватного поведения в конфликтных ситуациях), «Слышать и слушать» (овладение методами активного слушания).

Большинство занятий посвящено овладению техниками самопомощи в острых стрессовых ситуациях, практическому применению активной стратегии решения проблем, повышению самооценки и увеличению уровня самоконтроля для формирования антидепрессивного стиля жизни. Используемые психотерапевтические методы разнообразны: кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама), когнитивная психотерапия, эмпатическое слушание, прием «когнитивного структурирования», психотехнические приёмы аутотренинга и др.

Оценивание результативности проведённых занятий даёт основание сделать выводы: групповое обучение по программе «Поверь в себя!» позволяет пациентам с депрессивными расстройствами не только общаться с психотерапевтом, но и обмениваться собственным, уникальным опытом преодоления стрессовых и депрессивных ситуаций и оказывать взаимоподдержку друг другу с сохранением индивидуального подхода.

Эффективность данной психореабилитационной программы оценивается на основании динамики повторных психодиагностических показателей. Анализ данных показал (реализация программы в 2017 г.), что у 23,4% пациентов достигнуто выздоровление, а у 54,5% – клиническое улучшение.

Таким образом, позитивная клиническая динамика отмечается

у 77,9% пациентов, страдающих депрессивными расстройствами. В 22,1% случаев клиническое состояние пациентов не претерпело существенных изменений, что свидетельствует о хронизации заболевания. В дальнейшем такие пациенты по добровольному согласию посещают прихоркоррекционные занятия у медицинского психолога. В целом полученные данные подтверждают эффективность разработанной и реализуемой психореабилитационной программы.

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ С КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

Смирнова Н.С., Счастный Е.Д.

Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Научно-исследовательский институт психического здоровья

Работа выполнена в рамках темы новой медицинской технологии «Технология персонализированной терапии депрессивных расстройств, связанных с утратой значимого близкого человека», реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья (одобрена Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья – протокол № 99 от 17.04.2017 г. Дело № 99/4.2017).

Нестабильность современного мира, катастрофические, непредсказуемые события часто приводят к снижению психологической устойчивости, депрессивным расстройствам, фрустрации базовой потребности в безопасности. Множество ученых занимаются проблемой психологической безопасности (Грачев Г.В., 1998; Дмитриевский Н.А., 2002; Непомнящий А.В., 2003; Иващенко Г.В., 2005; Краснянская Т.М., 2005; Баева И.А., 2006; Лызь Н.А., 2006; Эксакусто Т.В., 2008 и др.). Хронификация депрессивных состояний, рекуррентное течение побуждают к поиску новых форм диагностики и лечения с целью повышения эффективности оказываемой помощи. Нами начато поисковое исследование, направленное на выделение критериев психологической безопасности пациентов с расстройствами депрессивного спектра, имеющее клиническое, терапевтическое и прогностическое значение.

Цель исследования: выявление взаимосвязи уровня психологической безопасности с клинико-динамическими показателями расстройств депрессивного спектра.

Материал и методы. В исследование включены 40 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня. В обследуемой группе преобладали ($p < 0,01$) женщины – 80% ($n = 32$).

Средние значения возраста пациентов 45 лет (интерквартильная широта от 33 до 58 лет). Инструменты: шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI), шкала безнадежности Бека (Hopelessness Scale), шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера–Ханина; шкала базовых убеждений Р. Янов-Бульман (адаптация О. Кравцовой).

Результаты исследования. Обнаружены взаимосвязи между степенью тяжести расстройства депрессивного спектра и показателями психологической безопасности как в целом ($r=-0,69$; $p<0,05$), так и по отдельным шкалам: «ценность собственного я» ($r=-0,51$; $p<0,05$), «степень самоконтроля» ($r=-0,55$; $p<0,05$). Обнаружена корреляция между уровнями безнадежности и психологической безопасности по шкалам «контролируемость событий в мире» ($r=-0,39$; $p<0,05$), «осмысленность мира» ($r=-0,64$; $p<0,05$). В группе пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями выявлен ($p<0,05$) высокий уровень личностной тревоги по шкале самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина при сравнении с другими нозологическими группами.

Заключение. Тяжесть депрессивного расстройства может исказить представление пациентов о психологической безопасности. Чем тяжелее уровень депрессии, тем более выражено искажение образа собственного Я, с переживанием неадекватности, снижением веры в собственные силы контроля над событиями своей жизни. Люди с низким уровнем безопасности несут убеждение, что окружающий мир лишен смысла, события происходят случайно и не подчиняются законам справедливости, не верят в возможность как-то повлиять на свою жизнь, ощущают собственную беспомощность.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Сорокина В.А., Грачева Т.Ю.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, Кемерово

Психосоциальная реабилитация является важным видом психиатрической помощи. Национальный опыт многих стран показывает, что это направление является одним из наиболее активно развивающихся в современной психиатрии. Международные психиатрические организации (ВОЗ и др.) относят психосоциальную реабилитацию к приоритетному направлению помощи, приводя в качестве важного аргумента воз-

возможность позитивного корригирующего воздействия на многие области жизнедеятельности больного и его окружения (Ястребов В.С., 2012).

Несмотря на то что основными тенденциями психиатрии является смещение акцента в оказании помощи больным на внебольничные формы помощи, в нашей стране стационары остаются важным звеном в лечении психически больных. В психиатрических больницах сохраняется длительное пребывание пациентов на койке, высок удельный вес повторных госпитализаций. Стандарты оказания специализированной психиатрической помощи при различных нозологических единицах предусматривают сочетание медикаментозного лечения, психотерапии и психосоциальной реабилитации. Однако среди терапевтических методов преобладает медикаментозное лечение. Это не способствует эффективному лечению больных, подготовке их к жизни в сообществе, в семье, порождает высокий процент повторных госпитализаций, приводит к нерациональному использованию кадровых и финансовых ресурсов. ГОСТ Р52143-2013 определяет основные виды социальных услуг при социальном обслуживании населения. Но настоящий стандарт распространяется на социальные услуги, предоставляемые населению государственными, муниципальными и иными формами собственности учреждениями социального обслуживания. Для медицинских организаций, оказывающих социальную помощь больным, страдающим психическими расстройствами, подобный перечень услуг не утвержден.

На протяжении 3 лет в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице функционирует отделение психосоциальной помощи больным, страдающим психическими расстройствами. Отделение психосоциальной помощи является структурным подразделением психиатрической больницы, организующим взаимодействие медицинской организации с организациями социальной защиты населения и иными органами, организациями, физическими лицами, оказывающими социальные и государственные услуги. Разработаны положение об отделении психосоциальной помощи, должностные инструкции социальных работников. Руководитель отделения – заведующий, в штате отделения работает 10 социальных работников. Курирует работу данного подразделения заведующий организационно-методического отдела больницы. Цель создания отделения психосоциальной помощи – улучшение качества и доступности оказываемой психиатрической помощи, психосоциальной помощи пациентам, страдающим психическими расстройствами, для улучшения их социальной адаптации, ресоциализации, качества жизни и социального функционирования.

В соответствии с ГОСТом, утвержденным для учреждений социального обслуживания, был разработан перечень социальных услуг, учитывающий специфику психиатрической больницы и её пациентов:

- разработка и заполнение социально-юридической карты пациента;
- разработка индивидуального плана социальной реабилитации;
- участие в восстановлении социального статуса пациента (получение социальных льгот, восстановление на работе, оформление заявлений в суд, прокуратуру, пенсионный фонд, банк и другие органы);
- организация и проведение мероприятий, направленных на восстановление у пациентов навыков общения, межличностных отношений, участие в подготовке пациента к выписке из стационара к жизни в обычном социальном окружении;
- взаимодействие с социальными структурами области и города;
- выяснение личности неизвестных пациентов посредством оформления запросов в соответствующие службы УВД;
- оформление и сбор документов для восстановления паспортов по утрате (хищение), получение новых паспортов, дубликатов свидетельств о рождении;
- регистрация пациентов по месту жительства и месту пребывания (постоянного, временного);
- участие в составлении актов социально-бытового обследования;
- подготовка документов для формирования и перевода пенсии, отчетов в Пенсионный фонд, налоговую инспекцию, другие государственные органы;
- подготовка документов для оформления пациентов в психиатрический интернат;
- получение страховых полисов, пенсионных удостоверений, страхового номера индивидуального лицевого счета (СНИЛС), индивидуального номера налогоплательщика;
- запрос справок о судимости;
- получение справок из Росреестра на недееспособных пациентов;
- оформление и получение средств ухода и реабилитации для пациентов;
- открытие сберкнижек с согласия пациента;
- восстановление справок медико-социальной экспертизы;
- запрос справок о размере пенсии и ежемесячных денежных выплат пациента для постановки на очередь в интернат;
- восстановление решений суда о лишении дееспособности пациента;
- взятие разрешения о помещении недееспособного пациента в интернат;

- оплата госпошлин за получение паспорта и других государственных пошлин;
- приобретение по заявкам пациентов продуктов питания и вещей на средства пациентов.
- оплата квартплаты по просьбе пациента стационара.

Для планирования, анализа, контроля и учета социальных услуг нами были разработаны социально-юридическая карта пациента, Положение о денежных средствах и материальных ценностях пациента, форма ежемесячного отчета социального работника.

В результате работы сотрудников отделения психосоциальной помощи в течение трех лет заполнены 1 283 социально-юридические карты пациента, на основе которых разработаны индивидуальные программы психосоциальной реабилитации, оформлено и переведено 175 пациентов в стационарные учреждения социального обслуживания, организовано проведение групповых занятий по обучению (восстановлению) социальных, бытовых и гигиенических навыков; организована работа с пациентами в тренинговой кухне, библиотеке больницы, проведено 27 культурно-массовых, спортивных мероприятий и благотворительных акций, ежедневно более 100 пациентов больницы посещают лечебно-трудовые мастерские.

Эффективность и качество проведенной с пациентами психосоциальной работы оценивались в динамике с использованием следующих психодиагностических методик: 1) Шкала общего клинического впечатления о тяжести нарушений (CGI-S, CGI-I); 2) Шкала оценки позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS); 3) Опросник, разработанный сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева, на базе инструментов ВОЗ КЖ-100 и КЖ-СМ.

Таким образом, очерчен круг проблем, ограничивающих оказание психосоциальной помощи пациентам психиатрической больницы: отсутствие подготовленных для работы с психически больными пациентами социальных работников; подготовка «под себя» имеет большой процент отсеивания – до 50% устроившихся работников увольняются до достижения стажа работы 1 год; отсутствие возможности финансировать социальные потребности пациентов (например, кухня для отработки социальных навыков, восстановление паспортов, запрос различных справок и документов, материально-техническое оснащение лечебно-трудовых мастерских, оборудование спортивных площадок, комнат отдыха и досуга); отсутствие дипломированных специалистов по социальной работе.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

**Сорокина В.А., Басаргина Л.А., Брусенская М.А.,
Милехина И.Э., Пчелкова К.А.**

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Особым достижением современной медицины является увеличение средней продолжительности жизни. Сложившаяся в мире, в том числе и России, демографическая тенденция к заметному росту в обществе числа пожилых людей приводит в действие целый ряд социально-экономических и биологических факторов, определяющих состояние психического здоровья человека. 23 октября 2016 г. в Самаре состоялось Всероссийское совещание «Герiatricческая служба в Российской Федерации: первые итоги и ближайшие перспективы». В нем приняли участие представители Минздрава России, руководители органов государственной власти субъектов Российской Федерации, главные внештатные специалисты субъектов Российской Федерации по гериатрии, психиатрии, паллиативной помощи.

Заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации Татьяна Яковлева сообщила участникам, что в 2016 г. Правительством Российской Федерации была принята стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 г., приоритетным направлением которой является обеспечение здоровья людей пожилого возраста и повышение уровня качества жизни для пожилых людей.

29 января 2016 г.. Приказом МЗ РФ № 38н был утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». В соответствии с данным порядком медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается при взаимодействии врача-гериатра с врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами по медицинской реабилитации, врачами по лечебной физкультуре, врачами-физиотерапевтами, а также иными врачами-специалистами и работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре). Возможно, под формулировкой «иными врачами-специалистами» имеются в виду врачи-психиатры и психотерапевты?

В приказе отмечено, что при организации гериатрических центров в структуре Центра рекомендуется предусматривать: организационно-методический отдел, гериатрическое отделение, отделение пал-

лиативной медицинской помощи, терапевтическое отделение, кардиологическое отделение, отделение эндокринологии, неврологическое отделение, хирургическое отделение, кардиохирургическое отделение, отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, отделение травматологии и ортопедии, урологическое отделение, гинекологическое отделение, отделение анестезиологии-реанимации, офтальмологическое отделение, стационарное оториноларингологическое отделение, психотерапевтическое отделение, стационарное отделение медицинской реабилитации, амбулаторно-поликлиническое отделение.

Более об участии врачей-психиатров в Порядке не упоминается, но если мы обратимся к порядку оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, то увидим, что психиатрическая помощь в условиях психиатрической больницы в том числе оказывается и в соматogerиатрических отделениях. При этом нет рекомендуемых штатных нормативов и рекомендуемого оснащения данных подразделений психиатрических больниц. Медицинская помощь в психиатрических медицинских организациях лицам старше трудоспособного возраста, страдающим психическими расстройствами, оказывается врачами-психиатрами. Специальности gerиатрический психиатр или gerонтопсихиатр официально не существует. В связи с этим нормативно-правовая база, регламентирующая оказание gerиатрической помощи пациентам старше трудоспособного возраста, страдающим психическими расстройствами и расстройствами поведения, нуждается в значительной доработке.

Вряд ли имеется другая отрасль клинической медицины, в которой возрастные закономерности имели бы такое значение, как в психиатрии (С.Г. Жислин). Перед психиатрами стоит задача большой социальной важности – продление возможности трудовой и общественной деятельности людей пожилого и позднего возрастов, чтобы годы старости не стали для них и их близких людей непосильным грузом печали, уныния, беспомощности (В.Я. Семке).

Численность населения Кемеровской области в 2017 г. составила 2 миллиона 708 844 человека. Лиц трудоспособного возраста насчитывается 62,5% населения. Каждый третий (или 866 тысяч человек) является пенсионером, численность жителей пенсионного возраста ежегодно растет на 0,3%.

В Кемеровской областной клинической психиатрической больнице в 2005 г. функционально выделен Gerиатрический психиатрический центр, в состав которого входит специализированный gerиатрический кабинет на 30 посещений в смену и 2 соматogerонтопсихиат-

рических отделения на 130 коек. За специализированной психиатрической помощью в 2017 г. обратилось 5010 граждан в возрасте 65 лет и старше. Число обратившихся пациентов ежегодно растет. За последние 5 лет рост обращаемости составил 28,7%. Среди обратившихся за медицинской помощью в гериатрический кабинет 24,0% больных страдали деменцией вследствие смешанных заболеваний головного мозга, 27,0% – сосудистой деменцией, 28,0% – болезнью Альцгеймера, 15,0% – органическим непсихотическим психическим расстройством, 6,0% – органическими, сосудистыми психозами.

За последние 2 года увеличилось число пожилых пациентов, направляемых из различных медицинских организаций Кемерово и области для выявления степени когнитивных расстройств при направлении на МСЭ непсихиатрического профиля. Зачастую для осмотра таких пациентов приходится выезжать на дом в связи с их тяжелым соматическим состоянием. В 2017 г. на дому было осмотрено 535 таких пациентов. При этом выявлены тяжелые деменции с выраженными неврологическими нарушениями. Из них 85 больных было направлено на МСЭ психиатрического профиля.

Из обратившихся в 2017 г. в гериатрический кабинет 305 пациентов были направлены на стационарное лечение в соматогеронтопсихиатрические отделения психиатрической больницы. Показаниями для госпитализации были: состояния психомоторного возбуждения с бредовыми идеями ущерба, отношения, преследования, сопровождающиеся сенестопатиями, вербальным галлюцинозом и асоциальным поведением; делириозные расстройства, связанные с тяжелой соматической и неврологической патологией, алкоголизмом, полипрагмазией; инволюционный паранойд; хронический истинный вербальный галлюциноз; тактильный галлюциноз.

Кроме диагностики и лечения психических расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста врачу-психиатру гериатрического кабинета приходится решать массу социальных вопросов: освидетельствования для решения вопросов стойкой трудоспособности при оформлении в стационарные социальные учреждения, при совершении имущественных сделок, при оформлении льгот на получение средств реабилитации и жилья; осуществлять межведомственное взаимодействие со службами социальной защиты и правоохранительными органами.

Таким образом, гериатрическая психиатрия в ближайшей перспективе станет центральным разделом психиатрии будущего. Психиатры должны быть готовы к тому, что число пожилых лиц среди всех психически больных значительно увеличится. А пожилой пациент – это

не просто хронологически более старый пациент, он значительно отличается большей болезненностью, плохой переносимостью фармакотерапии, резистентностью к терапии и необратимостью инволюционных процессов в организме. В этой связи появляется необходимость дополнительного обучения врачей общей практики и психиатров по программам гериатрической психиатрии. Оказание помощи человеку на завершающем этапе его жизни должно быть направлено не на излечение от старческих недугов, а на улучшение эмоциональной и физической составляющих аспектов его жизни.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУДИОВИЗУАЛЬНЫХ АППАРАТНЫХ ПРОГРАММ И МЕТОДОМ БИОЛОГИЧЕСКИ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ

**Старостенко С.И., Лаврентьева Т.В., Кулебакина С.Ф.,
Нохрина Т.Н., Ларина И.А., Митрофанова В.Ф.**

ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Напряженный ритм жизни, мировая тенденция глобализации и перенос ответственности с государства и «партии» с её руководящей ролью за судьбу конкретного человека непосредственно на личность, нестабильная экономическая ситуация часто приводят к неуверенности в завтрашнем дне. Что в свою очередь наряду с другими причинами обуславливает развитие депрессивных и тревожных расстройств. Доля психических расстройств в общей структуре заболеваемости увеличивается и колеблется, по данным различных исследований, от 18% до 6%. В том числе с высокой частотой встречаются тревожные (5–10%) и депрессивные (8–15%) расстройства. По данным ВОЗ, депрессия сегодня входит в пятерку самых распространенных заболеваний. ВОЗ прогнозирует, что в связи с экономическими кризисами, увеличивающейся психологической нагрузкой депрессивные расстройства через несколько десятилетий выйдут на первое место.

Целью исследования явилось изучение эффективности «аппаратных» психотерапевтических методов (аудиовизуального комплекса и метода биологически обратной связи) в лечении депрессивных и тревожных расстройств, их место в общей терапевтической структуре.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 129 больных, находившихся на стационарном лечении и диспансерном наблюдении и лечении в ГКУЗ КО ЛКПБ в 2015–2017 гг. Все пациенты проходили психологическое обследование.

В рамках психологического исследования в целях оценки степени расстройств применялись следующие методики: опросник депрессивного состояния Зунга, Госпитальная школа тревоги и депрессии (HADS) A.S. Zigmond и R.P. Snaithe (1983); восьмицветовой тест М. Люшера, клиническая беседа и наблюдение. Психокоррекционная работа проводилась современными аппаратными психотерапевтическими методами с использованием аппаратов «50С-ЛАБ», «Диснет», «Стабилон».

Обсуждение результатов: в исследовании участвовали пациенты, у которых одним из ведущих симптомов в клинической картине были депрессивные или тревожные расстройства. От всех пациентов было получено информированное согласие на участие в психотерапевтической работе: основная группа – 88 чел., контрольная группа – 41 пациент.

Т а б л и ц а 1

Распределение пациентов по гендерному и возрастному факторам

Пол	Получали терапию	Контрольная группа	До 30 лет		30–50 лет		Старше 50 лет	
Женщины	74	31	8	6	23	8	43	17
Мужчины	14	10	3	3	4	3	7	4

Число женщин, принявших участие в исследовании, значительно превышает количество мужчин. Это связано, прежде всего, с особенностями организации стационарной помощи в ГКУЗ КО ЛКПБ.

В мужском отделении 35% коек занято больными, находящимися на принудительном лечении, и более 10% коек предназначено для пациентов, обследуемых по линии ГVK. У большинства остальных больных, находящихся на стационарном лечении, ведущими синдромами являются бредовые и галлюцинаторно-бредовые со значительными психопатическими проявлениями, у этих больных применение психотерапевтических методик представляет значительные затруднения. У мужчин тревожные и депрессивные расстройства встречаются реже, а также в силу неблагоприятной терапевтической обстановки в отделении они предпочитают получать помощь в диспансерных условиях.

Пациентам, участвующим в исследовании, наряду с психофармакотерапией применялись психотерапевтические методики, в контрольной группе проводилось только медикаментозное лечение.

Психокоррекционная работа занимала 7–14 сеансов. У пациентов с диагностированными легкими депрессивными расстройствами значительное улучшение отмечалось уже после пятого сеанса коррекционных занятий, на занятия пациенты приходили бодрыми и веселыми, проявляли интерес к выполнению занятий.

Тяжесть расстройств коррелировала с длительностью проведения

психотерапевтических мероприятий. Это связано с тем, что по достижении терапевтического эффекта больные выписываются для амбулаторного лечения и прекращают регулярно посещать терапевтические занятия. Пациенты с более тяжелыми тревожно-депрессивными расстройствами проходят длительное лечение и более продолжительные занятия с использованием аппаратной психотерапии.

Данные психологических обследований до и после проводимой терапии представлены в таблицах:

Т а б л и ц а 2

Показатели по опроснику депрессивного состояния по Зунгу

Показатель	До коррекции				После лечения			
	ПФТ + ПТ		ПФТ		ПФТ + ПТ		ПФТ	
Норма (меньше 50 баллов)	-	0%	-	0%	59	72%	23	70,4%
Легкая депрессия (50–59 баллов)	39	44,4%	12	36%	15	18,2%	4	13%
Умеренная депрессия (60–69 баллов)	30	34%	11	35%	4	4,9%	3	10%
Тяжелая депрессия (больше 70 баллов)	19	21,6%	8	29%	4	4,9%	2	6,6%

6 человек, начавших лечение, и 1 пациент из начальной группы не прошли обследование перед выпиской, так как были выписаны в другие терапевтические стационары или по семейным обстоятельствам, не успев завершить лечение.

Т а б л и ц а 3

Показатели по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS)

Показатель	Тревога				Депрессия			
	До лечения		После лечения		До лечения		После лечения	
	ПФТ + ПТ	ПФТ	ПФТ + ПТ	ПФТ	ПФТ + ПТ	ПФТ	ПФТ + ПТ	ПФТ
Норма (0–7 баллов)	-	-	58 70%	19 61,2%	-	-	62 75,6%	23 76,6%
Субклиническая (8–10 баллов)	40 45,5%	12 38,8%	24 30,0%	12 38,8%	39 44,3%	16 51,6%	12 14,6%	4 13,3%
Выраженная (более 11 баллов)	48 54,5%	19 61,2%	-	-	49 55,7%	15 48,4%	8 1,8%	3 10,0%

Согласно данным приведенных таблиц корреляционной связи (табл. 2, 3) между проведением аппаратной психотерапевтической коррекции и послаблением тревожно-депрессивной симптоматики обнаружено не было.

Это связано с тем, что повторное обследование проводилось не через определенное время, а перед выпиской, когда в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи какие бы методы в процессе терапии не использовались, необходимо достигнуть результата. Необходимо отметить, что пациенты, у которых по шкале HADS после лечения отмечались выраженные или субклинические депрессивные проявления, в группе лиц, получавших психотерапевтическую помощь, 14 из 20 отметили значительное улучшение самочувствия (70%), в контрольной группе пациентов, получавших только медикаментозное лечение, заметное улучшение обнаружено у 3 из 7 (43%). Кроме того, 82 пациента, получавших психотерапию, провели в отделении 2017 койко-дней, средний койко-день составил 24,6. Пациенты контрольной группы (30 человек) провели в стационаре 924 койко-дня, средний койко-день составил 30,8. В среднем при терапии с использованием аппаратных методов терапевтическая ремиссия, позволяющая выписывать больного из отделения для продолжения поддерживающего лечения в диспансере, наступает на 6 дней раньше, что дает значительный экономический эффект.

Вывод. Оценивая результаты исследования, сделан вывод, что психотерапевтическая работа, в том числе с использованием аппаратных методик, является важной составляющей лечения. Она ускоряет достижение ремиссии и дает большой экономический эффект.

АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИ- ЗИРОВАННОГО ТИПА (ОЦЕНКА РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА)

Стрельченко М.С.

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

На протяжении длительного времени актуальность проблемы агрессивного поведения не снижается, так как количество больных с повторными общественно опасными действиями (ООД) остается стабильным на протяжении ряда лет и составляет примерно 30% от числа поступающих на принудительное лечение (ПЛ). В совместном исследовании О.А. Макушкина, К.А. Буравцов и М.Ю. Дурнева (Обзор психиатрии и медицинской психологии 2017, № 1, стр. 45–52) выявили клинико-социальные характеристики пациентов, длительно находящихся на стационарном принудительном лечении, и особенности их агрессивного поведения.

Нозологическая структура психических расстройств у таких больных представлена в основном шизофренией с непрерывным типом течения заболевания и органическими психическими расстройствами. К их клинко-психопатологическим особенностям могут быть отнесены: раннее начало заболевания, наличие зависимости от алкоголя и наркотических средств, большое количество перенесенных экзогенных вредностей, трансформация ведущего синдрома за период ПЛ с психотического уровня на дефицитарный с появлением группы пациентов, беспомощных по психическому состоянию в силу наличия слабоумия либо выраженного апатоабулического дефекта.

В криминологическом плане этих больных отличают насильственный характер совершенных опасных действий, высокая повторность привлечения к уголовной ответственности. Клинико-социальными факторами, оказывающими влияние на продолжительность ПЛ, являются частые эксацербации болезненного процесса с присоединением грубых поведенческих нарушений; сохраняющиеся агрессивные тенденции; отсутствие приверженности лечению; выраженная трудовая и семейная дезадаптация; отсутствие жилья; необходимость постороннего ухода и беспомощность по психическому состоянию при отсутствии родственных связей. Указанные признаки определяют длительные сроки нахождения пациентов в отделениях, где исполняются принудительные меры медицинского характера (ПММХ). Определение потенциальной общественной опасности больного и риска возникновения агрессивного поведения должно быть комплексным с использованием многоосевого принципа с систематизацией факторов риска опасного поведения по нескольким основаниям – клинические, личностные, патопсихологические, социальные и адаптационные.

Тест Руки Вагнера может применяться в качестве дополнительного диагностического инструмента оценки агрессивности у лиц, находящихся на принудительном лечении, с целью определения потенциального риска агрессии. В настоящее время изученные клинко-психопатологические особенности агрессивного поведения у лиц, находящихся на принудительном лечении, хотя и изучены в достаточной степени, однако современные требования к развитию психиатрии требуют расширения границ исследуемой области.

Для оценки риска агрессивного поведения видится целесообразным использовать методику, которую представили в своей работе о нейрофизиологических эндофенотипах шизофрении А.В. Киренская, З.И. Сторожева, А.А. Ткаченко (Нейрофизиологические эндофенотипы шизофрении как инструмент для изучения внимания и контроля поведения).

В своей работе они исследовали нейрофизиологические эндофенотипы, характеризующие особенности процессов внимания и обработки информации (предстимульная модификация акустической стартовой реакции (АСР) и торможение вызванного потенциала P50), а также произвольного контроля поведения, связанного с функцией лобной коры (тесты с антиссакадами).

Так, исследования в модели предстимульной модификации АСР выявили у больных шизофренией (диагноз F20 по МКБ-10) следующие особенности обработки сенсомоторной информации: возрастание базового латентного периода АСР, регистрируемое биолатерально и свидетельствующее о снижении скорости сенсомоторных процессов; нарушение фильтрации сенсомоторной информации (предстимульного торможения АСР) на стадии предвнимания и раннего внимания; снижение устойчивости внимания к индифферентным стимулам. Кроме того, в своей работе для оценки прогностической валидности выбранных биомаркеров и их комплексов авторы применяли метод бинарной логистической регрессии, который позволяет вычислить вероятность принадлежности отдельного испытуемого к группе риска по формуле:

$$y = \exp(A + b_1 * x_1 + \dots + b_n * x_n) / [1 + \exp(A + b_1 * x_1 + \dots + b_n * x_n)]$$

Для дальнейшей обработки получаемых данных при использовании модели нейрофизиологических эндофенотипов нам видится перспективным применение математической теории игр (ТИ). Базовым понятием ТИ является стратегия – имеющиеся в распоряжении варианты выбора, определяющие долгосрочный план действий. В качестве основных функций ТИ можно выделить: 1) объяснение – когда ситуация требует взаимодействия большого числа разных факторов, которые могут привести к разным ситуациям, ТИ часто дает ключ к пониманию ситуации; 2) прогнозирование – упреждающий анализ ситуаций, в которых несколько факторов будут поддерживать стратегическое взаимодействие, позволяет использовать ТИ, чтобы спрогнозировать, какие действия и к каким последствиям они приведут; 3) рекомендации – объясняющие, какие стратегии с большей вероятностью обеспечат хорошие результаты, а какие, скорее всего, приведут к катастрофе.

Таким образом, агрессивное поведение у пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа, имеет специфические особенности в зависимости от тяжести и характера психического расстройства. Знание причин и механизмов возникновения агрессивного поведения необходимо как для предупреждения нежелательного поведения пациентов, так и для выбора коррекционного подхода с целью преодоления агрессивного поведения в качестве реакции на различные воздействия извне или на

собственное внутреннее состояние. Применение нейрофизиологических методов для определения риска возникновения агрессивного поведения в данном свете видится весьма перспективным. Однако для определения степени значимости каждого нейрофизиологического маркера и в последующем принятия верного клинического решения требуется внятная математическая модель, для создания которой может послужить математическая теория игр.

В настоящее время как для определения нейрофизиологических маркеров, так и для подбора адекватной математической модели требуется дальнейшее более глубокое и детальное изучение, и лишь в последующем их можно будет внедрить в повседневную рутинную работу для оценки риска и, как следствие, профилактики агрессивного поведения у лиц, находящихся на принудительном лечении.

ЭКСПЕРТИЗА СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПО МАТЕРИАЛАМ РАБОТЫ МУЖСКОГО БЛОЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**Устьянцев Д.Г., Буланова Я.В., Зерникова А.А.,
Серебренникова А.В., Устьянина Ж.Г.**

*ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»,
Кемерово*

Актуальность. Психические заболевания особенно глубоко и своеобразно нарушают трудовую деятельность человека. В одних случаях это связано с высокой утомляемостью или нарушениями темпа психических процессов. В других случаях утрачивается способность овладевать новыми знаниями, навыками и умениями, пользоваться прошлым профессиональным опытом. Наконец, нередко нарушаются не только отдельные психические качества, но изменяется личность в целом, разрушаются или ослабевают социальные и психологические связи с обществом, трудовая направленность, способность ставить определенные цели и задачи, так как изменяются мотивы, стремления и установки личности.

Цель исследования: обработка данных по пациентам, представленным на ВК для направления на МСЭ. Определение точек конфликта между решением ВК и решением МСЭ.

Материал исследования. Нами изучены медицинские документы 104 пациентов, которые проходили обследование перед направлением на МСЭ за 2016 г. За текущий период проведены 104 врачебные комиссии для определения показаний для представления на МСЭ.

Результаты исследования. Исследование показало, что на МСЭ в преобладающем большинстве направляются мужчины активного трудоспособного возраста 18–35 лет (54,8%). Основная нозологическая единица – это заболевания шизофренического спектра (53,8%). С более высокой частотой на обследование были направлены неработающие граждане (39,4%), хотя официально в центре занятости населения был зарегистрирован всего 1 пациент. Представлялись на ВК с целью первичного выхода на инвалидность 54 человек (52,1%), на очередное переосвидетельствование – 34 человека, для перевода из детской группы наблюдения – 12 человек (11,4%), повторно после отказа МСЭ – 4 пациента (3,8%). Было рекомендовано представить на МСЭ стационарно 31 человек (32,6%), после выписки из стационара амбулаторно 65 пациентов (67,4%).

Т а б л и ц а 1

Решение врачебной комиссии

Рекомендовано	Количество	%
Первая группа	11	10,6%
Вторая группа	67	64,4%
Третья группа	10	9,6%
Ребенок-инвалид	7	6,7%
Не выявлено показаний	9	8,7%
Всего	104	100%

Т а б л и ц а 2

Решение МСЭ

Решение	Количество	%
Группа инвалидности не определена	<u>20</u>	<u>23,2%</u>
Определена ниже	<u>26</u>	<u>30,2%</u>
Определена выше	<u>2</u>	<u>2,4%</u>
Определена в соответствии с ВК	38	44,2%
Всего	86	100%

Обсуждение результатов. По данным исследования конфликт ВК и МСЭ в отношении определения группы инвалидности составил 55,8% случаев, а в отношении диагноза расхождения имелись в 11,6% случаев, в основном не в пользу пациента, лишь в 2 случаях (2,4%) решением МСЭ группа инвалидности была определена выше, чем по ВК. Настораживает изменение диагноза на МСЭ у 10 человек, в том числе изменение умственной отсталости умеренной на легкую степень, в то же время есть случаи когда на МСЭ меняют нозологическую принадлежность: к примеру, диагноз шизофрении изменяется на умственную отсталость.

МСЭ в обратных талонах с отказом об определении группы инвалидности не указывает конкретную причину отказа, что ставит в затруднение врачей, заполнявших направление. Особенно если имеется незначительный дефект по заполнению посылного листа, когда решить вопрос можно оперативно.

Анализ показывает, что наиболее частыми дефектами работы МСЭ являются недостаточный учет особенностей клинического течения, стадии заболевания, компенсаторных образований и социальных критериев инвалидности. Правильное заполнение данной формы имеет большое значение, так как специалисты учреждений медико-социальной экспертизы прежде всего руководствуются данными, содержащимися в форме № 088/у-06. Следует учитывать, что на МСЭ пристальное внимание обращается на 3 вида реабилитации: трудовую, социальную, лечебную, т.е. эти разделы следует по отдельности описывать в строке 22.

Выводы. Расхождения между рекомендациями ВК и решением МСЭ слишком велики, что недопустимо. То же касается и изменения диагнозов, которое недопустимо тем более. Следует обратить внимание на направляемых на обследование пациентов, лишь 1 пациент из 104 состоял на учете в территориальном ЦЗН, а фактически не работали 41. Возможно, ряду пациентов необходимо перед направлением на обследование рекомендовать встать на учет в центр занятости с последующим, если пациент не трудоустроится, предоставлением объективных сведений из ЦЗН о причинах его трудовой несостоятельности. Следует учитывать, что направление на МСЭ должно иметь не только описательный, но и доказательный характер.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ В ГРАЖДАНСКИХ ДЕЛАХ ПО ПРИЗНАНИЮ СДЕЛКИ НЕДЕЙСТВИТЕЛЬНОЙ

Харитонов Н.К., Королева Е.В., Рахманов А.Б.

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва

Важность изучения проблемы несделкоспособности у лиц с синдромом зависимости от алкоголя определяется его значительной распространенностью, выраженным полиморфизмом клинических проявлений, а также сложностью экспертной оценки психических расстройств у лиц, совершивших сделки.

Трудность проведения экспертизы обусловлена рядом факторов, в первую очередь малым объемом объективных сведений, необходимостью ретроспективного анализа состояния лица в отдаленный временной интервал, недостаточностью доказательной базы, личностными характеристиками больных с анозогнозией и склонностью искажать факты. Вынесение и обоснование экспертного решения основывалось на анализе закономерностей течения алкогольной зависимости, описании соматоневрологического состояния лица врачами общего профиля с учетом уровня социальной адаптации. Информация, содержащаяся в документах из психиатрических и наркологических медицинских учреждений, была малоинформативной, не содержала клинического описания психического состояния, также больные отказывались от посещения врачей, не выполняли терапевтических назначений в связи с выраженной дезадаптацией и нарушением критической оценки своего состояния. Значительную сложность представляет определение мотивации сделки, поскольку профессиональные и социальные трудности и неупорядоченность в материальных проблемах могут быть обусловлены не столько психопатологическими проявлениями, сколько личностью больного.

Для вынесения экспертного решения о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими большое значение имеет неблагоприятное течение алкогольной зависимости и наличие состояния запоя на период оформления сделки. Из социально-психологических факторов, свидетельствующих о злокачественном течении синдрома зависимости от алкоголя и влияющих на вынесение экспертного заключения, можно отметить: воспитание в семье, где родители злоупотребляют алкоголем, низкий образовательный уровень, неблагоприятную динамику трудовой деятельности, семейную дезадаптацию, что, в свою очередь, приводило к хронической стрессовой ситуации, характеризующейся низким социально-экономическим уровнем, зависимостью от асоциального окружения и отсутствием социальной поддержки.

Специфичность социального снижения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя во многом связана с личностными расстройствами, а также с изначальным интеллектуальным уровнем и характером трудовой деятельности. Большую важность представляет дифференцированный подход, поскольку снижение трудовой адаптации может зависеть не только от психопатологических расстройств, но и жизненных установок. В то же время состояние запоя определяет изменение жизненного стереотипа, однако при определенных условиях больной может быть формально трудоустроен и выполнять некоторые привычные

профессиональные действия. При оценке уровня социального функционирования следует отметить, что у лиц, в отношении которых было вынесено экспертное решение о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими, в период заключения сделки нарушалось межличностное взаимодействие, что связано с отсутствием критической оценки поступков окружающих, мотивов их поведения, чрезмерной зависимостью от них. Характерной особенностью являлось нарушение контакта с социальным окружением, больные полностью прекращали общение с родственниками, либо отношения с близкими были конфликтными, зачастую они совместно злоупотребляли алкоголем. Типичным было формирование асоциального окружения, случайные знакомства с лицами, злоупотребляющими алкоголем и ведущими асоциальный образ жизни.

В подавляющем большинстве случаев заключение сделки, которая в последующем была признана недействительной, осуществлялось на фоне резкого усиления злоупотребления алкоголем, обусловленного социально-психологическими и клиническими факторами, либо в состоянии запоя. Характерным было возникновение спровоцированного неблагоприятными социальными и психогенными факторами структурно-динамического сдвига, который сопровождался депрессивными реакциями и усилением злоупотребления алкоголем. В структуре запоев отмечались чередование периодов интоксикации и абстинентных проявлений, импульсивное влечение к алкоголю, нарушения сна с изменением режима сна и бодрствования и кошмарными сновидениями, микроделириозными включениями.

Дифференцированный характер экспертного решения зависит от прогрессивности заболевания, стадии на период заключения сделки, выраженности когнитивных, эмоционально-волевых и личностных расстройств, нарушения критической и прогностической функций. Анализ психопатологических расстройств, оказывавших непосредственное влияние на вынесение экспертного решения о невозможности понимать значение своих действий и руководить ими, позволил выявить специфические психопатологические феномены в их структуре. Клинические проявления когнитивных расстройств, влияющих на вынесение экспертного решения, характеризуются нарушением способности использовать запас знаний и жизненного опыта, адаптировать их к изменяющимся условиям, соотносить с реальной ситуацией, усваивать новую информацию. Специфичным было нарушение способности к конструктивному планированию и формированию, осмыслению цели своей деятельности. Отмечались нарушения мышления в виде стереотипизации, ригидности, ухудшения связности и последовательности,

а также выраженная ситуативность мышления. Ведущим было прогрессирующее нарушение функций памяти, в первую очередь кратковременной, снижение интеллектуальных функций, нарушение целостной структуры интеллектуальных функций, т.е. процесса восприятия, переработки, фиксации и сопоставления с предыдущим опытом вновь поступающей информации. Имелось выраженное снижение функций прогноза, при этом не оценивались ни социальные, ни правовые последствия сделки; нарушение способности критически оценивать действительность и собственное состояние. Большую экспертную значимость имели эмоциональные, волевые и личностные расстройства с глубокой перестройкой мотивационно-смысловой деятельности, когда сиюминутное стремление во что бы то ни стало выпить становилось более значимым, чем жизненно важные обстоятельства; патологическое импульсивное влечение к алкоголю, которые определяли на фоне состояния интоксикации структуру деятельности больного и мотивацию поведения, при этом нарушался контроль за осуществлением сделки, сопоставление результатов с намерением.

Таким образом, основными клиническими проявлениями, определяющими экспертное заключение о несделкоспособности лица, являлись нарушение критической способности оценивать свое состояние и ситуацию по заключению сделки, усваивать новую информацию, ориентироваться в изменяющейся ситуации, понимать особенности межличностных отношений и свою роль в происходящих событиях. Также вынесение экспертного решения основывается на совокупности взаимосвязанных психопатологических феноменов, лежащих в основе патологической мотивации сделки, нарушающих способность к осознанной целенаправленной регуляции поведения и оценке при заключении сделки и соотнесения его с изменяющимися обстоятельствами, нарушением прогноза её социальных и правовых последствий.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА БАЗЕ ГКУЗ КО ЛКПБ

Черникова Т.Н., Кулебакина С.Ф., Старостенко С.И.

ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Состояние психического здоровья детей и подростков – приоритетное направление современного здравоохранения и во многом определяет качество будущей жизни ребенка и его поведение. Основная задача диспансеризации – ранняя диагностика и лечение заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья детей.

Раннее выявление психических нарушений при проведении диспансеризации позволяет на ранних этапах осуществлять лечебно-реабилитационную работу.

Профилактика психических нарушений в населении должна включать просветительскую работу в образовательных учреждениях: обучение учителей и школьных психологов выявлению признаков депрессии и стрессовых состояний (профилактика детских суицидов), патологической агрессивности (профилактика общественно опасных действий), игровой зависимости и других состояний, имеющих социально значимые последствия.

При выявлении детей с отклонениями в развитии им оказывается лечебно-диагностическая помощь, проводится совместная реабилитационная работа совместно с медицинскими психологами. Дети направляются на психодиагностическое исследование, психокоррекцию и реабилитацию к медицинским психологам.

Материал исследования. За 2015 г. всего проведено обследований 5 276 детей и подростков, проходивших диспансеризацию в ГКУЗ КО ЛКПБ на базе диспансерного отделения. Из них осмотрено 3 852 детей и 1 424 подростков. Те или иные психические расстройства выявлены у 146 человек, что составляет 2,8% от всех осмотренных.

Большинство составляют дети с непсихотическими расстройствами – 63 человека (43% от всех осмотренных). В том числе диагностированы: органические непсихотические расстройства – 18%; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – 14,5%; аффективные непсихотические расстройства – 1,5%; расстройства поведения, социализированное и несоциализированное расстройство – 9%. Задержка речевого и интеллектуального развития выявлена у 43 человек (0,8%), умственная отсталость – у 28 (0,5%), психотические расстройства – у 12 (0,2%), органические непсихотические расстройства – у 7, шизофрения – у 2, аутизм – у 3.

Совместно с врачом-психиатром в работе по профилактике, реабилитации и психокоррекции участвовал и медицинский психолог. Использовались современные методы психокоррекции, метод биоуправления с обратной связью на аппарате «Стабилан 01-2». Такие тренировки позволяли создать правильные двигательные привычки, привести мышцы в тонус, улучшить работу вестибулярного и зрительного аппарата, укрепить иммунитет. Лечению на стабилонплатформе успешно поддавались дети с синдромом гиперактивности, дефицитом внимания, нарушением эмоционально-волевой сферы, легкими когнитивными расстройствами, органическими нарушениями ЦНС, мышечной слабостью, социализированным расстройством поведения, стрессом.

Биоуправление позволяет корректировать имеющиеся двигательные навыки и реализовать потенциальные возможности у детей. В некоторых случаях возможно формирование ранее не существовавших навыков и умений. Основные противопоказания к применению данного метода связаны с трудностями восприятия пациентом внешних сигналов об активности контролируемой функции, обусловленными особенностями нервной деятельности. Также учитывались уровень интеллектуального развития и психоэмоционального состояния, возраст ребенка, наличие у него психических расстройств.

Было выявлено и направлено к медицинскому психологу 63 ребенка, из них 11 подростков в возрасте от 14–16 лет, 52 ребенка в возрасте 5–13 лет. При проведении исследования были изучены психолого-педагогические характеристики с помощью психологических методик. Осуществлялся тренинг позной устойчивости на компьютерном стабилоанализаторе «Стабилан 01-2» посредством зрительной обратной связи с использованием доступных игр «Мячики» и «Построение картинок». До занятий и после окончания проведения тренинга регистрировались физические характеристики вербальной позы по тесту Ромберга.

Результаты и их обсуждение. При проведении исследования удалось выявить, что в структуре синдрома гиперактивности, при нарушении эмоционально-волевой сферы преобладали поведенческие нарушения у мальчиков на фоне резидуально-органического поражения ЦНС (28 – 14,5%), среди девочек чаще встречались симптомы мышечной слабости (12 – 10,1%). Социализированное расстройство поведения прослеживалось с более редкой частотой (5 – 4,3%).

Тренинг позной устойчивости, предложенный детям в качестве коррекции клинических проявлений, с физиологических позиций можно рассматривать как формирование нового двигательного навыка, которого ранее не было в арсенале двигательных средств ребенка.

При завершении тренинга на тренажере «Мячики» была выявлена положительная динамика исследуемых показателей, характеризующих совершенствование координационных возможностей ребенка. В частности количество набранных очков возрастало на 75%, а количество и скорость укладки снижались на 35%. Аналогичная динамика определялась при завершении тренинга на тренажере «Построение картинок».

Анализ непрерывной деятельности выявил, что после психокоррекционного тренинга позной устойчивости невнимательность, импульсивность и изменчивость времени реакции снижались, а сосредоточенность и переключаемость внимания повышались.

Таким образом, моторное обучение, направленное на формирование нового двигательного навыка, совершенствовало двигательные (координационные возможности) ребенка и улучшало когнитивные функции (снижало уровень невнимательности и импульсивности).

Вывод. Организация и проведение диспансеризации является главным моментом в своевременном выявлении отклонений в развитии и оказания помощи в психокоррекции когнитивных функций, эмоционально-волевой сферы.

РАССТРОЙСТВА ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ

Шабанова Л.С.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Новосибирск*

Актуальность. Изучение клинико-психологических аспектов расстройств гендерной идентичности является на сегодня важной областью исследований в связи с распространенностью данного явления в современном обществе. Изменения в области гендерной идентичности могут отмечаться при шизофрении (Rajkumar R.P., 2014). При этом вопрос о взаимосвязи расстройств половой идентичности и психопатологии до конца остается нерешенным (Urban-Kowalczyka M., 2015).

Различными исследователями данной области отмечаются проблемы, связанные с выделением диагностических критериев, способствующих выявлению расстройств половой идентичности, а также затруднений при выработке подходов к терапии и коррекции. К сожалению, в современном научном литературном пространстве отечественных работ, посвященных теме расстройств гендерной идентичности, встречается сравнительно меньше, чем зарубежных, что демонстрирует необходимость более внимательного обращения к данной теме с научной точки зрения в нашей стране.

Цель исследования: изучение проблем диагностики и коррекции расстройств гендерной идентичности при шизофрении.

Обсуждение проблемы. Шизофрения, которая характеризуется высокой распространенностью во всех странах мира, при некой вариативности клинико-психологических проявлений имеет общий для всех форм признак – нарушения идентичности (Дьякова Д.Г., Радчикова Н.П., 2015). Отмеченная особенность может проявляться в потере и изменении представлений о себе.

Расстройство гендерной идентичности, недавно переименованное в «гендерную дисфорию», является нарушением, которое характеризуется несоответствием между ощущением принадлежности личности к определенному гендеру и биологическим полом (Rajkumar R.P., 2014).

В целом диагностика расстройств гендерной идентичности при наличии в картине болезни психотических проявлений должна производиться более тщательно в связи с возможной недооценкой психотических феноменов и дальнейшим ухудшением состояния (Urban-Kowalczyka M., 2015; Meijer J.H., Eeckhout G.M., 2017). Проведение терапевтических, коррекционных мероприятий у больных шизофренией, при которой психотические проявления могут быть чрезвычайно частыми, должно быть также более детально продумано.

Проблемой диагностики в области расстройств гендерной идентичности сегодня считают недостаточную разработанность клинических критериев разграничения транссексуализма и других нарушений половой идентификации (Кулиш С.Б., 2009). Для решения данной проблемы, к примеру, предлагают разграничивать понятия «половая идентичность», «полоролевая идентичность» и «сексуальная ориентация».

Половая (от англ. «gender» – «гендерная») идентичность может рассматриваться как аспект самосознания личности. У больных шизофренией при исследовании маскулинной и феминной ориентаций отмечается смещение самосознания в сторону феминного полюса. Так, в исследовании Б.Е. Алексеева (2001) показано, что среди мужчин данная тенденция наблюдалась в 66,7% случаев, у женщин – в 56,8%.

Отмеченная тенденция смещения самосознания к феминному полюсу у больных шизофренией имеет связь с адаптацией личности. Так, по результатам исследования (Кулиш С.Б., 2009) при данном смещении в области самосознания наблюдается снижение общего уровня адаптации больных.

Перспективы развития психосоциальной реабилитации больных шизофренией S.M. Silverstein (2000) в целом видит в выдвигании в качестве основной цели психокоррекции и психотерапии как работы по повышению адаптации личности пациента и смягчению стрессогенности окружающей среды.

Данная мишень психотерапии исходит из наиболее распространенной на сегодня стресс-диатезной теории развития шизофрении. «Диатез» в рамках теории понимается как особая сенситивность по отношению к стрессовым стимулам, по причине действия которых формируется заболевание (Бутома Б.Г., Медведев С.Э., 2015).

В связи с этим в качестве основной цели психокоррекционных и психореабилитационных мероприятий будет выступать изменение паттернов поведения пациентов для более эффективной борьбы со стрессом (как результат – снижение вероятности возникновения рецидива). Вероятно, данный подход к коррекции может быть весьма приемлемым в случае проблемы расстройств гендерной идентичности при шизофрении, поскольку выделенная мишень является важной как при шизофрении, так и при расстройствах гендерной идентичности в отдельности. Улучшение адаптации пациентов в обществе позволит снизить возможные негативные изменения в аффективной сфере.

Выводы. Таким образом, проблема гендерной идентичности при шизофрении сегодня вызывает интерес у исследователей, однако большее количество работ принадлежит авторству зарубежных ученых. Расстройства гендерной идентичности при шизофрении являются серьезной проблемой, требующей более тонкого подхода к диагностике, в плане которой сегодня отмечается недоработанность самих диагностических критериев. В качестве подхода к психотерапии при данной проблеме возможно проведение мероприятий, направленных на повышение адаптации пациентов в обществе.

Л и т е р а т у р а

1. Алексеев Б.Е. Психосексуальная сфера больных эндогенными психозами: автореф. дис. д-ра мед. наук. СПб., 2001: 6–8.
2. Бутوما Б.Г., Медведев С.Э., Задонская О.Ю. Системные (этолого-клинико-психологические) основы реабилитации больных расстройствами шизофренического спектра. *Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика*: электрон. науч. журн. 2015; 3 (9). URL: <http://medpsy.ru/climp>
3. Дьяков Д.Г., Радчикова Н.П., Малаховская Е.С. Исследование самоидентификации у лиц, страдающих шизофренией: количественный и качественный анализ. *Сибирский психологический журнал*. 2015; 57: 102–123.
4. Кулиш С.Б. Расстройства половой идентификации у мужчин с психической патологией шизофренического спектра : дис. ... канд. мед. наук. М., 2009: 202.
5. Meijer J.H., Eeckhout G.M., Vlerken van R.H., Vries de A.L. Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment. *LGBT Health*. 2017; 4 (2): 106–114.
6. Rajkumar R.P. Gender Identity Disorder and Schizophrenia: Neurodevelopmental Disorders with Common Causal Mechanisms? *Schizophrenia Research and Treatment*. 2014; 2014: 8.
7. Silverstein S.M. Psychiatric rehabilitation of schizophrenia: Unresolved issues, current trends, and future directions. *Applied & Preventive Psychology*. 2000; 9: 227–248.
8. Urban-Kowalczyka M. Gender Dysphoria as a Clinical Manifestation of Schizophrenia – Case Series. *European Psychiatry*. 2015; 30 (1): 1773.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПУБЕРТАТНЫХ ДИСМОРФОФОБИЙ

Шаикрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. По данным ВОЗ, депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобической патологии встречаются преимущественно в подростково-юношеском возрасте и составляют 8–16% в общей популяции 15–20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста [4].

Исследования российских психиатров (Медведев В.Э., 2016) свидетельствуют о наличии феномена недовольства собственной внешностью при отсутствии косметических дефектов (дисморфии) в структуре широкого спектра гетерогенных, как по клинико-синдромальной структуре, так и по нозологической принадлежности психических расстройств [1]. Дисморфическое расстройство может не только являться причиной недовольства пациента собственной внешностью и определять его обращение к хирургу, но и осложнять течение постоперационного периода и повышать риск неудовлетворенности результатами терапии [1, 3]. По мнению российских учёных, основным (но далеко не единственным) методом лечения дисморфических расстройств у детей старше 9 лет и подростков должна быть гипносуггестивная психотерапия. Во-первых, сам гипноз обладает не только психологическим, но и биологическим действием, способным в ответ на его применение вызвать в организме положительные изменения, то есть повысить порог устойчивости пациента к стрессу, сделать его не только внешне, но и внутренне спокойным, невосприимчивым к целому ряду неблагоприятных психогенных факторов. Во-вторых, гипносуггестивная терапия, проводимая опытным психотерапевтом – обязательно врачом, имеющим глубокие знания в медицине в целом, органично впитывает в себя и сочетается со всеми другими методами психотерапии и не только психотерапии [2, 5].

Цель исследования: изучить особенности проведения гипнотерапии у подростков с дисморфофобическими расстройствами депрессивного регистра для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, оптимизации психотерапевтической тактики, профилактики и прогноза данных состояний.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет.

Все подростки предъявляли жалобы на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденность в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности.

В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера–Ханина, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

Комплексный подход к лечению больных с дисморфическими расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов, что достаточно квалифицированно осуществлялось в результате врачебных советов и консилиумов в условиях стационара.

Метод психотерапевтической тактики являлся двухэтапным, применялись групповые и индивидуальные сеансы гипнотерапии, где подростков распределили на мини-группы по возрастным параметрам и по преобладанию дисморфической симптоматики. Определялась эффективность проведения гипноанализа, гипнокатарсиса, возрастной регрессии, возрастной прогрессии, сочетание гипнотерапии с семейной психотерапией.

Результаты. На основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: 1) подростки с тревожно-фобической симптоматикой (28 больных – 6%), 2) с обсессивно-компульсивной симптоматикой (12 больных – 24%), 3) с преобладанием сверхценных идей (10 больных – 20%). В обследованной группе в ходе исследования с помощью психометрических шкал выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии – у 88%. Более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги, у 10% пациентов констатирована выраженная тревога. Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. В 76% случаев (38 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативной сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей, установлено, что для больных с дисморфическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры.

В ходе исследования были установлены на основании тестирования по опроснику Шмишека–Леонгарда следующий ряд их разновидностей: 17 пациентов (34%) – психастеники; 9 пациентов (18%) – шизоиды; 13 подростков (26%) – эмоционально неустойчивые; истероиды – 11 подростков (22%).

После проведённой гипнотерапии отмечено улучшение социально-го функционирования и адаптации к социуму у подростков с дисморфическими расстройствами. Основной мишенью гипнотерапии было изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи: когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия, разработка различных протоколов лечения дисморфической патологии в рамках гипносуггестивной терапии.

В ходе проведения в стационарных условиях групповых сеансов гипнотерапии было выявлено, что подростки с психастеническими (34%) и истероидными (22%) чертами характера лучше поддаются воздействию психотерапевта, быстрее усваивают предлагаемые установки по развитию самоконтроля и саморегуляции в условиях воздействия стрессовых факторов и активно меняют поведенческие реакции в ситуациях возникновения дисморфических депрессий.

Вывод. По результатам обследования было выявлено, что гипнотерапия клинических проявлений дисморфических расстройств пубертатного периода депрессивного регистра является эффективным методом комплексного лечения данной патологии и одним из основных и ведущих стандартов психотерапевтического подхода. Опыт применения в стационарных условиях групповых сеансов гипнотерапии дисморфических расстройств в комбинации с психофармакотерапией показал эффективность комплексного лечения данного контингента больных, значительно сократил сроки пребывания подростков в отделении, вызвал наступление стойкой ремиссии и реабилитации.

Л и т е р а т у р а

1. Медведев В.Э. Дисморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга. IV Ежегодный психиатри-

- ческий форум. Психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и клиническая психология: вместе или порознь?: Тезисы и материалы конференции. М., 2016.
2. Шишков В.В. Место гипносуггестивной терапии в лечении детей и подростков с психосоматическими заболеваниями. Сетевое научно-практическое издание. Антология российской психотерапии: материалы международного конгресса. СПб., 2017.
 3. Neymans P. Adolescent depression and social situation of development. Paper presented at the 6th European Conference on Adolescence. Budapest, Hungary, 1998.
 4. Joffe R., Dobson K.S., Fine S., Marriage K., Haley G. Social problem-solving in depressed, conduct-disordered, and normal adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1990

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАЛТРЕКСОНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шакурина В.П.

ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Лечение наркологических заболеваний является одним из высокоактуальных и проблемных направлений современного здравоохранения, как вследствие их распространенности, так и высокого социального бремени.

Налтрексон гидрохлорид при лечении алкогольной зависимости используется с начала 90-х гг. После серии преклинических и клинических испытаний было рекомендовано применение налтрексона как эффективного дополнительного средства при лечении алкогольной зависимости.

В наркологическом кабинете диспансерного отделения ГКУ ЗКО «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница» за 3 года с 2015 по 2017 г. лечение налтрексонем было назначено 77 пациентам с синдромом зависимости от алкоголя, в том числе 15 женщинам. Из общего числа пациентов, которым назначено лечение налтрексонем, 57 человек работали на различных предприятиях, 20 человек – не работающие. Возраст пациентов составлял от 22 до 58 лет. У большинства пациентов, которым был назначен налтрексон, наблюдалась развернутая клиническая картина средней стадии. Это подтверждено следующими клиническими проявлениями: первичное патологическое влечение к алкоголю; максимальная толерантность к алкоголю, формирование абстинентного синдрома, утрата количественного контроля.

Темп прогрессивности заболевания квалифицирован как средний. У 10 пациентов были диагностированы клинические признаки переходной стадии II–III: снижение толерантности к алкоголю, меняющийся тип пьянства, появление истинных запоев, признаки энцефалопатии. Длительность заболевания у пациентов варьировала от 5 до 30 лет.

Налтрексон назначался в постабстинентном состоянии в суточной дозе 50 мг (1 капсула). Недельная доза 350 мг. Всем пациентам проводилась индивидуальная психотерапия. 10 пациентам, помимо налтрексона, были назначены другие препараты с психотропной активностью. Длительность лечения, как правило, составляла 1,5–2 месяца.

Результаты проводимой терапии налтрексоном оценивались по следующим параметрам: 1) оценка способности препарата поддерживать состояние, свободное от алкоголя; 2) влияние на формирование более качественных ремиссий; 3) терапевтическое воздействие на патологическое влечение к алкоголю и связанные с ним психопатологические нарушения.

На первом этапе лечения (2–3 недели) у 10 пациентов наблюдались единичные эксцессы употребления алкоголя, не приведшие в дальнейшем к возобновлению привычного характера употребления алкоголя. В последующем эти пациенты продолжили прием налтрексона. У 5 пациентов наблюдались выраженные расстройства: тошнота, рвота, боли в эпигастральной области после употребления алкоголя. Опьянение было выраженным, но достигалось труднее, чем до начала лечения. Данные пациенты прекратили дальнейшее лечение налтрексоном. 8 пациентов отказались от приема налтрексона из-за побочных действий препарата, но без употребления алкоголя. При приеме налтрексона появились головные боли, дрожь в теле, колебания артериального давления, головокружения. 2 пациента отказались от лечения вообще из-за отсутствия мотивации на трезвый образ жизни. У остальных 62 пациентов алкогольных эксцессов за период приема налтрексона не наблюдалось. Была отмечена достаточная динамика психопатологической симптоматики на фоне лечения налтрексоном. Через 2 недели после приема препарата снижались тревога, раздражительность, стабилизировался фон настроения. Патологическое влечение к алкоголю уменьшалось.

На этапе формирования ремиссии при длительном приеме налтрексона была отмечена значительная стабилизация психического состояния пациентов в течение всего периода приема препарата. Больные оставались спокойны, влечение к алкоголю не актуализировалось, сон, аппетит, настроение были ровными и стабильными. Это свидетельствует о терапевтической эффективности препарата на этапе формирова-

ния и стабилизации ремиссии. 12 пациентов достигли ремиссии 3 года и были сняты с учета с улучшением. 20 пациентов находятся в ремиссии свыше 2 лет. 18 пациентов пребывают в ремиссии свыше 1 года. Катамнез 5 пациентов не удалось проследить (выбыли за пределы области). В то же время у 9 пациентов при сроке ремиссии 10–12 месяцев были отмечены рецидивы. 6 пациентов прошли повторный курс лечения налтрексоном.

Выводы. Налтрексон уменьшает патологическое влечение к алкоголю, оказывает положительное влияние на редукцию психопатологической и вегетативной симптоматики в постабстинентном состоянии, удлиняет и стабилизирует ремиссии, не вызывает привыкание и не влияет на работоспособность. Всё это позволяет эффективно использовать его применение для лечения в амбулаторных условиях.

Содержание

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В., Левчук И.Н. (Донецк, ДНР) Реабилитационный диагноз как обязательный элемент многоосевой психиатрической диагностики	5
Аксенов М.М., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Костин А.К., Иванова А.А. (Томск) Реабилитация больных с устойчивым соматоформным болевым расстройством	8
Артемьев И.А., Владимирова С.В. (Томск) Адаптация и приживаемость мигрантов с психическими расстройствами	13
Бабарахимова С.Б. (Ташкент) Анализ особенностей суицидного поведения у подростков	17
Баранов И.В., Баранова М.А. (Юрга) Проблема кадрового обеспечения психиатрической службы Кемеровской области – пути решения	21
Басаргина Л. Г., Милехина И. Э., Селезнева Н.В. (Кемерово) Обращаемость пациентов с эпилепсией в эпилептологический кабинет Кемеровской психиатрической больницы в 2015–2017 гг.	24
Батюк Т.Г., Вдовина Е.В., Максимова О.И. (Кемерово) Опыт применения депо-нейролептиков для купирования обострений шизофрении и расстройств шизофренического спектра в условиях дневного стационара	26
Безруких Т.С., Шибанов А.Р. (Новокузнецк) Клинико-социальные характеристики лиц, страдающих шизофренией, совершивших завершённые суициды	29
Бойченко А.А. (Донецк, ДНР) К вопросу о виктимизации больных шизофренией в контексте их психосоциальной реабилитации	31
Бычкова В.В., Кияниченко Ю.И., Устьянцева Л.Л. (Кемерово) Нейроэндокринная дисфункция у больных шизофренией	33
Василевская Ю. Д., Фаткулина К. Е., Лыцова Л.Ю., Устименко О.Ф. (Кемерово) Использование мотивационного фактора в лечебно-реабилитационной работе и его влияние на уровень социальной адаптации у больных шизофренией	36
Вдовина Е.В., Батюк Т.Г., Максимова О.И. (Кемерово) Опыт купирования обострений параноидной шизофрении и расстройств шизофренического спектра в условиях дневного стационара	38
Вишневская Э.С., Селедцов А.М., Сорокина В.А. (Кемерово) Социальная психиатрия: пограничные психические расстройства в России в 1917 г.	41
Вишневская Э.С., Устьянцев Д.Г., Буланова Я.В., Зерникова А.А., Устьянина Ж.Г., Серебренникова А.В. (Кемерово) Жалобы на «нарушенное кровообращение» у пациентов острого-подострого отделения психиатрической больницы	44
Власова Е.В. (Прокопьевск) Применение сердолекта в условиях психиатрического стационара в системе реабилитации психически больных	47

Волгин Л.М., Гитзатулина Л.В., Иванец И.В., Красноперова А.О., Се- ледцов А.М. (Кемерово) Особенности психотических расстройств при злоупотреблении синтетическими ПАВ	48
Волгин Л.М., Иванец И.В., Москвина Я.В., Осипов Г.П. (Кемерово) Клинико-психологические особенности и терапия депрессивных рас- стройств при алкоголизме	51
Волгонов О.А., Басаргин Д.С., Ядыкина Е.В., Купцов Д.Е. (Кемеро- во) Клинико-психосоциальная характеристика пациентов с интеллекту- альной недостаточностью, совершивших общественно опасные деяния по итогам работы мужского отделения принудительного лечения специали- зированного типа за 2015–2017 гг.	53
Волгонов О.А., Савинцев П.К., Митюхина О.С., Никитищенко Е.Г. (Кемерово) Особенности женской преступности и агрессивных действий женщин в контексте решения судебно-психиатрической экспертизы	57
Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Шамова И.П. (Кемеро- во) Анализ госпитализации пациентов с психозами позднего возраста в психосоматогеронтологическом отделении за 2017 г.	60
Герасимчук М.Ю. (Москва) Клинико-динамические аспекты депрессив- ных расстройств с позиции изучения биологических ритмов	64
Гильбурд О.А., Масалкова Ю.М. (Сургут, Липецк) Анализ невербально- го поведения пациентов со смешанным расстройством личности	66
Говенько А.А., Сигачева А.О., Иванов В.Г. (Кемерово) Особенности клинических проявлений побочных эффектов и осложнений психофарма- котерапии больных шизофренического спектра	69
Гордеев В.А. (Кемерово) Клинические вопросы недобровольной госпита- лизации в психиатрический стационар	73
Гордеев В.А., Макарова О.В. (Кемерово) Особенности психофармакоте- рапии психически больных пожилого возраста	76
Гусев С.И. (Кемерово) Оказание психиатрической помощи и психосоци- альной реабилитации в сельской местности	78
Гусев С.И. (Кемерово) Современные аспекты психических расстройств и проблемы инклюзивного образования	82
Демко А.А., Обеснюк О.А. (Кемерово) Истерические расстройства в клинике пограничных состояний. Принципы лечения	86
Долотина Л.А., Чадова А.Н. (Кемерово) Ранний детский аутизм и дет- ская шизофрения: клинические особенности, дифференциальный диагноз, принципы реабилитации	90
Жукова С.В. (Красноярск) Психотерапия патологического влечения к психоактивным веществам	92
Завьялова Н.Е., Бондарев В.Г., Павлова Е.Н. (Новокузнецк) Суици- дальное поведение при органических психических расстройствах	94

Иванов В.Г., Ядыкина Е.В., Бурсова Т.В. (Кемерово) Психологические аспекты личности и их тормозящее влияние на агрессивность женщин (по материалам КППСЭ)	97
Иванов М.В. (Санкт-Петербург) Современный подход к системе реабилитации в стационарном учреждении социального обслуживания	101
Иванова С.А. (Томск) Новые подходы к фармакогенетике антипсихотически-индуцированной гиперпролактинемии у больных шизофренией	105
Ирмухамедов Т.Б. (Ташкент) Особенности поведенческих нарушений в реабилитации детей с аутистическими расстройствами	107
Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Селедцов А.М. (Кемерово) Наркологические расстройства у работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда	108
Кокovina Л.И., Баранов В.В., Басов А.Н. (Новокузнецк) Клинический случай женского транссексуализма (клинико-динамическая и экспериментально-психологическая характеристика)	111
Колот З.И. (Красноярск) Программы реабилитации, реализуемые в государственных реабилитационных центрах	114
Королева Е.В., Уруджев А.Д. (Москва) Клинические и социальные аспекты судебно-психиатрической экспертизы у лиц с органическим расстройством личности в гражданских делах по признанию сделки недействительной	116
Кралько А.А., Глебо О.П., Григорьева И.В., Ананич П.А. (Минск) Особенности формирования аддиктивного поведения у подростков в зависимости от личностных паттернов	119
Куракина Е.Г., Батюк Т.Г., Павлов П.В. (Кемерово) Клиническое течение расстройства личности у лиц призывного возраста, обследуемых в дневном стационаре	122
Лаврентьева Л.Н. (Ленинск-Кузнецкий) Роль психосоциальной работы в амбулаторных условиях в профилактике повторных госпитализаций у больных шизофренией	126
Ларина И.А. (Ленинск-Кузнецкий) Анализ амбулаторной медицинской документации с учетом выявления экзогенно-органической патологии в структуре основного заболевания	129
Лисовицкая Г.Б., Авдюшкина Т.В., Максименко А.В., Устьянцев Л.Г. (Кемерово) Суицидальное поведение у детей и подростков по данным детского отделения ГКУЗ КО КОКПБ	132
Лукашова А.В. (Кемерово) Влияние послеродовой депрессии на систему «мать и дитя»	135
Лукьянова Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Васильева С.Н., Яковлева А.Л. (Томск) Персонализированная терапия депрессивных расстройств у женщин климактерического возраста	136

Макарова О.В., Гордеев В.А. (Кемерово) Клинико-психосоциальная характеристика пациентов с деменцией, госпитализированных в соматогеронтопсихиатрическое отделение в 2015–2017 гг.	139
Максименко А.В., Богданов Я.В. (Кемерово) Госпитализация в психиатрический стационар (основные тенденции, проблемы, перспективы)	142
Мелёхин А.И. (Москва) Применение метакогнитивной психотерапии в лечении хронической бессонницы	146
Моор Л.В. (Омск) Социальная поддержка у пациентов с тревожно фобическими расстройствами	149
Морозова В.Н. (Тюмень) Психотические расстройства как защитный регресс психики в режим сна	151
Назарова И.А., Аболонин А.Ф., Гусев С.И. (Томск, Кемерово) Проявления агрессивности у девочек-подростков, находящихся в разных условиях социализации	154
Нурғалиев Р.А., Власова Е.В., Сорокина Л.А. (Прокопьевск) Психосоциальная реабилитация пациентов женского отделения в условиях швейного цеха	157
Нурғалиев Р.А., Власова Е.В., Сорокина Л.А. (Прокопьевск) Редко встречающиеся самоповреждения и патомимии кожных покровов у женщин (из клинической практики)	159
Обеснюк О.А., Демко А.А., Обеснюк В.В. (Кемерово) Клинические проявления и дифференциальная диагностика неврозоподобных состояний у больных с сосудисто-органической почвой	162
Павлова С.В., Скурихина Е.А. (Красноярск) Реабилитация подростков (актуальность вопроса)	165
Пронин С.В., Пронина Н.А., Чухрова М.Г. (Новосибирск) Методологические подходы к организации психофизического контроля реабилитантов с алкогольной и наркотической зависимостями	166
Рудницкий В. А., Костин А.К., Перчаткина О.Э. (Томск) Реабилитация пациентов с психическими расстройствами органического регистра	169
Семенова Н.Д., Кулыгина М.А. (Москва) Психосоциальная реабилитация в психиатрии: психологические аспекты	172
Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л. (Томск) Основные клинико-динамические особенности биполярного аффективного расстройства, коморбидного с расстройством личности	175
Синкина О.А. (Киселёвск) Психореабилитационное сопровождение пациентов с психическими расстройствами	178
Синкина О.А., Диц М.В. (Киселёвск) Профилактика депрессивных расстройств как приоритетное направление психосоциальной реабилитации	180
Смирнова Н.С., Счастливый Е.Д. (Томск) Взаимосвязь уровня психологической безопасности с клинико-динамическими показателями расстройств депрессивного спектра	182

Сорокина В.А., Грачева Т.Ю. (Кемерово) Психосоциальная помощь психически больным в Кемеровской областной клинической психиатрической больнице	183
Сорокина В.А., Басаргина Л.А., Брусенская М.А., Милехина И.Э., Пчелкова К.А. (Кемерово) Особенности оказания специализированной геронтопсихиатрической помощи	187
Старостенко С.И., Лаврентьева Т.В., Кулебакина С.Ф., Нохрина Т.Н., Ларина И.А., Митрофанова В.Ф. (Ленинск-Кузнецкий) Психологическая помощь при тревожно-депрессивных расстройствах с использованием аудиовизуальных аппаратных программ и методом биологически обратной связи	190
Стрельченко М.С. (Кемерово) Агрессивные действия психически больных в стационаре принудительного лечения специализированного типа (оценка риска и профилактика)	193
Устьянцев Д.Г., Буланова Я.В., Зерникова А.А., Серебrenникова А.В., Устьянина Ж.Г. (Кемерово) Экспертиза стойкой утраты трудоспособности психически больных по материалам работы мужского блочного отделения	196
Харитоновна Н.К., Королева Е.В., Рахманов А.Б. (Москва) Клинико-социальные аспекты судебно-психиатрической экспертизы лиц с синдромом зависимости от алкоголя в гражданских делах по признанию сделки недействительной	198
Черникова Т.Н., Кулебакина С.Ф., Старостенко С.И. (Ленинск-Кузнецкий) Организация и проведение диспансеризации детей и подростков на базе ГКУЗ КО ЛКПБ	201
Шабанова Л.С. (Новосибирск) Расстройства гендерной идентичности при шизофрении: проблемы диагностики и коррекции	204
Шанкравов Ш.Ш. (Ташкент) Опыт применения гипносуггестивной терапии пубертатных дисморфофобий	207
Шакурин В.П. (Ленинск-Кузнецкий) Использование налтрексона для лечения синдрома зависимости от алкоголя	210

Научное издание

Вторые Корниловские чтения

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:
НОВЫЕ ВЫЗОВЫ – НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ**

Сборник тезисов

Межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной памяти профессора А.А. Корнилова

(Кемерово, 12 апреля 2018 г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана

Редактор И.А. Зеленская

Подписано в печать 19.03.2018 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать ризографическая.

Печ. л. 13,63; усл. печ. л. 12,67; уч.-изд. л. 12,83.

Тираж 500. Заказ №18197

Издательство «Иван Фёдоров»
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115 корпус 1

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров»

634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1

тел.: (3822) 78-80-80, тел./факс: (3822) 78-30-80

E-mail: mail@if.tomsk.ru



9 785917 011301