

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 «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Региональная общественная организация «Кемеровское областное общество психиатров»

---

## **ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ В ЭПОХУ НОВЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ВЫЗОВОВ**

*Сборник тезисов*  
межрегиональной научно-практической конференции.

**80 лет психиатрической службе,  
45 лет наркологической службе Кузбасса**

(Кемерово, 30–31 октября 2019 г.)

Под научной редакцией  
академика РАН Н.А. Бохана

Издательство «Иван Федоров»

Томск; Кемерово

2019

УДК 616.89-056.34:616.071:615.86:616.8-085.2/.3:364-786(571.17)  
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28  
П86

*Рецензенты:*

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

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

П86 Психиатрия и наркология в эпоху новых социальных вызовов: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции. 80 лет психиатрической службе, 45 лет наркологической службе Кузбасса (Кемерово, 30–31 октября 2019 г.) / под ред. Н.А. Бохана. – Томск; Кемерово : Изд-во «Иван Федоров», 2019. – 250 с.

ISBN 978-5-91701-141-7

Выпуск сборника тезисов «Психиатрия и наркология в эпоху новых социальных вызовов» приурочен к 80-летию психиатрической службы и 45-летию наркологической службы Кемеровской области. Психосоциальное окружение современного человека определяет его высокую подверженность социальным влияниям и предъявляет к нему совершенно новые требования, связанные с общественными переменами, причем зачастую негативными, информационной насыщенностью, интегрированностью в общемировую социокультурный процесс, прессингом производственной среды и микроокружения с требованием от личности высокой ответственности, что может приводить к срывам и социальной дезадаптации. Происходящие социально-общественные процессы характерны для Сибирского федерального округа в целом и Кузбасса в частности. Все это ставит сложные, но интересные задачи – внедрения современных диагностических, терапевтических и реабилитационных алгоритмов в устоявшуюся практику работы психиатрической и наркологической служб. Психиатрическая и наркологическая службы Кузбасса, которым исполняется соответственно 80 и 45 лет, характеризуются многоуровневой системой лечения и реабилитации больных, для которых разрабатываются индивидуальные реабилитационные маршруты, системно обусловленные их особыми психосоциальными характеристиками. В рамках конференции планируется обсуждение современного состояния диагностики, терапии и реабилитации психически больных в свете современных психосоциальных вызовов; 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 616.89-056.34:616.071:615.86:616.8-085.2/.3:364-786(571.17)  
ББК 56.14-1-3-4-5+51.1(2Рос),28

© Психиатрия и наркология в эпоху новых социальных вызовов

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 University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation  
Regional Public Organization “Kemerovo Regional Society of Psychiatrists”

---

## **PSYCHIATRY AND NARCOLOGY IN THE AGE OF NEW SOCIAL CHALLENGES**

*Book of Abstracts*

Interregional Scientific-Practical Conference.

**The 80<sup>th</sup> anniversary of psychiatric service,  
the 45<sup>th</sup> anniversary of narcological service of Kuzbass**

(Kemerovo, October 30–31, 2019)

Edited by  
academician of RAS N.A. Bokhan

Publishing House “Ivan Fedorov”

Tomsk; Kemerovo

2019

UDC 616.89-056.34:616.071:615.86:616.8-085.2/.3:364-786(571.17)  
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28  
И86

*Reviewers:*

**Yu.V. Drozdovsky** – MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology of SBEI HPE “Omsk State Medical University” 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 State Medical University” of Ministry of Healthcare of the Russian Federation

И86 Psychiatry and narcology in the age of new social challenges: Book of Abstracts Interregional Scientific-Practical Conference. The 80th anniversary of psychiatric service, the 45th anniversary of narcological service of Kuzbass (Kemerovo, 30–31 October, 2019) / edited by N.A. Bokhan. – Tomsk; Kemerovo : Publishing House “Ivan Fedorov”, 2019. – 250 p.

ISBN 978-5-91701-141-7

The release of the book of abstracts “Psychiatry and Narcology in the Age of New Social Challenges” is dedicated to the 80th anniversary of the psychiatric service and the 45th anniversary of the drug treatment service of the Kemerovo Region. The psychosocial environment of a modern person determines his/her high susceptibility to social influences and imposes completely new demands on him/her related to social changes, often negative, informational saturation, integration into the global sociocultural process, pressure of the production environment and microenvironment with a demand from individuals of high responsibility, which can lead to nervous break-downs and social maladaptation. The ongoing social processes are typical for the Siberian Federal District as a whole and Kuzbass in particular. All this poses complex but interesting tasks - the introduction of modern diagnostic, therapeutic and rehabilitation algorithms into the established practice of psychiatric and narcological services. The psychiatric and narcological services of Kuzbass, which are 80 and 45 years old respectively, are characterized by a multilevel system of treatment and rehabilitation of patients for whom individual rehabilitation routes are developed that are systematically determined by their special psychosocial characteristics. The conference will discuss the current state of diagnosis, therapy and rehabilitation of the mentally ill persons in the light of modern psychosocial challenges; identification of the role of clinical and dynamic aspects of mental disorders in the general structure of therapeutic and rehabilitation measures; exchange of scientific and practical experience in organizing mental health care; proposal of new forms of organization of psycho-preventive and psycho-rehabilitation assistance to the population of the Siberian region. For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, healthcare organizers, social workers and other professionals working with people with mental disorders and 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 616.89-056.34:616.071:615.86:616.8-085.2/.3:364-786(571.17)  
LBC 56.14-1-3-4-5+51.1(2Poc),28

© Psychiatry and narcology in the age of new social challenges

## **РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

**Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Ташкент, Республика Узбекистан**

---

**Введение.** Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2, 4]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы [1, 3].

**Цель исследования:** изучить семейные факторы риска формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи.

**Материал и методы:** объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра и поведенческими нарушениями. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 (F91.2). Специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов для выявления факторов риска формирования суицидального поведения.

**Результаты исследования и обсуждение.** Выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% – в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями.

Согласно классификации А.Е. Личко (1977), определены следующие формы родительского воспитания: гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность. По данным нашего исследования, подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%).

Реже встречались семьи с гиперпротекцией – доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также такие семейные системы, где на ребенка возлагалась повышенная моральная ответственность (4,5%). В результате неправильных типов воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности. При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. В крайних формах это выражалось в полном пренебрежении нуждами ребенка в первичных потребностях, питании, одежде.

Иногда выявлялась скрытая гипопротекция, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка внешне осуществлялся, но на самом деле отличался крайним формализмом. При подобном стиле воспитания подросток полностью был предоставлен самому себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвергался риску ранней алкоголизации и наркотизации.

Доминирующая гиперпротекция характеризовалась чрезмерной опекой, мелочным контролем за каждым даже незначительным поступком подростка, постоянным надзором и наблюдением, приводящими к развитию чувства неуверенности у ребенка. При этом предъявлялись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Данный вид гиперпротекции соотносится с авторитарным стилем воспитания, когда родитель зачастую является непререкаемым авторитетом, его воля в семье считается законом.

Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции.

При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготея, что он является обузой в жизни родителей. Особенно выражено это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, которым уделялось больше внимания и забот.

Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими жестокими наказаниями или психологическим насилием, не соразмерными вине ребенка

Повышенная моральная ответственность выявлялась в семьях, где родители питали слишком большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пы-

тались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты, требовали от подростка стремления к совершенству и перфекционизму.

На инициальном этапе исследования первоначальной задачей явилось установление типов характерологических особенностей подростков, сформированных в процессе неправильных стилей родительского воспитания. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациентов с помощью патохарактерологического диагностического опросника Личко были выявлены акцентуированные черты характера, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности.

Среди всех обследованных истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический – у 22 больных (25,5%), лабильный – в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный – у 12 больных (14%), в 4,5% случаев – неустойчивый тип личности, т.е. наибольший процент выявленной акцентуации характера приходился на лабильный тип. Такие подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации на негативных ситуациях и воспоминаниям из прошлого. При психастеническом типе личности, встречавшемся в четверти случаев, было характерно развитие депрессии средней степени тяжести с формированием тревожно-фобических расстройств. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования наличие только суицидальных мыслей установлено у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием – у 42% обследуемых, в трети (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки.

**Выводы.** Таким образом, стили неправильного родительского воспитания способствуют развитию лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуации личности подростков, с высоким уровнем личностной и ситуационной тревожности и склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра.

#### **Литература**

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. Вопросы науки и образования. 2019; 6(52): 54–59.

2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков. Человеческий фактор: социальный психолог. 2019; 1(37): 196–202.
3. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью. Сборники конференций НИЦ. Социосфера. 2014; 23: 45–48.
4. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B. et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents. Journal Sciences of Europe. Praha, Czech Republic. 2019; 2(36): 52–55.

## **ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ**

**Арифджанова А.Б., Шарипова Ф.К.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Ташкент, Республика Узбекистан**

---

**Актуальность** изучения тревожно-депрессивных расстройств связана с их высокой распространенностью, низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий [1]. Несмотря на высокую распространенность психоэмоциональных изменений у беременных, в большом количестве случаев они не диагностируются [7]. Психологическая готовность к материнству во многом определяет характер протекания беременности и родов и отношения привязанности матери и младенца [3]. Психоэмоциональные изменения выявляются у 80% беременных, причем 56% из них составляют депрессивные расстройства разной степени выраженности [2]. По результатам эпидемиологических исследований, тревожные и депрессивные расстройства признаны наиболее распространенными нервно-психическими расстройствами у беременных женщин [4]. Психоэмоциональные расстройства повышают риск развития осложнений протекания беременности, оказывают неблагоприятное влияние на социальное функционирование женщины [5]. Частота возникновения тревожно-депрессивных расстройств повышается при беременности в подростковом возрасте и ранней юности, а также у беременных женщин с низким социально-экономическим статусом [6].

**Цель исследования:** изучить динамику эмоциональных изменений у здоровых женщин в период беременности для улучшения медико-психологической и психотерапевтической помощи и ранней превенции послеродовых депрессий.

**Материалы и методы.** Объектом для исследования явились 36 беременных женщин с аффективными расстройствами, состоявшие на учёте в районной женской консультации по поводу физиологически протекавшей беременности I триместра и в преморбиде не обращавшихся ранее к психиатрам и невропатологам.

Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности аффективных нарушений применялась Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, а для определения конституционально-личностных особенностей – тест-опросник Леонгарда-Шмишека.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования были сформированы 4 группы аффективных нарушений: 1-я группа – тревожно-фобические расстройства (20 женщин – 55,5%), 2-я группа – тревожно-депрессивные расстройства (8 – 22,2%), 3-я группа – дисфорические расстройства (5 – 13,8%), 4-я группа – астенодепрессивные расстройства (3 – 8,5%). Следует отметить, что эмоциональные расстройства у здоровых женщин в период беременности не выходили за рамки невротического регистра, констатировались в основном в I триместре беременности, усиливались под воздействием различных стрессогенных факторов.

Пациентки жаловались на сниженное настроение, к которому присоединялись тревожные переживания и страхи предстоящих трудностей, опасностей и изменений жизни. Тревожные переживания в основном были представлены состоянием тревожной гипотимии, т.е. сниженным настроением, связанным с ожиданием опасности (в протекании родов, предстоящем материнстве и проблемами воспитания ожидаемого ребёнка). Страхи беременных женщин носили доминирующий характер и были связаны с реальной ситуацией, преобладали в сознании, вытесняя все другие мысли, и мешали сосредоточиться на текущей деятельности. Наличие тревожно-фобических нарушений свидетельствовало о недостаточной приспособляемости беременных к тем или иным социальным ситуациям. Повышенный уровень тревожности приводил к дезорганизации различных видов деятельности, что в свою очередь способствовало пониженной самооценке, неуверенности в себе. Тревожное состояние может выступать в качестве одного из механизмов развития невроза, так как способствует усугублению личностных противоречий. Психоэмоциональные изменения у беременных отражают неготовность этих женщин к изменениям в семейной и социальной сферах жизни, к принятию роли матери. Выраженная тревога, неуверенность в себе и недовольство беременностью и материнством являются факторами риска прерывания беременности.

С помощью опросника Леонгарда-Шмишека среди всех обследованных были выявлены следующие типы личности: демонстративный (3 исследуемых – 8%), застревающий (11 – 30,5%), дистимический (14 – 40%), тревожно-боязливый (5 – 13,8%), эмотивный (3 – 8%). На изменение эмоционального фона оказывала значение и социально-трудовая занятость беременных женщин. Достоверно значимые показатели адаптированных в трудовом аспекте женщин свидетельствовали о благополучном эмоциональном фоне и наличии стабильных положительных эмоций, в отличие от домохозяйек и неработающих женщин, у которых преобладали в основном негативные эмоции и высокий уровень тревожности.

**Выводы.** Наиболее часто аффективные расстройства субдепрессивного уровня встречались у беременных с дистимическим типом личности. Коморбидные тревожно-депрессивные и фобические расстройства невротического уровня наблюдались у беременных с застревающим и тревожно-боязливым типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным типом личности. Результаты исследования позволяют определить возможности проведения дифференцированного выбора метода психотерапевтического воздействия для оптимизации психоэмоционального состояния беременных с учётом личностных особенностей и способствуют раннему выявлению лиц, склонных к формированию послеродовых депрессий.

### **Литература**

1. Бомов П.О. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика и терапия. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения В.М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИ психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. [Электронное издание]. СПб. : Альта Астра, 2017: 103.
2. Боровикова Н.В. Психологическая помощь беременным. Русский медицинский журнал. 2000; 3: 10.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология: СПб. : Питер, 2010: 234.
4. Мецзякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству. Вопросы психологии. 2000; 5: 18–27.
5. Селенина Н.Н. Психологические особенности представлений беременных женщин о своем состоянии и будущем родительстве. Семья и личность. Армавир, 2015: 83–87.
6. Шамилова Н.В. Психологические причины нарушения адаптации к беременности и материнству. Проблемы современного педагогического образования. Ялта, 2016: 226–232.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства. М.: Институт психологии РАН, 2002: 236.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

**Батюк Т.Г.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

**Актуальность.** Проблема депрессии при шизофрении в настоящее время приобретает всё большую актуальность: высокая распространенность, ухудшение прогноза заболевания в целом, снижение качества жизни у данной категории больных. Депрессивные расстройства у больных шизофренией лишь незначительно уступают галлюцинаторно-параноидной симптоматике по частоте встречаемости (Deister A., Moller H., 1998). По данным недавно проведенных исследований, основанных на результатах «одномоментной переписи» больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получавших лечение в стационарных и амбулаторных учреждениях четырех регионов Российской Федерации, показано, что актуальная депрессивная симптоматика выявлялась у 6,5% амбулаторных пациентов; при обострении симптоматики, требующем стационарного лечения, она диагностировалась у более 1/3 больных, а при лечении в дневном стационаре – у половины.

**Цель исследования.** Провести клинико-психопатологический анализ шизофренических депрессий, оценить возможности их лечения в условиях дневного стационара с учетом выбора психофармакологических методик в зависимости от вида депрессий.

**Материалы исследования.** На базе дневного стационара проведено исследование, основанное на результатах одномоментной переписи пациентов, находящихся на лечении в дневном стационаре на определенный момент времени (2018 г.) с верифицированным диагнозом «Шизофрения и расстройства шизофренического спектра». Средний возраст пациентов составил 38,7 года. Из группы больных шизофренией у половины (47 человек из 92 – 51%) отмечалась депрессивная симптоматика, что было подтверждено исследованием состояния по шкале Калгари (более 6 баллов), шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), Госпитальной шкале депрессии (баллы от 4 до 7) – от умеренной степени до крайней степени депрессивных переживаний. В этой выборке отчетливые депрессивные симптомокомплексы выявлены примерно у 20% пациентов в дебюте эндогенного процесса (первый эпизод), у 35% – в период рецидива болезни и у 45% – на этапе хронического течения заболевания.

**Обсуждение результатов.** Депрессия рассматривается нами как продром шизофрении – пациенты с диагнозами: шизотипическое расстройство личности, латентная шизофрения – эти эндогенные расстройства субъективно расцениваются как «периоды переутомления», сопровождающиеся астенией, нарушением сна, тревогой, раздражительностью. В рамках этих расстройств преобладали апатичные динамические проявления с беспричинным пессимизмом, плаксивостью, усиленной сенситивностью, неуверенностью в себе, склонностью к самоанализу. В алгоритме лечения этих пациентов использовались комбинации антипсихотика второго поколения и антидепрессанта последних генераций (СИОЗС, ИОЗСН, например, флуоксетин, пароксетин, венлафаксин).

**Т а б л и ц а . Распределение типов шизофренических депрессий на момент исследования (n=47)**

Различные формы депрессии				
продромального периода (синдром риска психоза)	активного периода болезни	определяющие картину ремиссии (тимопатические)	постпсихотические	постшизофренические
2 (4,2%)	14 (30,0%)	16 (34,0%)	11 (23,0%)	4 (8,5%)

Депрессии активного периода болезни (вторичные депрессии) – это, как правило, редуцированные галлюцинаторно-параноидные и аффективно-бредовые состояния. На этапе формирования ремиссий и экзacerbации эндогенного заболевания, когда больные находятся еще на активном лечении, показано воздействие на аффективную, тревожную и параноидную составляющие приступа. На этом основании пациентам назначались антидепрессанты с серотонинергическим действием (флувоксамин, пароксетин, сертралин) в комбинациях с атипичными (рисперидон, клозапин, оланзапин) или традиционными (галоперидол, зуклопентиксол) нейролептиками. При констатации депрессивного бреда (например, греховности или самообвинения) предпочтение отдавалось антидепрессантам с более широким профилем фармакологической активности (трициклические, ИОЗСН – венлафаксин) и атипичным нейролептикам (клозапин, рисполепт, оланзапин), чем классическим (галоперидол, зуклопентиксол, хлорпротексен). Отмечается, что роль антидепрессивной терапии особенно эффективна при выраженном тревожно-депрессивном аффекте, характеризующемся параноидным и парафренным симптомокомплексами. В данном случае монотерапия только антипсихотиками приводит к затяжному течению приступа и формированию постприступных депрессий.

Как вариант тимопатической ремиссии депрессии отмечались у 16 человек. При лечении этих пациентов применялись антидепрессанты стимулирующего действия (флуоксетин, венлафаксин, мелипрамин) наряду с нормотимиками, ноотропами, психостимуляторами при необходимости.

Необходимо отметить, что постпсихотические варианты депрессий развивались у пациентов, выписанных из стационара после перенесенных приступов психоза (у 11 человек они выступали на передний план в период обратного развития приступа).

Кроме того, следует подчеркнуть высокую эффективность флуоксетина при апатических и адинамических депрессиях, сертралина при симптоматике анестетической и астенической депрессии. При сочетании с дисфорическими симптомами целесообразно назначение антидепрессанта с анксиолитическим и/или седативным действием. СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, пиразидол) эффективно зарекомендовали себя при депрессиях с преобладанием астенических и адинамических расстройств.

С постшизофренической депрессией по типу нажитой циклотимии (4 человека) пациенты поступали с ухудшением психического состояния для купирования обострения в дневной стационар. Здесь преобладали признаки позитивной эффективности (подавленность, чувство безнадежности, тревога, агитация либо склонность к ступору). При постшизофренической депрессии назначались и были достаточно эффективны практически все антидепрессивные препараты.

Кроме психофармакотерапии в алгоритм комплексной персонализированной терапии входила трудотерапия внутри отделения, а также в условиях ЛПМ, психокоррекционная работа с психологом, физиолечение (дарсанвализация, магнитотерапия, ЛФК), общеукрепляющая терапия. В некоторых случаях при явно выраженных симптомах астении подключались ноотропная и витаминотерапия. Сроки лечения в дневном стационаре этих состояний составляли в среднем 50–60 дней.

**Выводы.** При лечении депрессивных расстройств необходимо учитывать клинко-психопатологические особенности этих состояний, так как от этого зависит выбор психофармакологических методик. В большинстве случаев удалось добиться значительного улучшения состояния: уменьшения проявления депрессии до субклинического уровня (42 из 47 – 89%). 5 человек (11%) с экзакербацией депрессивно-параноидной симптоматики были госпитализированы. Из чего следует сделать вывод, что лечение депрессивных состояний в условиях дневного стационара оказалось достаточно эффективным.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ДЕТЕЙ ОТ 5 ДО 15 ЛЕТ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА**

**Безруких Т.С., Масыкина Ю.В., Березин Е.Ю.**

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,  
Новокузнецк, Россия**

---

**Актуальность.** Инвалидность детей представляет собой глобальную проблему современного общества во всем мире в целом, так же как и в России в частности. За последние годы количество детей-инвалидов стремительно растет. Причин такого роста множество: неблагоприятная экологическая обстановка в регионе, низкий исходный уровень здоровья родителей, отсутствие условий и культуры здорового образа жизни и т.д. Тяжелые нарушения здоровья у детей обуславливают комплекс серьезных социальных, экономических и морально-психологических проблем как для самого ребенка-инвалида, так и для всей его семьи и общества в целом, требуя привлечения дополнительных государственных средств.

**Материал исследования.** В процессе работы нами были изучены и проанализированы 334 истории болезни детей, поступивших на стационарное обследование в детское отделение ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница» с 2013 г. по 2018 г. В данную категорию были включены только дети в возрасте от 5 до 14 лет, проживающие в Новокузнецке, Новокузнецком районе и городах Юга Кузбасса.

**Результаты и обсуждение.** За отчетный период доля ежегодной инвалидизации детей, страдающих психическими заболеваниями, постепенно увеличивалась с 2016 г. по 2018 г. Количество детей, направленных к психиатрам для прохождения МСЭ специалистами педиатрической сети, возросло в 3 раза. Пациенты, представленные на МСЭ впервые, составили 86% (288 чел); остальные 46 детей (12%) уже получали пособие как имеющие статус «ребенок-инвалид» в общей педиатрической сети.

Число мальчиков (227 человек – 68%) двукратно превышало число девочек (107 человек – 32%). Из общего числа всех обратившихся в стационар у 116 человек (35%) выявлена отягощенная психическая наследственность: умственной отсталостью – у 33 человек, алкоголизацией одного или обоих родителей – у 53, другие психические расстройства имели родители 30 детей и подростков, направленных на медико-социальную экспертизу.

**Т а б л и ц а. Распределение количества детей, ежегодно поступающих в стационар ГБУЗ КО НКПБ за период 2013–2018 гг.**

Год поступления	Всего детей	Первично	Повторно
2013	57	53	4
2014	51	46	5
2015	57	55	2
2016	43	38	5
2017	61	45	16
2018	65	51	14

Изучение социального статуса обследуемых выявило следующее: большинство детей (248 – 71%) проживают в семье, меньшая часть детей и подростков (48 – 14% проживают либо в домах-интернатах, либо (38 – 11%) находятся под опекой.

Первое место по частоте встречаемости при направлении на медико-социальную экспертизу принадлежало диагнозу «Органическое поражение центральной нервной системы с недоразвитием интеллекта». Количество таких пациентов составило около половины от числа обратившихся (169 человек – 51%). На детей с умственной отсталостью различной степени тяжести приходилась четверть проходивших МСЭ (82 человека – 25%). Диагноз эпилептической болезни встречался с более редкой частотой (17 человек – 5%), причем 16 из них – это дети с нарушением интеллектуального развития и только 1 ребенок без нарушения интеллектуально-мнестических способностей. Выявлено идентичное распределение детей с диагнозами аутизма и шизофрении (по 15 человек – 4%). Из общего количества страдающих аутизмом у 7 детей отмечался сохранный интеллект. Таким же невысоким оказался процент детей, направленных на МСЭ с диагнозами задержки речевого развития (27– 8%) и остаточных явлений органического поражения ЦНС с когнитивными нарушениями (9 человек – 3%).

**Вывод.** Таким образом, проведенный сравнительный анализ показывает, что с годами количество детей, направляемых на стационарное обследование перед проведением МСЭ, постоянно увеличивается, в том числе и возрастает число детей, перенаправленных к психиатрам из педиатрической сети. В 2 раза чаще направляются мальчики. У трети данных пациентов отягощена наследственность психическими заболеваниями одного или обоих родителей или алкоголизмом. В половине всех случаев диагнозом, занимающим первое место по числу детей, направленных на экспертизу, является органическое поражение ЦНС с недоразвитием интеллекта.

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ТАКТИКА И НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР**

**Богданов Я.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

**Актуальность.** По данным ВОЗ, в мире ежегодно совершается почти 900 тысяч самоубийств. Ежегодно в Российской Федерации суицид совершают около 60 000 человек (Дмитриева Т.Б., 2006). Россия входит в первую мировую пятерку трагической статистики самоубийств.

**Целью работы** является снижение суицидального риска у пациентов, получающих психиатрическую помощь.

Задачами стали изучение критериев риска, ранняя диагностика при госпитализации в стационар и преемственность помощи при ведущем клинико-психопатологическом методе исследования.

Следует обращать внимание на следующие признаки суицидального поведения (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Критерии риска суицидального поведения в разных возрастных группах**

<i>Основные признаки суицидальных намерений</i>
1. Устные или письменные намеки, включающие в себя рассуждения о самоубийствах, рассказы о проблемах, просьбы о помощи или предпочтение пессимистических, мрачных или суицидных тем в беседах, поглощённость темами смерти.
2. Социальная изоляция.
3. Попытки самоубийства, членовредительство в анамнезе.
4. Вызывающее поведение.
5. Неряшливый внешний вид и небрежность в одежде.
6. Эмоциональная лабильность.
7. Жалобы на здоровье.
8. Раздаривание ценных вещей и составление завещания.
9. Недавнее самоубийство друга или близкого родственника.
10. Случаи суицида и суицидальных попыток у родственников.
11. Наличие в анамнезе суицидальных мыслей, обдумываний методов суицида и суицидальных попыток.
12. Спонтанные или обусловленные внешними причинами поступки в анамнезе, повлекшие резкое изменение привычного стереотипа жизни и (или) изменение в профессиональной деятельности.
13. Острая реакция в прошлом на события в личной и профессиональной жизни.
14. Депрессивные расстройства в прошлом.

15. Хронические соматические заболевания (особенно у пожилых людей), с физическими страданиями, затрудняющие приспособление.
16. Одиночество, особенно у пожилых людей.
17. Сочетание психического заболевания с алкоголизмом.
18. Психические расстройства (депрессия, особенно тревожностью и ангедонией; психозы, особенно с чувством ужаса, подозрительностью, бредом преследования или императивными псевдогаллюцинациями).
19. Расстройства сексуальных предпочтений с эгодистонией.
20. Алкоголизм и наркомания.
21. Послеродовой период – первые месяцы; неделя, предшествующая менструации.
<i>Социально-демографические критерии риска суицидального поведения</i>
1. Неполное среднее образование (самая опасная группа), безработные и неквалифицированные рабочие. Самоубийств больше среди врачей (особенно психиатров, хирургов, анестезиологов), военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов, предпринимателей, представителей богемы.
2. Холостяки, никогда не состоявшие в браке, затем вдовцы, разведенные, состоящие в браке, но бездетные.
3. Группа повышенного риска: люди, о которых никто не заботится и которые сами ни о ком не заботятся и (или) недавно потерявшие любимого человека или потерпевшие крах в любви (особенно в течение первых 6–12 месяцев).
<i>Половозрастные критерии лиц с риском суицидального поведения</i>
1. Мужчины совершают самоубийство примерно в 3 раза чаще, прибегая к радикальным средствам. Риск особенно высок у мужчин среднего возраста в моменты тяжелых жизненных кризисов – при тяжелых заболеваниях, при крупных финансовых неудачах, после развода – если они начинают злоупотреблять алкоголем и не соглашаются с диагнозом депрессии. Распространенность суицидов у мужчин зрелого возраста возрастает с 50 до 70 лет.
2. Риск резко возрастает в период полового созревания и достигает максимума в группе лиц от 15 до 34 лет.
3. Распространенность самоубийств среди женщин зрелого возраста повышается после 50 лет, достигая пика между 55-ю и 65-ю годами
4. Факторы суицида в подростковом возрасте: потеря любимого человека из ближайшего окружения или высокомерно отвергнутое чувство любви, уязвленное чувство собственного достоинства, крайнее переутомление, аддикции, отождествление себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство, состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха, когда человек утрачивает контроль над своим поведением, отягощённое социальное окружение, мотивы суицида, как правило, незначительны.

Лечение и профилактика суицида включают меры психиатрического, психотерапевтического и социального характера (табл. 2).

**Т а б л и ц а 2. Основные аспекты по организации работы при госпитализации в психиатрический стационар**

<i>Профилактические меры по предупреждению суицида</i>	
1.	Психиатр должен быть лично зрелым и уметь регулировать собственные эмоциональные реакции.
2.	Серьёзное отношение к высказываниям о суициде. Не должна вводиться в заблуждение кажущаяся несерьёзность конкретной суицидальной ситуации.
3.	Необходима поддержка, чувство эмпатии, а не морализирование. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения, необходимо избегать споров, предлагать альтернативу, не приходившую им в голову, необходимо стремиться к вербализации переживаний, это их дезактуализирует.
4.	Риск самоубийства следует рассматривать как неотложное состояние.
<i>Показания к госпитализации пациента с суицидальными намерениями</i>	
1.	Социальная изоляция, особенно потеря связи с близкими и друзьями.
2.	Отсутствие доверительных отношений с врачом.
3.	Психоз, особенно с галлюцинациями, требующими покончить с собой или предлагающими воссоединиться с умершим.
4.	Наличие четко разработанного плана самоубийства.
5.	Попытки самоубийства в анамнезе, особенно недавняя серьезная, спланированная попытка.
6.	Убеждение, что самоубийство – единственный выход из травмирующей ситуации.
7.	Депрессия, особенно с идеями вины, самоуничтожения, чрезмерным чувством стыда.

**Обсуждение результатов.** Нами проводилась развернутая оценка личности суицидентов с сентября 2018 г. по январь 2019 г. Госпитализирован 21 человек, из них 14 – с психотическими состояниями, остальные – с декомпенсацией расстройств личности. Суицидальное поведение сочеталось с аддиктивным у 11 пациентов. Женщин-суицидентов выявлено 12 человек. 12 человек были доставлены из соматических стационаров, из них 5 состоят на психиатрическом учёте. 15 человек имели опыт общения с психиатрами или наблюдаются в КОКПБ.

Нами применялась следующая тактика и неотложная помощь при госпитализации в психиатрический стационар: оценка всех факторов риска суицидного поведения, обстоятельств перед госпитализацией, оценка личностной, клинико-биологической, социальной предрасположенности, анализ механизмов суицидного поведения. После этого принимается решение о госпитализации на основании имеющегося у врачей клинического опыта и ориентированности в вопросах суицидологии,

которая у опытного врача – надёжный инструмент принятия решений. При отказе пациент госпитализируется недобровольно. Пациенты госпитализируются в острые отделения, где устанавливается строгий надзор. Лечение направлено на купирование ведущего психопатологического синдрома в соответствии со стандартами.

При оценке психического статуса как на догоспитальном этапе, так и в момент процедуры госпитализации в стационар нами определены трудности, влияющие на качество оценки суицидального статуса и риска самоубийства. К ним были отнесены в первую очередь алкогольное опьянение у суицидента, состояния, связанные с последствиями интоксикации (как правило, после приема психотропных препаратов). Трудность представляют пациенты, доставленные в психиатрический стационар после завершённых суицидов с гипоксической энцефалопатией, последствиями интоксикаций, травм опорно-двигательного аппарата, последствий проникающих ранений. Мы обращаем внимание на объём проведенных лечебно-диагностических мероприятий, компенсированность соматического состояния, выраженность психических расстройств. Решения принимаются как индивидуально, так и коллегиально в сложных случаях, с привлечением врачей-соматологов.

## **ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ**

**Бондарев В.Г., Романенко В.Н., Кондратов А.Ю., Синева В.Е., Шибанов А.Р., Иноземцева Е.В., Сизинцева Л.С., Пижамова Н.Л.  
Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,  
Новокузнецк, Россия**

---

В последние десятилетия чрезвычайные ситуации (ЧС) и события, включая войны, акты террора, стихийные бедствия, техногенные катастрофы, приводят к человеческим жертвам или ущербу здоровью людей. Так, в 2016 г. в Российской Федерации зафиксировано около 300 чрезвычайных ситуаций, число пострадавших достигало 131 тысяч человек, погибло 788 человек. В связи с этим как в нашей стране, так и за рубежом растет интерес к проблемам, возникающим у лиц и их близких, переживших ЧС. Обстановка, возникающая при ЧС, приводит к дистрессу на физиологическом и психическом уровнях, что способствует возникновению затяжных состояний тревоги, страха, напряжения, развитию посттравматического стрессового расстройства (далее по тексту – ПТСР).

По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, до 70% пострадавших явно реагируют на стресс и нуждаются, в той или иной степени, в психологической и психотерапевтической помощи, у 30% из них развивается ПТСР. По прогнозам различных исследователей, тенденции к снижению ЧС в ближайшее десятилетие не намечается. Стрессовые события или пролонгированная тяжелая психотравма являются основным причинным фактором возникновения пограничных психических расстройств. В эту категорию расстройств включаются острые реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации во всех возрастных группах, а также ПТСР, симптомы которого так же можно рассматривать как нарушение адаптации, ведущее к неадекватному социальному функционированию.

Нами накоплен опыт оказания психолого-психиатрической помощи пострадавшим и их семьям при взрывах на шахтах «Зыряновская» (1998 г.) и «Распадская» (2010 г.), внезапном наводнении в поселке Малышев Лог (2004 г.), пожаре в ТРЦ «Зимняя Вишня» (2018 г.). В НКПБ сформированы бригады психолого-психиатрической помощи быстрого реагирования. Наша бригада в сменном режиме принимала участие во всех мероприятиях, связанных с ликвидацией последствий ЧС, сопряженных с оказанием психолого-психиатрической помощи по алгоритму: психолого-психиатрическая разведка по месту ЧС; консультирование пострадавших по месту события, в стационаре поликлинике; сопровождение встреч родственников пострадавших с администрацией; медико-психологическое сопровождение процедуры опознания погибших; участие в посемейном (подворовом) обходе с социальными работниками и местной администрацией (после наводнения в пос. Малышев Лог); консультирование в психологических центрах; медико-психологическое сопровождение при погребении погибших.

В процессе работы бригады психолого-психиатрической помощи быстрого реагирования с пострадавшими и их близкими диагностированы реакции острого периода (от нескольких часов до 2–3 дней), к их числу относятся аффективно-шоковые реакции с элементами ступора и гиперреактивностью, с изменением сознания вплоть до глубокого оглушения, острые тревожно-фобические состояния со сложными психологическими феноменами, зависящими от типа личности.

Острый постстрессовый период практически совпадает с фазой спасения пострадавших. Цели и задачи медико-психологической помощи в этот период: выявление нуждающихся в психолого-психиатрической помощи, профилактика и купирование острых панических реакций, психотерапия возникших пограничных нервно-психических нарушений, повышение адаптационных возможностей индивида. В этот пери-

од особое значение имела оперативная безошибочная оценка психического состояния пострадавших, оказание неотложной психиатрической помощи (психофармакотерапия) и рекомендации для последующей эвакуации, уверенное и слаженное поведение персонала. Важен, по возможности, подробный сбор анамнеза для выявления особенностей личности, типа воспитания в семье, выявление групп поддержки для планирования дальнейшей психотерапевтической коррекции.

Особой группой людей, к которым применяется психотерапия в условиях ЧС, являются родственники пострадавших. Для них применялся развернутый комплекс психотерапевтических мероприятий: 1) поведенческие методы и приемы, направленные на снятие психоэмоционального возбуждения, тревоги, панических реакций; 2) экзистенциальные приемы и методы, направленные на принятие ситуации утраты, устранение душевной боли, поиск ресурсных психологических возможностей для дальнейшей жизни; 3) установление доверительных отношений, что достигается посредством внимательного, доброжелательного, активного выслушивания, с «полным присутствием», присоединением и ведением на невербальном уровне (дыхание, прикосновение, измерение давления и др.); 4) эффективно зарекомендовал себя метод работы в паре, желательно специалистов противоположного пола; 5) в некоторых случаях проводилось обучение простым техникам успокаивающего дыхания, переработки негативных переживаний, «образов, мыслей», ДПДГ (десенсибилизация и переработка движением глаз), притчи.

При оказании психиатрической помощи в остром периоде важен комплексный подход на всех этапах (работа «горячей линии», собрание родственников с представителями местной администрации, сопровождение процедур опознания и похорон, консультация пострадавших в стационаре, прием в соматической поликлинике). Помимо психотерапевтической коррекции необходимо подключение психофармакологических препаратов: при высоком уровне тревоги, беспокойства хорошо зарекомендовали себя препараты бензодиазепинового ряда, однократно или коротким курсом.

По миновании острого периода необходимо подключение специалистов-психологов и социальных работников для дальнейшего решения вопросов адаптации личности в новых постстрессовых обстоятельствах. Успешность и своевременность помощи названных специалистов во многом определяют саму возможность развития ПТСР, как отставленную во времени пролонгированную реакцию на исключительно угрожающее, катастрофическое событие, а при его развитии придаст симптоматику клинически менее выраженный характер.

Из множества факторов, влияющих на возникновение ПТСР у лиц, переживших ЧС, разными авторами выделяются психологические факторы: чувство изоляции, вины перед погибшим («синдром выжившего»), потеря доверия к властям. Разрушения прежних представлений о себе, окружающем мире и своем месте в этом столь быстро изменяющемся мире вызывает у пострадавших смятение, гнев, усиливает неуверенность в себе и недоверие к окружающим людям и властям (что особенно остро проявилось при трагедии в ТЦ «Зимняя Вишня»).

**Выводы.** Таким образом, применявшиеся стратегии оказания психолого-психиатрической помощи, такие как минимальные сроки, работа в очаге ЧС, преемственность и последовательность на всех этапах, а также совместная работа психологов и психиатров в бригадной форме, показали свою эффективность при устранении последствий ЧС.

#### **Литература**

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства во время и после ЧС. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2001; 04: 116–118.
2. Кекелидзе З.И. Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при ЧС. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2001; 04: 123–125.
3. Buchbinder J.O. Self-Report Assessment of the hypothesized Post-Vietnam Syndrome. Buffalo, 1980.
4. Гордеев В.А., Малиновский С.В. Планирование и оказание психолого-психиатрической помощи при ликвидации медицинских последствий аварий на угольных шахтах. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011; 2(65): 73–76.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

**Василевская Ю.Д., Фаткулина К.Е., Лысцова Л.Ю., Устименко О.Ф.**  
**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

В последнее время в реабилитации пациентов с психическими расстройствами всё чаще используются различные двигательные методы, в том числе танцевально-двигательная терапия (ТДТ). С пациентами медико-реабилитационного отделения ГКУЗ КО КОКПБ в течение года проводился курс занятий по танцевально-двигательной терапии. В состав полипрофессиональной бригады вошли хореограф, клинический психолог, социальный работник, врачи-психиатры, медицинские сёстры отделения.

На подготовительном этапе сотрудниками была изучена методическая литература по данной тематике, прослушан курс лекций, принято участие в мастер-классах, проведенных председателем Российской Ассоциации ТДТ И.В. Бирюковой (г. Москва). Кроме того, ею был проведен мастер-класс и с пациентами медико-реабилитационного отделения ГКУЗ КО КОКПБ, занимающимися в хореографической студии.

Для проведения занятий по ТДТ была отобрана группа из 12 пациентов медико-реабилитационного отделения. Критериями отбора в группу были желание пациентов заниматься, возможность посещения занятий в течение 6 месяцев, отсутствие острой психотической симптоматики. В группу были включены 5 мужчин (41,6%) и 7 женщин (58,4%). 9 пациентов (75%) имели диагноз шизофрении, 2 пациента (16,6%) страдали умственной отсталостью, 1 пациент (8,3%) – органическим заболеванием ЦНС. Основное количество исследованных пациентов (11 чел. – 91,6%) не работали и не учились, все пациенты набранной группы имели инвалидность II группы по психическому заболеванию. Средний возраст участников составил 34 года. Длительность заболевания у всех пациентов группы была более 7 лет. Приверженность режиму терапии была отмечена у 11 пациентов (91,6%). Сужение круга интересов выявлено у 10 пациентов (83,3%). При этом круг общения у 3 пациентов (25%) был сведен к формальным коммуникациям лишь с близкими родственниками, а у 5 пациентов (41,6%) круг общения ограничивался пациентами психиатрических учреждений. Только 2 пациента (16,6%) в какой-то мере сохранили контакты с одноклассниками, коллегами, соседями.

При исследовании использованы следующие тестовые методики: Методика диагностики межличностных отношений Лири, Многомерная шкала восприятия социальной поддержки (M.S.P.S.S.), Тест Дембо-Рубинштейна, Опросник SF-36. Тестирование проводилось с пациентами до и после курса ТДТ (интервал 6 месяцев).

С целью уточнения методики индивидуального подхода к пациентам перед началом курса проводился проективно-диагностический тест «Рисунок своего тела» Участникам группы давалось задание нарисовать своё тело и описать его тремя прилагательными.

Занятия проводились 3 раза в неделю по 1,5 часа и строились по следующему плану: разминка, развитие основной темы, интеграция опыта. Вначале уделялось больше внимания процессам интеграции группы, затем ориентир был направлен на личностные изменения, а на заключительных этапах – на сохранение приобретённых изменений и перенос в реальную жизнь приобретённых более конструктивных навыков.

Структура занятия включала 5 осинových частей.

1. *Вводная часть* (10 минут): рисуночные диагностические проективные тесты: «Какого Я цвета?».

2. *Разминка* (15 минут): групповые упражнения под специально подобранное музыкальное сопровождение: дыхательная гимнастика; релаксационные упражнения, контрастные упражнения на ощущения напряжения и расслабления мышц; симметричные и асимметричные движения; упражнения на раздражение вестибулярного аппарата (повороты, наклоны, вращения, внезапные остановки и др.); воспроизведение заданного ритма движений (под музыку, голос, хлопки); упражнения на микромоторику кисти (в частности пальчиковая гимнастика); парные и групповые упражнения на макромоторику, требующие согласованности совместных телесных действий и взаимодействий. В разминке также использовались элементы балльных и народных танцев.

3. *Основная часть* (40 минут): выполнение психотехник танцевально-двигательной терапии, таких как: 1) индивидуальная импровизация – упражнение, в котором каждый из участников танцует так, как может и как хочет. Свободные движения импровизации танцующего позволяют полнее раскрыть себя, высвободить свои внутренние и внешние мышечные зажимы и психическое напряжение; 2) упражнения паре (например, кинестетическая эмпатия – упражнение, в котором один из партнёров начинает спонтанно двигаться, а другой зеркально отражает его движения, стараясь путём подражания «вчувствоваться» в партнёра через восприятие его пластики, пантомимики, манеры движений.

4. *Заключительная часть* (15 минут): групповой танец, направленный на объединение участников, улучшение их коммуникативных навыков.

5. *Завершение сессии* (10 минут): повторение рисуночного теста: «Какого Я цвета?» – вновь проводилось психологом.

Рисуночные тесты во вводной части и в завершении сессии проводились психологом, остальные три части занятия – хореографом, под контролем врачей отделения. Социальный работник и медсёстры отделения оказывали непосредственную помощь в проведении занятий. На последнем занятии пациенты заполняли «анкету участника групповых танцевально-терапевтических занятий». По окончании курса ТДТ участникам группы повторно проводился проективно-диагностический тест «Рисунок своего тела», в ходе которого вновь предлагалось нарисовать своё тело и описать его тремя прилагательными. В заключение обсуждались результаты занятий ТДТ с пациентами, в ходе которого психолог побуждал пациентов рассказать о своих чувствах, изменениях в своём психическом состоянии, восприятии себя и других во время,

до и после занятий ТДТ. На завершающем этапе психолог демонстрировал пациентам и интерпретировал психологический смысл изменений в их рисунках до и после курса ТДТ, акцентируя внимание пациентов на импровизациях в их рисунках.

В ходе занятий рисунки у большинства пациентов группы постепенно становились объёмнее, гармоничнее, ярче, многоцветнее, чётче и упорядоченнее. В большинстве рисунков начали появляться задний план и перспектива, корректировались пропорции предметов, появлялось движение. В сюжете рисунков вместо абстракций, нереальных образов, фрагментарных изображений отдельных предметов стали чаще появляться пейзажи, изображения людей на фоне природы, домов и других реальных образов. В целом рисунки становились более осмысленными и упорядоченными. Параллельно с положительной трансформацией рисунков изменялось и психическое состояние пациентов. К концу танцевально-терапевтического цикла пациенты становились более спокойными и уверенными, у них снижалась тревога, выравнивалось настроение. Эти изменения подтверждались повторным экспериментально-психологическим обследованием.

Согласно самооценке по тесту Дембо-Рубинштейна, социальная активность была снижена у 65,3% пациентов, а у остальной части больных субъективно оценена как удовлетворительная; показатели этого теста не претерпели значительного изменения.

По тесту Лири, самоописания испытуемых экспериментальной группы носили противоречивый характер и указывали на наличие внутри- и межличностных конфликтов, снижавших социально-психологическую адаптацию. Основные типы межличностного взаимодействия в динамике остались прежние – сотрудничающий и великодушный. Вместе с тем у 2 пациентов исследуемой группы (16,6%) улучшились показатели по следующим шкалам: независимый, агрессивный и недоверчивый типы взаимодействия. Средний индекс доминирования в группе на начало исследования составил 3,9 балла и впоследствии не претерпел изменений. Средний индекс дружелюбия до курса составил 10,3 балла, а впоследствии возрос на 0,6 балла, что свидетельствует о стремлении личности к установлению дружелюбных отношений и сотрудничеству с окружающими.

Показатели многомерной шкалы восприятия социальной поддержки (M.S.P.S.S.) не претерпели в процессе занятий значительных изменений.

По опроснику SF-36 выявлено незначительное повышение показателей по всем шкалам.

По результатам клинических наблюдений, в исследуемой группе у пациентов с шизофренией чаще, чем у пациентов с другими нозологиями, отмечались застревания на движении, сложности переключения с одного движения на другое. Выполнение проб на оценку и воспроизведение ритмов по слуховому образцу было хуже у пациентов с выраженной дефицитарной симптоматикой. В процессе танцетерапии улучшались моторика (16,6% пациентов), речевое отреагирование ситуативных эмоций (25%), появилась более адекватная оценка моторно-эмоциональной и коммуникативной выразительности в танце (33,3%).

**Выводы.** В исследуемой группе выявлено положительное воздействие ТДТ на состояние здоровья и эмоциональную сферу участников группы, отмечается улучшение их коммуникации, развитие навыков совместной деятельности. В результате занятий обнаружено позитивное психологическое реагирование пациентов на применение методики и отсутствие каких-либо побочных эффектов.

## **АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

**Виншу А.А.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

Выраженность аффективных расстройств (АР) при эндогенных заболеваниях может быть различна и в разных случаях проявляться по-разному, и зависеть от тяжести продуктивной или негативной симптоматики. Колебания настроения в зависимости от тяжести психоза могут быстро меняться от печали и тоски до немотивированной радости, смеха и эйфории. Иногда, наоборот, больной находится в одном неизменном настроении продолжительное время. При АР при шизофрении амбивалентные эмоции могут быть ярко выражены на остrote психоза. Амбивалентные эмоции проявляются одновременными плачем и смехом, страхом и блаженством, выражением любви и одновременно ненависти. Для начальных симптомов шизофрении характерно поверхностное капризное настроение, не соответствующее происходящему. Плохое настроение и депрессия, тревога, тоска, апатия и раздражительность – симптоматика, чаще проявляющаяся на начальных этапах развития шизофрении. Маниакальная симптоматика при шизофрении – повышенное настроение, ускорение темпа мышления и многоречивость, повышенная двигательная активность, бредовые идеи величия и переоценка собственных возможностей.

В Кемеровской областной клинической психиатрической больнице в женском общепсихиатрическом отделении в 2018 г. обследовано 219 пациенток с диагнозом шизофрении.

**Цель и задачи исследования:** выявление клинических проявлений аффективных состояний в рамках шизофрении у пациенток различных возрастных групп; оценка аффективных проявлений и их выраженности, сравнительный анализ показателей в группах.

**Материал и методы.** В исследование было включено 219 пациенток с верифицированным диагнозом шизофрении. Оценку психического состояния пациенток проводили клинико-психопатологическим методом. Из общего массива сформированы 3 возрастные группы. 1-я группа – возраст пациенток составлял от 25 до 35 лет (55 человек). 2-я группа – возраст пациенток составлял от 36 до 59 лет (130 человек). 3-я группа – возраст пациенток составлял старше 60 лет (34 человека).

Каждая из возрастных групп была разделена по наличию аффективных проявлений – депрессивная симптоматика, маниакальная симптоматика, формирование шизофренического дефекта, отсутствие/незначительные проявления ярко выраженных аффективных расстройств.

**Обсуждение.** В результате проведенного исследования выявлено, что в 1-ю возрастную группу 20–35 лет вошли 24 пациентки (43%) с депрессивной симптоматикой в виде сниженного настроения, апатии, тревоги, плаксивости; 14 пациенток (26%) с маниакальной симптоматикой в виде раздражительности, напора, многодеятельности, чрезмерной активности, стремления к «чему-либо», что не определяло ранее их поведение; 5 пациенток (9%) с формированием шизофренического дефекта; 12 пациенток (22%) с отсутствием/незначительными проявлениями ярко выраженных аффективных расстройств в виде неустойчивых проявлений колебания настроения, апатии.

Во 2-й возрастной группе 36–59 лет зарегистрировано 48 пациенток (37%) с депрессивной симптоматикой в виде сниженного настроения, вплоть до появлений суицидальных мыслей (в 7 случаях), беспомощности, безразличия, апатии, тревоги; 26 пациенток (20%) с маниакальной симптоматикой в виде чрезмерной активности, ускоренного мышления, многодеятельности, неустойчивого фона настроения до беспричинной раздражительности, агрессии как к окружающим, так и родственникам; 23 пациентки (18%) с формированием шизофренического дефекта; 33 пациентки (25%) с отсутствием/незначительными проявлениями ярко выраженных аффективных расстройств в виде колебаний настроения, безразличия.

К 3-й возрастной группе старше 60 лет относилось 13 пациенток (38%) с депрессивной симптоматикой в виде апатии, сниженного настроения, безразличия; 5 пациенток (14%) с маниакальной симптоматикой в виде чрезмерной активности, ускоренного мышления, мачерности; 10 пациенток (30%) с формированием шизофренического дефекта; 6 пациенток (18%) с отсутствием/незначительными проявлениями ярко выраженных аффективных расстройств в виде колебаний настроения, чувства «ненужности» и «никчемности».

**Выводы.** Данное исследование показало, что депрессивная симптоматика в виде сниженного настроения, апатии, тревоги, плаксивости преобладает у пациенток, страдающих шизофренией в молодом возрасте, чем в более зрелом. Маниакальная симптоматика в виде чрезмерной активности, ускоренного мышления, многодеятельности, неустойчивого фона настроения до беспричинной раздражительности, агрессии как к окружающим, так и к родственникам преобладает в среднем возрасте. Эти показатели значительно отличаются от группы пациенток старше 60 лет, где на первое место выступает формирование шизофренического дефекта. Также было отмечено, что шизофрения не может протекать без проявлений аффективных состояний, где на 1-е место вышла 2-я возрастная группа. Редукция аффективной симптоматики сопровождалась снижением интенсивности проявлений ведущей симптоматики, что соответствовало редукции психопродуктивной симптоматики, однако полной редукции и становления качественной ремиссии не происходило. Течение заболевания у больных с шизофренией и преобладанием аффективных расстройств приближено к приступообразному типу, протекающему в виде очерченных депрессивных фаз и неглубоких аффективных колебаний в период ремиссии.

## **ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОПИНГ-ТЕРАПИИ АДДИКТИВНЫХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Воеводин И.В.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

Согласно когнитивно-поведенческому подходу, первым звеном патогенеза аддиктивных и невротических расстройств является индивидуальная триггерная ситуация, в которой оказывается человек с определенными характеристиками уязвимости к данному типу ситуаций. Вследствие когнитивной иррациональности нарушается оценка ситуации и реакция на нее (копинг), что в итоге приводит к возникновению

предболезненных состояний, а затем и к формированию психических и поведенческих расстройств. Исходя из этого положения в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН была разработана и апробирована методика когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддиктивных и невротических тревожно-депрессивных расстройств, базирующаяся на выявлении и коррекции нерационального когнитивного стиля и взаимосвязанного с ним неадаптивного копинг-стиля.

В ходе решения задачи повышения эффективности психотерапевтических вмешательств за счет их дифференцирования установлена такая принципиальная дифференцирующая характеристика, как стеничность реагирования (от греч. *sthenos* – сила; склад личности, характеризующийся высоким жизненным тонусом, значительной психической активностью, устойчивостью побуждений, высокой личностной самооценкой). Пациенты как с аддиктивными, так и с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами могут обладать стеничными либо гипостеничными чертами. На уровне характерологических особенностей стеничность проявляется заострением черт спонтанной агрессивности (повышением уровня психопатизации интротенсивного типа, с импульсивным поведением), гипостеничность – сочетанием черт эмоциональной лабильности со склонностью к депрессивности. На уровне клинической симптоматики и нарушений социального функционирования стеничный вариант формирования расстройств отличается склонностью к рискованному поведению, гипостеничный вариант – склонностью к суицидальным мыслям.

Основанием для персонализации психотерапевтических вмешательств послужили особенности когнитивного стиля и копинг-стиля при разных вариантах формирования расстройств. Так, стеничный вариант характеризовался иррациональными когнитивными установками долженствования в отношении себя, катастрофизации, неспособности к отсроченному гедонизму, склонности к неоправданному риску. Данный вариант иррациональности когнитивного стиля сочетался с неадаптивным эмоциональным реагированием, низким самоконтролем эмоций, преобладанием в стрессовых ситуациях непродуктивного возмущения над готовностью принять ответственность, неадаптивными способами отвлечения от проблем – с помощью переадресации либо потребления ПАВ с атарактической мотивацией.

Когнитивная иррациональность при гипостеничном варианте формирования расстройств проявлялась долженствованием в отношении других, низкой фрустрационной толерантностью, внешним локусом контроля. Неадаптивный копинг в данном случае выражался в неспособности к принятию и дезактуализации проблемных ситуаций, песси-

мистичном прогнозе их развития, неготовности делегировать ответственность и взаимодействовать с окружением в проблемных ситуациях, а также в преобладании избегающего копинга над разрешающим.

Применение персонализированных психотерапевтических методик вмешательства позволило повысить комплаентность, эффективность в отношении потребления ПАВ и тревожно-депрессивной симптоматики, уровень социально-психологической адаптации пациентов после выписки по сравнению с общей недифференцированной методикой.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У НАРКОЗАВИСИМЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ**

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

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

**Актуальность проблемы.** С ростом количества наркозависимых лиц в обществе возрастает численность общественно опасных деяний (ООД), совершаемых ими. Процент лиц, достигших длительных ремиссий, в этой группе низкий. Данному факту способствуют экономический кризис, нестабильность экономической и социальной ситуации, происходящие изменения в системе личностных ценностей. В связи с этим становятся актуальными сложность организации обязательного лечения наркозависимых лиц, которые совершили преступные деяния.

**Цель:** исследовать структуру и распространенность медико-социальных факторов у наркозависимых лиц, совершивших общественно опасные деяния.

**Обсуждение.** Осуществлен мониторинг распространенности и структуры основных медицинских и социальных факторов, приводящих к совершению ООД среди наркозависимых лиц. Установлены ведущие факторы, приводящие к совершению повторных ООД среди этих пациентов. На основании статистических данных установлена распространенность наркозависимости в Кемеровской области (численность населения 2 708 844 человек), зарегистрировано 8 934 человека с наркоманией (329 больных на 100 тыс. населения в 2016 г.). Ситуация по распространенности наркомании в Кемеровской области характеризуется наличием большого числа лиц, потребляющих наркотики без назначения врача. Для проведения настоящего исследования представилось актуальным сравнить показатели заболеваемости наркоманией в регионе в сравнении с данными по стране.

В 2013–2018 гг. доля лиц с наркоманией, зарегистрированных наркологическими учреждениями в РФ/Кемеровской области на 100 000 населения (2013 г. – 226,9/353,9, 2018 г. – 199,5/325,7), отражает за последние 5 лет снижение числа лиц, зарегистрированных с диагнозом «наркомания», но имеется значительное превышение данных по Кемеровской области по сравнению с показателями по России.

По уровню распространенности ВИЧ-инфекции Кемеровская область относится к территориям с высокими показателями. Распространенность ВИЧ-инфекции увеличилась в 2018 г. на 11,9% (2 048,7) по сравнению с 2009 г. (1 331,5). Одним из главных факторов, способствующих распространению ВИЧ-инфекции, остается инъекционный способ потребления наркотиков. Потребление некоторых видов наркотических веществ приводит к сексуальному возбуждению с реализацией многочисленных половых связей, значительно повышая риски ВИЧ-инфицирования. С 2009 г. по настоящее время в Кемеровской области регистрируется самая высокая заболеваемость ВИЧ-инфекцией в РФ.

Основой для формирования групп стали 3 243 человека (или 119,7 наркозависимых лиц на 100 тыс. населения), совершивших правонарушение и направленных по решению суда на психолого-психиатрическую экспертизу с привлечением нарколога. Из них 1 872 подэкспертным установлен диагноз «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением наркотических веществ». После проведения экспертизы наркозависимые лица направлены судом на обязательное лечение и медико-социальную реабилитацию, но лишь 1 237 наркозависимых лиц обратились в наркологический диспансер по постановлению суда, где прошли диагностику. 584 пациента согласились на обязательное лечение и медико-социальную реабилитацию и составили группу I (вмешательства).

Пациенты группы вмешательства разделены на три подгруппы. Подгруппа IA (242 пациента) – лица с психическими расстройствами и расстройствами поведения в связи с употреблением ПАВ, сопутствующей патологией, стажем употребления ПАВ  $\geq 10$  лет, отсутствием критики к своему заболеванию. Все они были направлены на обязательное стационарное лечение и реабилитацию в условиях стационара (изоляция) с привлечением полипрофессиональных бригад. Подгруппа IB (212 пациентов) – лица с психическими и поведенческими расстройствами, употребляющие ПАВ, стажем потребления наркотических веществ менее 10 лет, формальной критикой к своему употреблению наркотических веществ, направленные по решению суда на обязательное стационарное лечение и реабилитацию в амбулаторных условиях с привлечением полипрофессиональных бригад. Подгруппа IB (130

пациент) – лица с психическими и расстройствами поведения в связи с употреблением ПАВ, которые в связи с сопутствующей патологией, стажем употребления ПАВ  $\geq 10$  лет, отсутствием критики к заболеванию были направлены на обязательное стационарное лечение и реабилитацию, но после прохождения лечения отказались от реабилитации.

Контрольная, или II группа (85 пациентов) – лица с психическими расстройствами и расстройствами поведения в связи с потреблением ПАВ, добровольно согласившиеся на исследование, без лечения и реабилитации. Наркозависимые были вовлечены волонтерами из полипрофессиональной бригады для ресоциализации. В данную группу входили лица, которые совершали правонарушения, однако не подвергались уголовному преследованию в связи с непривлечением к суду.

Критерии включения в исследуемую группу: лица, находящиеся на лечение и диспансерном наблюдении по решению суда; употребление наркотических препаратов (опий, героин, каннабиноиды и другие синтетические ПАВ) любым способом, имеющие диагноз «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления ПАВ». Критерии включения в контрольную группу: наркозависимые лица, добровольно согласившиеся участвовать в исследовании, для ресоциализации; совершившие правонарушения, но не подвергшиеся уголовному преследованию.

Участники исследуемых групп являлись наркопотребителями ПАВ, жителями Кемеровской области. Исследования проводились в наркологических и психиатрических диспансерах Кемеровской области. Анализ факторов, влияющих на совершение повторных ООД среди наркозависимых лиц, позволил выделить следующие группы. *Социальные* – стаж употребления наркотиков  $\geq 10$  лет – 55,6% (51,8–59,3); привлечение к уголовной или административной ответственности в анамнезе – 38,2% (34,6–42,0); отсутствие специального образования – 36,4% (32,9–40,2); отсутствие трудовой занятости – 47,1% (43,3–50,8). *Медицинские* – ранее начало употребления в возрасте 14–18 лет – 36,4% (32,9–40,1); наследственная отягощенность – 46,3% (42,6–50,1).

**Выводы.** Факторы риска употребления ПАВ можно условно разделить на психофизиологические, социальные, семейные и наследственные. Определены *медико-социальные* значимые факторы, влияющие на совершение общественно опасных действий: стаж употребления наркотиков  $\geq 10$  лет – 55,6% (51,8–59,3); отсутствие трудовой/учебной занятости – 47,1% (43,3–50,8); наследственная отягощенность – 46,3% (42,6–50,1); привлечение к уголовной или административной ответственности в анамнезе – 38,2% (34,6–42,0); отсутствие специального образования – 36,4% (32,9–40,2); ранее начало употребления в возрасте

14–18 лет – 36,4% (32,9–40,1). На формирование наркозависимости оказывает влияние совокупность всех выделенных критериев как факторов риска противоправного поведения наркозависимых в социуме. Изучение факторов, способствующих возникновению наркологических расстройств, предоставляет дополнительные возможности в проведении индивидуальной программы мероприятий по профилактике и медико-социальной реабилитации. Поиск взаимодополняющих факторов, влияющих на потребность объемов оказания медицинской помощи, определяя их взаимосвязи, формирует иерархический набор факторов по их использованию в алгоритме оказания наркологической помощи населению.

### **Литература**

1. Благоев Л.Н. Клинические механизмы воспроизводства психопатологии аддиктивной доминанты при опиодной наркомании. Паранойальный сверхценный бред наркомана. Наркология. 2016; 9: 88–104.
2. Евдокимов А.Г., Акмаева З.З. Что изменилось в стандартах медицинской помощи по профилю «Наркология». Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2016; 10: 22–30.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В СВЕТЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГРАЖДАНСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИИ**

**Волгогонов О.А., Гацковская Ю.С.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

Известно, что 2 марта 2015 г. вступили в силу поправки к ГК РФ, которые по-новому определяют подходы к ограничению дееспособности людей с ментальными нарушениями. Федеральным законом от 30 декабря 2012 г. № 302-ФЗ «О внесении изменений в главы 1, 2, 3 и 4 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» в ГК РФ внесены существенные изменения, затронувшие вопросы дееспособности граждан. Статьи 29 и 37 ГК РФ были дополнены нормой, в соответствии с которой опекун при осуществлении сделок от имени своего подопечного и распоряжении его имуществом обязан учитывать мнение подопечного. Пунктом 2 статьи 30 ГК РФ предусмотрена возможность ограничения, а не лишения дееспособности гражданина вследствие психического расстройства. Согласно пункту 3 статьи 29 ГК РФ, ограничение дееспособности может быть установлено судом в отно-

шении гражданина, который ранее был признан недееспособным. Пункт 3 статьи 36 ГК РФ был дополнен требованием, согласно которому опекун или попечитель обязан заботиться о развитии (восстановлении) дееспособности своего подопечного, как ограниченного в дееспособности, так и признанного недееспособным.

Согласно новой редакции пункта 2 статьи 30 ГК РФ гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности. Гражданину, ограниченному судом в дееспособности, назначается попечитель органом опеки и попечительства по месту жительства. При этом гражданин, ограниченный в дееспособности, сохраняет самостоятельное право совершать все сделки, связанные с распоряжением своим заработком, стипендией и иными доходами, а также совершать мелкие бытовые сделки. Например, сделки, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации (принять имущество в дар); сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения (независимо от суммы таких средств). Все остальные сделки гражданин, ограниченный в дееспособности, совершает сам, но с письменного согласия своего попечителя. Письменное согласие попечителя необходимо также для распоряжения алиментами, социальной пенсией, возмещением вреда здоровью и в связи со смертью кормильца и иными предоставляемыми на содержание подопечного выплатами (за исключением распоряжения заработком, стипендией и иными доходами).

Как видно, закон предусматривает определенную гибкость в применении мер защиты по отношению к людям, чья способность к самостоятельному осуществлению своих прав нарушена. Наиболее серьезной мерой, по-прежнему сохраняющейся в российском законодательстве, является признание гражданина недееспособным и полное замещение его решений решениями опекуна в большинстве сфер правоотношений. Ограничение дееспособности гражданина является менее жесткой мерой, поскольку позволяет ему сохранить возможность самостоятельного волеизъявления и распоряжения своим имуществом в большинстве сфер повседневных правоотношений. Такая мера защиты позволит человеку, имеющему инвалидность вследствие психического расстройства, сохранить возможность самостоятельного осуществления ряда важнейших конституционных прав, в том числе право избирать и быть избранным, право вступать в брак и воспитывать своих детей.

Введение новых для отечественного законодательства юридических норм фактически отменило традиционную монополию дихотомической экспертной оценки психического состояния гражданина с позиций «дееспособен – недееспособен», что вначале вызвало определенные затруднения при решении судебно-психиатрических вопросов.

Практика экспертной деятельности в амбулаторном отделении судебно-психиатрических экспертиз ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница» показывает, что количество судебных дел о признании граждан ограниченно дееспособными прогрессивно возросло с 3 в 2016 г. до 16 в 2018 г., т.е. в 5 раз. При этом число лиц, признанных не способными в полной мере понимать значение своих действий и руководить. изменилось с 3 в 2016 до 7 в 2018, т.е. со 100% до 44%.

Анализ ситуации показывает, что наибольшие сложности у членов экспертных комиссий вызывает оценка психического состояния испытуемых, страдающих психическими расстройствами эндогенного спектра (шизофрения, шизотипические расстройства), аффективными расстройствами (биполярное аффективное расстройство, гипоманиакальные, субдепрессивные состояния без психотических симптомов), а также лиц с органическими психическими расстройствами.

Дифференцированный подход к судебно-психиатрической оценке психических нарушений в свете изменений гражданского законодательства требует от экспертов более глубокого и разностороннего изучения как психического состояния испытуемого лица, так и особенностей его социального, семейного и трудового функционирования. Это связано с тем, что сам по себе факт наличия психического расстройства, госпитализаций в психиатрический стационар и даже инвалидности в новой правовой реальности не является фатальным основанием для признания больного недееспособным гражданином. Дополнительные сложности создаются противоречивыми показаниями свидетелей по делу, а в ряде случаев неоднозначностью предоставляемой медицинской документацией с разнородностью оценок психического состояния лица врачами общепсихиатрического профиля.

Для решения поставленных вопросов, используя право экспертной инициативы, врачи судебно-психиатрической экспертизы отделения амбулаторных СПЭ вносят в суд ходатайства о предоставлении экспертной комиссии дополнительных материалов по делу, в том числе дополнительных допросов свидетелей, включая допросы лечащих врачей заинтересованных лиц, в отношении которых ведется производство о признании ограниченно дееспособными. При этом экспертами формулируются вопросы, подлежащие изучению в судебном заседании.

В связи с внесением изменений в гражданское законодательство, необходимостью более полной и разносторонней оценки психического состояния граждан врачи судебно-психиатрические эксперты стали значительно чаще принимать участие в судебных заседаниях, что позволяет суду сформулировать объективное и непредвзятое мнение по делу с учетом особенностей психического функционирования заинтересованного лица. В свете актуальной правовой реальности работа психиатра-эксперта в судебном заседании перестает быть исключением из правил, что требует от него знания не только психиатрии, но также способности эффективно функционировать в новых и непривычных условиях допросов участников судебного процесса, заинтересованных лиц, их законных представителей.

Безусловно, понимая необходимость соблюдения разумных сроков судопроизводства, администрация ГКУЗ КО «КОКПБ» ориентирует врачей судебно-психиатрических экспертов на решение поставленных вопросов в амбулаторных условиях в соответствии с вынесенными судебными определениями о назначении экспертного исследования. Каждая рекомендация о помещении испытуемого лица в судебно-психиатрический стационар тщательно обсуждается членами экспертных комиссии, в состав которых вводятся опытные эксперты с большим стажем работы по гражданским делам. В 2016–2018 гг. увеличения числа лиц, в отношении которых выносилось заключение о невозможности ответить на поставленные вопросы в амбулаторных условиях, не отмечалось: 2016 г. – 1, 2017 г. – 2, 2018 г. – 2. Данный факт при абсолютном росте числа назначаемых судами экспертиз свидетельствует об обоснованности дифференцированного подхода к экспертной судебно-психиатрической оценке психических нарушений испытуемых лиц по делам о признании гражданина ограниченно дееспособным.

## **СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ**

**Вострых Д.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И.,**

**Дементьева Г.С., Селедцов А.М.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

Анализируя показатели смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами медицинских наркологических организаций СФО в первом полугодии 2019 г. по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. наметилась положительная тенденция – общее число паци-

ентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в наркологических диспансерах и подразделениях наркологической службы СФО в связи со смертью, снизилось на 2,4%. При этом число снятых по причине смерти пациентов с синдромом зависимости от наркотиков снизилось на 11,1%, с синдромом зависимости от алкоголя – на 4,8%. Кемеровская область по итогам 6 месяцев 2019 г. среди других регионов СФО занимает 6-ю позицию по числу умерших пациентов с наркологическими расстройствами. Следует отметить, что три региона (Республика Тыва, Иркутская и Томская области) разделили между собой 4-е место (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью (в % от числа находящихся под наблюдением)**

Регион СФО	6 месяцев 2018 г.	6 месяцев 2019 г.	Ранг
Алтайский край	0,6	0,57	1
Республика Хакассия	0,89	0,6	2
Новосибирская область	0,6	0,63	3
Республика Тыва	1,3	0,8	4
Иркутская область	1,1	0,8	
Томская область	1,7	0,8	
Омская область	0,9	1,0	5
Кемеровская область	1,2	1,3	6
Республика Алтай	5,1	6,9	7
Красноярский край	7,2	7,1	8
Всего по СФО	2,1	2,05	-

По предварительным данным Кемеровского управления Росстата за 5 месяцев 2019 г. в регионе (в сравнении с аналогичным периодом 2018 г.) снизилось число умерших от причин смерти, обусловленных алкоголем, на 8,2%. Число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью в сравниваемые периоды, снизилось на 40%. Между тем количество пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью за сравниваемые периоды, осталось на прежнем уровне. За 5 месяцев 2019 г. в Кузбассе число умерших от причин смерти, обусловленных наркотиками, увеличилось на 5,2%. Число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью за сравниваемые перио-

ды, увеличилось на 43,7%, в том числе в связи со смертью от других причин – на 43%, в связи со смертью по неизвестным причинам – на 75%.

Наиболее неблагоприятная тенденция по количеству умерших среди пациентов наркологических подразделений прослеживается в Красноярском крае. Хотя и отмечается положительная динамика по снижению летальности, в том числе амбулаторной, в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года, число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, уменьшилось незначительно – с 208 человек до 204 (на 1,4%), в том числе пациентов с алкогольной зависимостью – с 182 человек до 180 (на 1,6%), с наркотической – с 22 человек до 21 (на 5,3%). Общая картина показателей смертности пациентов с наркологическими расстройствами в Красноярском крае в 2019 г. отражает, что уровень смертности составил 7,1% от числа всех пациентов, находящихся под наблюдением врачей психиатров-наркологов, что практически не отличается от данных прошлого года (за аналогичный период 2018 г. показатель смертности пациентов – 7,2%). С учетом результатов мониторинга наркоситуации за 2018 г. в Красноярском крае скорректирован ежегодный план антинаркотической работы Министерства здравоохранения края, в результате чего разработана и утверждена «дорожная карта» – Программа профилактики наркологических расстройств в Красноярском крае на 2019–2020 годы.

Самый положительный регион СФО по смертности пациентов с наркологическими расстройствами по итогам 6 месяцев 2019 г. – Алтайский край. Доля снятых в связи со смертью пациентов в первом полугодии 2019 г. в крае составила всего 0,57%. По результатам «мониторинга мероприятий по снижению смертности среди пациентов с наркологическими расстройствами» за 6 месяцев 2019 г. в сравнении с аналогичным периодом 2018 г. отмечается следующее. Снизилось число пациентов с наркологическими расстройствами, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью (0,6 в первом полугодии 2018 г.) и число пациентов с синдромом зависимости от наркотических средств, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью – 0,6% в 2019 г. против 0,87% в 2018 г.). Более того, в первом полугодии 2019 г. в Алтайском крае отсутствуют снятые с диспансерного наблюдения в связи со смертью пациенты с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, а также со смертью по психическому заболеванию, от суицидов и по неизвестным причинам. Показатель смертности пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (не включая алкогольные психозы) остался на прежнем уровне.

Таким образом, в первом полугодии 2019 г. в СФО отмечаются положительные изменения по сравнению с аналогичным периодом 2018 г. в части смертности пациентов с наркологическими расстройствами, находящимися под диспансерным наблюдением врачей психиатров-наркологов государственных медицинских организаций.

## **РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ И АЛКОГОЛИЗМА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Вострых Д.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Селедцов А.М.  
Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

В Российской Федерации на протяжении нескольких лет последовательно реализуется антиалкогольная и антинаркотическая политика, ориентированная на снижение уровня потребления населением алкоголя и отказа от употребления наркотических средств.

Во исполнение Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма и Стратегии государственной антинаркотической политики в Кузбассе были утверждены и реализуются региональные программы «По снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Кемеровской области» и подпрограмма «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту» программы «Обеспечение безопасности населения Кузбасса». Кроме того, приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области утверждена «дорожная карта» по организации профилактики психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ, реализуемых медицинскими организациями Кемеровской области.

По результатам данной работы в последние 10 лет в Кузбассе наблюдается принципиальное улучшение наркологической ситуации. Показатель общей заболеваемости алкогольной зависимостью и алкогольными психозами в Кемеровской области снизился в 1,8 раза – с 35 719 в 2008 г. до 19 268 в 2018 г. (с 1285,0 на 100 тыс. населения до 715,0 на 100 тыс. населения), а наркотической зависимостью – в 1,9 раза – с 15 306 в 2008 г. до 7 588 в 2018 г. (с 550,0 на 100 тыс. населения до 281,6 на 100 тыс. населения).

По итогам первого полугодия 2019 г. число зарегистрированных пациентов с алкогольной зависимостью и алкогольными психозами составило 9 701 (362,7 на 100 тыс. населения), а с наркотической зависимостью – 3 964 (148,2 на 100 тыс. населения).

По данным Роспотребнадзора Кемеровской области, с 2014 г. по 2018 г. уровень острых отравлений с летальным исходом от алкоголя и другой спиртосодержащей продукции снизился на 35%, а от наркотических средств – на 63%. В первом полугодии 2019 г. количество острых отравлений спиртосодержащей продукцией составило 215 чел. (8,0 на 100 тыс. населения), а от наркотических средств – 87 чел. (3,2 на 100 тыс. населения).

По данным регионального управления Росстата в рамках проводимого МЗ РФ мониторинга смертности населения в субъектах РФ, число умерших в Кузбассе от всех причин смерти, обусловленных алкоголем, в 2018 г. уменьшилось на 6% по сравнению с 2017 г. (с 35,53 до 33,42 на 100 тыс. населения), а от всех причин, связанных с употреблением наркотиков, – на 5% (с 1,29 до 1,23 на 100 тыс. населения).

По итогам первого полугодия 2019 г. число умерших от всех причин смерти, связанных с алкоголем, составило 572 чел. (51,8 на 100 тыс. населения), а связанных с употреблением наркотиков – 67 чел. (6,1 на 100 тыс. населения).

По данным Управления статистики торговли и услуг Федеральной службы государственной статистики в Кемеровской области наблюдается снижение спроса на алкогольные напитки на душу населения с 7,6 литра в 2014 г. до 6,2 литра в 2018 г.

Несмотря на достигнутые результаты и позитивные тенденции, Кузбасс по сравнению с другими субъектами РФ в последние годы входит в число неблагополучных регионов по наркологической ситуации. Так, по итогам Национального рейтинга трезвости субъектов РФ, при составлении которого используется интегративный показатель, Кемеровская область из 85 регионов находится на 65-м месте, а в антинаркотическом рейтинге занимает только 82-е место. В 2018 г. в некоторых территориях Кемеровской области отмечается наиболее сложная наркологическая ситуация. По уровню острых отравлений алкоголем и другой спиртосодержащей продукцией выделяются городские округа Кемерово, Киселевск и Топкинский муниципальный район, а с летальным исходом – Яшкинский, Тисульский и Яйский муниципальные образования. По уровню острых отравлений наркотиками наиболее неблагополучными стали Киселевский, Кемеровский и Мысковский городские округа, а с летальным исходом – Ленинск-Кузнецкий, Кемеровский и Топкинский муниципальные образования.

По числу зарегистрированных лиц с диагнозом алкоголизма «лидируют» городские округа: Анжеро-Судженск, Прокопьевск и Новокузнецк, с диагнозом наркомании – Белово, Новокузнецк и Кемерово.

Таким образом, с учетом полученного опыта в ходе реализации программ профилактики алкоголизма и наркомании сложившаяся в настоящее время ситуация в Кузбассе диктует необходимость принятия дополнительных мер. В первую очередь необходимы разработка и утверждение Программы по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Кузбасса, а также утверждение Плана мероприятий («дорожной карты») снижения уровня наркотизации населения Кузбасса.

Определены основные принципы реализации предлагаемых программ: 1) приоритетность межведомственного взаимодействия в рамках реализации программ; 2) определение мероприятий и обозначение механизмов контроля за их исполнением для каждого ответственного участника программ. В программы профилактики следует включить направления и ресурсы, ранее не использовавшиеся или применявшиеся в недостаточной мере; 3) привлечение ресурсов работодателей: разработка аддиктивной политики предприятий по профилактике злоупотребления ПАВ работниками на рабочем месте (прежде всего предприятий с опасными условиями труда и вредными производственными факторами); 4) привлечение ресурсов страховых компаний в рамках первичной профилактики риска развития наркологических расстройств; 5) привлечение ресурсов некоммерческих социально ориентированных общественных организаций в рамках профилактики наркологических расстройств и злоупотребления ПАВ среди населения региона; 6) политика «раннего и краткого вмешательства» (диспансеризация и первичная медико-санитарная помощь, социальное обеспечение на предприятиях, в организациях и учреждениях, образовательных организациях среднего и высшего образования, с обязательным охватом всех лиц, употребляющих алкоголь в опасных и вредных количествах; 7) региональная политика и контрмеры в отношении управления транспортными средствами водителями в состоянии алкогольного или наркотического опьянения; 8) эффективная профилактика «социального сиротства» в регионе в рамках межведомственного воздействия на формирование приверженности к лечению и формированию трезвости у родителей, страдающих наркологическими расстройствами; 9) осуществление эффективной профилактики наркомании среди «социально сохранной» молодежи путем достижения стопроцентного исполнения обязанностей, возложенных судом на привлеченных к административной ответственности, связанной с незаконным оборотом

наркотиков (ФЗ РФ от 25.11.2013 № 313-ФЗ); 10) сокращение воздействия на здоровье населения региона алкогольных напитков, произведенных незаконно и в неорганизованном секторе; 11) сокращение негативных последствий употребления алкогольных напитков и алкогольного опьянения в питейных заведениях региона.

**ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА  
У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЁСШИХ ОНМК  
В ПОДОСТРОМ И ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДАХ,  
НАХОДИВШИХСЯ НА ЛЕЧЕНИЕ  
В СОМАТОГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ  
Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Шамова И.П.  
Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

**Введение.** В последнее время в РФ наблюдается увеличение продолжительности жизни среди населения. Выросла и численность населения, страдающего соматическими заболеваниями (эндокринными, сердечно-сосудистыми, онкологическими и др.), встречающимися преимущественно в позднем возрасте, в том числе сопровождающимися психическими расстройствами. Показатели распространенности психических расстройств в популяционных выборках лиц в возрасте от 60 лет и старше колеблются от 0,2% до 4,7%. По данным ВОЗ, около 15 миллионов людей ежегодно сталкиваются с инсультом и его последствиями. Согласно статистике, данное заболевание занимает 3–4-е место в мире среди причин смертности и является главной причиной инвалидизации. Помимо очаговой и общемозговой неврологической симптоматики, клиника острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) зачастую соучастна с психическими расстройствами как психотического, так и непсихотического уровня, в виде интеллектуально-мнестических, эмоционально-волевых, поведенческих нарушений.

**Цель исследования:** разработка и изучение клинической типологии постинсультных психических расстройств, определение их диагностических границ и прогностической значимости. Установление диагностических границ различных постинсультных психических нарушений. Выявление факторов, определяющих прогноз возникновения и течения постинсультных психических нарушений при анализе госпитализации пациентов с психозами позднего возраста, поступивших в 11–12-е психосоматогеронтологическое отделение ГКУЗ КО КОКПБ за 2017–2019 гг.

**Материалы и методы.** За период 2017–2019 гг. в соматогеронтопсихиатрическое отделение ГКУЗ КО КОКПБ поступило 857 пациентов. Объектом исследования в настоящей работе явилась клиническая группа, состоящая из 197 пациентов (100%). Из них преобладали (182 – 92,4%) пациенты женского пола, 12-кратно превышавшие число пациентов мужского пола (15 – 7,6%). Большинство группы составляли лица старше 65 лет (178 пациентов – 88,4%), перенесшие ишемический инсульт в анамнезе, что составило 17% (146 пациентов) от общего числа поступивших в отделение пациентов в этом возрасте, находившихся на стационарном лечении в 11–12-м психосоматогеронтологическом отделении за данный период.

**Результаты и их обсуждение.** Большинство пациентов (132 – 67%) от общего числа обследованных были госпитализированы в стационар по направлению участкового психиатра и лишь 65 пациентов (32%) доставлены специализированной бригадой «СМП-№5».

**Т а б л и ц а 1. Распределение пациентов соматогеронтопсихиатрического отделения по возрасту**

Возраст пациентов	Абс.	%
Пожилой возраст (60–75 лет)	105	53
Старческий возраст (75–90 лет)	87	44
Долгожители (старше 90 лет)	5	3

В обследованном контингенте больных, находящихся на стационарном лечении, выявлено существенное преобладание лиц пожилого (43 пациента – 22%) и старческого (135 пациентов – 68%) возрастов. В единичных случаях зарегистрированы пациенты, относившиеся к категории долгожителей (5 чел. – 3%). Что касается профессионального статуса пациентов, то на момент обследования большинство из них имели инвалидность (126 пациентов – 64%) по состоянию здоровья, более трети пациентов находились на пенсии по возрасту (71 пациент – 36%). Наличие семьи рассматривается как фактор, способствующий сохранению психического здоровья. Среди обследованных нами лиц процент пожилых людей, сохранивших собственную семью, т.е. находящихся в браке, оказался относительно невысоким, немногим превышая четверть случаев (53 случая – 27%). Вдовцы или вдовы составили более половины обследованных пациентов (112 – 57%), меньшая часть пациентов приходилась на разведенных (32 – 16%).

Выявлено, что наиболее частым стрессовым событием в жизни обследованных пациентов являлись по мере снижения частоты встречаемости: потеря близкого человека (51 – 26%), длительная конфликтная

ситуация в семье (47 – 24%), социальная незащищенность (35 – 18%), конфликтные взаимоотношения с соседями (25 – 13%) и не связанные со стрессом (39 – 19%).

**Т а б л и ц а 2. Распределение пациентов соматогеронтопсихиатрического отделения по стресс-фактору**

Фактор стресса	Абс.	%
Социальная незащищённость	35	18
Конфликты внутри семьи и с близкими	47	24
Конфликты с соседями	25	13
Потеря близкого человека	51	26
Прочее	39	19

Понятия психического и соматического компонентов здоровья неразделимы в пожилом возрасте. Среди пациентов психосоматогеронтологического отделения случаев отсутствия хронических соматических заболеваний выявлено не было. Наиболее часто отмечалась патология со стороны сердечно-сосудистой системы (155 пациента – 78%), в 35 случаях (17%) пациенты имели патологию эндокринной системы, в 7 случаях (5%) – прочее (заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, органов дыхания и др.).

**Т а б л и ц а 3. Распределение пациентов соматогеронтопсихиатрического отделения по психическим расстройствам**

Нозология	Абс.	%
Болезнь Альцгеймера (F00)	4	2
Сосудистая деменция (F01)	32	16
Сенильная деменция (F02)	25	13
Психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга (F06)	47	24
Расстройства личности вследствие дисфункции или повреждения головного мозга (F07)	24	12
Аффективные расстройства (F30)	34	17
Шизофрения (F20)	31	16

По анализу нозологической структуры психических расстройств среди пациентов с психозами позднего возраста наибольший процент приходился на лиц, страдающих различными формами деменции (61 случай – 31%), преимущественно сосудистого генеза (32 пациента – 16%). Большую группу составляли лица, страдающие психическими расстройствами вследствие дисфункции или повреждения головного мозга (47 пациентов – 24%) и аффективными расстройствами сосудистого генеза (34 пациента – 17%).

По степени тяжести деменции больные распределились следующим образом: легкая (4 пациента – 7%), средняя (17 пациентов – 28%) и тяжелая (40 пациентов – 65%). У большинства пациентов с деменцией (39 случаев – 64%) наблюдались психотические состояния экзогенно-органического генеза (делирий и состояния спутанности сознания, сопровождающиеся рудиментарными галлюцинозами). Они отличались кратковременностью, преимущественно возникали в вечернее и ночное время, а также на высоте АД. Поведенческие нарушения (агрессия, блуждание, двигательное беспокойство, насильственные крики, сексуально-расторженное поведение) наблюдались более чем у трети пациентов с деменцией (22 – 36%). Аффективные расстройства составили 34 случая (17%) из общего числа обследованного контингента больных. Из них пациенты с тревожно-депрессивной симптоматикой, выявляемой у подавляющего большинства пациентов данной подгруппы (13 наблюдений – 34%), реже зафиксированы пациенты с депрессивно-ипохондрическими проявлениями (10 наблюдений – 30%), практически с одинаковой частотой встречались пациенты с апатической депрессией (6 наблюдений – 17%) и с депрессией в сочетании с фобическим синдромом (5 наблюдений – 16%).

Психические расстройства вследствие дисфункции или повреждения головного мозга составили четверть наблюдений (47 случаев – 24%) среди обследованного контингента пациентов. В синдромальном отношении они распределились следующим образом: истинный вербальный галлюциноз диагностирован у 8 пациентов (16%), истинный зрительный галлюциноз имел место в 5 наблюдениях, а тактильный галлюциноз – у 3 пациентов. В группе пациентов с бредовым синдромом (23 – 48%) большая часть (42%) приходилась на бред ущерба и связанные с ним идеи отравления и преследования. Бредовые идеи, как правило, сопровождалась тревожно-депрессивной симптоматикой, страхом за своих близких, детей и имущество – в зависимости от фабулы бреда. В группе пациентов с галлюцинаторно-бредовым синдромом (16 – 36%) преобладал бред колдовства и порчи. Среди обманов восприятия в основном присутствовали вкусовые (30%), обонятельные (27%) и вербальные (20%) галлюцинации.

Пациенты с шизофренией в обследованной выборке составили 16%, они были госпитализированы в психосоматогеронтологическое отделение из-за декомпенсации сопутствующей соматической патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь, сахарный диабет), часть пациентов – в виду преклонного возраста. Ранее все эти пациенты лечились в общепсихиатрических отделениях и диагноз шизофрении был установлен много лет назад.

**Выводы.** Анализ возрастного состава показал, что в обследованном контингенте пациентов, находящихся на стационарном лечении, существенно преобладали лица старческого возраста (68%). Все обследуемые пациенты имели соматическую патологию различной степени тяжести. При анализе факторов, предшествующих началу заболевания, установлено, что в 19% случаев болезнь начиналась спонтанно. Наиболее частыми социально-стрессовыми событиями являлись социальная незащищенность, конфликтная ситуация в семье, потеря близкого человека, конфликтные взаимоотношения с соседями. Анализ структуры психических расстройств показал, что наибольший процент (31%) 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 (48%). Клиническая картина заболевания в целом характеризовалась бредом малого размаха, отличающимся конкретным обыденным содержанием. У большей части пациентов обнаружены когнитивные расстройства разной степени. Пациенты с аффективными расстройствами в основном имели тревожный компонент (37%), часто в структуре депрессии отмечались выраженные ипохондрические переживания (30%). Трудности диагностики связаны с тем, что в позднем возрасте психические проявления многих психозов утрачивают типичность и приобретают общие (возрастные) черты.

## **ДЕФИНИЦИИ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ В РАЗЛИЧНЫХ КЛАССИФИКАЦИЯХ И ИССЛЕДОВАНИЯХ**

**Герасимова В.И., Корнетова Е.Г.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

**Актуальность.** Шизофрения – расстройство, зачастую ассоциированное с утратой трудоспособности, ухудшением социальной адаптации и качества жизни больных (Информационный бюллетень ВОЗ «Шизофрения», 2018). В то же время в ряде исследований показано, что лечение пациентов на ранних стадиях шизофрении снижает вероятность и частоту рецидивов психозов, уменьшает тяжелое бремя болезни и обеспечивает более благоприятный исход, в том числе и в долгосрочной перспективе (Perkins D.O. et al., 2005; Salimi K. et al., 2009). Однако имеющиеся в настоящий момент расхождения в определениях «ранней шизофрении» и «первого эпизода» существенно ограничивают анализ сравнительной эффективности различных лечебных и реабилитационных тактик.

**Цель:** изучить различия в подходах к определению «ранней шизофрении» и «первого эпизода шизофрении» в отечественных и зарубежных классификациях и рекомендациях.

**Материалы и методы.** Изучены две основные группы литературных источников: отечественные и зарубежные клинические рекомендации и первичные исследования. Поиск осуществлялся по базам данных PubMed, Medline, Elibrary по запросам «Early Psychosis», «Early Schizophrenia», «First Episode Psychosis», «первый психотический эпизод», «ранняя шизофрения».

**Результаты и выводы.** Несмотря на то что термины «ранняя» и «поздняя» шизофрения (так же как «острая» и «хроническая») наравне употреблялись в литературе, для них не было четко ограниченных временных рамок вплоть до 1980-х гг. В то же время продолжительность психотических симптомов включается в диагностические критерии классификаций DSM и МКБ (Berkhout S.G., 2018). В начале 1980-х так же появляются новые термины: «первая госпитализация», «первый эпизод», «ранняя шизофрения», «ранний психоз», «фармакологическая наивность» (Keshavan M.S. et al., 1992). В 1986 г. National Institute of Mental Health (NIMH) США определил шизофрению в качестве приоритетного направления исследований. После этого в 1988 г. был опубликован Национальный план исследования шизофрении NIMH, где была сформулирована необходимость «собрать достаточное количество данных» о первичных пациентах для исследования и формирования группы «пациентов первого эпизода» (Keith S.J. et al., 1988).

В настоящий момент большинство руководств по лечению выделяют пациентов с первым эпизодом психоза и пациентов с рецидивирующими эпизодами и не дают дополнительных определений «ранней шизофрении». Исключением является руководство Американской психиатрической ассоциации, которая определила «раннее течение» как период, начинающийся с ремиссии после первого эпизода шизофрении и продолжающийся в течение 5 лет. В совместной работе «Guidelines for the Use and Management of Long-Acting Injectable Antipsychotics in Serious Mental Illness» (Llorca P.M. et al., 2013) авторы говорят о «раннем течении» в отношении пациентов с недавно диагностированной шизофренией и не получавших антипсихотического лечения.

В первичных исследованиях с использованием той или иной формы термина «ранняя шизофрения» встречаются три основных типа определений: с учетом количества эпизодов, их продолжительности и тяжести симптоматики (Newton R., 2018). При этом большая часть исследований определяет раннюю шизофрению как первый психотический эпизод.

Реже страдающими ранней шизофренией признаются пациенты с несколькими эпизодами, но приводимое их количество переменное: менее 3 эпизодов, 1 и более эпизодов с продолжительностью болезни до 5 лет, 2 и более эпизодов с длительностью заболевания до 5 лет. Конкретная точка отсчета не указана в большинстве опубликованных исследований, иногда ею служит момент появления симптомов, первый эпизод или острая фаза, первое обращение за оказанием медицинской помощью, момент постановки диагноза шизофрении или начало лечения. Продолжительность варьирует в широких временных пределах – от 1 месяца до 10 лет. 2,5 года или 1 год соответственно – наиболее распространенные временные границы продолжительности. В отечественной литературе различают «первый эпизод» и «повторные эпизоды» без выделения «раннего течения». В то же время рекомендуется проводить поддерживающую терапию антипсихотическими препаратами у пациентов с первым эпизодом психоза в течение 1–2 лет (Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению шизофрении, 2013). Также встречается определение первичного психотического эпизода, понимаемого как период от начала заболевания в течение последующих 5 лет, включающего менее 3 эпизодов (Гурович И.Я. и др., 2010).

Таким образом, в литературе обнаружены существенные расхождения в понимании термина «первый эпизод шизофрении», что необходимо учитывать как при проведении исследований, так и при разработке лечебной и реабилитационной тактики в рутинной клинической практике.

## **ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОЙ АКАТИЗИИ НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В ГРУППЕ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Гончарова А.А., Корнетова Е.Г.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

Изучение роли социально-средовых факторов, определяющих клиническую динамику и течение шизофрении, по-прежнему остается актуальным направлением в психиатрии (Гурович И.Я. и др., 2007). Проблема госпитализма у больных шизофренией имеет распространенный характер, что связано с хроническим прогрессирующим течением шизофренического процесса, приводящего к повторным госпитализациям (Каримов А.У., 2008).

Антипсихотик-индуцированная акатизия как самостоятельный клинический феномен оказывает влияние не только на клинику и течение шизофрении, но и снижает эффективность терапии за счет нарушений к её приверженности у больных (Leong G.B., Silva J.A., 2003), иногда до полного отказа. Это влечет за собой не только повышение частоты госпитализаций, но и увеличение их длительности, что в совокупности способствует формированию госпитализма у данной когорты пациентов (Zhang H., 2018), приводит к снижению уровня социальной адаптации (Phan S.V. et al., 2016).

Имеющиеся в литературе исследования демонстрируют, что пациенты с высокой приверженностью к лечению, активно посещающие медико- и социально-реабилитационные мероприятия, реже госпитализируются в стационар (Шевеленкова Т.Д., 2017) и, следовательно, имеют низкий риск развития явлений госпитализма. Также было показано, что больные шизофренией с тардивной дискинезией госпитализируются в психиатрический стационар чаще 1 раза в год по сравнению с пациентами без антипсихотик-индуцированной экстрапирамидной симптоматики (Бойко А.С., 2016).

Несмотря на активное выявление возможных предикторов госпитализма, его взаимосвязь с развитием побочных явлений антипсихотической терапии остается не до конца изученной.

**Материалы и методы исследования.** Сплошным методом обследовано 250 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10, находившихся на стационарном лечении в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томской областной психиатрической больнице. Все пациенты были обследованы с использованием шкалы оценки акатизии Барнса (Barnes Akathisia Rating Scale – BARS). Частота поступления пациентов в стационар оценивалась на основании данных медицинской документации.

При проведении исследования были соблюдены основные принципы Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена с использованием пакета программ Statistics for Windows (V. 12.0). Критический уровень значимости принят при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Изучение распространенности акатизии в исследуемой выборке позволило зарегистрировать её более чем в трети случаев (92 пациента – 36,8%). Установить статистически значимые различия в исследуемых группах с акатизией и без акатизии у больных шизофренией в зависимости от частоты госпитализаций в стационар не удалось.

**Т а б л и ц а 1. Показатели частоты госпитализации у пациентов с шизофренией в группах с акатизией и без акатизии**

Наличие акатизии	Частота госпитализаций пациентов с шизофренией на стационарное лечение			
	≤1 раза в год	1 раз в год	≥1 раза в год	Без выписки
С акатизией	20 (21,8%)	29 (31,5%)	29 (31,5%)	14 (15,2%)
Без акатизии	34 (21,5%)	62 (39,3%)	34 (21,5%)	28 (17,7%)

Обращает на себя внимание тот факт, что у пациентов, которые обращались за психиатрической помощью в условиях стационара 1 раз в год частота встречаемости акатизии оказалась значительно ниже, чем в других группах (табл. 1).

**Выводы.** Полученные результаты демонстрируют необходимость в более углубленном изучении взаимосвязи между социально-средовыми факторами и развитием антипсихотик-индуцированной акатизии у пациентов с шизофренией с учетом как клинико-динамических характеристик, так и особенностей рецепторного профиля антипсихотических препаратов, что в перспективе позволит разработать адекватные меры профилактики и реабилитации.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-315-90010.*

## **УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИИ – ГЛАВНЫЙ ОРИЕНТИР В РАБОТЕ**

**Грачева Т.Ю., Командина Л.Ю., Самусь И.В., Федоренко Т.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

Одними из главных задач Национальной Стратегии в области психического здоровья являются мониторинг, обеспечение качества услуг и оценка конечных результатов оказываемой помощи. Процедуры мониторинга и обеспечение качества в области психического здоровья определяют, насколько качество предоставляемых услуг соответствует ожидаемым результатам и как эти услуги согласуются с развитием современных знаний и методов в оказании помощи. Необходимо отметить, что мониторинг и обеспечение качества подразумевают не только процесс оценки оказываемой помощи, но и планирование действий, направленных на поддержание и улучшение качества предоставляемых услуг.

Первые попытки применения механизмов обеспечения качества оказываемой помощи в системе психического здоровья были предприняты в середине 1980-х гг. и относились к оценке эффективности лечения, обеспечения кадрами, управлением рисками и удовлетворенностью помощью. В конце 1990-х гг. Всемирная организация здравоохранения разработала глоссарий и инструменты для процедур мониторинга и оценки качества психиатрической помощи. Важной особенностью этих инструментов явилось рассмотрение вопросов обеспечения качества на 3 уровнях – на уровне пациента (микроуровень), на уровне учреждения (мезоуровень) и на уровне страны (макроуровень). В дальнейшем понятие обеспечения качества помощи вошло в перечень целей системы психического здоровья, что нашло отражение в соответствующих международных документах, включая Хельсинскую Декларацию по Охране Психического Здоровья для Европейского региона ВОЗ, План Действий в Области Психического здоровья ВОЗ на 2013–2020 гг.

Согласно мнению экспертов ВОЗ, процесс управления качеством должен включать три важных компонента: 1) наличие политической воли для признания проблемы и улучшения ситуации, которая должна быть у лиц, принимающих решения, у пользователей и в целом у общества; 2) наличие культуры оценки качества, подразумевающей не только подотчетность лиц, оказывающих помощь, но и определенную структуру организации менеджмента в учреждениях; 3) наличие технических инструментов для измерения качества, отвечающих критериям надежности, валидности, обоснованности и научности. Последнее условие подразумевает систему индикаторов, которая может быть представлена в количественных показателях. Касясь выбора индикаторов, следует акцентировать внимание на их значении для клинической практики, обоснованности и практичности.

**Т а б л и ц а 1. Критерии для выбора индикаторов при оценке качества услуг в области психического здоровья**

<i>Качества индикаторов</i>		
<b>Значимость</b>	<b>Обоснованность</b>	<b>Практичность</b>
Проблемная область	Четко обозначены	Понятны
Клиническое значение	Доступность	Контролируемы
Отвечает потребностям	Точность	Поддаются
Научное обоснование	Надежность	интерпретации
Валидность	Подходят к разным ситуациям	Измеримы
	Отвечают конфиденциальности	Включают норму
		Соответствуют стандартам

<i>Направленность индикаторов</i>							
Процессы		Популяция больных		Особые группы			
Профилактика, выявление, обследование, лечение, непрерывность, координация, безопасность		Диагностические группы Коморбидные состояния Распространенность Заболеваемость Излечимость		Дети и подростки Пожилые лица Этнические группы Сельское население			
Модальность		Учреждения		Уровень		Цель измерения	
Лекарственная терапия Психотерапия Психосоциальная реабилитация		Стационарные Амбулаторные Смешанные Внебольничные Первой помощи Пенитенциарные		Популяционный Региональный Учреждение Специалист Пациент		Внутренний мониторинг Внешний мониторинг Финансовый аудит, исследование	

На сегодняшний день оценка качества помощи основывается на принципе отдельного рассмотрения имеющейся структуры, процесса и конечных результатов услуг в системе психического здоровья (триада индикаторов А. Донабедиана).

**Т а б л и ц а 2. Примеры параметров качества помощи**

Уровень помощи	Структура (ресурсы)	Процесс	Конечный результат
Индивидуальный	Наличие специалиста Квалификация специалиста Наличие лекарств Индивидуальный план помощи	Число визитов Диагностика Фармакотерапия Психотерапия Работа с семьей	Доступность лечения Качество жизни Удовлетворение потребностей Удовлетворение помощью
Учрежденческий	Количество специалистов, их квалификация Количество коек Ресурсное обеспечение Санитарное состояние	Число поступлений Средняя длительность стационарирования Соответствие протоколам Использование современных технологий	Доступность лечения Безопасность и оптимальность лечения Исход лечения Число повторных поступлений Длительность ремиссии
Государственный	Законодательство Национальная стратегия и программы Число учреждений Финансирование Кадровый потенциал	Число пролечившихся больных Диспансерные больные Обучение специалистов	Заболеваемость Смертность Инвалидизация Число суицидов Бездомность Стоимость лечения

Индикаторы качества ресурсов позволяют определить потенциальные возможности медицинского учреждения для выполнения поставленных целей по оказанию медицинской помощи. Этот подход основан на предположении, что совершенная структура и уровень её развития создают реальные возможности для соблюдения необходимой технологии, что обеспечит высокую вероятность наступления хороших результатов и гарантирует потребителям медицинских услуг определенное качество диагностики, лечения и реабилитации. Экспертиза показателей структуры проводится органами лицензирования и аккредитации.

Индикаторы качества процесса характеризуют собственно медицинскую технологию и организационную технологию. Собственно медицинская технология составляет суть лечебно-диагностического процесса. Оценка медицинской технологии предусматривает подробное исследование экспертом действий врача и их оценку с учетом современных принципов оказания медицинской помощи при конкретном заболевании, индивидуальных особенностей пациента и возможностей медицинского учреждения. Организационная технология связана с организацией этого процесса и управлением медицинским учреждением. Индикаторы качества результатов предполагают использование абсолютных и относительных показателей, характеризующих соотношение произведенных затрат и достигнутого результата.

Важным компонентом для проведения мониторинга и оценки качества услуг в области психического здоровья является наличие стандартов помощи, которые должны отражать научные доказательства, примеры эффективной практики и вопросы защиты прав человека. К каждому стандарту должны быть разработаны индикаторы, позволяющие провести количественные разграничения между хорошим и плохим качеством услуг.

В 2012 г. Европейская Ассоциация Психиатров предложила рекомендации по разработке инструментов для мониторинга услуг в области психического здоровья. За основу при создании этих рекомендаций был взят систематический обзор множества исследований в области обеспечения качества психиатрической помощи. Другой подход можно наблюдать у экспертов ВОЗ, разработавших свой инструмент на основе Конвенции ООН по правам инвалидов.

Преимуществами внедрения процедур мониторинга и оценки качества являются:

- Защита прав и интересов пациентов в системе психического здоровья.
- Возможность более рационального использования ресурсов.

- Обеспечение безопасности пациента в процессе оказания психиатрической помощи.
- Ориентация на потребности пользователей.
- Повышение эффективности проводимых вмешательств разного уровня.
- Устранение барьеров на различных уровнях помощи.

Еще одним важным инструментом в управлении качеством медицинской помощи можно назвать цикл Деминга-Шухарта (цикл PDCA: Plan-Do-Check-Act) – циклически повторяющийся процесс принятия решения руководителем по управлению процессом и достижению его целей.

Интегративной системой организации качества медицинской помощи в медицинской организации в настоящее время является внедрение системы менеджмента качества в соответствии с Международными стандартами серии ISO 9001:2015. International Organization for Standardization (ISO) – это международная организация, сформулировавшая требования к управлению качеством, при следовании которым можно достигать более высоких результатов в любой отрасли. Требования стандарта ISO 9001 применимы как к промышленным производствам, так и к медицинскому учреждению, так как в обоих случаях основой деятельности являются последовательно выстроенные процессы. И если они будут урегулированы между собой, то учреждение, имеющее выстроенную систему управления, будет достигать более высоких результатов. Но какую бы систему управления ни использовали, все они в своей основе имеют международный принцип Total Quality Management. Принципы TQM – это лидерство, ориентация на потребителя, максимальное вовлечение персонала, использование процессного, системного подхода, принцип постоянного улучшения своей деятельности и принятие решений, основанных на фактах.

#### **Литература**

1. Расулов А.Р. Разработка инструмента по оценке качества услуг в психиатрическом стационаре. Мир медицины и биологии. 2016; 2 (56): 69–74.
2. Мелик-Гусейнов Д.В. Психиатрическая служба города Москвы: от аудита к управленческим решениям. М., 2016: 24.
3. Региональный опыт модернизации психиатрических служб: Сборник материалов научно-практической конференции / под ред. проф. Г.П. Костюка. М.: Книжный Дом Университет, 2017: 328.
4. Слоун А. Мои годы в General Motors. М. : Эксмо, 2018: 384.
5. Шапапова Т. Внедрение системы менеджмента качества в медицинских учреждениях: ключевые этапы. Медицинская практика: организационные и правовые аспекты. 2015. 1: 115–120.

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Грачева Т.Ю., Сорокина В.А.**

**Кемеровский государственный медицинский университет,  
Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

Для большинства пациентов с психиатрическими расстройствами характерна социальная дезадаптация. Поступающие в психиатрический стационар пациенты часто не имеют документов в связи с утерей или оставлением их в залог, а в ряде случаев никогда их не получали вообще (индивидуальный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, справка об инвалидности, документы о пенсионных выплатах и/или пособиях, у некоторых даже нет паспорта гражданина РФ). Отсутствие фактов установления инвалидности, гражданства, пенсии или пособия серьезно осложняют социальное взаимодействие в обществе, что порочным кругом утяжеляет течение психического заболевания.

Следует отметить, что понятия (и термина) «социальная реабилитация» в нормативных актах не существует. Так, ни закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011), ни закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (№ 3185-1 от 02.07.1992) не содержат определений социальной помощи, медико-социальной помощи, медико-социальной реабилитации, социальной услуги в здравоохранении. Отсутствие определений серьезно затрудняет организацию работы, мотивирование сотрудников, планирование конечного результата.

При этом Закон о психиатрической помощи в статье 16 содержит требование организации таких видов работ, как:

- социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;
- решение вопросов опеки;
- консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих психическими расстройствами;
- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами.

В ряде работ были предложены инновационные технологии социально-медицинской помощи, но без учета специфики психических болезней. Представляется актуальным обучение медицинских работников инновационным методам организации социальной помощи, однако при обучении в медицинских академиях, университетах, колледжах обычные образовательные программы не содержат курсов социальной работы или медико-социальной реабилитации. В доступной литературе встречаются только отдельные работы, предлагающие готовить в медицинских высших учебных заведениях специалистов по направлению «социальная работа» или проводить подготовку по этому разделу.

Для качественного оказания специализированной психиатрической помощи необходим комплексный подход к решению не только медицинских, но и социальных, юридических, бытовых проблем у пациентов психиатрических стационаров. Для организации такого подхода в ГКУЗ КО КОКПБ были созданы и внедрены: 1) отделение медико-социальной помощи с положением об отделении и критериями качества работы; 2) социально-юридические карты пациентов психиатрических стационаров.

Организация отделения медико-социальной помощи направлена на проведение реабилитации пациентов в социуме с поддержкой сохраненных социальных функций и восстановлением утраченных. Так, пациенты, утратившие социальные навыки коммуникации и общения, вряд ли без соответствующей помощи смогут восстановить группу инвалидности, получить паспорт или другие документы. В случаях, когда необходимо решение более сложных задач (например, получение квартиры или разрешение вопросов задолженностей), без посторонней помощи пациенты обойтись не могут.

Полипрофессиональные бригады действуют в расширенном составе: лечащий врач, заведующий отделением, социальный работник, юрист, психолог, а при необходимости в неё входят логопед или педагог. Задачей полипрофессиональной бригады является комплексный подход к решению наиболее сложных проблем, решение которых невозможно без специалистов по социальной работе и социальных работников. К таким сложным проблемам относятся запросы по установлению личности, гражданства, помещение в психоневрологический интернат, установление опекуна и замена недобросовестного опекуна, лишение или восстановление гражданских прав (дееспособности), вступление в права наследования.

Для упорядочивания документооборота и установления первоочередности задач нами разработана форма «Социально-юридическая карта пациента», состоящая из следующих разделов: 1) общие сведения

(паспортизация, диагноз, дееспособность); 2) наличие документов (у лиц, которым назначены принудительные меры медицинского характера; ознакомление с документами, правами, врачебной тайной и пр.); 3) социальная потребность (в пенсионном обеспечении, установлении инвалидности, жилье, юридическом консультировании, решении о помещении в психоневрологический интернат, приобретении бытовых предметов, дополнительном питании, знаниях по обучению элементарным социальным навыкам; сохранении социальных связей и контактов, беседах социальных работников с родственниками).

Заполнение карты заканчивается выводами о потребностях пациента, разбор которых проводится на заседаниях полипрофессиональных бригад, в ряде случаев с участием главного врача больницы. К таковым отнесены вопросы установления гражданства у лиц, не получивших гражданство РФ после 1992 г. по различным причинам. Таких пациентов в областных больницах немало, а процедура установления гражданства сложна и длительна, занимает месяцы и даже годы.

Таким образом, имеющиеся проблемы носят комплексный характер: повышение потребности психически больных граждан в разных видах социальной помощи; отсутствие детальной правовой регламентации этого раздела; отсутствие обучения социальной помощи в медицинских образовательных учреждениях; значительное число пациентов, лишившихся жилья, в том числе пострадавших от действий родственников и третьих лиц, а также нуждающихся в помещении в ПНИ; сложная процедура установления гражданства у психически больных лиц, имевших гражданство СССР, но не получивших гражданство РФ по различным причинам; отсутствие разработанных методик по социально-медицинскому сопровождению психически больных лиц.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ ОПРЕДЕЛЁННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ (РАК ЛЁГКИХ, ЖЕЛУДКА, КИШЕЧНИКА)**

**Гураль Е.С., Куприянова И.Е.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

**Актуальность.** Злокачественные новообразования занимают лидирующие позиции по заболеваемости и причинам смерти в 182 странах мира. Рак легких, желудка и кишечника, по данным Международного агентства по изучению рака (International Agency for Research on Cancer – IARC), входит в первую пятёрку по заболеваемости и причинам смерти в мире (<http://globocan.iarc.fr>).

На фоне мировых и общероссийских показателей Томская область относится к территориям повышенного онкологического риска. При этом рак желудка, кишечника и лёгких является одной из наиболее распространённых форм онкопатологии (Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2014; Чойнзонов Е.Л., Писарева Л.Ф., Жуйкова Л.Д., Одинцова И.Н., Ананина О.А., Пикалова Л.В., 2015).

Осведомленность населения об онкологических заболеваниях становится выше, возрастает выявляемость рака и выживаемость пациентов. Диагностика и терапия онкологических заболеваний выходит на новый уровень, все больше населения сталкивается с эмоциональными и психическими расстройствами в процессе выживания после диагностирования онкологического заболевания. Психические расстройства снижают качество жизни онкологических пациентов.

**Материал и методы.** Нами было обследовано 70 человек (43 мужчины и 26 женщин), страдающих злокачественными новообразованиями определенной локализации (рак лёгких, желудка и кишечника), в возрасте от 28 до 85 лет, средний возраст пациентов составил  $58,2 \pm 1,5$  года. В исследование вошли пациенты, готовящиеся к оперативному лечению по поводу онкологического процесса, находившиеся в торакальном и абдоминальном отделениях онкологической клиники. В группе обследованных пациентов выявлены стадии рака: 15 (21,4%) – IV стадия, 30 (42,8%) – III, 23 (32,9%) – II стадия, 2 (4,3%) – I.

В работе были использованы клинико-психопатологический метод, шкала депрессии Гамильтона HDRS-21 (Hamilton M., 1960).

**Результаты и обсуждение.** Среди 70 обследованных пациентов выявлены следующие психические расстройства: связанные со стрессом и невротические (25 человек – 35,7%), аффективные расстройства (15 – 21,4%), органические расстройства (13 – 18,6%), расстройства личности (4 – 11,8%), отсутствие психических расстройств зарегистрировано у 13 человек (18,6%).

У 19 пациентов с диагнозом рака желудка чаще всего встречались невротические и связанные со стрессом расстройства (9 человек – 47,4%), аффективные расстройства (7 – 36,8%). С низкой частотой встречаемости зарегистрированы органические расстройства (2 человека – 9,5%).

Среди 17 пациентов с диагнозом рака лёгких преобладали органические психические расстройства (5 человек – 29,4%). Точно такой же процент приходился на лиц без психических расстройств (5 – 29,4%). Далее в порядке снижения частоты встречаемости следовали связанные со стрессом и невротические расстройства (4 – 23,5%), аффективные расстройства (3 – 17,7%).

У 34 пациентов с раком кишечника преобладающими так же являлись связанные со стрессом и невротические расстройства (12 человек – 35,3%), далее с более низкой частотой выявлены органические расстройства (6 – 17,6%), аффективные расстройства (5 – 14,7%), расстройством личности (4 – 11,8%). Не обнаружено психических расстройств у 7 человек (20,6%).

Распределение симптомов депрессии по шкале Гамильтона выявило следующие показатели: при аффективных расстройствах –  $18,3 \pm 2,1$  балла, при невротических и связанных со стрессом расстройствах –  $12 \pm 2,1$  балла, при расстройствах личности и органических –  $5 \pm 2,1$  балла и  $8 \pm 2,1$  балла соответственно.

Пациенты проходили курс индивидуальной психотерапии во время подготовки к оперативному лечению, в послеоперационный период и при проведении последующей химиолучевой терапии. Психотерапевтическая терапия заключалась в следующем: при депрессивной симптоматике назначались антидепрессанты из группы СИОЗС, при выраженной тревоге и нарушениях сна – анксиолитики. Пациенты с органическими расстройствами дополнительно наблюдались неврологом. Одним из важных пунктов в процессе психотерапии является принятие пациентом факта заболевания. В процессе реабилитации мы обратили внимание на то, что пациенты, тяжело принимающие известие о заболевании раком, проговаривающие и переживающие свой новый статус онкологического пациента, в дальнейшем лучше адаптируются к диагнозу и течению заболевания. И напротив, пациенты, игнорирующие, вытесняющие эмоции и страхи, связанные с заболеванием, ни с кем не обсуждающие свои мучительные переживания, в дальнейшем тяжелее реагируют на осложнения терапии и рецидивирование рака.

## **СУППОРТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ РЕМИССИИ**

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

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, Кемерово, Россия**

---

С апреля 2015 г. на базе отделения кризисных состояний ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» работает амбулаторная психотерапевтическая группа «Инсайт», деятельность которой основана по принципу поддерживающей (суппортивной) психотерапии.

Групповая психотерапия, по мнению многих специалистов, является одной из наиболее эффективных форм работы в наркологии. Поддерживающая (суппортивная) психотерапия является эффективным средством в рамках послегоспитальной амбулаторной реабилитации, помогает пациенту в установлении себя как самоактуализирующейся личности в раскрытии личностных ресурсов и потенциала.

Основной задачей на момент создания группы являлась профилактика рецидива и поддержания трезвого образа жизни пациентов, выпивавшихся из кризисного стационара. Необходимость поддерживающей психотерапии была обусловлена тем, что люди с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) имеют достаточно хорошо развитое чувство реальности, позволяющее им ориентироваться в окружающем мире, но в случаях серьезной фрустрации они не пользуются адаптивными способами разрешения конфликтов и преодоления трудностей. Преобладание примитивных механизмов психологической защиты (отрицание, расщепление, регрессия), действие которых прослеживается в их реакциях на фрустрацию, не позволяло им сохранить психическое равновесие и провоцировало употребление ПАВ. У указанных пациентов отсутствовала способность выдерживать эмоциональное напряжение, превосходящее привычный уровень. Даже относительно небольшие затруднения вызывали у них усиление симптоматики и регрессию поведения.

Если на стационарном этапе решались наиболее актуальные задачи (выработка установок на лечение, преодоление анозогнозии, формирование установок на трезвость), то на амбулаторном этапе выстраивается работа с личностными проблемами: выработка стрессоустойчивости, способности противостоять собственным компульсивным состояниям, научение поддержанию взаимоотношений с другими людьми, применение адаптивных защитных стратегий, вопросы духовно-нравственного развития.

Выбор психотерапевтической стратегии и подбор пациентов в психотерапевтическую группу основывался, во-первых, на анализе индивидуально-личностных особенностей пациента, уровня мотивации, интеллекта, эмоционального развития. Во-вторых, учитывалась тяжесть психопатологических нарушений, их спектр и длительность хронического заболевания. В-третьих, оценивалась способность пациента адекватно воспринимать социальную ситуацию, возможности к рефлексии и автономной работе над собственными проблемами. Эффективный групповой психотерапевтический процесс проходил на основе определенной позиции психотерапевтов (в нашем случае психотерапевта и психолога).

Имеется в виду «психотерапевтическая нейтральность», которая подразумевает недирективную форму работы, в рамках которой психотерапевт, оставаясь в тени, максимально активизирует дискуссию. Такая позиция основана на гуманистических принципах, обусловлена интересом к пациентам, участием и дружелюбием, лишена авторитарности, но не переходит в попустительское отношение. Создание «поля группового взаимодействия» предполагает, прежде всего, создание таких условий, при которых пациент, опираясь на поддержку других участников группы, сам сможет принять решение в отношении собственной жизни.

На первоначальном этапе в психотерапевтическую группу входило 4 пациента, проходивших амбулаторное лечение. Групповые занятия проводились с частотой 1 раз в неделю, как правило, в вечернее время. После приглашения для участия в занятиях группы пациентов, находящихся на лечении в стационаре, а после выписки продолживших посещение занятий, состав группы постепенно расширился до 23 человек. В настоящее время в процессе групповой динамики и увеличения состава участников появилась потребность повысить количество встреч до 2 раз в неделю.

Основная идея суппортивной групповой психотерапии отражена в лозунге – «Желай – делай».

По результатам работы группы за 4-летний период установлено, что около 70% участников группы «Инсайт» сохраняют трезвость весь период существования группы, у половины из них – это первый опыт такой длительной ремиссии. Следует отметить, что у 30% участников группы произошел «срыв», однако его продолжительность сократилась до 2–3 дней, после чего пациенты самостоятельно обратились за помощью в кризисный стационар и уже на этапе стационарного лечения возобновили посещения занятий.

Таким образом, суппортивная групповая психотерапия является эффективным способом сохранения и продления ремиссии и реально помогает пациенту на амбулаторном этапе лучше адаптироваться в окружающем социуме, что делает её использование необходимой частью в комплексно-персонализированном алгоритме лечения пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ. Использование технологии суппортивной групповой психотерапии представляет собой большой потенциал для практической деятельности психотерапевтов и психологов.

## **МРТ-ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. НОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИИ (литературный обзор)**

**Дикало Н.Н.**

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,  
Новокузнецк, Россия**

---

Магнитно-резонансное исследование головного мозга может выявить патологические изменения в тканях и наличие пограничных патологий на самых ранних стадиях шизофрении. Ранняя диагностика значительно облегчает процесс лечения заболевания и повышает шансы на выздоровление. Еще в 2001 г. группа исследователей из университета Калифорнии достоверно определила на основе принципов доказательной медицины МРТ-признаки у больных с шизофренией, используя только классические T1 и T2 последовательности. К таким признакам относятся нарушения структуры белого вещества головного мозга в виде патологических очагов в височных и лобных долях, увеличение объема желудочков головного мозга. Если второй признак шизофрении – это всего лишь достоверный признак, который врач-рентгенологу всегда нужно иметь в виду, то первый признак сподвигнул ученых предложить гипотезу о работе мозга при шизофрении. После появления такого метода, как фМРТ (функциональная МРТ), данная гипотеза подтвердилась. Действительно, специалисты в диагностике при исследовании больного с ранней шизофренией выявляют повышение сигнала в лобной доле, а у пациентов с поздней шизофренией – в височной доле.

Исследователи Эрлангенского университета Фридриха Александра (Германия) в 2008 г. доказали, что МР-томограф способен дифференцировать заболевания, имеющие сходную симптоматику с шизофренией. Исходя из этого исследования были описаны достоверные признаки шизофрении на МРТ. К ним относились сосудистые изменения – врожденная аномалия артерий, венозных синусов, аневризмы сосудов головного мозга; признаки гидроцефалии – расширение боковых желудочков, увеличение в размерах третьего желудочка, расширение субарахноидального пространства, расширение рогов боковых желудочков; поражение белого вещества мозга (чаще это атрофия белого вещества головного мозга); хроническая ишемия мозга, которая часто возникает как следствие сосудистых изменений в головном мозге; аномалия развития мозга.

Многочисленные методы нейровизуализации позволяют наблюдать структурные изменения мозга при шизофрении. Так или иначе эти изменения мозговой структуры прогрессируют гораздо позже первого эпизода при шизофрении и остаются предметом научных дискуссий. Оценивая эти изменения у больных хронической шизофренией, в исследованиях ученых отдела психиатрии медицинского университета Нидерландов Х.Е. Хальшофа Пола и Р.С. Канна был проведен анализ 11 лонгитудинальных КТ/МРТ-исследований [Цыбенко А.В., 2008].

Специальный интерес представляли работы, где проводилось как минимум два МРТ/КТ-исследования в течение жизни пациента, первое – во время первого эпизода заболевания (при этом длительность заболевания должна была превышать 2 года), второе – в среднем спустя 10 лет, т.е. в хронической стадии. Все полученные данные указывали на непрерывность процесса потери мозговой ткани и расширение боковых желудочков. Процесс уменьшения мозговой ткани у больных шизофренией протекает в два раза быстрее, чем у здоровых людей (-0,5 и -0,2% в год соответственно). Наиболее выраженный дефицит серого вещества был найден в лобной и височной коре. Выраженность органических мозговых изменений наиболее четко коррелирует со специфическим дефектом, где на передний план выступают негативная симптоматика и снижение когнитивной продуктивности.

Как выявляется в сравнительных МРТ-исследованиях больных с первым эпизодом и пациентов на отдаленных этапах болезни, процесс регресса мозговой ткани далеко не ограничивается первым эпизодом заболевания, а продолжается вплоть до его хронической стадии [Lieberman J.A., Tollefson G.D., 2005]. Новые возможности МРТ позволяют исследовать собственно процесс мозговых изменений путем отображения нервных волокон в состоянии покоя и возбуждения (функциональная МРТ). Перспективны методы с высоким разрешением, дающие возможность изучать локальные нейронные сети в мозге. Учитывая открывающиеся технические возможности, многие ученые оценивают будущие исследования весьма оптимистично.

В других исследованиях целью являлось уточнение ряда морфологических аномалий мозга при шизофрении и выявление патогенетических факторов их развития. Было проведено исследование больных приступообразной шизофренией с использованием ангиографии. МРТ-признаки аномалий головного мозга были выявлены практически у всех обследованных больных. Наиболее часто встречались расширения желудочковой системы мозга и субарахноидальных пространств, а также впервые выявленные в данном исследовании аномалии сосудистой системы, которые оказались более распространенными.

К таковым аномалиям относились расширение периваскулярных пространств, сосудистые кисты, признаки нарушений венозной циркуляции (включая патологию венозных синусов) и врожденные аномалии строения артерий [Михайлова И.И., Орлова В.А., Березовская Т.П., 2013].

Впервые выявленные МРТ-признаки патологии сосудистой системы головного мозга подтверждают данные о нарушении гематоэнцефалического барьера при этом заболевании и могут быть связаны с воспалительными изменениями сосудистой стенки [Щербакова И.В., Ефанова Н.Н., Орлова В.А., 2000]. Среди аномалий желудочковой системы у этих больных достоверно чаще отмечались расширения передних и задних рогов и центральной части боковых желудочков, что может говорить в пользу большей выраженности дегенеративных процессов в области мозолистого тела, передней спайки и хвостатого ядра – зон, источниками кровоснабжения которых являются ветви внутренних сонных артерий, преимущественно передняя мозговая артерия. Выявленные с использованием МРТ структурные изменения головного мозга отражают как связанные с болезнью дистрофические и дегенеративные процессы нервной ткани, сочетающиеся с нарушениями ликвородинамики и всех компонентов мозгового кровообращения, так и дизонтогенетические стигмы в области основания головного мозга. Эти данные подтверждают результаты исследований, показавших, что МРТ-признаки аномалий головного мозга при шизофрении носят как связанный с текущим болезненным процессом, так и врожденный характер [Милосердов Е.А., Губский Л.В., Орлова В.А., 2011].

**Заключение.** МРТ-обследование в клинической практике широко используется уже более трёх десятков лет. При этом дискуссии на тему применимости данной технологии в той или иной медицинской дисциплине и специальности сохраняются до сих пор. На сегодняшний день гораздо правильнее говорить о практических возможностях МРТ в исключении/подтверждении макроморфологических органических изменений, которые могут сопровождаться психическими расстройствами и нарушениями или быть их непосредственной причиной. Именно поэтому в качестве средства дифференциальной диагностики нервных и психических расстройств врачи все чаще используют метод магнитно-резонансной томографии. МРТ – одно из первых исследований, которое лечащий врач назначает пациенту при подозрении на психическое расстройство. Причина этого состоит в том, что МР-сканирование позволяет исключить органические причины изменений в головном мозге, вызванные черепно-мозговыми травмами, энцефалитом, опухолью мозга, сосудистыми заболеваниями, эпилепсией и др.

Проведенное МРТ-обследование дает возможность лечащему врачу определить структурные изменения в головном мозге, свойственные для клинической картины каждого отдельного заболевания, в том числе психического характера. Метод МРТ позволяет распознавать структурные морфологические изменения в головном мозге больного на ранних стадиях с большей точностью, чем другие методы лучевой диагностики. Но следует помнить, что при психическом расстройстве, как и при любом другом заболевании, врач назначает пациенту совокупность разных диагностических методов, ведь только в данном случае обеспечивается правильная постановка диагноза.

## **РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ**

**Дмитриев А.И.**

**Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1,  
Красноярск, Россия**

---

Шизофрения – это хроническое психическое расстройство, затрагивающее практически все аспекты жизни пациента, приводя к существенному ухудшению социального и профессионального функционирования и качества жизни. А.В. Семке (2000–2009) отмечает, что течение шизофрении находится под влиянием комплекса внешних и внутренних факторов, которые приносят своеобразие в адаптиогенез. С позиции биопсихосоциальной модели медицины, адаптация – это сумма основного заболевания, конституционально-биологических, преморбидно-личностных и социально-средовых факторов. На адаптацию больных шизофренией – жителей сельской местности влияют низкий уровень жизни и образования, отрицательные демографические процессы, высокий уровень коморбидной соматической, наркологической и психической патологий. В последние годы особое внимание уделяется нейрокогнитивным нарушениям, возникающим при шизофрении, и их роли при формировании социального исхода заболевания. По мнению ряда авторов, уровень нарушения когнитивных функций является показателем адаптации больного даже в большей степени, чем позитивные и негативные симптомы.

**Материал исследования.** Было обследовано 30 больных с диагностированной шизофренией, проживающих в сельской местности, на момент обследования находящихся на лечении в филиале № 5 КГБУЗ ККПНД № 1. Средний возраст больных составил 47,4 года.

**Обсуждение.** По результатам обследования установлено, что 90% больных наблюдались с диагнозом «Параноидная шизофрения». Средняя длительность заболевания составила 22,5 года. Выявлен достаточно высокий образовательный уровень: 43,3% больных имели среднее специальное образование, среднее – 26,6%, высшее – 13,3% больных. Определялся высокий уровень социально-трудового снижения: 90% обследованных больных имели II группу инвалидности по психическому заболеванию. Установлена зависимость когнитивного дефицита от длительности заболевания: у больных, страдающих шизофренией 5 и более лет, уровень нарушений внимания, памяти, исполнительской функции и проблемно-решающего поведения выражен значительно, чем у здоровых лиц и у больных с длительностью заболевания до 5 лет. Уровень когнитивного дефицита коррелирует с типом адаптации: у больных с длительностью течения заболевания 10 и более лет преобладает деструктивный тип адаптации с нарушением социально полезных функций индивидуума в соответствии с клиническими предпосылками. Наиболее распространенный тип индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты – защита по типу «укрытия под опекой», 43,3% больные нуждались в постоянном внешнем стимулировании и поддержке родственников, органов опеки, лечебного учреждения. У 20% больных выявлена защита по типу «социальной оппозиции», когда существует постоянный конфликт больного и общества. У четверти больных (26,6%) формировалась защита по типу «экологической ниши», у 10% больных – по типу «гуттаперчевой защитной капсулы», позволяющей больному сохранить свой социальный статус.

**Выводы.** Когнитивный дефицит у больных шизофренией зависит от длительности заболевания и оказывает значимое влияние на адаптационные способности. У больных, длительно страдающих шизофренией, преобладает деструктивный тип адаптации.

## **ДЕТСКАЯ ФОРМА ШИЗОФРЕНИИ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ МАНИФЕСТАЦИИ**

**Долотина Л.А., Кушнарева О.М., Кияниченко Ю.И.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

**Актуальность исследования.** Нозологический статус шизофрении у детей долгое время являлся предметом бурных научных дискуссий. Ранее детская шизофрения нередко включала в себя не только психоз, но и различные расстройства развития. В настоящее время ранней детской

шизофрении, согласно МКБ-10, соответствует диагностическая рубрика F20.8xx3 «Шизофрения, детский тип». В эту подрубрику включаются случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе возникающие в раннем детстве случаи шизофрении с выраженным дефектом олигофреноподобного типа. Средний возраст начала данного типа шизофрении составляет  $5,5 \pm 1$  года (Макаров И.В., 2007). Шизофрения у детей и подростков до 13–14-летнего возраста встречается значительно реже, чем у взрослых, редко начинается и на первом году жизни. В период первого возрастного криза (от 2 до 4 лет) число заболеваний несколько возрастает, а в возрасте от 5 до 9 лет вновь снижается. Ранние формы шизофрении у мальчиков встречаются в 3,5 раза чаще, чем у девочек.

Основные симптомы и типы течения шизофрении у детей и подростков те же, что и у взрослых. Но проявляются они по-иному, в зависимости от возрастных особенностей психического развития. Чем меньше возраст ребенка, тем менее в клинической картине представлены продуктивные симптомы (навязчивые, галлюцинаторные, бредовые, аффективные) и тем более преобладают негативные расстройства типа эмоциональной холодности, аутизма, нарушений поведения. Особенностью детской шизофрении является и то, что болезнь накладывает отпечаток на все психическое развитие ребенка, приводя к его задержке и искажению. «Возрастной патоморфоз» шизофрении у детей и подростков связан не только с изменениями симптомов, типичных для шизофрении любого возраста, но и с появлением симптомов, свойственных определенному возрастному периоду. Манифестные проявления (обострения и приступы) шизофрении возникают преимущественно в периоды возрастных кризов, особенно в пубертатном возрасте. Шизофрению у детей нельзя изучать в единой возрастной группе от 0 до 15 лет. Так, М.Ш. Вроно (1971) при изучении шизофрении у детей и подростков выделяет 3 подгруппы: детская (до 9 лет), препубертатная (10–12 лет) и пубертатная (13–16 лет).

**Материалы и методы.** Обследовано 46 детей от 4 до 17 лет, наблюдающихся в детско-подростковом диспансере КОКПБ. В работе применялись анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, психологический и статистический методы.

**Результаты и обсуждение.** Изученный контингент включает 46 детей, из них 35 мальчиков (76%) и 11 девочек (24%), т.е. в соотношении 3,2:1. Сформированы 3 группы: детская – от 4 до 9 лет (9 человек – 19,6%), препубертатная – от 10 до 12 лет (12 – 26%), пубертатная – от 13 до 17 лет (25 – 54,4%).

1. *Детская группа* (от 4 до 9 лет) состоит из 9 человек (7 мальчиков и 2 девочек). 3 детей дошкольного возраста посещают специализированный д/с № 49. 6 детей раннего школьного возраста обучаются по адаптированной общеобразовательной программе для детей с умственной отсталостью (из них 4 ребенка в классе «И»). У 6 детей (66,7%) отягощена наследственность, близкие родственники страдали психическими заболеваниями, у 3 (33,3%) – не отягощена. Диагностическим критерием в этой группе являлся манифестный приступ. У 4 детей (44,4%) манифестация заболевания началась до 5 лет, у 2 (22,2%) – в 6–7 лет, у 3 (33,3%) – в 9 лет. Более чем в половине случаев (5 – 55,5%) шизофрения с самого начала протекала злокачественно, быстро появлялся «регресс поведения», вплоть до распада речи и утраты навыков самообслуживания, отмечаются картины слабоумия, близкие к умеренной и тяжелой умственной отсталости. У 4 детей (44,4%) манифестация шизофренического процесса носила вялотекущий характер. У большинства детей выявлены патологическое фантазирование (93%) и страхи (72%), в меньшей степени – навязчивые действия (38%). Нарушение влечений и патологическое поведение, как проявления вялотекущей шизофрении, составило менее половины наблюдений (44%). Периодическое течение шизофрении в данной группе не наблюдалось. При психологическом исследовании в основном обнаружена несформированность основных интеллектуальных и познавательных процессов с нарушением целенаправленности мышления, искажение логического реагирования, искаженное развитие коммуникативной сферы, эмоциональная нестабильность.

2. *Препубертатная группа* (от 10 до 12 лет) включает 12 человек, из них 7 мальчиков и 5 девочек. 8 детей (66,6%) обучаются по адаптированной общеобразовательной программе для детей с умственной отсталостью, 4 (33,3%) – по программе общеобразовательной школы. У 9 детей (75%) отягощена наследственность психическими заболеваниями у близких родственников, у 3 (25%) – отягощенность отсутствует. У 4 детей (33,3%) отмечается манифестация в 10–12 лет, у 8 (66,6%) инициальный период шизофрении совпадал с периодом первого возрастного криза. Первыми признаками начинающегося процесса у 4 детей (33,3%) служило ухудшение успеваемости в связи с утратой интереса к учебе, ослаблением психической активности, первыми расстройствами мышления. Обыденные бредовые идеи отмечались у 2 (50%) из 4 детей. Навязчивые страхи обнаруживались в 100% случаев. У 8 детей с задержкой психоречевого развития нарастала аутизация и даже появлялись моторные и идеаторные автоматизмы. Встречаются кататонические расстройства в виде дурашливости, псевдогаллюцина-

ций. Более отчетливо происходят изменения в мышлении в виде разорванности, соскальзывания, резонерства. Психологическое исследование в основном выявляло грубые нарушения целенаправленности мыслительной деятельности, критичности, нелогичности умозаключений, искажение уровня обобщения, проявляющиеся в виде актуализации малосущественных, латентных признаков объектов и вычурности, выраженные эмоционально-личностные нарушения.

3. *Пубертатная группа* (от 13 до 17 лет) оказалась самой многочисленной в исследовательской выборке (25 – 54,4%), в неё вошло 20 мальчиков и 5 девочек. 8 подростков (32%) – учащиеся коррекционных школ, 2 (8%) – признаны не обучаемыми, 10 (40%) – учащиеся техникумов и общеобразовательных школ. У 13 подростков (52%) выявлена отягощенная наследственность по психическим заболеваниям, у 12 (48%) наследственность явно не отягощена, но у родственников имелись характерологические особенности. У 16 подростков (64%) шизофрения манифестировала в пубертатный период, у 2 (8%) первые признаки процесса приходятся на первый возрастной криз, у 7 (28%) – на второй возрастной криз. Для подростков пубертатной группы типична злокачественная «ядерная» шизофрения с непрерывным течением, с полиморфной и неразвернутой симптоматикой, с эмоциональным опустошением через 1–3 года и формированием конечного состояния. У 2 подростков с началом процесса в первый возрастной криз течение заболевания приняло злокачественный характер, поэтому они нуждались в постоянном уходе и надзоре. У 16 подростков с манифестацией процесса в третий возрастной криз течение заболевания характеризовалось разнообразием клинической картины: у 5 (31,25%) отмечалась психопатоподобная гебоидная вялотекущая шизофрения, у 4 (25%) – периодическое течение шизофрении, у 7 (43,6%) – грубопрогредиентный характер. У 7 подростков (28%) с манифестацией процесса во втором возрастном кризе усложнялась фабула бредоподобных идей, появлялись галлюцинации и псевдогаллюцинации, преобладали немотивированные и диффузные преходящие страхи, являющиеся рудиментами галлюцинаторно-бредового расстройства, постепенно кристаллизовались изменения личности. При психологическом исследовании в основном выявлялись выраженные эмоционально-личностные нарушения, формализованность личности, недоразвитие сложных форм реагирования, глубокая инфантильность, эмоциональная уплощенность, искажение волевой регуляции деятельности, недоразвитие основных процессов мышления в виде соскальзывания, амбивалентности, непоследовательности и расплывчатости.

**Выводы.** Выявлены гендерные различия: ранние формы шизофрении встречаются чаще у мальчиков, чем у девочек. Возрастной фактор четко проявляется в переходные фазы развития – «возрастные кризисы». В возрастные кризисы чаще, чем в другие периоды жизни ребенка, возникают начало заболевания и обострения начавшегося процесса. Чем раньше начинается шизофрения, тем злокачественнее и непрерывнее её течение и тем резистентнее она к терапии. Возрастные особенности симптомов шизофрении у детей заключаются в атипичности («типично всё атипичное»), полиморфизме (характерном для шизофрении подростков), рудиментарности, незавершенности, монотонности. Это объясняется уровнем психического развития детей, низким объемом знаний, представлений, жизненного опыта. В силу этого некоторые психопатологические проявления практически не встречаются в детском возрасте (систематизированный бред, вербальный галлюциноз, парафренный синдром). В старшем возрасте, при более высоком уровне развития психики, возникают более сложные и развернутые синдромы.

#### **Литература**

1. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков: особенности клиники и течения. М. : Медицина, 1971: 127.
2. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. М., 1985: 416.
3. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. СПб. : Речь, 2007: 292.
4. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М. : Медгиз, 1959.
5. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая шизофрения. М., 2017: 1124.

#### **ДЕВИАНТНОЕ МАТЕРИНСТВО НА ПРИМЕРЕ МАТЕРЕЙ-ОТКАЗНИЦ**

**Жарикова А.Д.**

**Новосибирский государственный педагогический университет,  
Новосибирск, Россия**

---

В последние десятилетия в нашей стране отмечается тенденция к такому социальному явлению – как отказ матери от ребенка. Исследователи указывают на предрасполагающие к этому факторы. Малоизученный аспект проблемы – обнаруженный в начале века феномен искаженного восприятия матерью своего нежеланного ребенка. В следующем это наблюдалось у женщин с послеродовой депрессией. Ученые предполагают связь этих изменений с эмоциональным состоянием женщины, переживающей резкое расхождение между реальным и идеальным ребенком, о котором она мечтала во время беременности, а теперь воспринимает как обманувшего её надежды, источник принуждения и страдания.

Исследователи считают, что к таким искажениям предрасположены одинокие матери с их повышенной тревожностью, потребностью в благодарности, с неосознанным чувством вины. Они проецируют на ребенка свои худшие качества. Для них он воплощает в себе зло, которое они испытывали, всё, в чем они себе отказывают. По мнению исследователей, одна из причин девиантного материнства – неблагоприятный детский коммуникативный опыт. Будущая отказница отверглась матерью с детства, что привело к нарушению формирования нормального материнского поведения – необходимо сравнение с собственной матерью. Материнство – сложный, многогранный феномен, имеющий особые физиологические механизмы, эволюционную историю, культурные и индивидуальные особенности. В каждой культуре сформирован целостный институт материнства, включающий способы формирования у женщины представлений о роли матери.

В норме материнское поведение направлено на сохранение и оптимальное развитие физического, психического и социального здоровья ребенка. Девиантное материнское поведение не способствует сохранению здоровья ребенка, затрудняет, препятствует и усложняет нормативный процесс развития. Этот феномен можно рассматривать как отказ от ребенка, материнства вообще; жестокое отношение к ребенку; отсутствие материнской заботы; сексуальное насилие и растление ребенка; инфантицид (детоубийство, в том числе преднамеренный аборт, в отличие от аборта по медицинским показаниям).

Как отмечают Р.В. Овчарова, М.А. Мягкова (2014), в любом обществе постоянно происходят изменения модели материнства, соответствующие изменению в самих общественных отношениях. Изменяется и отношение женщины к роли матери. Сегодня в иерархии ценностей женщины материнство занимает менее значимое место. Растет стремление к профессиональному статусу и карьере, высокому уровню благосостоянию, что, как правило, не связано с выполнением родительских функций. Определить норму материнского отношения сравнительно трудно, так как содержание материнских установок изменяется в широком временном периоде. Тем не менее проявления девиантного материнства всегда существовали и носили различные формы.

В.П. Брутман, Г.Г. Филиппова и И.Ю. Хамитова (2002) отмечают факторы в анамнезе женщин с нарушенной готовностью к материнству: 1) сосредоточенность на своих проблемах, переживание чувства несправедливости и недостатка любви; 2) неготовность к браку в силу эмоциональной неустойчивости, эгоцентризма, стремления к независимости; 3) эмоциональная и психологическая незрелость; 4) низкая толерантность к стрессам, несдержанность аффектов; 5) неразрешен-

ность детских и пубертатных конфликтов; 6) отношение к ребенку как к источнику психологических проблем, страха и тревоги (он кажется недоступным для контакта, представляется как нечто незначительное и далекое); 7) эмоциональная зависимость от матери, несмотря на то что отношения с ней могут быть негативными (мать характеризуется ею как агрессивная, директивная и холодная; она либо не знает о беременности дочери, либо возражает против нее); 8) неполная собственная семья, нередко отсутствие мужа в семейной истории имеется факт отказа от ребенка, развод или физическое насилие

Специалисты отмечают, что чаще осознанно отказываются от материнства женщины с высоким образовательным цензом, высокими социальными притязаниями, ориентированные на материальный и социальный успех. По данным тематических сайтов, иногда в оправдание такой позиции женщины ссылаются на зарубежный опыт – «большинство умных женщин выходят замуж и рожают детей после 30, когда получено образование и устроена карьера». Позиция неприятия по отношению к детям до 30 лет часто сменяется «синдромом захлопывающейся двери», когда женщина понимает, что её детородный период заканчивается. Оказавшись в таком положении, они предпринимают усилия, направленные на поиск «отца детей» или партнера-донора. Затем, следуя рекомендациям врачей (а беременная женщина после 30 лет рассматривается как старородящая, а значит, относящаяся к группе риска), она с трудом вынашивает ребенка. Как следствие – такой матерью ребенок воспринимается как сверхценность, а идея его воспитания – как сверх-идея. Поэтому дети у подобных матерей воспитываются в атмосфере пристального внимания и гиперопеки, что, к сожалению, не способствует сохранению их психологического здоровья.

Таким образом, один вид девиантного материнского поведения меняется на другой, не менее деструктивный, приводит к деструктивным отношениям, страху утраты объекта привязанности. Формирование здорового отношения к материнству и адекватного материнского поведения – сложная комплексная задача, требующая совместных усилий специалистов и общества. В основе отказов от материнства как формы девиантного поведения лежит комплекс социально-психологических причин, но более глубокие причины лежат в изменении установок на материнство в современном российском обществе и в целом в мире, что свидетельствует о недостаточности признания первого в качестве фундаментальной общественной ценности. Отказ матери от своего новорожденного ребенка – форма девиантного поведения – распространенное, но до сих пор малоизученное социально-психологическое явление, ставшее чрезвычайно актуальным в наши дни.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ЭКСПЕРТИЗЫ И ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ НОВОКУЗНЕЦКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ: исторический аспект)**

**Завьялова Н.Е., Бондарев В.Г., Павлова Е.Н., Кравченко С.Н.  
Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,  
Новокузнецк, Россия**

---

Становление и развитие судебно-психиатрической экспертизы неотъемлемо связано с развитием психиатрии как самостоятельной медицинской дисциплины. Оказание психиатрической помощи в России имеет многолетнюю историю. Можно проследить трансформацию отношения государства и гражданского общества к душевнобольным. В XVI – XVII вв. основной целью призрения больных в России считалось ограждение общества от непредсказуемого поведения душевнобольных. Больные содержались в монастырях, а особо опасных помещали в тюрьмы. Зачатки законодательной базы к оценке состояния психического здоровья личности при совершении преступления впервые ввёл Петр I в «Воинском Уставе» (1715 г.), в котором в отношении «умалишённых» предусматривалось более лёгкое наказание или освобождение от последнего. В последующие годы XVIII в. Петром III, Екатериной II принимались решения по гуманизации отношения к душевнобольным, в том числе и к совершившим преступления, но в силу социально-экономических условий и скудности психиатрических знаний во врачебном сообществе, радикальных изменений по отношению к «умалишённым» не происходило.

В целом в истории организации психиатрической помощи и спаянной с ней психиатрической экспертизы в России можно выделить 2 основных периода (Рохлин Л.Л., 1960). Первый начинается в 1775 г., когда были созданы «Приказы общественного призрения», в функции которых входили организация и руководство «богоугодными» заведениями. К ним относились «дома умалишённых» для призрения «буйных» психически больных и производства судебно-психиатрической экспертизы. Второй период начинает с 1 января 1864 г., когда в 34 губерниях были организованы земства. В ведение земств были переданы и учреждения «Приказов общественного призрения», в том числе «дома умалишённых». Большинство этих домов мало чем походило на медучреждения и отражало эру полицейской психиатрии. По сути, это были больницы-гиганты казарменного типа, главным образом в крупных центрах страны: Москва, Казань, Харьков и т.д.

По меткому выражению английского психиатра Модсли, их можно было назвать «кладбищами погибших рассудков». Положительной стороной выделения психиатрических коек можно считать концентрацию специалистов-психиатров, что способствовало развитию научно-практической психиатрии.

В постреволюционное время Уголовный кодекс РСФСР от 1926 г. впервые разделил меры социальной защиты медицинского характера, а именно: 1) принудительное лечение психобольных, допустивших правонарушения; 2) помещение в лечебные учреждения в соединении с изоляцией (эта форма учреждений осталась так и не разработанной).

Преращение и выписка с принудительного лечения проводились без участия судебных органов. Средний срок принудительного лечения был около 4 месяцев.

В 1938 г. институт им. В.П. Сербского разработал «Инструкцию», утверждённую народным комиссариатом СССР, в которой говорилось об обязательном проведении судебно-психиатрической экспертизы для решения вопроса назначения судом «принудительного лечения» или «лечения на общих основаниях».

В 1945 г. было утверждено «положение» о специализированных больницах МВД. Инструкция МЗ СССР от 1954 г. разграничивала направление психобольных на принудительное лечение как в психиатрические больницы органов здравоохранения, так и в специализированные психиатрические больницы МВД. Этот порядок действовал фактически до 1997 г. (до вступления в силу нового уголовного кодекса, четко регламентирующего виды принудительного лечения по определению суда).

Судебно-психиатрическая экспертная работа в Новокузнецкой психиатрической больнице началась фактически с момента открытия больницы (статус больницы был утверждён Постановлением № 11 от 15.07.1938 г. президиума горсовета г. Сталинска «Об открытии психиатрической больницы с 01.08.1938 года»). В течение первого десятилетия работы больницы судебно-психиатрическая экспертиза проводилась эпизодически, по мере вынесения постановлений следователями и определений суда при возникновении сомнений в психической полноценности подследственного (подсудимого). СПЭ проводилась одним врачом-психиатром с составлением акта с заключением о вменяемости или невменяемости подэкспертного. Экспертные заключения того периода были крайне лаконичными, формальными, носили констатирующий характер, не включали обоснования диагноза. Ниже представлен образец акта, датированного 1952 г.

**АКТ № 33**

Я, нижеподписавшийся, при психиатрической больнице г. Сталинска произвел стационарную судебно-психиатрическую экспертизу КАПИТОНЕНКО Анатолию Петровичу, 1931 г. рождения, обвиняемого по ст. 2 ч. 2 Указа Президиума Верховного Совета СССР от 04.06.1947 г. «Об усилении охраны личной собственности граждан». Направлен на экспертизу согласно постановления нарследователя прокуратуры Орджоникидзевского р-на гор. Сталинска от 05.11.1952 г.

При обследовании установлено, со слов испытуемого, рос и развивался нормально. Окончил пять классов и школу ФЗО. Учился хорошо. В 1947 г. появились судорожные припадки с потерей сознания. Лечился в нервном отделении больницы г. Сталинска по поводу эпилепсии.

Со стороны соматической: правильного телосложения. Удовлетворительной упитанности. Кожные покровы нормальной окраски. Внутренние органы в пределах нормы.

Неврологический статус: зрачки правый равен левому с удовлетворительной реакцией на свет, конвергенцию. Сухожильные рефлексy правые равны левым. Патологических нет. Пробы на координацию выполняет удовлетворительно. Чувствительность без грубых расстройств.

Психический статус: сознание ясное. Ориентирован. На вопросы отвечает правильно. Ответы односложные, с задержкой. Раздражителен, злобен, злопамятен. Медлителен, вязок. Интеллект снижен. Бреда, галлюцинаций нет. Критика сохранена.

При поступлении на экспертизу было сумеречное состояние сознания.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** На основании вышеизложенного прихожу к заключению, что КАПИТОНЕНКО А.П. страдает психическим заболеванием в форме эпилепсии, протекающей с частыми припадками и частыми состояниями измененного сознания, а поэтому его следует считать невменяемым за инкриминируемые ему деяния и может быть передан на попечение родных и под наблюдение врачей психоневрологов.

Судебно-психиатрический эксперт /Долгих Н.Г./

С 1948 г. СПЭ стали проводиться еженедельно в фиксированные дни, уже в 1948 г. проведено 16 СПЭ (из годового отчёта больницы за 1948 г., здесь же впервые упоминается о проведении стационарной СПЭ). И лишь в 1959 г. с расширением штата врачей приказом Городского отдела здравоохранения был впервые утверждён персональный состав комиссии СПЭ психиатрической больницы в количестве 3 психиатров. Все врачи имели практический психиатрический опыт, но без специализированной подготовки по СПЭ. Специфические знания в области судебной психиатрии врачи получали на общепсихиатрических циклах и семинарах в ведущих психиатрических центрах страны (Москва, Ленинград).

И только с 1992 г., с открытием кафедры судебной и социальной психиатрии в институте им. В.П. Сербского, специалисты психиатры и психологи получили возможность на специализацию и профессиональную переподготовку по «Судебно-психиатрической экспертизе». За данный период прошли специализацию и профессиональную подготовку по СПЭ 11 врачей и 4 психолога больницы.

К 1990 г. рамки психиатрической больницы не позволяли справиться с возрастающей потребностью в проведении СПЭ. Было принято согласованное решение МВД и МЗ РФ об открытии судебно-психиатрических отделений в следственных изоляторах системы МВД. В Новокузнецке с 01.01.1990 г. на базе СИЗО-2 было открыто судебно-психиатрическое отделение на 40 коек для стражных подэкспертных. Это сыграло заметную роль в удовлетворении потребности правоохранительных органов в СПЭ в период 1990–2000 гг. Но в условиях СИЗО невозможно было проводить полноценные исследования подэкспертных в связи с отсутствием клинической базы, кроме того, эксперты работали в крайне стеснённых условиях (Дмитриева Т.Б., 1992).

В 2000 г. совместным решением Генпрокуратуры, МВД, Минюста, МЗ РФ отделения СПЭ были выведены из структуры СИЗО. На территории ГБУЗ КО НКПБ в июле 2000 г. было открыто стационарное отделение СПЭ на 25 коек для бесстражных подэкспертных, а стражных доставляли конвоем 1 раз в неделю на амбулаторные СПЭ. Такое реформирование сказалось на снижении количества проводимых экспертиз по уголовным делам, особенно на этапе приспособительных работ в новом отделении в 2000 г.

Нами изучены некоторые сравнительные показатели по работе комиссии СПЭ за 50-летний период – с 1968 г. по 2018 год с разбивкой на десятилетия (1968–1977 гг., 1978–1987 гг., 1988–1997 гг., 1998–2018 гг.). В указанных временных промежутках условия работы комиссии СПЭ были равны, за исключением периода 1990–2000 гг. (стационар СПЭ в СИЗО). Анализировались следующие показатели: количество проведённых судебных экспертиз, из них стационарных и амбулаторных, в том числе по уголовным и гражданским делам, доля подэкспертных по уголовным делам, признанных невменяемыми.

Прослеживается устойчивый рост общего числа СПЭ с 1968 г. по 2018 г. – со 178 (1968 г.) до 947 (2018 г.) (особенно выделяется 1998 г. – 1042). Число экспертиз по уголовным делам в указанные годы возросло со 178 до 585 (1998 г. – 908), по гражданским делам – с 3 (1968 г.) до 363 (2018 г.). Отмечается увеличение числа стационарных экспертиз с 6 до 352, амбулаторных экспертиз – со 172 до 567 за сравниваемые годы.

Вместе с тем показатели по количеству уголовных дел десятилетия 1990–2000 гг. выбиваются из общего ряда за счёт интенсификации работы экспертов (40 коек в СИЗО) вследствие расширительного подхода к назначению СПЭ правоохранительными органами в тот временной период. Отмечается незначительная динамика экспертных решений по уголовным делам. Так, доля подэкспертных, признанных невменяемыми за весь исследуемый период, варьировала от 2,8% (1968 г.) до 4,6% (2018 г.) (по данным Т.Б. Дмитриевой по РФ 6,7% – 1990 г.).

Лица, признанные судом невменяемыми, освобождаются от уголовного наказания и направляются на принудительное лечение в психиатрические больницы разного типа. По данным В.П. Котова и др. (2005), каждая десятая психиатрическая койка в РФ была занята больными, находящимися на принудительном лечении. На сегодняшний день в ГБУЗ КО НКПБ пациентами, находящимися на принудительном лечении в стационаре, занято 6,3% коечного фонда больницы (41 чел.).

Уголовный кодекс, вступивший в силу в 1997 г., ввёл новый вид принудительного лечения – «амбулаторное принудительное наблюдение и лечение» (АПНЛ). Это, во-первых, дало возможность гуманизировать меры принудительного характера при преступлениях, не требующих изоляции личности от общества на период интенсивного и обязательного лечения (при амбулаторных формах контроля), во-вторых – рационально использовать коечный фонд психиатрической больницы общего типа. Развитие и совершенствование АПНЛ потребовало перестройки как динамического диспансерного наблюдения и лечения, так и психологической адаптации психиатров, ведущих эту работу. В РФ к 2005 г. на АПНЛ находилось уже 21% от общего числа больных, находящихся на принудительном лечении (Котов В.П., 2005).

Изучение динамики группы АПНЛ за 2008–2018 гг. в ГБУЗ КО НКПБ выявило ряд тенденций: 1) увеличение пациентов, направляемых на АПНЛ, в 2,3 раза: в 2008–2013 гг. на АПНЛ направлено 18 больных, в том числе после стационарного принудительного лечения – 4, в 2014–2018 гг. – 42 больных, в том числе после стационарного принудительного лечения – 27; 2) рост числа лиц, которым назначается АПНЛ, тесно связано с противоположным процессом – прекращением данного вида лечения: прекращение АПНЛ в 2008–2013 гг. осуществлено 14 больным, в 2014–2018 гг. – 30 больным; 3) чаще стало применяться изменение меры медицинского характера в виде усиления режима наблюдения и лечения – перевод с АПНЛ на стационарное принудительное лечение – 2 человека (2017–2018 гг.).

Больные, получающие АПНЛ, состоят в группе активного диспансерного наблюдения (АДН) диспансера. В 2008 г. они составляли 6,9%

в группе АДН, в 2019 г. – 18,4%. Число больных в группе АДН возросло с 87 (2008 г.) до 125 (2019 г.) – на 31%. Из общей доли пациентов, находящихся на принудительном лечении в ГБУЗ КО НКПБ, 36% получают АПНЛ. Динамика изменений в группе пациентов, находящихся на АПНЛ, свидетельствует о росте объема и усложнении работы с категорией больных, требующих особенно пристального внимания.

Завершая описание организации СПЭ и принудительного лечения в ГБУЗ КОНКПБ, приходится с сожалением констатировать факт, что несмотря на повышение продолжительности принудительного лечения, дифференцированного подхода к определению и изменению вида принудительного лечения, показатель повторности совершённых преступлений в течение года после снятия принудительного лечения имеет тенденцию к увеличению. Данная ситуация связана порой с недостаточностью лечебно-реабилитационных мероприятий и с социально-экономическими причинами, неблагоприятным окружением, отсутствием поддержки со стороны родственников и другими негативными моментами, которые необходимо учитывать как в процессе принудительного лечения любого вида, так и после его прекращения.

#### **Литература**

1. Кербиков О.В., Иолович И.С. Проблемы организационной психиатрии. М. : Медгиз, 1944.
2. Рохлин Л.Л. Советская медицина в борьбе с психическими болезнями. М. : Медгиз, 1960: 131.
3. Дмитриева Т.Б. Состояние и перспективы развития судебной психиатрии. Семинар по организации психиатрической помощи. М., 1992.
4. Гордеев В.А. Исторические вопросы становления системы принудительного лечения лиц с психическими расстройствами в России. Медицина в Кузбассе. 2003; 3.
5. Котов В.П., Мальцев М.М., Голланд В.Б. Организационно-методические аспекты амбулаторного принудительного наблюдения и лечения. IV съезд психиатров России : материалы съезда. М., 2005.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПОДРОСТКОВ**

**Иноятов А.А., Сулейманов Ш.Р.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт**

**Ташкент, Республика Узбекистан**

---

**Актуальность** Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как отечественных, так и зарубежных пси-

хиатров и психологов [1]. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации.

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]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрастах сопряжены с суицидальным поведением, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями [4].

Применение краткосрочных методов когнитивно-поведенческой психотерапии, ориентированных на обучение подростков и их родственников навыкам преодоления депрессии, стало важной частью спектра медицинской помощи при лечении пациентов, страдающих патологией эмоциональной сферы [5].

**Цель исследования:** определить способы оптимизации психокоррекционной помощи, адаптированной для проведения в стационарных условиях у подростков с суицидальными тенденциями депрессивного регистра с учётом их личностных особенностей.

**Материал и методы.** Объектом для исследования было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Гамильтона и шкала Бека. Тест-опросник Леонгарда-Шмишека проводился с целью установления личностных особенностей подростков.

Программа КПП состояла из следующих задач: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения суицидальных тенденций и депрессий.

**Результаты и обсуждение.** Среди всех обследованных дистимический тип личности являлся преобладающим (20 обследованных – 42%), в порядке убывания далее следовали: застревающий (12 – 25%), тревожно-боязливый (6 – 12%), демонстративный и эмотивный типы – с одинаковой частотой встречаемости (5 – 10%). В зависимости от преобладания симптомов депрессии пациенты были разделены на 5 групп: с дисфорической депрессией (26 – 56%), тревожной депрессией (7 – 16%), дисморфофобической депрессией (6 – 13%), маскированной депрессией (4 – 8%), астенопатической депрессией (3 – 7%).

При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков не выявлено. Преобладающее большинство (80%) составили пациенты с легкой степенью депрессии, лишь в 20% случаев (9 пациентов) обнаружена депрессия средней тяжести.

В группу обследованных входило 28 мальчиков и 18 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: депрессия легкой степени – у 71% мальчиков и 29% девочек, депрессия средней степени – у 17% мальчиков и 83% девочек.

Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодически отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. 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 соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были разделены на три группы: демонстративно-шантажных суицидальных тенденций (55), аффективных (32%) и истинных (13%) суицидов. В ходе исследования установлено наличие суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием – у 31%, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки.

На фоне депрессивных расстройств у пациентов выявлены снижение школьной успеваемости (80%), нежелание продолжать учебу (40%), конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение с элементами шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Основная мишень психотерапии – изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование внимания на соблюдении режима лечения, выявлении эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи (когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, семейная терапия, реабилитационная терапия), разработке разных протоколов лечения депрессивной патологии в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ). В ходе КПТ выявлено, что подростки с дистимическими

и демонстративными типами акцентуации 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 депрессий.

**Выводы.** В зависимости от личностных особенностей обследованных установлено, что подросткам с демонстративными и дистимическими чертами характера в состоянии депрессии проведение КПТ в комбинации с психофармакотерапией оказывает положительное влияние и быстрое выздоровление. Подростки овладели рядом психотерапевтических установок, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями.

#### **Литература**

1. Абдуллаева В.К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. Вопросы науки и образования. 2019; 6(52): 54–59.
2. Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков. Человеческий фактор. Социальный психолог (Ярославль). 2019; 1(37): 196–202.
3. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Эмоциональные расстройства у подростков с компьютерной зависимостью. Сборники конференций НИИ Социосфера. 2014; 23: 45–48.
4. Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учетом личностных особенностей. Актуальные вопросы психического здоровья : Сборник материалов научно-практ. конференции с международным участием, посвященной памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015: 12–18.
5. Шохайдарова Р.Ю., Бабарахимова С.Б. Опыт применения когнитивно-поведенческой терапии депрессий у женщин. Актуальные проблемы когнитивно-поведенческой терапии : Материалы Всерос. конф. с международным участием. М., 2016: 39.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТРАЛИНА ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ У БЕРЕМЕННОЙ (клинический случай)**

**Калинина Е.В., Куренков В.С., Чельшев П.Е.**

**Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга, Россия**

---

Трудно представить, что еще 20 лет назад психическое расстройство было противопоказанием для вынашивания беременности. Однозначным был вердикт врачей – применение антидепрессантов при беременности противопоказано. С появлением антидепрессантов нового

поколения диагноз: «Тревожно-депрессивное расстройство» при планировании и вынашивании беременности уже не звучит как приговор.

Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение пациентки Т., 34 лет.

*Анамнез жизни.* Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена со слов, но родители злоупотребляли алкоголем. Родилась в срок от нормально протекающей пятой беременности, третьих родов. Раннее развитие без особенностей. Посещала ДДУ. В школу пошла с 7 лет, проблем с адаптацией в коллективах не было. Училась средне, точные науки давались с трудом. По характеру была спокойной, доброй, тихой, послушной. Закончила 11 классов общеобразовательной школы, поступила в сельскохозяйственный институт, который с отличием окончила, осталась работать на кафедре при институте, поступила в аспирантуру. Во время написания кандидатской работы перестала спать ночами, стала испытывать постоянное неконтролируемое чувство тревоги, постоянно плакала. Чтобы снять напряжение перед сном, стала употреблять спиртные напитки. Тогда впервые по настоянию родственников была госпитализирована в пограничное отделение психиатрической больницы. На фоне проводимого лечения состояние с положительной динамикой, после выписки принимала непродолжительное время антидепрессанты, вернулась на работу. После защиты кандидатской диссертации уволилась из института и переехала из города. На новом месте жительства открыла свою фирму, успешно работает по сегодняшний день.

*Анамнез заболевания.* Психическое состояние ухудшилось более 4 лет назад: стала эмоциональной, раздражительной, плаксивой «на ровном месте». Стала замечать внезапно начинающиеся приступы паники, неконтролируемого страха, учащения частоты сердечных сокращений. В такие моменты вызывала бригаду скорой медицинской помощи, состояние купировалось внутримышечным введением раствора бромдигидрохлорфенилбензодиазепина. Постепенно стала апатичной, пропал аппетит, нарушился сон. Неоднократно обращалась к психиатру по месту жительства, принимала различные препараты и схемы лечения, но без существенной положительной динамики. Направлена на лечение в дневной стационар, так как от госпитализации категорически отказалась. Проведена инфузионная, сосудисто-метаболическая и витаминотерапия, на фоне которой постепенно, с наращиванием дозировки был назначен сертралин в дозе 25 мг утром. Состояние со стабильной положительной динамикой, купированы приступы панических атак, выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения у психиатра по месту жительства. На фоне лечения состояние с положительной динамикой. Пациентка обратилась с жалобами на задержку менструаций около 2 недель. Направлена на консультацию к гинекологу. Выставлен диагноз: «Маточная беременность, 6 недель». Пациентка настроена на сохранение беременности. Психическое состояние не позволяет отменить назначенный ранее сертралин. Отмечается купирование панических атак, но сохраняются депрессивная симптоматика и тревога. Принято решение вынашивать беременность на фоне антидепрессанта.

Соматический статус при осмотре без патологии. Неврологический статус без признаков очагового поражения ЦНС.

*Психический статус:* внешне опрятна. Сознание ясное. Настроение снижено, эмоционально неустойчива. В беседе напряжена, тревожна. Продуктивному контакту доступна, отвечает по сути заданных вопросов. Последовательно сообщает анамнестические сведения. Обманы восприятия и суицидальные мысли категорически отрицает. Сформирована критика к заболеванию, понимает риски вынашивания беременности на фоне приема антидепрессантов.

*Лечение:* сертралин 25 мг утром. *Динамика:* первое время оставалась напряженной, тревожной, длительно сохранялось тревожное состояние. Была навязчива по поводу своего здоровья, отмечала выраженную апатию и чувство собственного бессилия. Фон настроения стал ближе к ровному.

*Коррекция лечения:* сертралин 50 мг утром. *Динамика:* после наращивания дозы сертралина в течение 4 недель сохранялись жалобы на чувство тревоги, появлявшейся преимущественно вечером или ночью, но с каждым днем снижавшейся, пациентка стала живее, активнее, общительнее, включилась в работу. Нормализовались сон и аппетит. При снижении дозы сертралина до 25 мг ухудшение состояния, усиление тревоги и проявление депрессивной симптоматики. Выписана на терапии: сертралин 50 мг утром.

*Диагноз:* Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2).

*Катамнез.* Психическое состояние сохраняется стабильным в течение 5 месяцев. Учитывая прогрессивность течения болезненного процесса, пациентке рекомендована длительная поддерживающая антидепрессивная терапия. Во избежание ухудшения психического состояния во время родов предложено родоразрешение путем кесарева сечения. Родоразрешение плановое в 39 недель, путем кесарева сечения. Мальчик с весом 3670 граммов, ростом 56 см, по шкале Апгар 9/9 баллов.

Таким образом, на сегодняшний день внедрение новых поколений антидепрессантов позволяет решать вопросы оптимизации терапии таких состояний как тревожно-депрессивное расстройство при беременности и вынашивании беременности.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Калинина К.В., Обатнина Е.С., Семибратова Д.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

**Актуальность.** Проблема адаптации и реабилитации пациентов с шизофренией по-прежнему стоит крайне остро в связи с высокой распространенностью эндогенной патологии. Поэтому на сегодняшний день не вызывает сомнений, что наиболее эффективным подходом

к реабилитации является комплексная психофармакологическая и психосоциальная помощь. Психосоциальная реабилитация в настоящее время становится преобладающим направлением. Великий американский психиатр Г.С. Салливан утверждал, что человеческую личность можно изучить лишь с помощью научного исследования межличностных отношений. Личность всегда глубоко погружена в межличностные отношения – и специалист, работающий с психически больными, так или иначе выходит на межличностный уровень, обучая пациентов конкретным способам общения и взаимодействия с окружающими. Межличностные отношения и межличностное общение как объективно переживаемые и в разной степени осознаваемые взаимосвязи между людьми – основа социальной адаптации. В их основе лежат разнообразные эмоциональные состояния взаимодействующих людей. В отличие от деловых (инструментальных) отношений, которые могут быть как официально закрепленными, так и незакрепленными, межличностные связи иногда называют экспрессивными, подчеркивая их эмоциональную содержательность.

**Цель исследования.** Изучение особенностей общения у пациентов с шизофренией.

**Материалы и методы.** На базе соматогеронтопсихиатрического мужского отделения ГКУЗ КО «КОКПБ» были исследовано 34 больных, средний возраст которых составил 63 года. Тестирование проводилось индивидуально или в форме группового обследования с использованием текста опросника и специального бланка для ответов испытуемого. Использовались клинико-катамнестический и клинико-психопатологический методы исследования. Опросник межличностных отношений (ОМО) является русскоязычной версией широко известного за рубежом опросника Fundamental Interpersonal Relations Orientation (FIRO), разработанного американским психологом В. Шутцем.

**Обсуждение и результаты.** По уровню образования пациенты распределились следующим образом: неполное среднее – 25% (16 больных), среднетехническое – 55% (35 больных), высшее – 20% (13 больных). Средний стаж заболевания пациентов с шизофренией составил 28 лет (от 8 до 49 лет). Изучение распределения пациентов по группам инвалидности показало следующее: инвалиды I группы – 12 (35%), инвалиды II группы – 22 (65%). По семейному положению получено следующее распределение: постоянно проживают в семье, госпитализируются при обострении – 9 человек; не имеют собственного жилья и семьи и оформляются в дома-интернаты – 15, имеют близких родственников, но являются изгоями семьи – 10.

Все пациенты на момент исследования находились в стационаре и получали соответствующую психофармакотерапию. В качестве контрольной группы были исследовано 34 человека, мужского пола, средний возраст которых составил 63 года, которые ранее не наблюдались у психиатра. По уровню образования испытуемые в контрольной группе распределились следующим образом: неполное среднее – 25% (9 человек), среднетехническое – 55% (19), высшее – 20% (6). По семейному положению выявлено преобладание постоянно проживающих в семье – 19 человек; имеют близких родственников, но проживают одни – 15 человек.

**Т а б л и ц а. Результаты испытуемых первой группы (n=34) по методике «Опросник межличностных отношений»**

Показатель	Значения (абс. число пациентов)				
	Экстремально низкие (0–1)	Низкие (2–3)	Средние (4–5)	Высокие (6–7)	Экстремально высокие (8–9)
Ie Включение Выраженное поведение	2	16	14	1	1
Iw Включение Требуемое поведение	10	14	10	0	0
Се Контроль Выраженное поведение	4	16	13	1	0
Sw Контроль Требуемое поведение	3	25	6	0	0
Ae Аффект Выраженное поведение	4	20	7	3	0
Aw Аффект Требуемое поведение	2	7	16	8	1

При оценке результатов было установлено, что в среднем у испытуемых снижены потребности в социальном функционировании. Так, по показателю включенности отмечаются низкие и экстремально низкие значения, что характерно для людей, избегающих общения, а также чувствующих себя неуверенно среди других. Единичные высокие показатели свидетельствуют о сниженной критичности пациентов в установлении контактов. По значениям показателю контроля видно, что пациенты чаще стремятся избежать самостоятельного принятия каких-либо решений и ответственности. По показателю аффекта получен широкий разброс – от осторожности в установлении близких отношений (больше низких значений Ae) до неразборчивости в контактах (больше средних и высоких значений Aw), что так же соответствует сниженной критичности в установлении отношений.

**Выводы.** У пациентов с диагностированной шизофренией значительно выражено избегание контактов. Они переживают свою изоляцию в коллективе и обществе и в итоге замыкаются в себе, что в последующем лишь усугубляет течение заболевания, ухудшает общение с необходимыми специалистами и родными. Обследуемые при внешней пассивности негативно настроены к любым рекомендациям и доминирующему поведению со стороны окружающих, что затрудняет их адаптацию и проведение реабилитационных мероприятий. В то же время мы отметили, что пациенты с шизофренией чаще неразборчивы в установлении социальных контактов, в связи с этим склонны попадать под негативное влияние и быть обманутыми. Данный вывод подтверждает имеющиеся наблюдения о низкой комплаентности таких пациентов. Эффективное оказание помощи возможно только при учёте личностных особенностей пациентов и комплексном подходе к реабилитации с вовлечением специалистов разных профилей. Данная тема нуждается в дальнейшем исследовании, так как полученные результаты могут быть использованы при разработке различных комплексов медико-психологической реабилитации пациентов с шизофренией.

## **ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Кещян К.Л., Куликов А.Н., Иосис А.В.**

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

---

**Цель исследования:** изучить личностно-психологические, психопатологические, клинические характеристики несовершеннолетних пациентов (младше 18 лет), совершивших аутоагрессивные действия, находившихся на лечении в детско-подростковом отделении Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского в период с февраля по август 2019 г.

**Материалы и методы:** в исследовании были использованы клинико-анамнестический и клинико-психопатологический методы. В группу изучения вошли 34 подростка в возрасте от 13 до 18 лет (26 девочек и 8 мальчиков), поступивших на лечение в детско-подростковое отделение, которых в результате обследования были выявлены суицидальные мысли, самоповреждающее поведение.

Критерием исключения из исследовательской выборки стал возраст пациентов младше 13 лет.

**Результаты исследования.** В одномоментном обсервационном исследовании было установлено, что на формирование аутоагрессивного поведения подростков оказали влияние наличие депрессивного фона настроения, незрелость эмоционально-волевой сферы, личностно-психологические и другие психопатологические расстройства.

По возрасту пациенты распределились таким образом: от 13 до 14 лет – 12 человек, от 15 до 16 лет – 5, от 16 до 18 лет – 17.

**Т а б л и ц а 1. Распределение обследованных подростков по полу и возрасту**

Пол	Возраст подростков, лет			Всего
	13–14	15–16	17–18	
Мужской	2	3	3	8 (23,5%)
Женский	10	2	14	26 (76,5%)
Итого	12	5	17	34 (100%)

**Т а б л и ц а 2. Распределение подростков в зависимости от локализации травмы и механизма самоповреждения (абс.,%)**

	Характер травмы				Всего	
	Колото-резаные ранения и ушибы		Укусы поверхностей тела, в том числе ногтей, губ	Прием больших доз алкоголя, лекарственных препаратов с целью отравления		Самоповреждение пламенем
	конечностей	головы, шеи, груди, живота				
1	2 5,86%	2 5,86%	-	-	2 5,86%	6 17,6%
2	5 14,69%	2 5,86%	4 11,8%	3 8,82%	1 2,93%	15 44,1%
3	4 11,75%	1 2,93%	-	2 5,88%	2 5,86%	9 26,5%
4	2 5,86	1 2,93%	-	-	1 2,93%	4 11,8%
Итого	13 38,2%	6 17,6%	4 11,8%	5 14,7%	6 17,6%	34 100%

**П р и м е ч а н и е.** В первом столбце приведены психические расстройства у обследованных подростков: 1 – органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, 2 – депрессивный эпизод средней степени тяжести, 3 – шизотипическое расстройство, 4 – острое полиморфное расстройство с симптомами шизофрении.

Изучено распределение пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, госпитализированных в отделение в возрасте от 13 лет и старше, с психиатрическим диагнозом (табл. 2).

Выявлено распределение по нозологиям: органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство личности и поведения смешанного генеза (перинатального, раннего, травматического) – 6 человек (F06.68), депрессивный эпизод средней степени тяжести – 15 (F32.1), шизотипическое расстройство – 9 (F21.8), острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении – 4 (F23.1).

Самоповреждающее поведение большинства пациентов выражалось в нанесении колото-резаных ранений различных участков тела (38,2%), большая часть из них приходилась на подростков с депрессивным эпизодом средней степени тяжести и шизотипическим расстройством. Более тяжелые самоповреждения (прием больших доз алкоголя и лекарственных препаратов с целью отравления, самоповреждения путем нанесения ожогов – 14,7%) так же характерны для подростков группы с депрессивным расстройством средней степени тяжести, шизотипическим расстройством личности (сведения о них были получены при сборе анамнеза). У подростков с острым полиморфным психотическим расстройством нанесенные ранения были наиболее глубокими и множественными. Для подростков с депрессивным эпизодом средней степени характерны укусы разных участков тела, для многих из них травмирование губ и ногтевых фаланг носило систематический характер (11,8%), не вошли в эту группу те подростки, у которых имелись другие множественные самоповреждения.

## **РЕАБИЛИТАЦИОННО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ СЕКСУАЛЬНЫХ ВЛЕЧЕНИЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА**

**Кирилюк Д.А., Музальков С.С., Ядыкина Е.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

**Актуальность.** Проблема сексуальных правонарушений в настоящее время приобрела особую общественную значимость. В последние десятилетия в мире наметилась стойкая тенденция возрастания случаев изнасилований не только женщин и девушек, но и мальчиков. Особую социальную опасность представляют пациенты, совершившие общественно опасные деяния (ООД), связанные с сексуальными действиями в отношении детей. Значительное число сексуальных правонарушений совершают психически больные, страдающие коморбидными расстройствами сексуального предпочтения.

**Цель исследования.** Изучение клинико-психосоциальной характеристики, медико-социальных причин госпитализаций пациентов с расстройствами сексуальных влечений на принудительное лечение специализированного типа.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки проведено исследование медицинской документации лиц, находившихся на стационарном лечении в мужском отделении принудительного лечения специализированного типа на 48 коек пациентов в 2015–2018 гг. Применялись клинико-динамический и клинико-катамнестический методы исследования. В исследование вошли 12 случаев, что составило 6,9% от общего числа пациентов, пролеченных в отделении за этот период.

**Результаты.** Половые преступления – умышленные действия против охраняемых уголовным законом половой неприкосновенности и половой свободы, а также нравственного и физического развития несовершеннолетних, причиняющие вред конкретным личностям (гл. 18 УК РФ). В теории и на практике правонарушения, именуемые «половыми преступлениями», в УК РФ сконцентрированы в рамках отдельной главы 18. В эту группу входят составы изнасилования (ст. 131), насильственных действий сексуального характера (ст. 132), похищения к действиям сексуального характера (ст. 133), полового сношения и иных действий сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста (ст. 134), и развратных действий (ст. 135). Значительная часть сексуальных преступлений совершается лицами с психическими аномалиями, среди которых встречаются лица с расстройствами сексуального влечения (парафилиями). Судебно-психиатрическое значение имеют лишь несколько форм парафилий: педофилия, эксгибиционизм, некрофилия, садомазохизм. Парафилии значительно преобладают среди мужчин, пик патологических проявлений приходится на молодой возраст – от 15 до 35 лет.

В группу пациентов, совершивших сексуальные правонарушения, были включены 12 пациентов с диагнозами: органическое расстройство личности (41,6%), умственная отсталость (33,3%), шизофрения (16,6%), шизотипическое расстройство (8,3%). Сексуальная патология выявлена у 5 человек (41,6%), совершивших половые преступления. По характеру нарушений полового влечения они разделились на две группы: с нарушением объекта влечения и с нарушением способа его удовлетворения.

Анализ возрастной группы обследованных показал, что деликты наиболее часто совершались в возрасте от 16 до 18 лет и от 26 до 45 лет. Исследование показало так же, что среди сексуальных преступников преобладают лица с начальным и незаконченным средним образо-

ванием (25%) и среднеспециальным образованием (25%). Особенности социального статуса обследованных свидетельствовали о недостаточном уровне социальной адаптации. Анализ микросоциального окружения показал, что только 1 пациент находился в официально зарегистрированном браке, еще 1 пациент находился в разводе. Остальные же пациенты своей семьи не имели. Среди пациентов велик удельный вес ранее судимых лиц: общий рецидив составил 50%, специальный рецидив (повторное совершение половых преступлений) – 25%. При изучении обстоятельств совершения половых преступлений обнаружено, что 33,3% обследуемых совершили преступления в состоянии алкогольного опьянения и 8,3% – в состоянии наркотического опьянения.

Цель работы в отделении определяется целями принудительного лечения. Согласно нормативно-правовым документам (ст. 98 УК РФ, 1997), регламентирующим деятельность лечебно-реабилитационных мероприятий, работа персонала отделения направлена на излечение больных или улучшение их психического состояния, а также на профилактику совершения ими повторных ООД. В комплекс мероприятий, обеспечивающих достижение данной цели, входит социально-реабилитационное направление, включающее в себя восстановление, формирование недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных, личностных ресурсов, ранее имеющихся умений и знаний межличностного взаимодействия. Эффективность комплексных мероприятий (психофармакотерапевтическое лечение, психотерапия, реабилитация и психокоррекционная работа) с пациентами, имеющими расстройства психосексуального влечения, может быть достигнута только при их скоординированности. Лечебно-реабилитационные мероприятия для больных с расстройствами психосексуального влечения направлены на разрушение фиксированных форм поведения и шаблонов аномальной сексуальной активности, для того чтобы объект сексуального влечения потерял свойства стимула, в сочетании с развитием навыков эмоциональной саморегуляции и самоконтроля, коррекции нарушенных коммуникативно-личностных и аффективно-личностных особенностей. Для достижения данной цели необходима работа с нарушенным представлением о себе у пациента и улучшение понимания им себя, повышение критической самооценки. Важным условием успешности работы является формирование понимания у пациентов отделения необходимости лечения и его длительности, формирование комплекса навыков, необходимых для успешной психосоциальной адаптации, формирование новых систем ценностей и личной заинтересованности в понимании развития навыков саморегуляции.

**Выводы.** Алгоритм комплексного персонализированного лечения психически больных лиц, в том числе с парафилиями, совершивших сексуальные правонарушения, кроме психофармакологического воздействия должен предусматривать и психотерапию. Психопатологическое состояние полностью не предопределяет совершение ООД, так же имеют роль внешние социально-ситуационные факторы и злоупотребление ПАВ (алкоголь, наркотические средства).

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ (ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЙ) РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН**

**Кирина Ю.Ю., Зорохович И.И., Лопатин А.А.,**

**Вострых Д.В., Селедцов А.М.**

**Кемеровский государственный медицинский университет,**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,**

**Кемерово, Россия**

---

На территории Кемеровской области медицинские наркологические осмотры осуществляются врачами-психиатрами-наркологами наркологических диспансеров, психоневрологических диспансеров, районных и городских больниц. Медицинские осмотры (освидетельствования) проводятся в соответствии с действующим законодательством. За последние несколько лет произошли существенные изменения в законодательстве в части проведения медицинских осмотров (освидетельствований) отдельных категорий граждан. На сегодняшний день определен Порядок проведения практически всех медицинских осмотров (освидетельствований), за исключением предварительных (при устройстве на работу) или периодических медицинских осмотров работников (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.04.2011 г. № 302н). Тем не менее до сих пор возникают вопросы по объему обследований (исследований) в каждом конкретном случае. Из-за отсутствия единого структурированного подхода к процедуре наркологического осмотра (освидетельствования) возникает много недоразумений и жалоб от граждан.

В связи с этим возникает необходимость обозначить основные моменты проведения медицинских осмотров различных категорий граждан с целью упорядочения процедуры и приведения к единому образцу во всех медицинских организациях, осуществляющих медицинские наркологические осмотры (освидетельствования) на территории Кемеровской области.

Услуга «медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом» состоит из двух основных частей, описание которых приведено ниже.

*Обязательная часть:* 1) установление личности гражданина по документу (паспорт либо военный билет для военнослужащих); 2) проверка сведений о постоянной регистрации; 3) проверка на предмет наличия сведений в отношении обратившегося гражданина о ранее выявленных наркологических расстройствах и/или признаках наркологических расстройств по имеющимся в медицинской организации базам данных (выявленное при медицинском освидетельствовании состояние опьянения (одурманивания), факт употребления алкоголя или отказ от медицинского освидетельствования, информация о пребывании в медицинском вытрезвителе и пр.); 4) при наличии постоянной регистрации на другой территории либо регистрации на территории менее 3 лет оформляется запрос в медицинскую наркологическую организацию по месту регистрации (предыдущей регистрации) гражданина, либо предлагается обратившемуся самостоятельно предоставить объективные сведения от врача-психиатра-нарколога. Следует обратить внимание, что важной является не только информация о том состоит или состоял гражданин на диспансерном наблюдении, но и сведения об имеющихся признаках наркологических расстройств, поскольку данные сведения определяют необходимый объем обследования (исследований); 5) проверка военного билета у мужчин на предмет наличия статьи ограничения к воинской службе по наркологическому расстройству (статья 19); 6) опрос; 7) клинический осмотр; 8) вынесение заключения с оформлением соответствующих документов. Перечисленные позиции являются обязательными к проведению при всех случаях обращения гражданина на медицинский наркологический осмотр (освидетельствование)

*Вариативная часть* регламентирована нормативно-правовыми актами в зависимости от категории осмотра (освидетельствования) либо назначается при наличии медицинских показаний для выявления наркологического расстройства: 1) исследование выдыхаемого воздуха на наличие в нем этанола техническим средством измерения, обеспечивающим запись результатов исследования на бумажном носителе; 2) определение в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и других токсических веществ и их метаболитов с использованием анализаторов, обеспечивающих регистрацию и количественную оценку результатов исследования путем сравнения полученного результата с калибровочной кривой; 3) качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина

в сыворотке крови; 4) иные методы исследования (обследования), разрешенные к применению на территории РФ.

Медицинские осмотры (освидетельствования) проводятся различных категорий граждан: в отношении водителей (кандидатов в водители) транспортных средств, работников транспортной безопасности, работников ведомственной охраны, лиц, получающих разрешение на оружие, граждан, проходящих военно-врачебную комиссию, лиц, получающих допуск к отдельным видам профессиональной деятельности (к тяжелым работам, работам с вредными и опасными условиями труда, к работам, связанным с использованием сведений, составляющих государственную тайну, государственным и муниципальным служащим и т.д.).

Необходимо обратить внимание, что объем исследований неодинаков: обязательная часть присутствует во всех видах обследований – медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом, а вариативная часть для разных категорий различная. Существенно отличаются количество и виды наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, с целью обнаружения которых проводятся химикотоксикологические исследования. Например, при оформлении разрешения на оружие проводится исследование на 10 веществ, а при прохождении военно-врачебной комиссии – на 7 веществ. На 7 веществ так же проводится исследование лиц авиационного персонала, частных детективов, лиц, допущенных к работе на судне и т.д., т.е. категорий граждан, указанных в Федеральном законе Российской Федерации от 13.07.2015 г. № 230-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», но по набору реагентов они не идентичны.

В отношении работников, проходящих предварительный или периодический медицинский осмотр на допуск к работам в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 г. № 302н, Порядок проведения медицинского осмотра не определен. Поэтому при проведении медицинского осмотра этой категории граждан следует руководствоваться приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области № 637 с изменениями от 29.06.2015 г. и 17.01.2018 г. «Об организации проведения медицинских осмотров, медицинских освидетельствований в наркологических медицинских организациях и наркологических подразделениях медицинских организаций Кемеровской области». Исключение составляют работники транспортной безопасности и работники ведомственной охраны, для которых определен Порядок прохождения ежегодного

медицинского осмотра с проведением химико-токсикологических исследований, утвержденный соответствующими приказами МЗ РФ.

Таким образом, с целью приведения в соответствие с действующим законодательством процедуры проведения медицинских осмотров (освидетельствований) на территории Кемеровской области врачам-психиатрам-наркологам медицинских организаций следует обращать внимание на объем исследований (обследований) в зависимости от повода обращения гражданина.

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ (КАНДИДАТОВ В ВОДИТЕЛИ) ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

**Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Зорохович И.И.,**

**Садартдинов С.Ф., Вострых Д.В.**

**Кемеровский государственный медицинский университет,**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,**

**Кемерово, Россия**

---

На сегодняшний день наркологический медицинский осмотр (освидетельствование) водителей транспортных средств (кандидатов в водители) осуществляется в соответствии с приказом МЗ РФ от 15.06.2015 г. № 344н «О проведении обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств)». В соответствии с этим приказом медицинское освидетельствование в части действий врача-психиатра-нарколога при отсутствии симптомов и (или) синдромов наркологического расстройства, являющихся медицинским противопоказанием к управлению транспортными средствами, ограничивается медицинским осмотром врача-специалиста. Дополнительные методы обследования (исследований), например, такие как определение наличия ПАВ в моче, качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови, назначаются и проводятся исключительно при выявлении врачом-психиатром-наркологом симптомов и синдромов наркологических расстройств (заболеваний). Данный подход к процедуре медицинского наркологического осмотра (освидетельствования) не дает возможность выявить всех потребителей наркотических средств, психотропных и других токсических веществ в связи с отсутствием клинических проявлений у пациентов при употреблении ряда ПАВ либо при отсутствии состояния опьянения

(одурманивания) в момент обращения, либо желанием скрыть и преуменьшить эпизоды употребления (злоупотребления) алкоголем гражданами, проходящими медицинский осмотр.

Так, например, при проведении исследования мочи у лиц, проходящих медицинский осмотр на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, что является обязательным в соответствии с приказом МЗ РФ от 30.06.2016 г. № 441н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологических исследований наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов», наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты были выявлены в 0,67% случаев (по данным кабинета медицинских осмотров диспансерно-поликлинического отделения ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» за 6 месяцев 2019 г. общее количество ХТИ – 3288, из них выявлены – 22) при отсутствии симптомов и синдромов наркологических расстройств у данных лиц, проходящих осмотр.

При качественном и количественном определении (CDT) в сыворотке крови у лиц, проходящих медицинский осмотр с целью получения справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам и психотропным веществам, что является обязательным в соответствии с приказом МЗ РФ от 22.12.2016 г. № 988н, повышенные значения CDT были выявлены в 0,74% случаев (по данным кабинета медицинских осмотров диспансерно-поликлинического отделения ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» за 6 месяцев 2019 г. общее количество исследований 271, из них повышены показатели в 2 случаях), что является косвенным признаком наркологического заболевания, вызванного злоупотреблением алкоголем и требует детального обследования.

Таким образом, целесообразно проводить исследование мочи на наличие наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и качественное и количественное определение CDT в сыворотке крови лицам при прохождении медицинского наркологического осмотра, в частности при оформлении допуска к управлению транспортными средствами. В июле 2019 г. на сайте <https://regulation.ru> размещен проект приказа МЗ РФ с дополнениями и изменениями приложения № 1 приказа МЗ РФ от 15.06.2015 г. № 344н. В соответствии с предлагаемыми изменениями определение наличия психоактивных веществ в моче и качественное и количественное определение CDT в сыворотке крови обязательно всем водителям и кандидатам в водители

при прохождении медицинского освидетельствования на допуск к управлению транспортными средствами. Проект изменений находится на стадии обсуждения и доработки, принимаются предложения и дополнения по данному проекту.

Специалисты ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» считают целесообразным внести следующие изменения в проект приказа МЗ РФ:

Подпункт 8 пункта 6 «определение наличия психоактивных веществ в моче» предлагаем дополнить следующим: «химикотоксикологическое исследование на наличие в моче следующих химических веществ, включая их производные, метаболиты и аналоги: опитаты, растительные и синтетические каннабиноиды, фенилалкиламины (амфетамин, метамфетамин), синтетические катиноны, кокаин и метадон, бензодиазепины, барбитураты. Химико-токсикологическое исследование проводится на иные вещества, которые могут повлечь неблагоприятные последствия при деятельности, связанной с источником повышенной опасности».

Подпункт 9 пункта 6 «качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови» предлагаем дополнить: «(обязательно при медицинском освидетельствовании водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) категорий «С», «D», «СЕ», «DE», «Тm», «Тb» и подкатегорий «С1», «D1», «С1Е», «D1Е». Для водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) иных категорий и подкатегорий транспортных средств при выявлении симптомов и синдромов заболевания (состояния), являющегося медицинским противопоказанием к управлению транспортным средством.

Пункт 9 «медицинские заключения по результатам обследований врачом-психиатром и врачом-наркологом.....» в формулировку предлагаем внести следующие изменения: на «медицинские справки по результатам обследований врачом-психиатром и врачом-наркологом.....».

Таким образом, в условиях действующего законодательства медицинское освидетельствование водителей (кандидатов в водители) транспортных средств в части наркологического медицинского осмотра ограничивается лишь проведением медицинского осмотра врачом-специалистом без применения дополнительных методов исследований (обследований), что в ряде случаев не дает возможности выявить заболевания (состояния), являющиеся медицинскими противопоказаниями к управлению транспортом и требует изменений на законодательном уровне.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

**(психотерапевтический аспект)**

**Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Селедцов А.М.**

**Областной клинический онкологический диспансер,  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
Кемерово, Россия**

---

Реабилитация больных раком молочной железы (РМЖ) после радикального хирургического лечения представляет собой одну из важных проблем онкологической клиники. Решение данной проблемы позволяет улучшить качество жизни пролеченных больных и увеличить число социально-адаптированных пациенток, способных вернуться к общественно-полезной и трудовой деятельности.

Информация о диагнозе онкологического заболевания, необходимость длительного специального лечения, возможная инвалидизация, калечащая операция, изменение социального статуса – всё это вызывает у пациенток тяжелый эмоциональный стресс. Формирование различных нервно-психических расстройств усложняет проведение специального лечения и негативно влияет на течение опухолевого процесса. Больные, получившие своевременное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение, характеризуются более быстрой адаптацией к своему заболеванию и принятием новых условий жизни.

Психологическая и/или психотерапевтическая помощь (индивидуальная и групповая) оказывается в онкологическом диспансере г. Кемерово с 2002 г. в условиях отделения восстановительного лечения. Больных направляют в отделение для участия в различных психотерапевтических программах врачи профильных отделений диспансера и поликлиники. Критериями для отбора являются психогенно обусловленные аффективные и невротические нарушения. С июня 2016 г. начала работать открытая психотерапевтическая группа.

**Цель исследования.** Проанализировать опыт применения групповой психотерапии у пациенток с раком молочной железы на этапе хирургического лечения в условиях отделения восстановительного лечения (ОВЛ) онкологического диспансера г. Кемерово за период с 2016 г. по 2018 г.

**Материал и методы исследования.** Исследовательскую выборку составили 837 больных раком молочной железы на этапе хирургического лечения (116 пациенток – в 2016 г., 229 – в 2017 г. и 492 – в 2018 г.) в возрасте от 23 до 75 лет.

Групповую психотерапию в формате открытой группы проводили с частотой 1 раз в неделю длительностью 90 минут в условиях отделения восстановительного лечения (лекционный зал, кабинет групповой психотерапии). Информацию о проведении группы помещали на доске объявлений и дублировали во время обходов в отделении. Тему каждой сессии определяли с учетом запросов участников группы. Количество участников в группе колебалось от 6 до 25 человек.

**Результаты и обсуждение.** Основными запросами пациенток во время психотерапевтических сессий являлись: оказание психологической «поддержки» и доступная информация о течении и прогнозе заболевания, новые данные о современных возможностях противоопухолевой терапии, инвалидизации, особенностях химиотерапии, лучевой терапии, реабилитации, питания, здоровом образе жизни после выписки из диспансера.

Психотерапевтические сессии носили в большей степени информационно-образовательный характер, были ориентированы на усиление внутреннего адаптационного потенциала и являлись для пациенток своеобразной «Школой онкологического больного». В процессе работы у пациенток уменьшался страх перед послеоперационной инвалидизацией, наркозом, необходимостью длительного прохождения специальных лечебных процедур, побочными действиями химиотерапии, лучевой болезнью и болевым синдромом. Главное, что часто удавалось изменить распространенное представление о смертельном исходе заболевания с формированием позитивной установки «на продолжение жизни». Внимание пациентов «переключалось» на преодоление осложнений специального лечения (рубцовых контрактур, лимфатического отека, лимфокист, болевого синдрома в конечности, интоксикации и др.), активное включение в лечебный процесс, возвращение к обычному ритму жизни. Это способствовало улучшению качества жизни пациенток не только на этапе специального лечения, но и после выписки из стационара, что подтверждалось выравниванием клинических и экспериментально-психологических данных, а также результатами клинико-катамнестического исследования. Так, 162 пациентки, наблюдавшиеся в катамнезе сроком от 1 до 3 лет, смогли сохранить свой семейный и профессиональный статус.

Таким образом, опыт проведения открытой психотерапевтической группы с больными раком молочной железы на этапе хирургического лечения показал её высокую эффективность и целесообразность с целью профилактики аффективных и невротических расстройств психогенного происхождения.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНЕТИЧЕСКОЙ РИТМИКИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ БАЗИСА РЕЧИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Коновалова А.В., Колтунова А.А.**

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница  
Новокузнецкий филиал Кемеровского государственного  
университета, Новокузнецк, Россия**

---

**Актуальность.** В последнее время неизменно растет количество детей с нарушениями речевого развития. В большинстве случаев речевое недоразвитие не является первичным дефектом, оно вторично по отношению к нарушениям интеллектуального развития, проблемам в моторной и эмоциональной сферах. Однако именно речевой дефект наиболее заметен [1]. К сожалению, на отставание или нарушение речевого развития ребенка родители и специалисты обращают внимание к 3 годам и даже позднее. В таком случае работа по исправлению уже сформировавшихся и предупреждению развития дальнейших дефектов речи приходится на возраст 3–5 лет и старше, что затрудняет коррекционную работу, снижает её эффективность. В дошкольном возрасте можно говорить о стойком патологическом стереотипе речевых нарушений и упущенном сенситивном периоде речевого развития, который приходится на ранний возраст [2]. В настоящее время в практику все больше входит концепция ранней коррекционной помощи, которая включает не только и не столько коррекцию, сколько предупреждение нарушений развития. Существует методика фонетической ритмики, в рамках которой физические упражнения используют для формирования речи у детей с первичным дефектом слуха. Эта методика адресована детям дошкольного и младшего школьного возрастов.

**Цель работы:** изучение возможности использования фонетической ритмики для стимуляции базиса речи у детей раннего возраста с органическим поражением головного мозга.

**Материал и методы.** Наблюдали 6 детей в возрасте от 1 недели до 3 лет с последствиями гипоксически-ишемической энцефалопатии, минимальной мозговой дисфункцией. Дети были разделены на 2 группы. С детьми первой группы (3 человека) занимались обычной гимнастикой для соответствующего возраста. С детьми второй группы (3 человека) в занятия вводили гимнастику для мозга Brain gym [3] и упражнения «Фонетической ритмики», разработанной для формирования устной речи у детей с нарушениями слуха в соответствии с онтогенетическим развитием звукопроизношения [4].

Упражнения Brain gym модифицировали для пассивного выполнения в положении лежа с детьми до 6 месяцев; для активно-пассивного выполнения в положении сидя с детьми в возрасте от полугода до года, в стандартной технике выполнения с детьми старше года [5]. Занятия с детьми начинали с момента обращения, в первые три месяца жизни. Продолжительность и интенсивность нагрузок согласовывали с педиатром и неврологом. Упражнения Brain gym проводили 3 раза в неделю во время утренних процедур, добавляя потешки или стихотворения, вызывающие у ребенка эмоциональный отклик. Упражнения фонетической ритмики проводили ежедневно, с обязательным проговариванием звуков матерью ребенка, на формирование которых направлены движения.

**Результаты.** Через 3 месяца от начала занятий дети второй группы при движениях «Фонетической ритмики» активно проговаривали соответствующие звуки, что свидетельствовало о формировании соответствующих функциональных систем и опосредованно работало на формирование в дальнейшем артикуляционной позы и правильного речевого дыхания. Сравнение маркерных показателей речевого развития показало, что у детей первой группы гуление, лепет, первые слова формировались с временной задержкой на 1 и более эпикризных периода. Что касается детей второй группы, у них эти показатели по времени появления практически соответствовали возрастным нормативам, а при развитии речи нарушений звукопроизношения было значительно меньше, чем у представителей первой группы.

**Обсуждение.** Онтогенетическое развитие речи начинается с момента рождения ребенка и проходит два основных этапа: доречевой и речевой. Доречевой этап особенно важен, так как в этот период формируется понимание обращенной речи, основные артикуляционные позиции. Отдельно отметим, что на этом этапе закладываются основы потребности в общении, что стимулирует развитие экспрессивной речи.

Комплексность представляет собой один из основных принципов, определяющих психокоррекционную работу на ранних этапах развития ребенка. Данное положение предполагает совместную стимуляцию развития всех функций. Не менее существенным является принцип развития координированной системы межанализаторных связей, что достигается одновременным включением нескольких анализаторных систем. Высокая пластичность мозговых структур при минимальной латерализации на ранних этапах развития позволяет добиться при правильно организованной работе полной или частичной нормализации функций.

Работа по развитию речи на ранних этапах онтогенетического цикла традиционно строится на непосредственно речевом общении с ребенком, формировании у него понимания сначала эмоциональной, а впоследствии и смысловой стороны речи. Предложенный подход активно включает не только зрительный и слуховой анализаторы, но при непосредственном физическом контакте подключается тактильный, а при выполнении действий под потешки или стихи – кинестетический анализатор.

Замена некоторых традиционных упражнений в гимнастике для детей раннего возраста новыми упражнениями, направленными на последовательную активацию отделов мозга, – от филогенетически более старых, созревающих раньше и устойчивых к повреждениям к филогенетически более молодым, позднее созревающим и более уязвимым, что стимулирует развитие головного мозга. Применение фонетической ритмики, сочетающей упражнениями с целенаправленным проговариванием звуков, на формирование которых и ориентированы эти упражнения, способствует процессу ускорения речевого развития и позволяет избежать выраженных нарушений речи у детей раннего возраста с органической патологией головного мозга.

**Заключение.** Результаты исследования подтверждают значимость раннего начала коррекционного воздействия с использованием специальных физических упражнений и требуют дальнейшего изучения этого вопроса, в том числе и при работе с людьми, страдающими нарушениями речи, вызванными поражениями головного мозга в зрелом возрасте.

### **Литература**

1. Огородова И.И., Дубровская Т.А., Загороднева В.И. Коррекция речевых нарушений у детей в амбулаторных условиях. *Consilium Medicum*. 2014; 16(9): 17–20.
2. Долотина К.В. Особенности вербального коммуникативного поведения и навыков общения у младших школьников с патологией речи. *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2018; 11 (ноябрь). <http://e-koncept.ru/2018/182035.htm>
3. Быкова Н.В. Гимнастика для мозга на уроках физической культуры как прием активизации мыслительной деятельности. *Методист*. 2017; 4: 56–57.
4. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика: Пособие для учителя. М.: ВЛАДОС, 1996: 240.
5. Способ стимуляции центральной нервной системы ребенка с задержкой психического развития / Коновалова Н.Г., Колтунова А.А., Черемных С.А. Патент на изобретение № 2405523 от 10.12.2010 по заявке № 036721 от 09.07.2009. Оpubл. Бюл. № 34.

## **ПРЕДПОЧИТАЕМЫЙ КРУГ ОБЩЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

**Коньков В.И., Шмилович А.А.**

**Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения города Москвы,  
Российский национальный исследовательский медицинский  
университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия**

---

Исследование проведено на 122 госпитализированных больных (75 мужчин и 47 женщин) 18–55 лет, с синдромом зависимости от опиоидов от полугода до 44 лет, в психическом статусе которых ведущее или существенное место занимали аффективные расстройства. На каждого респондента заполнялась специальная карта обследования, включавшая пол, наследственность, результаты обследования, полученные с помощью клинических, клинико-психопатологических методов.

Наркотизация наложила отпечаток не только на взаимоотношения с родными, но и изменила предпочитаемый круг общения, который удалось выяснить со слов самих больных. Главенствующее место заняли другие наркоманы, с которыми общение оказалось предпочтительным для большинства респондентов (83 – 68%). Причем общение было весьма формальным и заключалось в совместном добывании наркотика и последующем его употреблении. Другая группа была в 4,3 раза меньше по численности (19 – 15,57%) респондентов, в ней круг общения практически не изменился на фоне развития опиоидной наркомании. Очевидно, общение либо и ранее происходило в среде наркоманов (друзья, родители), либо стаж наркотизации пока был незначителен, поэтому родственники и друзья не предавали особого значения их пагубному пристрастию и продолжали поддерживать общение. В третью группу вошли респонденты (20 – 16,39%), стаж наркотизации которых превышал 10 лет. На фоне длительной и систематической наркотизации у них развивалась симптоматика апатоабулического спектра с элементами своеобразной «опиоидной аутизации», с нарушением общения с окружающими, они предпочитали уединение, отстраняясь от всех, большую часть суток проводили в постели, не имея сил, возможности и желания чем-то заняться. Их смысл жизнь заключался только в приеме очередной дозы наркотика, чтобы «ожить».

**Выводы.** Из полученных данных видно, что предпочитаемый круг общения среди больных опиоидной наркоманией либо ограничен другими опиоидными наркоманами, либо остался неизменным, либо уход от общения с кем бы то ни было с отстранением от всех.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ, НАБЛЮДАЮЩИЕСЯ У СПОРТСМЕНОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕДТРЕНИРОВОЧНЫХ КОМПЛЕКСОВ**

**Краля О.В.**

**Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия**

---

Исследованиями последних лет в области спортивной психофизиологии показано, что психоэмоциональное состояние спортсмена существенно влияет на работу всех физиологических систем организма [5]. Предтренировочные комплексы (ПК) – это особый вид спортивного питания, их основная цель заключается в улучшении продуктивности тренировки, путем повышения ментальной концентрации, роста интенсивности силовых характеристик или выносливости, как по отдельности, так и в сочетании [1]. ПК в связи с высокой эффективностью быстро завоевали популярность среди профессиональных спортсменов и любителей здорового образа жизни и фитнеса [7]. В современном варианте ПК часто содержат 10–15 и более компонентов, к числу наиболее популярных ингредиентов относятся: 1) кофеин или содержащий его экстракт растения гуараны, 2) синефрин, экстракт эфедры и 1,3-диметиламин (ДМАА), 3) физиологически активные компоненты, такие как креатин, индивидуальные высокоочищенные аминокислоты и отдельные витамины [1, 2, 8].

Помимо временных позитивных эффектов, при употреблении ПК чрезвычайно распространены побочные эффекты: нарушения сна, агрессивность, повышение АД и др. [3, 4]. Достаточно часто встречаются упоминания о внезапной смерти профессиональных атлетов, употреблявших ПК, нередко такие случаи выявлены при употреблении препаратов, включающих экстракт герани (ДМАА), согласно данным доклада от 30.02.2009 г. на официальном сайте FDA [9].

В настоящее время продажа ПК крайне мало контролируется, как и качество продаваемых смесей, в связи с чем становится крайне актуальным исследование непрофессиональных спортсменов, включающих в свой рацион ПК [6,7]. В настоящее время практически не существует ПК без содержания кофеина. В то же время 1 порция такого препарата может содержать до 400 мг кофеина, не говоря о других стимулирующих компонентах [2]. Кофеин, являясь стимулятором ЦНС, усиливает и регулирует процессы возбуждения в коре головного мозга, что в свою очередь повышает умственную работоспособность, облегчает восприятие, возникновение ассоциаций, ускоряет время реакции.

К эффектам кофеина, как и других психостимуляторов, относят увеличение двигательной активности, уменьшение утомления и подавление сна. К числу негативных эффектов кофеина относится стимуляция выхода ионов кальция из саркоплазматического ретикулума, сопровождающаяся повышением возбудимости нервных клеток. У здоровых людей под влиянием кофеина в малых дозах замедляется частота сокращений сердца вследствие возбуждения центра блуждающего нерва, в больших дозах в результате преобладания периферического действия возникают тахикардия и повышение артериального давления [5].

**Материал исследования.** Нами обследовано по 30 спортсменов-любителей из разных видов спорта: силовые (бодибилдинг, пауэрлифтинг), боевые искусства (смешанные единоборства и тайский бокс), применяющие в своей подготовке ПК разных производителей. Основным критерием отбора ПК, включенных спортсменами в свой рацион, было наличие в их составе психостимуляторов (кофеин, синефрин, эфедрин, экстракт герани). Обследование проводилось с учетом разработанного нами опросника, включавшего вопросы о частоте употребления ПК в тренировочном процессе, превышении рекомендуемой дозы, наличии побочных эффектов в виде раздражительности, агрессивности, нарушений сна, аппетита, повышения артериального давления. Клинические проявления психических нарушений были выявлены также и при беседе с пациентами.

**Обсуждение результатов.** Практически все спортсмены (89%) отмечали, что уже вторая порция ПК не оказывает такого эффекта, как первая, в связи с чем подавляющее большинство атлетов превышало рекомендуемую дозу (73%). Нарушения сна отмечали более половины спортсменов (58%), связывая расстройства сна не только с приемом ПК, но и с высокоинтенсивными тренировками. Повышенная агрессивность выявлена у 27% спортсменов, а раздражительность отмечалась всеми опрошенными атлетами. Артериальное давление было устойчиво повышенным у 32% опрошенных. Во время тренировки сердечно-сосудистая система атлета, и так испытывающая колоссальное стрессовое влияние от интенсивности занятий, подвергается еще большему отрицательному влиянию, связанному с применением психостимулирующих веществ, входящих в состав ПК. Помимо данных явлений, большинство спортсменов отмечали, что постепенное снижение выраженности эффекта ПК они компенсировали употреблением других стимуляторов (энергетические напитки, кофе) и витаминно-минеральных комплексов в повышенных дозах. В беседе с врачом такие атлеты проявляли признаки расторможенности, ускоренного мышления в сочетании с явлениями астении, мало придерживались границ

в общении. Вполне вероятно, что употребление психостимулирующих ПК вызывает те же явления в психике, что и другие ПАВ стимулирующего характера. Большинство обследованных (78%) обеих групп имели выраженные импульсивные и/или гипертимные и эксплозивные черты характера, а также другие явные черты эмоционально неустойчивого расстройства личности.

Таким образом, в современных условиях российского рынка спортивного питания наблюдается практически полная бесконтрольность за продажей ПК, что может оказать негативное влияние на здоровье спортсменов и послужить причиной не только формирования артериальной гипертензии, но и повышения случаев внезапной смерти среди атлетов. В связи с этим необходимо более пристальное изучение не только влияния ПК на физическое и психическое здоровье спортсменов, но и всестороннее исследование преморбидного фона психики атлетов, имеющих склонность к употреблению психостимуляторов, что может послужить некоторой мерой профилактики деформации характерологических черт личности у спортсменов.

#### **Литература**

1. Красина И.Б., Бродовая Е.В. Современные исследования спортивного питания. Современные проблемы науки и образования. 2017; 5: 58.
2. Масленникова С.М. Тенденции развития спортивного питания. Наука и образование в современной конкурентной среде. Материалы Международной научно-практической конференции: в 3-х частях. Уфа, 2014: 41–43.
3. Мохначев С.О., Рохлина М.Л. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов, включая кофеин. Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М., 2008: 294–300.
4. Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В. Клинические и личностные особенности у больных, употребляющих психостимуляторы и другие психоактивные вещества. Вопросы наркологии. 2017; 8: 140–142.
5. Стаценко Е.А., Чарыкова И.А., Руммо Д.В., Окульский В.В. Применение психостимулирующих средств из группы метилксантинов с целью коррекции состояния спортсменов. Медицинский журнал. 2009; 4(30): 101–103.
6. Хамроев Ф.А. Спортивное питание в повседневной жизни. Опыт реализации Федерального государственного образовательного стандарта в образовательных учреждениях: Материалы II Всероссийской научно-практической конференции / отв. ред. Г.Р. Туйсина. Сибай: Башкирский государственный университет, 2014: 145–148.
7. Чеченина С.В., Курдюков В.И. Применение пищевых добавок в индустрии спортивного питания. Вестник Хабаровского государственного университета экономики и права. 2017; 3: 101–105.

8. Штерман С.В., Сидоренко М.Ю., Штерман В.С., Сидоренко Ю.И. Предтренировочные комплексы в спортивном питании. Пищевая промышленность. 2017; 10: 54–57.
9. Доклад на официальном сайте FDA «Owner of Hi-Tech Pharmaceuticals and Co-Conspirators Sentenced in Prescription Drug Importation Ring» URL: <https://www.fda.gov/iceci/criminalinvestigations/ucm261019.htm> (дата обращения 25.11.2017)

**ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
БРИГАДНЫМ МЕТОДОМ ПОСТРАДАВШИМ И ПОТЕРПЕВШИМ  
ПРИ ПОЖАРЕ В ТОРГОВОМ ЦЕНТРЕ «ЗИМНЯЯ ВИШНЯ»  
Кулебакина С.Ф., Нохрина Т.Н., Митрофанова В.Ф.  
Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница,  
Ленинск-Кузнецкий, Россия**

---

Бригада медицинских психологов Ленинск-Кузнецкой психиатрической больницы оказывала помощь пострадавшим и потерпевшим при пожаре в торговом центре «Зимняя Вишня» в Кемерово, который произошел 25–26 марта 2018 г.

Эта трагедия затронула всю Кемеровскую область, вся страна скорбела по погибшим. Не только пострадавшие и потерпевшие пережили острую реакцию на стресс, но и люди, непосредственно принимавшие участие при оказании помощи: МЧС, группа спасателей, медиков, психологов, психиатров, госслужащих, жители ближайших домов, друзья, родственники, знакомые пострадавших и погибших. Значение экстренной психологической помощи имеет большое значение в сохранении психоэмоционального здоровья и преодоления стресса в трагический момент у родственников и пострадавших. В связи с этим перед психологами стояла задача оказания грамотной помощи пострадавшим непосредственно в эпицентре экстремальной ситуации и местах размещения пострадавших. В состав бригад входили психологи, психиатры, медицинские и социальные работники, которые обеспечивали экстренную психологическую и медицинскую помощь.

В задачу психологов входила экстренная психологическая помощь для снижения острой реакции на стресс. Использовались методы наблюдения, беседы, когнитивно-поведенческой терапии. Целью психокоррекции являлось снижение чрезмерной интенсивности переживаний, психокоррекция посттравматических психических состояний. Общая цель терапии была направлена на облегчение состояния, обретение уверенности в себе, восстановление картины настоящего (обращение к реальности и появление чувств, адекватных реальности), осо-

знание травмирующего опыта и включение его в настоящую жизнь как части своей жизни, осознание своих эмоций, связанных с полученным травматическим опытом, осознание и определение связи соматических проявлений с вытесненными переживаниями, отреагирование эмоций, облегчение состояния человека через проговаривание.

Произошедшее событие, представлявшее смертельную угрозу для жизни людей, проявлялось негативными эмоциями и высказываниями граждан о власти в России. Люди испытывали значительные переживания, связанные с травмой, гибелью членов семьи, родных, близких. Последствия затронули материальную и социально-психологическую перспективу жизни пострадавших и потерпевших. Это связано не только с гибелью людей, но и нанесенным материальным уроном. При общении с людьми зачастую отмечалось нарушение восприятия действительности, искажались и завышались данные о числе пострадавших и погибших, реальные цифры нередко отвергались и не принимались во внимание, провоцируя эмоциональное возбуждение и волнение не только у пострадавших и потерпевших, но и у граждан страны в целом. В СМИ нагнеталось негативное мнение о властных структурах, возбуждающе действующее на всех россиян. Пострадавшие и потерпевшие связывали свое горе с конкретными виновниками и причинами. Для того чтобы изменить искаженное восприятие, использовался метод разъяснительной беседы, который проходил в несколько этапов: от представителей власти до психологов, психиатров, социальных работников и медиков.

В ряде случаев полученные травмы представляли реальную угрозу для жизни человека, многие родственники высказывали мысли о нежелании жить. Отмечались дезадаптивные реакции в ответ на информационное сообщение. В этот момент пострадавшим и потерпевшим требовалась эмоциональная поддержка, чтобы снизить боль, обиду, огорчение по потере близких и их родственников, чтобы не утяжелять психотравмирующую ситуацию.

При оказании психологической помощи использовали клинико-психологический подход, с методом наблюдения за участниками трагедии (вегетативные проявления, эмоциональное реагирование в виде возбуждения или плаксивости), а затем с методом беседы. Перед началом беседы важно знать, в какую сторону направлен взгляд человека влево или вправо – именно с такой стороны к нему и надо подходить, тогда человек лучше идет на контакт. Путем беседы выяснялось эмоционально-психологическое состояние пострадавшего (защитные механизмы, соматические симптомы).

На этом уровне адаптация к стрессу осуществлялась посредством автоматических изменений в деятельности различных систем организма. Если пострадавший жаловался на нарушение сна, повышение температуры тела, тяжесть при вдохе и другие соматические симптомы, то помощь пострадавшему оказывалась совместно с врачом-психиатром. В работе использовали метод релаксации (дыхательной гимнастики).

Анализируя полученные результаты защитного реагирования на стресс, мы выделили уровни защитной системы пострадавших: *соматовегетативный* (физиологический) – изменения в деятельности различных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, вегетативной и др.), *поведенческий* – адаптация путем выбранной психологической защиты (отрицания, вытеснения).

Одна пострадавшая отрицала случившееся горе в семье, не допускала мысли о гибели ребенка, считая, что ребенок уехал и скоро вернется домой, вытесняла из сознания мысли, чувства и саму действительность. С данной пострадавшей проводился метод телесной терапии путем легкого поглаживания по руке и плечу, расспроса о жизни, взаимоотношениях в семье с рекомендацией прислушиваться к фактам, которые предоставляли власти. Цель работы с данной женщиной – снижение значимости психотравматичного события и восстановление социальной адаптации путем возможности рождения второго ребенка, чтобы компенсировать потерю и реализовать планы на будущее.

У другой пострадавшей отмечалась психологическая защита вытеснения информации, представлявшейся ей в искаженном виде. В связи с выраженным страхом, тревогой, вздрагиванием при виде врачей, паникой, повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью, нарушениями сна, восприятия, сознания госпитализирована в КОКБ.

У пожилой женщины, сидевшей в одиночестве в стороне, на лице мимические проявления скорби, опущенная вниз голова, направление взгляда в одну точку, отсутствии реакции на проходящих мимо и сидящих рядом людей, нежелание идти на контакт. От предложенной выпить воды отказалась, молча встала и ушла, но всё же вернулась, тогда психолог подседа рядом и старалась слегка коснуться её плеча плечом для создания телесного контакта и чувства доверия. Постепенно пострадавшая проявила желание к беседе. Здесь было важно не проявлять навязчивость, чтобы избежать негативной ответной реакции. Работа была направлена на адаптацию к стрессу, изменение поведения, общей моторной активности. Когда пострадавшая выговорилась, у нее появились слезы на глазах, она сама взяла психолога за руку, проговорила с ней больше часа, поблагодарив за беседу. Работа психологов проводилась и с другими пострадавшими взрослыми и детьми.

После того как в СМИ поступили сведения о погибших, на второй день работы стали обращаться потерпевшие, которые спаслись и испытывали выраженное чувство вины. При работе с ними применялись еще и рисуночные методики.

Главными целями работы психологов являлись: 1) изменить копинг-стратегии посредством когнитивной (интеллектуальной) и эмоциональной переработки тревожной информации для осуществления конкретных поведенческих актов как важных процессов адаптации личности; 2) облегчить состояние человека через проговаривание; 3) выработать уверенность в своих силах; 4) поддержать положительный образ «Я»; 5) снизить психоэмоциональное состояние и мышечное напряжение; 6) восстановить картину настоящего (обращение к реальности и появление чувств, адекватных реальности); 7) способствовать осознанию травмирующего опыта и включению его в настоящую жизнь как части жизненного сценария; 8) поддержать эмоциональное равновесие, сохранение взаимосвязей с другими людьми; 9) помощь путем социальной поддержки; 10) снять ответственность (самообвинение); 11) установить собственную ценность своей жизни; 12) сохранить самообладание и смирение, планировать будущее.

Таким образом, оперативно и профессионально грамотное оказание помощи значительно снизило негативное последствие, и уже на 5-е сутки отмечалась эффективность работы бригады.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СЕРМИОН НА ФОНЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЕМ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ**

**Куренков В.С., Челышев П.Е., Кизицкий И.З., Калинина Е.В.  
Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга, Россия**

---

**Цель клинического исследования:** изучение возможности длительного применения препарата сермион врачами психиатрами и наркологами амбулаторного звена для лечения пожилых пациентов с нарушениями когнитивных функций, пациентов с деменцией токсического генеза, оценка влияния на выраженность симптомов, а также изменения объективной и субъективной оценки статуса пациента.

До настоящего времени под понятием «когнитивные нарушения» понимается снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций [1] по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой) [2].

В условиях «прогрессирующего старения населения» – феномен «русского креста» [3] – всё большую значимость приобретают патологические состояния, ассоциирующиеся со старением и включающие в себя заболевания разного генеза, в основном такие как мультиинфарктная, сенильная и вторичная деменции. Распространенность деменции возрастает с возрастом: до 20% – у лиц после 80 лет и старше. Примерно у 5% населения старше 65 лет выявляют тяжелую деменцию, у 9–16% – легкую и умеренную [4].

**Материал и методы.** В исследование вошло 30 пациентов (20 женщин и 10 мужчин) с психической, наркологической и сопутствующей соматической патологией, не требующей лечения в стационарных условиях. Средний возраст женщин – 65 лет, мужчин – 60 лет. Оценка состояния пациентов проводилась без учета уровня проявлений основного заболевания на основании следующих параметров и симптомов: нарушение концентрации внимания, нарушение кратковременной памяти, нарушение способности к выполнению повседневной деятельности, нарушение ориентации, нарушение способности к самообслуживанию, головная боль, головокружение, шум в ушах, слабость, диссомнические расстройства. Оценка тяжести исходных параметров определялась по 5-балльной рейтинговой шкале: 1 – отсутствуют; 2 – незначительно выражены; 3 – умеренно выражены; 4 – тяжелые; 5 – крайне тяжелые. Врачами амбулаторного звена первоначально проводилось обследование непосредственно перед назначением психофармакотерапии, во время которого, при наличии соответствующих показаний, определялась возможность назначения препарата сермион. В дальнейшем осмотр пациентов осуществлялся каждые 2 недели (всего 14 посещений). Исследование проводилось в период с февраля 2019 г. по августе 2019 г.

**Обсуждение результатов.** Изучена распространенность выявленных симптомов перед началом комплексного амбулаторного лечения: нарушение концентрации внимания (26 чел. – 86,6%), нарушение кратковременной памяти (26 – 86,6%), нарушение способности к выполнению повседневной деятельности (19 – 63,3%), нарушение ориентации (17 – 56,6%), нарушение способности к самообслуживанию (22 – 73,3%), головная боль (4 – 13,3%), головокружение (24 – 80,0%), шум в ушах (18 – 60,0%), слабость (4 – 13,3%), диссомнические расстройства (19 – 63,3%). Определена доля пациентов, у которых произошло значительное улучшение в клиническом состоянии или полное отсутствие выраженности симптомов на фоне проводимого амбулаторного лечения: нарушение концентрации внимания (2 чел. – 6,7%), нарушение краткосрочной памяти (2 – 6,7%), нарушение способности к выполнению повседневной деятельности (15 – 50%), нарушение ориентации (20

– 66,6%), нарушение способности к самообслуживанию (23 – 85,2%), головная боль (2 – 40%), головокружение (22 – 76,6%), шум в ушах (17 – 56,6%), слабость (0%), диссомнические расстройства (10 – 33,3%).

**Выводы.** На фоне психофармакотерапии совместно с препаратом сермион отрицательной динамики в психическом состоянии пациентов не наблюдалось, однако улучшение когнитивных функций за счет действия исследуемого препарата обосновать не представляется возможным. На фоне проводимой психофармакотерапии совместно с препаратом сермион некоторые симптомы были более подвержены регрессу в ответ на терапию по сравнению с другими. В снижении выраженности симптомов играют роль многие факторы, включающие, помимо применения критериев отбора, эффект плацебо, влияние внушения со стороны врача, фармакодинамические эффекты исследуемого препарата, фармакодинамические эффекты психотропных препаратов.

Результаты текущего исследования фактически аналогичны результатам исследования, проводимого в 2016 г., с периодом наблюдения в 3 месяца, что может свидетельствовать о «незначительности» периода наблюдения как значимого фактора. В настоящем исследовании была предпринята попытка оценить фармакологические свойства препарата сермион и его влияние на выраженность когнитивных нарушений у пациентов диспансерного отделения г. Юрга, получающих психофармакотерапию. Хотя ноотропные препараты используются для лечения в психиатрической практике в течение длительного времени и включены в стандарты оказания медицинской помощи, суждения об их клинической эффективности определяются чаще всего субъективными критериями специалиста. Отсутствие в настоящее время в литературе результатов контролируемых, т.е. рандомизированных двойных слепых исследований, проведенных в соответствии с требованиями доказательной медицины, не позволяет у пациентов, получающих психотропную терапию, исключать наличие эффекта плацебо и возможности спонтанного улучшения когнитивных функций.

#### **Литература**

1. Захаров В.В. Ведение пациентов с когнитивными нарушениями. РМЖ. 2007; 6: 510
2. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте: Методическое пособие для врачей. М., 2005: 71.
3. Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Русский крест: Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. М.: УРСС, 2006: 56.
4. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013: 624.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДЕТЯМ, ПОСТРАДАВШИМ НА ПОЖАРЕ В «ЗИМНЕЙ ВИШНЕ»**

**Лаврентьева Т.В.**

**Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница,  
Ленинск-Кузнецкий, Россия**

---

В настоящее время психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях (ЧС) становится все более востребованной. С одной стороны, кризисное переживание может возникать не только в экстремальной ситуации. Любое значимое изменение жизненной ситуации или внутренней позиции может переживаться как кризис.

Психика ребенка устроена иначе, чем у взрослого. Ребенок имеет сильную связь с матерью и своей семьей. При ЧС ребенок ориентируется на близкого или авторитетного для него взрослого, «считывает» его состояние и тем самым влияет на состояние собственное. Если родители долгое время находятся в депрессии после происшествия, они тем самым задерживают психическое развитие ребенка. Возникает «симбиотическая связь» между родителями и детьми. Родители не отпускают ребенка далеко от себя, так как боятся за него, в свою очередь ребенок держится ближе к родителям. Так круг общения ребенка резко сужается, что тормозит его психическое развитие. Происходит регресс к старым формам поведения, и психологический возраст ребенка становится намного меньше, чем хронологический. Чтобы ребенок мог без тяжелых последствий пережить ЧС, необходимо оказывать психологическую помощь всем членам семьи. Чем быстрее начато оказание психологической помощи, тем меньше вероятности того, что психотравма станет хронической.

По данным МЧС России, в результате пожара 25 марта 2018 г. в торговом центре «Зимняя Вишня» погибло 64 человека. 41 из погибших – дети. 38 пропавших без вести. Еще 79 человек, включая 27 детей, пострадали. Бригада психологов ГКУЗ КО «Ленинск-Кузнецкой психиатрической больницы» работала в штабе по ЧС г. Кемерово с 28 по 31 марта 2018 г. Во время работы в штабе использовались арттерапевтические методы для экстренной психологической помощи детям.

Исследование выполнено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации и «Правилами клинической практики в Российской Федерации» с получением письменного согласия родителей ребенка на участие в исследовании и одобрено этическим комитетом ГКУЗ КО ЛКПБ.

В качестве иллюстрации приведен клинический пример.

Пациент, 7 лет, находился в кинотеатре торгового центра «Зимняя Вишня» 25.03.2018. Во время пожара получил психологическую травму, когда с родителями покидал горящее здание и видел, как выпал ребенок с третьего этажа, спасаясь от огня. После трагедии перестал разговаривать, боялся выходить из квартиры и оставаться один, стал замкнутым, редко общался с родными, с трудом засыпал. 29.03.2018 г. родители ребенка обратились за психологической помощью в штаб ЧС. При первичном осмотре ребенок замкнут, в контакт вступает с трудом, на задаваемые вопросы не отвечает, только кивает головой.

Для успешной психологической помощи необходимо было наладить доверительный контакт с ребенком. С целью проработки чувств и эмоционального состояния пострадавшего ребенка нами использованы элементы игры и рисунка. Экстренную коррекционную помощь по восстановлению нормального общения матери и ребенка начали проводить с метода семейной арттерапии. Для психокоррекционной работы использовали «Совместный рисунок».

Матери и ребенку дана инструкция: «Представьте, что через 10–15 минут откроется ваша выставка, где не хватает 1 картины. Вы будете рисовать картину и договариваться между собой, но не совсем обычным способом. Возьмите по карандашу, который вам нравится. Главное, чтобы разного цвета. Теперь запомните условия. Вы будете рисовать картину на одном общем листе каждый своим карандашом. Пока вы рисуете, нельзя произносить ни слова, пока я не скажу «стоп». Как вы будете договариваться, я не знаю. Время пошло».

Дима пытался нарисовать свой рисунок, а мать свой. Назвать картину они не смогли. Первой начала рисунок мать, нарисовала дом и деревья. Дима изобразил человечка в прямоугольнике. Мать продолжала рисовать солнышко, облака, цветы, озеро с плавающими лебедями. Дима то же нарисовал солнышко и травку. При обсуждении своего сюжета картины Дима сказал, что это поэт, сочиняющий сказки для мультфильмов. Общее пространство на рисунке было занято матерью, т.е. в первом случае им не удалось договориться. После того как рисунок был выполнен, были заданы вопросы: Как вы назовете свой рисунок? Расскажите, как вы договорились? Кто начал рисовать первым? Поровну ли вы распределили место в общем пространстве? Чей цвет здесь главнее? Можно ли сказать, что вы договорились? Затем Диме с матерью показали совместный рисунок ребенка 4 лет и его отца, где «художники» смогли невербально договориться между собой и нарисовали совместный рисунок. На вопрос «Что здесь нарисовано?» Дима ответил, что изобразено яблоко.

Пациенты попытались еще раз нарисовать совместную картину и затем провели обсуждение. На втором рисунке Дима первым стал рисовать кошечку. Мать изобразила взрослую кошку. Дима решил сделать её пушистой, мать дорисовала миску с едой. В продолжение Дима нарисовал плавающую в озере рыбку, которой мать дорисовала чешую и плавники. Свою картину они назвали «Семья кошек». Димино пространство было значительно больше, т.е. они смогли договориться невербально. С одной стороны, мы видим, что мать после чрезвычайной ситуации становится ближе к ребенку, с другой – отдаляется от него, не зная, как строить дальнейшее общение. Осуществляя совместную деятельность друг с другом, они добились психокоррекционного эффекта.

Ребенок начал открываться, так как для него арттерапия – это творчество в игровой форме, мать во время занятий приобрела необходимую информацию о ребенке. После совместного рисунка, который позволил выразить ранее подавленные чувства и эмоции, Дима начал понемногу разговаривать. Затем было проведено упражнение «Парикмахер» уже только с ребенком. Цель данного упражнения: снизить степень страха через придание объектам страха не собственных им, непривычных характеристик, вызвать сопереживание к объекту страха.

*Упражнение «Парикмахер».* Просим ребенка закрыть глаза и представить какое-то страшное существо, которое он боится, и нарисовать его. Дима черным фломастером начал рисовать висящих вниз головой летучих мышей. Объяснив, что мыши эти, мальчик и девочка, очень страшные. Затем сообщаем ребенку следующую инструкцию: «Представь, что ты известный парикмахер, стилист и к тебе пришли эти две страшные мышки. И просят тебя сделать их красивыми (красивую прическу, макияж, наряд), так как они хотят вступить в законный брак, и их уже ждут в загсе гости. После инструкции Дима перевернул лист и начал рисовать цветы, сердечки, улыбающихся мышек, мышке-невесте нарисовал сережки и пышное платье. В конце первой встречи у ребенка появилась улыбка на лице, стал вступать в разговор с взрослыми. Для закрепления эффекта мы провели небольшую экскурсию по школе, во время которой ребенок рассказывал о своих одноклассниках, учительнице, за какой партией он сидит, какие предметы ему больше нравятся.

На второй день ребенок пришел на занятие жизнерадостным. С удовольствием рассказал, что после занятий он с матерью пошел в магазин, где купили ему робота, о котором он давно мечтал. Весь вечер играл с игрушкой, спокойно лег спать.

Снова просим Диму закрыть глаза и представить какое-то другое страшное существо, а потом нарисовать его на листе бумаги. Мальчик рисует коричневым фломастером дракона со страшными щупальцами, который держит пистолет, а над ним сверкают молнии. Инструкцию Дима слушать не стал, говорит: «Я хочу быть директором школы. Это страшное существо пришло ко мне на занятие в школу». Взяв цветные фломастеры, начал рисовать, объясняя нарисованное: «это у него такая школьная форма, в одной руке у него букет, в другой руке держит ручку. Змей улыбается и думает только о пятерках». Все молнии превратил в пятерки. Во время рисования происходит десенсибилизация (работая с рисунком, ощущения и эмоции перерабатываем в позитивное русло). Диме стало интересно заниматься творческими видами деятельности, он с удовольствием погружался в процесс свободной игры, где он принимал на себя разные роли, тем самым повышается степень индивидуализации коррекционной работы. Ребенок стал свободно и образно рассказывать о сюжете рисунка, увлеченно описывал характер изображенных персонажей.

По итогам этой арттерапевтической сессии семья была обучена проведению психологического бесконтактного массажа. В дальнейшем им было предложено принять участие в цикле психотерапевтических занятий в медико-психологическом центре.

По мнению ряда авторов, экстренной психологической помощи недостаточно для поддержания отличного психологического состояния ребенка, поэтому в течение некоторого времени после травмы следует проводить психотерапевтические или психокоррекционные мероприятия, это занимает не недели и месяцы, а годы (1).

**Выводы.** Арттерапевтические методы эффективны при оказании экстренной психологической помощи детям в кризисных и чрезвычайных ситуациях. Условия игрового задания создают у ребенка безопасность, облегчают выражение сильных эмоциональных реакций, позволяют перерабатывать травмирующий материал невербально, дают возможность объективировать свои чувства в создаваемую продукцию. С помощью игр прорабатываются чувства пострадавшего и его эмоциональное состояние, чтобы снять психологическое напряжение.

#### **Литература**

1. Венгер А.Л., Морозова Е.М., Морозов В.А. Психологическая помощь детям и подросткам в чрезвычайных ситуациях (На опыте работы с жертвами террористического акта в Беслане). Московский психотерапевтический журнал. 2006; 1: 131–159.
2. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : Эксмо, 2005: 960.
3. Хухлаева О.В. Практические материалы для работы с детьми 3–9 лет. Психологические игры, упражнения, сказки. М. : Генезис, 2006: 176.

### **ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА ПО РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С УТРАЧЕННЫМИ СОЦИАЛЬНЫМИ НАВЫКАМИ**

**Ларина И.А., Кулебакина С.Ф., Старостенко С.И.**

**Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница,**

**Ленинск-Кузнецкий, Россия**

---

В Ленинск-Кузнецкой психиатрической больнице психологами совместно с врачами-психиатрами проводится психокоррекционная работа, направленная на реабилитацию и социальную адаптацию пациентов в социуме, профилактику госпитализма, повышение самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию, научение способам решения психологических проблем, обучение навыкам коммуникации и поддержания взаимоотношений с окружающими, формирование индивидуального стиля эмоционального реагирования, конструирование адекватной самооценки, способностей планирования и профилактики рецидивов психического заболевания, улучшения качества жизни.

Психокоррекционная работа включает элементы поведенческого тренинга с использованием несложных социально-ориентированных заданий. Одним из элементов воздействия является эмоциональная поддержка и демонстрация успеха для исключения негативных эмоций в процессе коррекции. Методы используемой психокоррекции и реабилитации: клинико-диагностический, образовательный, когнитивно-поведенческий, социально-психологический с применением инновационных технологий «Стабилан» и «Диснет».

Цель психокоррекции – помочь пациенту полностью или частично восстановить утраченные социальные навыки на основе обучения навыкам саморегуляции, контроля эмоционального состояния, межличностного взаимодействия, коммуникации на поведенческом уровне (преодоление тревоги и страха, освоение и закрепление социальных навыков); повышение социальной реализации себя в социуме.

Клинико-диагностический метод исследования выявляет характерные нарушения у испытуемых и определяет вектор дальнейшей психокоррекционной работы. Учитывается степень интеллектуального недоразвития или приобретенного дефекта у инвалидов любого возраста. Прогнозируются результаты в зависимости от уровня интеллектуальной недостаточности, сохранности способности к обучению или восстановлению утраченных навыков, с одной стороны, и использованию форм и методов социальной реабилитации – с другой. Обучающие методы с использованием аутогенной техники, дыхательной гимнастики позволяют пациентам получить нужные навыки саморегуляции, контроля эмоционального состояния.

Упражнения на стабилметрической платформе оказывают комплексное позитивное воздействие на функции ЦНС и функционированию нервной вегетативной системы, поддерживая и обеспечивая разные формы психической и физической деятельности. Функция равновесия тела человека является одной из базисных и интегративных, её качество индивидуально для каждого человека и не зависит от возраста, пола, роста и веса. При заболевании или обострении болезни, употреблении алкоголя или наркотиков показатели качества функции равновесия значимо выходят за пределы индивидуальных показателей. Это и положено в основу стабилографических методов оценки общего функционального состояния для дальнейших методов реабилитации. Выполнение стабилографических проб положительно влияет на психофизиологическое состояние и психоэмоциональную сферу, улучшает когнитивные функции, повышает работоспособность, фон настроения, переключаемость внимания, самооценку и уверенность в своих силах, способствует максимальной мобилизации волевой деятельности.

Поэтому занятия на аппаратном комплексном тренажере «Стабилан 01-2» дают хорошие результаты в реабилитации нарушений двигательных функций и функций равновесия. Кроме того, проводились и комплексные реабилитационные мероприятия на аудиовизуальном комплексе (АВК) «Диснет», предназначенном для психологической разгрузки и мобилизации как в индивидуальной форме, так и в группе. Также проводилось компьютерное тестирование актуального психологического состояния пациентов.

Программа состояла из несколько сессий, пациенты посещали от 10 до 15 занятий в течение года, с перерывом от 1,5–2 до 3 месяцев, в зависимости от динамики улучшения. В целом проведено 4 сессии в год с участием 362 пациентов. Сеансы проходили в 4 этапа: первый день – 15 минут отводилось на стабิโลграфические пробы, 30 минут – сеансы АВС, 5–7 минут – обучение аутогенной тренировке, в дальнейшем 10-минутный тренинг общения.

**Т а б л и ц а. Основные показатели коррекционно-реабилитационной работы за трехлетний период (2015-2017 гг.), абс.**

Профиль пациентов	2015	2016	2017
Стационарные пациенты	135	61	42
Диспансерные пациенты	44	53	27
Всего	179	114	69
Из них с наркологическими заболеваниями	37	31	49
Диспансерные пациенты	24	11	14
Стационарные пациенты	13	20	35
Из них подростки до 18 лет	5	7	12
Алкогольная зависимость	2	4	5
Наркотическая зависимость	2	3	7
Токсикомания	1	0	0

Всем пациентом с целью диагностики психического и интеллектуального состояния проводилось психологическое исследование с помощью теста «СМИЛ», цветового теста Люшера, патопсихологических методик. Результаты исследования свидетельствовали о степени интеллектуального развития, личностных особенностях и эмоциональном состоянии пациента. У 70% обследованных отмечаются напряжение, беспокойство, волнение. 30% чувствовали себя совершенно спокойно. Выполнение стабิโลграфических проб у лиц с недостаточным уровнем интеллектуального развития в начале сессии было затруднено, тем не менее в конце сессии происходило научение, пациенты с достаточным уровнем интеллектуального развития сразу усваивали инструкции, но испытывали трудности в общении. После проведенных мероприятий

40% пациентов легко адаптировались в социуме, 20% госпитализировались повторно, 30% самостоятельно посещали коррекционные занятия, у 10% клиническая динамика не изменилась.

**Заключение.** В результате реабилитации удастся достичь устойчивой ремиссии у большинства пациентов и возвращение их в социум. Хорошие результаты при повторном исследовании отмечены у пациентов с легкими интеллектуальными нарушениями. Они хорошо адаптируются в социуме, 40% из них трудоустроены, положительно характеризуются с места работы, 30% продолжают обучение, у 30% процесс реабилитации протекает длительно. Анализ данных показывает, что в последние годы уменьшилось число лиц, направляющихся врачом-психиатром к медицинскому психологу. Наблюдается положительная оценка эффективности проводимых мероприятий, снижается доля пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении. Положительная динамика у пациентов, участвующих в коррекционных мероприятиях, своевременно оказанная им помощь повышают адаптационно-ресурсные возможности, способствующие интеграции в обществе. Совместная работа будет проводиться и в дальнейшем с целью психокоррекционной реабилитации пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении и в условиях стационара.

## **САМООЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г.,**

**Нонка Т.Г., Репин А.Н., Суровцева А.К.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

**НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

Известно, что у больных аффективными расстройствами выявляется более низкая самооценка качества жизни и социального функционирования (Суровцева А.К., 2004).

**Цель:** изучить различия самооценки социального функционирования у мужчин и женщин с аффективными расстройствами (АР) при хронической ИБС.

**Материал и методы.** В отделении реабилитации НИИ кардиологии обследованы 248 пациентов с хронической ИБС и выявленными АР: 194 мужчины – 78,2% (средний возраст 57,2±6,5 года) и 54 женщины – 21,8% (59,3±7,1 года,  $p=0,3$ ). Для исследования самооценки социального функционирования использовалась одноименная шкала Шихана.

**Результаты.** Высшее образование имели почти треть (28,9%, 56/194) мужчин и пятая часть (18,5%, 10/54) женщин, среднеспециальное и неоконченное высшее – около трети (34,5%, 67/194) мужчин и половина (50%, n=27/54) женщин. Образование среднее и менее имели около трети (29,9%, 58/194) мужчин и около шестой части (13,0%, 7/54) женщин. Более половины мужчин (56,2%, 110/194) и женщин (66,7%, 36/54) не работали. Временно нетрудоспособными являлись около трети мужчин (37,6%, 73/194) и женщин (33%, 18/54). Инвалидами II и III групп являлись около четверти (24,7%, 48/194) мужчин и лишь 5,6% (3/54) женщин. Тогда как на пенсионном обеспечении находились в основном женщины (62,9%, 34/54) и лишь 22,2% (43/194) мужчин. Не работали, находясь в трудоспособном возрасте и не имея освидетельствования МСЭ, ограничивающего трудоустройство, 15,5% мужчин (n=30/194) и 3,7% (n=2/54) женщин, преимущественно с образованием ниже среднего. В браке состояли более 80% (83,4%, 161/194) мужчин и почти половина (48%, 25/54) женщин; разведенными оказались каждый десятый (9,3%, 18/194) мужчина и каждая пятая (21,2%, 11/54) женщина; среди вдовствующих – мужчин 7,3% (14/194), а женщин – почти треть (28,8%, 15/54). Среди пациентов с АР и хронической ИБС, не имеющих поддержки со стороны детей, т.е. потеряли ребенка или были бездетны, чаще оказывались женщины (10/54, 18,5%), чем мужчины (13/178, 6,8%) (p=0,02). Общий средний балл по шкале самооценки социального функционирования у пациентов с АР и хронической ИБС соответствовал уровню затрудненного социального функционирования, у мужчин составил 33,9±6,6, а у женщин – 34,6±6,5, без статистической значимости различий (p=0,5).

**Т а б л и ц а . Распределение пациентов с АР и хронической ИБС по группам в зависимости от уровня самооценки социального функционирования**

Уровень самооценки социального функционирования (количество баллов)	Абс.	%
Выраженное снижение (до 22 баллов)	7	2,7
Затрудненное (23–35 баллов)	144	54,9
Норма (36–52 балла)	103	39,3
Высокий уровень (более 53 баллов)	1	0,4
Невозможно оценить	7	2,7

У 2,7% (7/262) больных с АР и ИБС выявлялось выраженное снижение социального функционирования, 55% (144/262) имели затруднения в социальном функционировании, 39% (103/262) сохраняли нор-

мальный уровень социального функционирования, у 0,4% (1/262) отмечался высокий уровень функционирования, у 2,7% (7/262) было невозможно оценить уровень социального функционирования из-за некачественного заполнения анкеты. Статистически значимых различий в отношении частоты разного уровня нарушений социального функционирования в зависимости от половой принадлежности не выявлено ( $p>0,05$ ). Установлено, что количество баллов по шкале социального функционирования коррелировало с уровнем образования, независимо от пола ( $r_s=0,5$ ).

**Заключение.** В соответствии с имеющимся уровнем образования мужчины с АР и хронической ИБС распределились примерно одинаково (по трети случаев) в группах с высшим, среднеспециальным и неоконченным высшим, а также средним и менее образованием. У женщин по образовательному уровню преобладали лица со среднеспециальным и неоконченным высшим образованием (около половины). Более половины мужчин-пациентов исследуемой группы не работали. Временно нетрудоспособными были признаны около трети мужчин и женщин. Инвалидами II и III групп являлись почти четверть мужчин и менее 5% женщин. Пенсионерами в основном были женщины (почти 63%) и лишь пятая часть мужчин. Находились в трудоспособном возрасте, не имели инвалидности, но при этом не работали 15,5% мужчин и 3,7% женщин, преимущественно с образованием ниже среднего. Возможно, данный факт связан с низким количеством вакансий при снижении толерантности к физической нагрузке и ограничениях рынка труда для лиц предпенсионного возраста с низким образованием. Имели брачного партнера более 80% мужчин и почти половина женщин; разведенными оказались каждый десятый мужчина и каждая пятая женщина; среди вдовствующих было меньше мужчин (7,3%), чем женщин – почти треть. Среди пациентов с АР и хронической ИБС, не имеющих поддержки со стороны детей, так как либо потеряли ребенка, либо были бездетны, статистически значимо чаще выявлялись женщины, чем мужчины. Общий средний балл по шкале самооценки социального функционирования у пациентов с АР и хронической ИБС соответствовал уровню затрудненного социального функционирования. У мужчин средний балл по шкале самооценки СФ составил  $33,9\pm 6,6$  балла, а у женщин –  $34,6\pm 6,5$  балла, без статистической значимости различий ( $p=0,5$ ). В исследованной группе выявлено преобладание пациентов с затрудненным социальным функционированием, которое зачастую коррелировало с низким уровнем образования, независимо от пола.

## **ОСОБЕННОСТИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ЯВЛЕНИЯМИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВУШЕК**

**Левченко Н.С., Николаева Е.Р., Олейчик И.В.**

**Научный центр психического здоровья, Москва, Россия**

---

**Актуальность.** Согласно данным современных зарубежных исследований, наличие депрессивной симптоматики у больных юношеского возраста напрямую соотносится с совершением аутоагрессивных действий [Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M., 2007; Hankin B.L., Abela J.R.Z., 2011]. Аутоагрессивное поведение ассоциировано с высоким процентом суицидальных попыток и служит их предиктором в будущем [Hawton K., Harriss L., 2007; Nock M.K., Joiner T.E.Jr., Gordon K.H., Lloyd-Richardson E., Prinstein M.J., 2011].

Отсутствие данных относительно особенностей юношеских эндогенных депрессий, сопровождающихся аутоагрессивным поведением, может привести к диагностическим ошибкам, несвоевременному и неадекватному лечению, а также грозит значительным ростом суицидального риска у данной когорты молодых пациентов.

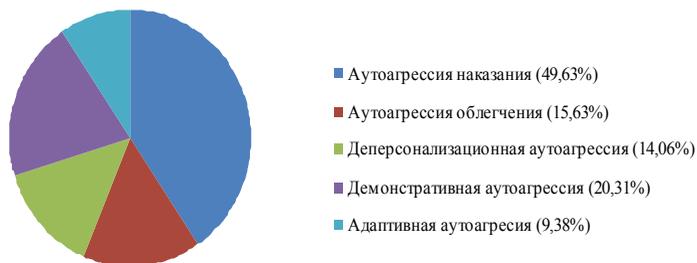
**Цель:** определить клинико-психопатологические корреляции между вариантами несуйцидального аутоагрессивного поведения и различными клиническими типами эндогенных депрессий у девушек.

**Материалы и методы.** Клинико-психопатологическим методом были обследованы 64 пациентки в возрасте от 15 до 25 лет (медиана возраста составила 20 лет), страдавшие эндогенными депрессиями с явлениями аутоагрессии, без суицидальных намерений. Все больные находились на стационарном лечении в Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний клиники ФГБНУ НЦПЗ в двухлетний период (с 2017 по 2019 г.).

В исследованной выборке, состоящей из 64 девушек с аутоагрессивным поведением, выявленные эндогенные депрессивные расстройства относились к следующим диагностическим рубрикам по МКБ-10: биполярное аффективное расстройство (F31.4–F31.5) – 23 (35,94%), циклотимия (F34.0) – 18 (28,13%), шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными нарушениями (F21.3–F21.4 + F33.2) – 16 (25,0%) и расстройство личности с биполярными фазами (F60.X) – 7 (10,93%). Монополярного депрессивного фазного течения не наблюдалось, что, по-видимому, связано с особенностями исследованной когорты.

**Результаты.** В ходе исследования эндогенных депрессий с явлениями несуицидального аутоагрессивного поведения у девушек была уточнена и дополнена классификация юношеских депрессий, разработанная в 2011 г. в НЦПЗ РАМН (И.В. Олейчик). В частности были выделены и подробно описаны 6 клинических вариантов эндогенных депрессий, наиболее часто встречающихся у девушек: истероформные депрессии с бредоподобным фантазированием (34,38%), дисморфофобические депрессии, в части случаев сопровождавшиеся расстройствами пищевого поведения (28,12%), психастеноподобные (12,5%), психопатоподобные (т.н. гебоидные) (10,94%), деперсонализационные (9,37%) и экзистенциальные депрессии (4,69%). Также проанализированы сопровождавшие их аутоагрессивные действия.

На основании изучения механизмов, лежащих в их основе, выделено 5 клинических вариантов аутоагрессии: наказания; облегчения; деперсонализационная; демонстративная, адаптивная/«подражательная».



Р и с у н о к. Клинические варианты аутоагрессии

**Аутоагрессия наказания** (40,63%, 26 из 64) характерна для депрессий, при которых самоповреждения были «наказанием». В большинстве случаев данный тип аутоагрессии встречался при дисморфофобических и психастеноподобных депрессиях. Самоповреждения при дисморфофобических депрессиях, сопровождавшихся расстройствами пищевого поведения, совершались как акт наказания за употребление излишнего, по мнению пациенток, количества пищи (83,3%), как «укор», «наказание» за лишний вес (66,7%), за несоответствие ожидаемым результатам похудения (55,6%), как попытка побороть навязчивые размышления о еде (27,8%). При психастеноподобных депрессиях акт аутоагрессии совершался при выраженных идеях вины (87,5%), убежденности в несоответствии ожиданиям окружающих (62,5%), невозможности реализации собственных завышенных требований (37,5%).

**Аутоагрессия облегчения** (15,63%, 10 из 64) встречалась в тех случаях, когда пациентки совершали самоповреждающие действия, пытаясь справиться с «угнетающей» душевной болью. Данный тип аутоагрессии реализовывался в рамках экзистенциальных и психопатоподобных депрессий. При экзистенциальных депрессиях совершение аутоагрессивных действий в большинстве изученных случаев (83,3%) служило механизмом избавления от «нестерпимой», «непереносимой» душевной боли, вызванной ощущением бессмысленности происходящего. Несколько реже встречались случаи, в которых несуицидальные самоповреждения позволяли переключить внимание с тоски на физическую боль – 66,7%. При психопатоподобных (гебоидных) депрессиях аутоагрессия служила механизмом избавления от внутреннего напряжения (85,7%), совершалась из-за недовольства собой и окружающими (57,1%), из-за несоответствия собственных мировоззренческих идей реальности (42,9%).

При **деперсонализационной аутоагрессии** (14,06%, 9 из 64) совершение самоповреждающих действий являлось средством для преодоления субъективной отгороженности от окружающего мира, служило возможностью избавления от мучительного ощущения разобщенности с собственным телом, давало возможность хотя бы ненадолго ощутить собственное телесное и душевное «Я». Данный тип аутоагрессии наиболее часто встречался при деперсонализационных депрессиях, но в ряде случаев был представлен и среди истероформных депрессий. При деперсонализационной депрессии аутоагрессивные действия осуществлялись как для того, чтобы «почувствовать» собственное тело, ощутить «единство между моральными ощущениями и физическим телом» (83,3%), так и для того, чтобы преодолеть собственную отчужденность от окружающих (66,7%). В отдельных случаях при истероформных депрессиях аутоагрессия служила методом, который помогал справиться с состояниями, при которых пациентки переставали «испытывать ощущения» и «не ощущали себя в реальном мире» (33,3%), не могли «прекратить истерику» (66,6%).

**Демонстративная аутоагрессия** (20,31%, 13 из 64) осуществлялась с целью вызвать сочувствие и внимание окружающих (69,2%), «призвать» близких к помощи, продемонстрировать «тяжесть» и «глубину» своего «тяжелого» состояния благодаря совершенным аутоагрессивным действиям (84,6%). Данный тип аутоагрессии реализовывался преимущественно при истероформных депрессиях. Как правило, аутоагрессивные действия проявлялись в виде самопорезов и самоожогов, были неглубокими и поверхностными и наносились с учетом дальнейшего их бесследного заживления.

**Адаптивная/«подражательная» аутоагрессия** (9,38%, 6 из 64) представляла собой возможность социализации в референтной группе, попытку «прослыть своим» благодаря совершению самоповреждающих действий (66,7%), а также возможность получения «уважения», повышения авторитета среди сверстников (33,3%). В 57,1% случаев осуществление аутоагрессивных действий происходило в рамках истероформных, в 28,6% – психопатоподобных депрессий. Следует отметить, что в 14,3% случаев подобное поведение наблюдалось также и вне рамок депрессий и в дальнейшем приводило, как правило, к регулярной реализации аутоагрессии, независимо от аффективных расстройств.

**Заключение.** Дифференциальный анализ эндогенных депрессий, протекающих с явлениями несуйцидального аутоагрессивного поведения у девушек, может способствовать усовершенствованию диагностики данных состояний и разработке психофармакологических и психотерапевтических стратегий, что, в свою очередь, позволит существенно снизить частоту как повторных аутоагрессивных, так и суицидальных тенденций у данного контингента больных.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК ОДНА ИЗ ВЕДУЩИХ ПРИЧИН ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Лисовицкая Г.Б., Устьянцев Л.Г.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

**Цель:** изучить структуру психических расстройств, ведущих к детской инвалидности в Кемеровской области, используя данные детского отделения и бюро МСЭ за трёхлетний период (с 2015 г. по 2017 г.).

**Задачи:** на основе комплексного многоаспектного подхода изучить проблемы инвалидности детского населения Кемеровской области, опираясь на данные детского отделения КОКПБ за 2015 г., 2016 г., 2017 г.

**Материалы и методы:** медицинская документация, включая карты стационарного больного, журналы ВК, данные бюро МСЭ по Кемеровской области. Методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, статистический.

**Объект исследования:** дети в возрасте от 4 до 15 лет, направленные в бюро МСЭ после стационарного обследования в детском отделении КОКПБ в 2015–2017 гг.

В последние годы здоровье детей и подростков стало предметом особой тревоги общества. И это понятно, поскольку последствия негативных тенденций состояния здоровья подрастающего поколения касаются таких фундаментальных ценностей, как трудовой, оборонный, репродуктивный и интеллектуальный потенциал страны (Баранов А.А. и др., 1999, 2003; Цыбульская И.С., Суханова Л.П., 2007 и др.).

Уровень детской инвалидности, обусловленной психиатрической патологией, имеет стабильную тенденцию к повышению. Согласно данным пенсионного фонда, данный показатель с 2008 г. по 2017 г. вырос на 47% – с 12 800 до 18 867.

По данным Кемеровского бюро МСЭ, среди причин детской инвалидности на протяжении многих лет преобладают психические расстройства и расстройства поведения. Последние 3 года, как и в предыдущие, они занимают первое место в структуре детской инвалидности по Кемеровской области.

Нами были изучены данные отделения за 3-летний период (2015 г., 2016 г., 2017 г.). Для изучения были выбраны карты стационарного больного детей от 4 до 15 лет, проходящих стационарное обследование в 18–20-м отделении КОКПБ, которым было рекомендовано обращение в бюро МСЭ с целью решения вопроса об оформлении или продлении инвалидности.

**Т а б л и ц а 1. Распределение детей-пациентов, проходящих стационарное обследование в КОКПБ и направленных на МСЭ**

Показатель	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Общее количество детей, направленных на МСЭ	394	353	324
Повторные МС	70	83	72
Первичные МСЭ	324	270	252

Из таблицы 1 видно, что в отделение попадают в основном первичные больные, т.е. те, которым вопросы социальной поддержки ещё предстоит решать.

**Т а б л и ц а 2. Распределение детей-пациентов, проходящих стационарное обследование в КОКПБ по рубрикам МКБ-10**

Рубрика по МКБ-10	2015 г.	2016 г.	2017 г.
F80.82 Выраженная задержка речевого развития	48	41	42
F70 Умственная отсталость	152	142	128
F71 Умственная отсталость умеренная	143	111	110
F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью	33	43	32
Другое	18	16	12

По данным таблицы 2 можно констатировать преобладание детей с умственной отсталостью различной степени тяжести. Среди детей с другой психопатологией встречались процессуальные заболевания, легкие когнитивные нарушения, выраженная сопутствующая церебральная патология, выраженные нарушения поведения, в связи с чем дети не в состоянии были адаптироваться в условиях детского коллектива.

**Выводы.** Таким образом, в структуре заболеваемости с выходом на инвалидность детей с психической патологией в Кемеровской области превалируют непсихотические психические расстройства, лидирует умственная отсталость.

### **АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И СПИРТСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИИ, В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 Г.**

**Лопатин А.А., Вострых Д.В., Зорохович И.И., Сапегина Н.В., Кирина Ю.Ю.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, Кемерово, Россия**

---

По итогам первого полугодия 2019 г. в Кемеровской области продолжает сохраняться положительная тенденция снижения заболеваемости и болезненности основными наркологическими расстройствами среди населения региона.

Также согласно предварительным данным Кемеровского управления Росстата за 5 месяцев 2019 г. в регионе (по сравнению с аналогичным периодом 2018 г.) на 8,2% снизилось число умерших от причин смерти, обусловленных алкоголем. Число пациентов с психотическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью за сравниваемые периоды, снизилось на 40%. Между тем количество пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью за сравниваемые периоды, осталось на прежнем уровне.

Несмотря на позитивные изменения, в регионе сохраняются проблемы, связанные со смертностью от употребления наркотических средств. Так, в течение 5 месяцев 2019 г. (согласно предварительным данным Кемеровского Управления Росстата) в регионе число умерших

от причин смерти, обусловленных наркотиками, увеличилось на 5,2%. Число пациентов с синдромом зависимости от наркотиков, снятых с диспансерного наблюдения наркологическими подразделениями Кемеровской области в связи со смертью за сравнимые периоды, увеличилось на 43,7%, в том числе в связи со смертью от других причин – на 43%, в связи со смертью по неизвестным причинам – на 75%.

В целях повышения качества и доступности для населения Кемеровской области медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», улучшения качества жизни наркологических пациентов за счет профилактики срывов и увеличения срока ремиссий, улучшения демографической ситуации путем снижения уровня распространенности наркологических заболеваний необходимо проведение комплекса мероприятий: 1) дальнейшая реализация регионального плана мероприятий («дорожной карты») по профилактике психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя и других ПАВ; 2) взаимодействие с медицинскими организациями области по выявлению лиц с пагубным употреблением алкоголя и формированию здорового образа жизни, с обязательным финансированием за счет региональной «Программы по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Кемеровской области»; 3) совершенствование механизмов межведомственного взаимодействия областной наркологической службы с заинтересованными ведомствами и структурами с целью профилактики наркологических расстройств, включая своевременное получение достоверной информации о состоянии здоровья (смерти) лиц, употреблявших ПАВ; 4) соблюдение порядка, стандартов, клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» специалистами наркологических диспансеров и подразделений наркологической службы региона и повышение качества диспансерного наблюдения пациентов с наркологическими расстройствами; 5) улучшение кадрового потенциала всех подразделений областной наркологической службы; 6) дальнейшее развитие и улучшение материальной базы наркологических медицинских организаций и наркологических подразделений медицинских организаций региона; 7) повышение финансирования областной наркологической службы за счет средств регионального и федерального бюджетов для оснащения и приобретения оборудования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Лопатин А.А., Вострых Д.В., Кирина Ю.Ю.,**

**Пискарева О.И., Кирина Ю.Ю.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

Медицинская наркологическая помощь в Кемерове продолжает развиваться в соответствии с современными требованиями. Работа с детьми и подростками осуществляется в условиях межведомственного взаимодействия, что позволяет в полной мере восполнить возникающие на фоне приема психоактивных веществ несовершеннолетними пробелы в социальной адаптации, в частности в получении профессионального образования.

Реабилитация несовершеннолетних осуществляется в амбулаторном отделении медицинской реабилитации (для детей и подростков) для лиц с наркологическими расстройствами ГБУЗ Кемеровской области «Кемеровский областной клинический наркологический диспансер» (далее – ГБУЗ КО КОКНД) на базе Государственного учреждения профессионального образования (далее – ГУПО). Данный формат работы с привлечением специалистов разных ведомств применяется в Кемерове с 2000 г., когда в рамках межведомственной модели городского центра психического здоровья было открыто первое отделение медико-социальной реабилитации на базе образовательного учреждения (сейчас – отделение медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами).

Контингент реабилитируемых пациентов – несовершеннолетние с наркологическими расстройствами, употребляющие ПАВ. Модель реабилитации – медико-социальная реабилитация с профессиональной направленностью. Цель программы реабилитации: возвращение несовершеннолетнего к жизни в обществе на основе отказа от ПАВ, восстановление его нормативного личностного и социального статуса. Программа реабилитации рассчитана на 6–9 месяцев. Включает в себя длительное наблюдение врачом психиатром-наркологом, психокоррекционные занятия с психологом, восстановление внутрисемейных отношений, профессиональную подготовку с приобретением профессиональных навыков. Психологическая и психотерапевтическая помощь пациентам осуществляется индивидуально или в составе специально сформированных лечебных групп.

Основная задача работы с психологом и психотерапевтом ориентирована на выработку твёрдой установки на отказ от употребления ПАВ, что способствует скорейшей социально-трудовой и психологической адаптации. В процессе реабилитации пациентов в отделении ведущими являются методы психотерапевтического воздействия, применяется индивидуальная и групповая психотерапия (когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная, рациональная) с целью стабилизации психоэмоционального состояния, устранения личностных и поведенческих расстройств, формирования навыков ответственного поведения, коррекции межличностных взаимоотношений. Использование арттерапевтических технологий позволяет помочь подростку справиться со своими проблемами, восстановить эмоциональное равновесие или устранить имеющиеся нарушения поведения. Многие пациенты не обладают профессиональными навыками, устойчивой мотивацией к труду. В отделении реабилитации пациенты включаются в производственный процесс.

Подростки имеют возможность получить на базе ГУПО профессиональную подготовку по востребованным специальностям: плотник, столяр строительный, штукатур, облицовщик-плиточник, маляр строительный, слесарь-сантехник, обувщик по ремонту обуви, швея, вышивальщица. После окончания обучения несовершеннолетние получают свидетельство с присвоением квалификационного разряда.

Профессиональное обучение, которое получают пациенты отделения, с одной стороны, обеспечивает занятость подростков на этапе прохождения курса реабилитации, с другой, – дает возможность получить профессию и квалификационный разряд без отрыва от реабилитационного процесса и в дальнейшем возможность трудоустройства по данной специальности.

Почти двадцатилетний опыт работы амбулаторного реабилитационного отделения на базе образовательного учреждения позволяет оценить эффективность межведомственного взаимодействия в организации реабилитационной помощи несовершеннолетним с наркологическими расстройствами. Одним из критериев оценки эффективности явилась оценка показателей качества жизни пациентов, завершивших полный курс реабилитации. Данные показатели оценивались в течение трех месяцев с момента выписки несовершеннолетних из отделения. Продолжили обучение в среднеспециальных образовательных организациях 61,5% подростков; трудоустроились 24,8% несовершеннолетних; 7,3% человек призваны на военную службу и только 6,4% подростков остались незанятыми на момент опроса.

Таким образом, завершив полный курс реабилитации, пациенты овладевают основными жизненными навыками, бытовыми умениями, способностью к регулярной учебе и труду, получают профессию. В результате реабилитации у несовершеннолетних с наркологическими расстройствами восстанавливается не только физическое и психическое здоровье, но и формируется положительный социальный статус.

## **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ МАСШТАБОВ ЗЛУОПТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПРОДУКЦИЕЙ И ПРОФИЛАКТИКЕ АЛКОГОЛИЗМА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Лопатин А.А., Зорохович И.И., Вострых Д.В.,**

**Кирина Ю.Ю., Селедцов А.М.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

Постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 02.09.2010 № 365 утверждена Программа по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма на территории Кемеровской области до 2020 г. Указанная Программа определяет цели, задачи и механизмы реализации государственной политики и направлена на снижение объемов потребления населением алкогольной продукции, улучшение демографической ситуации в регионе, рост продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, формирование стимулов к здоровому образу жизни.

Медицинские наркологические организации Кемеровской области разрабатывают и реализуют комплекс мероприятий, направленных на профилактику наркологических расстройств. Задачами этих мероприятий является формирование в сознании людей негативного отношения к ПАВ, навыков сопротивления давлению социального окружения, пропаганда здорового образа жизни, выявление лиц группы риска развития наркологических заболеваний и ведение активной профилактики среди них.

С целью информирования населения о негативных последствиях злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Кемеровской области специалистами наркологических организаций Кемеровской области проводится профилактическая работа в форме массовых, групповых и индивидуальных бесед, лекций, тренингов, просмотра видеофильмов, спортивных и общественных мероприятий путем взаимодействия с различными государственными

и общественными организациями (департаментами образования, науки, социальной защиты, молодежной политики и спорта, лечебными учреждениями, правоохранительными органами, службой занятости, административными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав и др., общественными и религиозными организациями), а также со средствами массовой информации.

В печатных средствах массовой информации для профилактики алкоголизма среди населения Кемеровской области специалистами наркологической службы ведутся тематические страницы, рубрики или приложения к газетам и другим печатным изданиям.

Всеми подразделениями наркологической службы Кемеровской области в 2018 г. представлена на собственных сайтах информация о деятельности наркологической службы региона, сведения по внедрению новых форм и методов лечения наркологических расстройств и их профилактике. Последние годы специалисты наркологической службы региона активно используют возможности Интернета для проведения профилактических мероприятий. На сайтах во всех наркологических организациях региона создана рубрика «Профилактика». Так, например, специалистами ГБУЗ КО КОКНД на сайте VSE42 размещен комментарий «Живой человек vs алкоголь», «Пьяный треш, матерщина и малышка» и др. Предоставляются слайды для размещения на постоянной основе интерактивной рекламы наркологической службы Кузбасса на ТВ: бегущая строка на СТС «Лечение наркомании и алкоголизма», «Лечение неврозов», графические баннеры на СТС «Лечение наркомании и алкоголизма», размещение баннера в 2ГИС.

Постоянно проводятся разъяснительные беседы антинаркотической, антиалкогольной, антитабачной направленности с родителями учеников, обучающихся в образовательных учреждениях всех типов и видов (в рамках родительских собраний и во время групповых бесед).

При наркологических кабинетах организованы «Школы» для родителей, в которых врачи психиатры-наркологи, психологи, психотерапевты проводят занятия по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ несовершеннолетними.

Дополнительно проводятся различные акции и масштабные профилактические мероприятия на основе межведомственных соглашений и планов. В 2018 г. сотрудники наркологической службы Кемеровской области приняли участие в проведении акций «Родительский урок», «Первокурсник», «Международный день борьбы с наркоманией, наркобизнесом и алкоголизмом», «Призывник», «Летний лагерь – территория здоровья», Всемирного дня трезвости, в проектах «Автотрезвость», «Вектор жизни», «Ребенку Кузбасса – достойное детство!» и др.

С целью совершенствования деятельности наркологической службы региона и её взаимодействия со службой медицинской профилактики в 2017 г. в регионе утверждена «Дорожная карта» по развитию взаимодействия службы медицинской профилактики и наркологической службы Кемеровской области и разработан перечень мероприятий, входящих в состав совместной деятельности данных служб по вопросам медицинской профилактики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ среди пациентов первичного звена регионального здравоохранения на 2017–2020 гг., перечень целевых индикаторов (показателей) Плана мероприятий («Дорожной карты») по этапам его реализации, а также цели и задачи «Дорожной карты». Целью плана мероприятий «Дорожной карты» является снижение неблагоприятных последствий употребления ПАВ среди населения Кемеровской области за счет развития и совершенствования взаимодействия наркологической службы и службы медицинской профилактики региона.

В результате проводимой наркологической службой региона работы отмечается формирование принципов здорового образа жизни граждан, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, что способствует улучшению демографических показателей населения Кемеровской области и снижению потерь здоровья населения Кузбасса в связи с наркологическими расстройствами.

## **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИЗЫВНИКОВ, ОБСЛЕДОВАВШИХСЯ В ГКУЗ КО КОКПБ ЗА 2018 Г. С ДИАГНОЗАМИ ШИЗОИДНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ**

**Любченко М.В., Селезнева Н.В., Дербенева Н.А.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

**Актуальность проблемы.** Расписание болезней содержит 88 статей и охватывает 2 000 различных заболеваний. По статистике, около 35% призывников в РФ не годны к военной службе по состоянию здоровья. Из них 16% имеют психические расстройства. На долю лиц с расстройством личности приходится 24,5% от общего количества выявленных психических расстройств.

**Цель:** изучение особенностей социального статуса у лиц с шизоидным и эмоционально неустойчивым расстройствами.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на основе изучения медицинской документации 56 лиц призывного возраста, прошедших обследование в КОКПБ за 2018 г., которым по результатам обследования были выставлены диагнозы: шизоидное и эмоционально неустойчивое расстройства. Обследуемые разделены на две группы: 1-я группа – эмоционально неустойчивые личности, 2-я группа – лица с шизоидными расстройствами. Были проанализированные архивные истории болезни и амбулаторные карты диспансерного отделения. Проведена статистическая обработка результатов.

**Результаты и обсуждение.** Среди исследуемой группы преобладали лица с эмоционально неустойчивым расстройством (38 человек – 67%), лица с шизоидным расстройством встречались в 2 раза реже (18 – 33%). Наследственность отягощена психическими расстройствами в 1-й группе в 15% случаев, во 2-й – в 57%. Перинатальные вредности (недоношенность, родовые травмы, внутриутробные инфекции) в 1-й группе выявлены в 55% случаев, во 2-й группе – в 23%. Уровень образования был значительно выше в группе призывников с шизоидным расстройством: полное среднее образование имели 50%, 28% – законченное высшее образование, 22% получили неполное среднее образование и были отчислены из среднеспециальных учебных заведений. Работающих на момент обследования во 2-й группе обнаружено 14% против 67% работающих в 1-й группе. Среди обследуемых призывников 1-й группы (эмоционально неустойчивых) наблюдалась следующая картина: полное среднее образование имели 25%, неполное среднее – 65%, 10% получили среднеспециальное образование, лиц с высшим образованием в 1-й группе не выявлено. 69% призывников 1-й группы имели судимости, во 2-й группе судимых не было. Состояло под диспансерным наблюдением у наркологов 32% обследуемых 1-й группы и в 2 раза меньше во 2-й группе призывников (15%). Суицидальные попытки и аутоагрессивное поведение в 1-й группе выявлено у 23% призывников, их число было практически в 2,5 раза ниже, чем во 2-й (57%). В 1-й группе 46% призывников состояли в законном браке, в то время как во 2-й группе имеющих собственную семью не было. Большинство проживало с родителями либо отдельно.

**Выводы.** Эмоционально неустойчивое расстройство у призывников встречается в 2 раза чаще шизоидного. Социальная адаптация у лиц с эмоционально неустойчивым расстройством оказалась выше при наличии более низкого уровня образования (рано заводили семьи, трудоустраивались на низкоквалифицированные работы), чем у призывников с шизоидным расстройством (продолжали жить с близкими родственниками фактически на их содержании).

## **АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ПСИХОМОТОРНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОМАТОГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Макарова О.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

Особенностью большинства психических заболеваний, наблюдаемых у пожилых, является своеобразный и, как правило, более тяжёлый характер (по проявлениям и динамике), коморбидность психических нарушений с выраженной органической, соматической и неврологической патологией. Психоз, агрессия и возбуждение часто наблюдаются у лиц пожилого возраста и являются основной причиной госпитализации в соматогеронтопсихиатрическое отделение.

**Цель исследования:** разработка оптимального алгоритма медикаментозной терапии у пациентов с психомоторным возбуждением в старших возрастных группах.

**Материалы и методы.** В группу исследования вошли пациенты в возрасте старше 60 лет, проходившие лечение в мужском соматогеронтопсихиатрическом отделении в 2017–2018 гг. Основная причина госпитализации – наличие психомоторного возбуждения. В исследовании применялись архивный, клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-катамнестический методы.

**Результаты исследования.** Исследовательская выборка (n=126) была разделена на 3 группы. 1-я группа – пациенты (n=28) с параноидной шизофренией (F20); 2-я группа – пациенты (n=37) с адементными психозами позднего возраста (F06, F07); 3-я группа – пациенты (n=51) с психотическими нарушениями на фоне деменции (F02, F01).

**Параноидная шизофрения.** Средний возраст пациентов 1-й группы составил 65 лет. В данной группе с целью купирования психомоторного возбуждения применялись нейролептики с предпочтением инъекционных форм: галоперидол 1,5–15 мг, оланзапин 10–20 мг, рисперидон 2–8 мг, хлорпромазин 25–100 мг, хлорпротиксен 30–90 мг, клозапин 100–150 мг, зуклопентиксол 6–30 мг. У этих пациентов относительно неплохая переносимость препаратов на высоте возбуждения, которая с увеличением возраста и по мере стихания симптоматики достаточно быстро ухудшается. У пациентов старше 80 лет переносимость антипсихотической терапии становилась столь низкой, что требовало быстрого снижения дозы, а иногда и полной отмены препаратов.

Психомоторное возбуждение купировалось в достаточно короткие сроки (не более недели). Алгоритм купирования психомоторного возбуждения психотропными препаратами пациентов 1-й группы включал средние дозировки в начале терапии, практически не отличающиеся от таковых у более молодых возрастных групп данной нозологической категории. После купирования психомоторного возбуждения и редукции продуктивной симптоматики необходимо быстрое снижение дозировок нейролептиков. С увеличением возраста и присоединением сопутствующей соматической патологии дозы препаратов значительно снижаются. В данной группе возможно продолжительное применение бензодиазепинов длительного действия при условии хорошей их переносимости в анамнезе.

**Адементные психозы позднего возраста.** Во 2-й группе средний возраст пациентов составил 69 лет, переносимость ими нейролептической терапии значительно хуже по сравнению с 1-й группой. В этой группе не применялись препараты пролонгированного действия, клозапин и очень редко хлорпромазин. Использовались следующие нейролептики: галоперидол 0,5–5 мг, оланзапин 5–10 мг, рисперидон 1–4 мг, хлорпромазин 25–50 мг, хлорпротиксен 15–50 мг, перициазин 1–10 мг, зуклопентиксол 2–6 мг. Психомоторное возбуждение пациентов купировалось в течение первых 2–3 суток, в дальнейшем иногда отмечались кратковременные нарушения делириозного спектра, которые проходили после снижения доз или отмены нейролептической терапии и назначения вазоактивной и метаболической инфузионной терапии. Многие пациенты в течение длительного времени принимали минимальные дозы атипичных нейролептиков, которые позволяли в какой-то степени купировать бредовые расстройства. У 5 пациентов на фоне спокойного поведения при сохраняющейся бредовой симптоматике внезапно развивалось острое состояние спутанности сознания с психомоторным возбуждением. Сразу же проводился тщательный осмотр с привлечением терапевта, невролога и проведением лабораторных исследований. У 1 пациента выявлена острая пневмония, у 1 – гипертонический криз, у 3 – острые формы ИБС (от очаговой ишемии до фибрилляции предсердий). Проводилась коррекция дозировок нейролептиков вплоть до полной их отмены. После стабилизации соматического состояния проявления спутанности сознания купировались.

Алгоритм купирования психомоторного возбуждения препаратами психотерапии пациентов 2-й группы включал средние дозировки, изначально более низкие (в 2–3 раза), по сравнению с пациентами 1-й группы.

После купирования психомоторного возбуждения и редукции продуктивной симптоматики необходимо еще большее снижение дозировок вплоть до самых минимальных. При плохой переносимости или наличии сопутствующей соматической патологии назначались вальпроаты, карbamазепин или минимальные дозы хлорпротиксена. Бензодиазепины длительного действия в этой группе могут применяться лишь разово, на высоте возбуждения, парентерально; длительного применения бензодиазепинов следует избегать.

**Психотические нарушения на фоне деменции.** У пациентов 3-й группы средний возраст составил 71 год. Психотические состояния, в отличие от пациентов первых двух групп, были затяжными, до нескольких месяцев, часто протекали по типу флюктуирующей спутанности в течение всего периода стационарного лечения. Нейролептики назначались краткосрочно и в минимальных дозировках (галоперидол до 1,5 мг, рисперидон до 2 мг, хлорпромазин 25 мг, хлорпротиксен до 15 мг, перициазин до 3 мг) в связи с их низкой переносимостью. Незначительный седативный эффект даже при малых дозах быстро перерастает в выраженную сомнолентность, иногда с дальнейшим ухудшением. У этой группы пациентов можно наблюдать практически весь спектр побочных действий и осложнений, описанных производителями. К сердечно-сосудистым осложнениям присоединяются неврологические. Как правило, с нарастанием тяжести деменции потребность в нейролептиках отпадает. Применение бензодиазепинов длительного действия в данной группе так же неэффективно и влечет за собой массу серьезных побочных действий и осложнений.

Предложен алгоритм купирования психомоторного возбуждения у пациентов с деменциями в мужском соматогеронтопсихиатрическом отделении. В первые сутки назначаются противодementные препараты, препараты группы психофармакотерапии не назначаются. Важным условием является создание доброжелательной обстановки для пациента, установление контакта. В первые часы поступления пациент осматривается терапевтом, при необходимости и неврологом, проводятся лабораторные и инструментальные исследования для исключения или выявления обострения какого-либо соматического заболевания. В случае наличия соматической патологии подключается терапия имеющихся нарушений.

При наличии выраженного возбуждения препаратами выбора являются перициазин 1–3 мг, хлорпротиксен 7,5–15 мг, препараты вальпроевой кислоты 150–300 мг, карbamазепин 100–200 мг, рисперидон 0,5 мг, антидепрессанты (трициклические исключаются ввиду выраженно-го кардиотоксического эффекта).

Выбранный препарат назначается однократно, в течение суток проводится наблюдение за пациентом. При нормальных показателях АД, ЧСС, сохраняющейся активности дозировка наращивается спустя 1–2 дня. Титрование дозы происходит крайне медленно. Если психомоторное возбуждение слабо выражено, то предпочтение отдается лишь антидепрессантам в сочетании с противодementными препаратами на фоне терапии имеющейся соматической патологии.

**Выводы.** Психомоторное возбуждение у пациентов пожилого возраста является полиэтиологичным и всегда сопряжено с выраженной органической, соматической и неврологической патологией. Усиление психических симптомов может оказаться первым признаком начавшейся соматоневрологической декомпенсации и маскировать обострение соматического заболевания. Частота побочных действий и осложнений у пациентов старше 60 лет резко возрастает, тем самым ограничивая возможности психофармакотерапии. При использовании препаратов группы психофармакотерапии у пожилых пациентов необходим тщательный мониторинг соматического состояния (контроль АД, ЧСС, динамика ЭКГ и т.д.). Длительность психофармакотерапии пожилых пациентов должна быть по возможности минимальной. Пациентам с признаками деменции желательно воздерживаться от назначений клозапина и бензодиазепинов длительного действия, а при тяжелых формах по возможности следует отказаться и от антипсихотической терапии.

## **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СВЯЗИ БЕССОННИЦЫ И ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ**

**Мелёхин А.И.**

**Многопрофильный центр женского здоровья Лагуна-Мед,  
Москва, Россия**

---

**Актуальность.** В гериатрической практике бессонница является распространенной формой нарушений сна, возникающей у 75–80% пожилых людей. Порядка 75–90% пожилых с гериатрической депрессией сообщают о наличии пре- и интрасомнических нарушений сна. Ранее считалось, что бессонница является одним из симптомов или естественным последствием депрессии [1]. Однако исследования последнего десятилетия показывают, что бессонница может предсказать возникновение депрессии как прямо, так и опосредованно, через дисфункциональные убеждения о сне и чувство безнадежности [2].

**Цель:** разработать психологическую модель, которая показывает, что связь между бессонницей и депрессией у пожилых опосредована изменениями в дисфункциональных убеждениях о сне, чувством безнадежности.

**Гипотеза:** бессонница в пожилом возрасте может предсказывать риски развития симптомов депрессии как прямо, так и опосредованно, через дисфункциональные убеждения о сне и чувство безнадежности.

**Материал.** Обследовано 270 пациентов 55–82 лет ( $M=65,7$ ,  $SD=5,1$ ), 180 женщин, 90 мужчин, проходивших диспансеризацию в ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр» № 2 ДЗМ. **Методики:** индекс выраженности бессонницы (ISI), опросник выявления дисфункциональных убеждений о сне (DBAS), гериатрическая шкала оценки депрессии (GDS-30), шкала безнадежности А. Бека (BHS), шкала апноэ сна (STOP-BANG), опросник оценки синдрома беспокойных ног (RLSQ).

**Результаты.** Высокий уровень симптомов бессонницы ( $10,19 \pm 5,39$ ;  $r=0,61$ ) сопряжен с большей выраженностью дисфункциональных убеждений о сне ( $51,2 \pm 19,7$ ;  $r=0,43$ ), т.е. о причинах, последствиях, с наличием нереалистичных ожиданий и стремлением чрезмерно контролировать сон. Бессонница у гериатрических пациентов связана с повышенным уровнем чувства безнадежности ( $6,1 \pm 3,3$ ;  $r=0,490$ ), т.е. с отсутствием надежды на будущее, ощущением бесполезности, нереализованности и наличием обесценивания настоящего, а также с симптомами депрессии ( $15,1 \pm 2,4$ ;  $r=0,449$ ): тревожным аффектом, тоской, внутренней опустошенностью, потерянностью, ощущением субъективной беспомощности и безнадежности своего положения, эпизодической слезливостью. Выраженные дисфункциональные убеждения о сне связаны с высоким уровнем безнадежности и депрессией. Чувство безнадежности сопряжено с выраженностью симптомов депрессии. Наблюдается прямой путь связи бессонницы в позднем возрасте с чувством безнадежности ( $\chi^2=4,73$ ,  $p=0,04$ ;  $CFI=0,81$ ;  $TLI=0,83$ ;  $SRMR=0,02$ ;  $RMSEA=0,11$ ;  $RMSEA=86\%$ ;  $CI=0,07-0,28$ ). Присутствует значительное влияние выраженности бессонницы на риски возникновения симптомов депрессии. Показан опосредованный путь связи бессонницы и депрессии позднего возраста через дисфункциональные убеждения о сне ( $r=0,578$ ,  $p \leq 0,01$ ) и чувство безнадежности ( $r=0,510$ ,  $p \leq 0,01$ ). При симптомах апноэ сна и беспокойных ног у пациентов наблюдались бессонница, дисфункциональные убеждения о сне и чувство безнадежности. Сочетание данных форм нарушений сна и бессонницы повышает дневную усталость, следовательно, делает пожилого человека более уязвимым для развития дезадаптивных убеждений о сне и чувства безнадежности, повышая риски развития депрессии.

**Заключение.** Полученная модель показывает некоторые психологические механизмы влияния бессонницы на риски возникновения депрессии у гериатрических пациентов и согласуется с данными других исследований [2]. Эта модель позволяет дополнить шкалами клинико-психологическое обследование бессонницы в пожилом возрасте, а также учитывать дополнительные терапевтические мишени в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии (СВТ-I).

#### **Литература**

1. Avasthi A., Grover S. Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. Indian Journal of Psychiatry. 2018; 60: 341–362.
2. Sadler P., McLaren S., Jenkins M. A psychological pathway from insomnia to depression among older adults. Int Psychogeriatr. 2013; 25(8): 1375–1383.

### **ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ СЕРТОНИНЕРГИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ С КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Михалицкая Е.А., Вялова Н.М., Лосенков И.С., Симуткин Г.Г., Иванова С.А., Бохан Н.А.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 17-29-02205.*

**Введение.** В настоящее время считается, что ключевые патогенные механизмы депрессивных расстройств связаны с расстройствами ряда нейромедиаторных систем. Депрессивные расстройства сопровождаются снижением активности серотонинергической системы [1], что может быть обусловлено взаимодействием полиморфных локусов генов метаболизма серотонина. Основным методом лечения депрессивных расстройств является применение антидепрессантов с высокой селективностью в отношении ряда нейротрансмиттеров, в частности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [2, 3]. Возможно, что различные полиморфные варианты генов серотонинергической системы определяют ответ на получаемую терапию у пациентов с депрессивными расстройствами [4].

**Цель:** изучение ассоциации полиморфных вариантов генов серотониновых рецепторов (HTR1A, HTR1B, HTR2A, HTR2C, HTR3A, HTR3B, HTR6) и генов ферментов синтеза и метаболизма серотонина (MAO-A, TRH1, TRH2) с депрессивными симптомами, клинической ремиссией и реакцией на антидепрессивную терапию.

**Материал и методы.** Обследовано 222 пациента с текущим депрессивным эпизодом или рецидивирующим депрессивным расстройством в возрасте от 20 до 60 лет. Тяжесть депрессивных симптомов оценивается по шкале Гамильтона (HDRS-17) и шкале общего клинического впечатления о тяжести заболевания (CGI-S) до начала терапии, на 14-й и 28-й дни терапии. Выраженность типичных и атипичных депрессивных симптомов оценивали по шкалам SIGH-SAD. Ответ на антидепрессивную терапию оценивался по шкале HDRS-17 и CGI-I на 14-й и 28-й дни терапии. Оценочные клинические исследования проводятся по шкалам HDRS-17 и CGI-S на 28-й день лечения. Генотипирование полиморфных вариантов генов проводили с помощью системы MassARRAY® (Agena Bioscience™). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы Stastica, v.12.

**Результаты.** Была определена частота встречаемости генотипов и аллелей 29 полиморфных вариантов генов рецепторов серотонина HTR1A (rs6295, rs1364043, rs10042486, rs1800042, rs749099), HTR1B (rs6298, rs6296, rs130058), HTR2A (rs6311, rs6313, rs6314, rs7997012, rs1928040, rs9316233, rs2224721, rs6312), HTR2C (rs6318, rs5946189, rs569959, rs17326429, rs4911871, rs3813929, rs1801412, rs12858300), HTR3A (rs1062613, rs33940208, rs1176713), HTR3B (rs1176744), HTR6 (rs1805054) и 9 полиморфных вариантов генов ферментов синтеза и метаболизма серотонина MAO-A (rs6323, rs1137070), TRH1 (rs1800532, rs7933505, rs684302), TRH2 (rs7305115, rs4290270, rs1386494, rs1487278) в группах респондеров и нереспондеров.

Генотип C/C гена HTR2A был более распространенным в группе респондеров (52,0%) по сравнению с группой не отвечающих на лечение (37,3%) (OR=0,55, 95% CI=0,31 – 0,96) (p=0,04), оцененной по шкале Гамильтона на 14-й день терапии. Кроме того, были обнаружены существенные различия для rs6314 гена HTR2A: аллель T был более распространенным среди респондеров (11,4%) по сравнению с группой без ответа на терапию (3,6%) (OR=0,29, 95% CI=0,12–0,71) (p=0,004). Генотипы T/T и T/C также были значительно более частыми в группе респондеров (1,1% и 20,7% соответственно) по сравнению с группой без ответа на терапию (0,0% и 7,3%) (p=0,02). Полиморфные варианты rs6298, rs6296, rs130058 гена HTR1B были связаны с ответом на терапию, оцененным по шкале CGI-I на 28-й день.

Ассоциаций полиморфных вариантов генов ферментов синтеза и метаболизма серотонина (MAO-A, TRH1, TRH2) с типом течения депрессивного расстройства, наличием атипичных депрессивных симптомов, клинической ремиссией и ответом на антидепрессивную терапию выявлено не было.

**Заключение.** Исследование показало, что полиморфные варианты rs6313 и rs6314 гена рецептора серотонина HTR2A связаны с более ранним терапевтическим ответом в течение первых двух недель лечения антидепрессантами, оцененным по шкале HDRS-17. Полиморфные варианты rs6298, rs6296 и rs130058 гена рецептора серотонина HTR1B связаны с относительно замедленным ответом (к 28-му дню) на антидепрессивную терапию, оцененную по шкале CGI-I.

#### **Литература**

1. Nautiyal K.M., Hen R. Serotonin receptors in depression: from A to B. *F1000Research*. 2017; 6, 123. DOI: 10.12688/f1000research.9736.1
2. Levchenko A., Losenkov I.S., Vyalova N.M., Simutkin G.G., Bokhan N.A., Ivanova S.A., Wilffert B., Loonen A.J.M. The functional variant rs334558 of GSK3B is associated with remission in patients with depressive disorders. *Pharmacogenomics and Personalized Medicine*. 2018; 11, 121–126. DOI: 10.2147/PGPM.S171423
3. Losenkov I.S., Vyalova N.M., Simutkin G.G., Bokhan N.A., Ivanova S.A. An association of AKT1 gene polymorphism with antidepressant treatment response. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2016; 17(3), 239–242. DOI: 10.3109/15622975.2015.1112921
4. Kulikov A.V., Gainetdinov R.R., Ponimaskin E., Kalueff A.V., Naumenko V.S., Popova N.K. Interplay between the key proteins of serotonin system in SSRI antidepressants efficacy. *Expert Opin Ther Targets*. 2018; 22(4), 319–330. DOI: 10.1080/14728222.2018.1452912

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ**

**Муранова Т.Ю., Чиган М.Н.**

**Алтайский краевой наркологический диспансер, Барнаул, Россия**

---

Обстановка, связанная с незаконным оборотом наркотиков на территории Алтайского края, претерпела серьезные изменения. Наркотические средства синтетического происхождения стали неотъемлемой частью наркорынка и занимают лидирующие позиции по масштабам их распространенности. Многие наркопотребители перешли на синтетические заменители традиционных наркотиков, о чем свидетельствуют данные химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» (далее – КГБУЗ АКНД). В 2018 г. сохранилась тенденция к употреблению населением психостимуляторов и каннабиноидов растительного происхождения. В основном на «черном рынке» распространены психостимуляторы синтетического происхождения (катиноны) под общим названием «скорость».

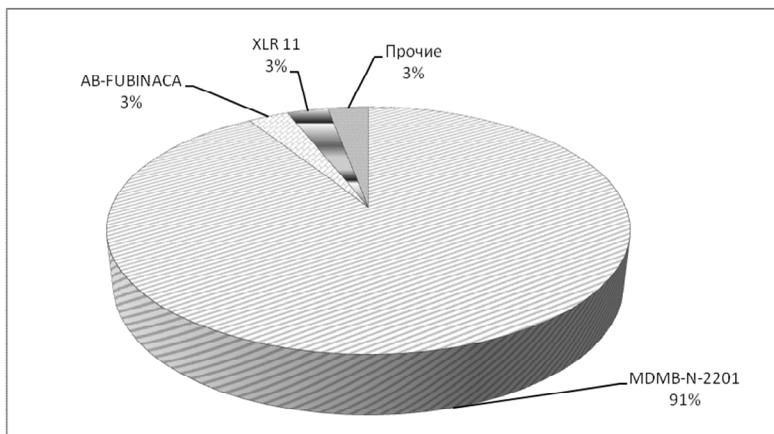
За период с 2013 г. по 2018 г. в соответствии с данными химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ АКНД количество выявленных потребителей опиатов уменьшилось в 4,9 раза. Для сравнения: в 2013 г. – 34,7% (842 человека), в 2018 г. – 10,5% (173 человека). Вместе с тем увеличилась доля выявленных потребителей синтетических наркотиков (спайсы,  $\alpha$ -PVP,  $\alpha$ -PTP, MDPV, амфетамины и др.) до 38,8% (650 человек).

За прошедший год правоохрательными органами и медицинскими организациями края направлено на химико-токсикологические исследования 4 870 человек, выявлено 2 240 (46%) потребителей наркотических средств и психотропных веществ. Из них потребителей синтетических наркотиков – 650 человек (38,8%), в том числе психостимуляторов – 572 человека, спайсов – 76 человек, фентанила – 2 человека (71 человек из перечисленных управляли транспортным средством).

**Т а б л и ц а. Структура выявленных наркотических веществ в 2016–2018 гг. (по данным химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ АКНД)**

Год	Опиаты	Каннабиноиды	Скорость	Спайсы
2016	94	826	545	240
2017	145	803	455	42
2018	173	853	572	76

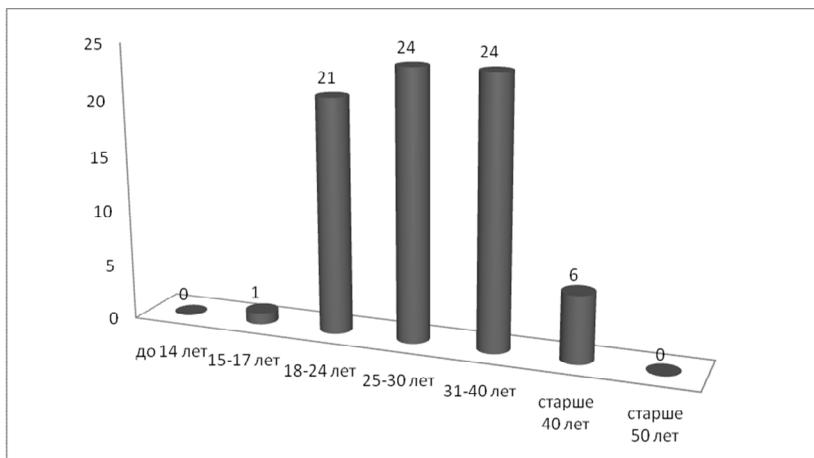
Структура выявленных наркотических средств в 2018 г. выглядит следующим образом: 853 человека – потребители каннабиноидов, 572 – психостимуляторов, 42 – синтетических каннабиноидов, 145 – потребители опиатов. Удельный вес женщин с зависимостью от наркотических веществ в общем числе наблюдаемых больных – 13,6%, доля мужчин – 86,4%, соотношение 1:7,3. Самый высокий показатель зарегистрированных больных наркоманией отмечается в возрасте 20–39 лет – 76,30% (т.е. в трудоспособном возрасте), на втором месте находятся больные старше 40 лет – 22,1%, на третьем месте – молодежь 18–19 лет (1,18%), доля подростков минимальна (0,03%). Среди детей случаев наркомании не зарегистрировано. В прошедшем году отмечалось увеличение выявленных потребителей опиатов в 1,8 раза по сравнению с 2016 г. Уменьшилась доля выявленных потребителей синтетических каннабиноидов (спайсов) с 14% в 2016 г. до 4,5% в 2018 г. от общего числа выявленных потребителей наркотиков. Количество выявленных потребителей психостимуляторов в прошедшем году увеличилось на 25,5% в сравнении с 2017 г. (в 2018 г. – 572 человека, в 2017 г. – 455 человек). Каннабиноиды растительного происхождения стабильно занимают лидирующие позиции при выборе на «черном рынке» у наркопотребителей (853 человека).



Р и с у н о к 1. Структура выявленных видов спайсов по видам за 2018 г.

В 2018 г. у потребителей спайсов наиболее часто выявляются MDMB-N-2201 (91,0%), AV-FUBINACA (3,0%), XLR 11 (3,0%).

Установление фактов употребления и идентификация синтетических наркотических средств (спайсы,  $\alpha$ -PVP,  $\alpha$ -PTP, MDPV) производится на газовых хроматографах с масс-селективным детектором «МАЭСТРО». На данном оборудовании проведено 4 280 исследований, выявлено 2 060 потребителей наркотиков.



Р и с у н о к 2. Структура потребителей спайсов по возрастам за 2018 г.

В 2018 г. выявлены потребители ранее не встречающихся в Алтайском крае синтетических наркотических средств: фентанил – опиоидный анальгетик, по действию в 100 раз превосходящий морфин («белый китаец»); метадон – наркотическое средство, относящееся к синтетическим опиоидам и оказывающее действие, схожее с морфином, имеет значительный наркотический эффект; мефедрон – синтетический психостимулятор, оказывающий стимулирующее и возбуждающее действие на нервную систему, вызывает стойкое привыкание («магия», «меф», «мяу-мяу»); 5-Fluoro-AB-PINACA – синтетический каннабиноид (спайс, курительная смесь). Наиболее высокий показатель выявляемых потребителей психоактивных веществ отмечается среди граждан трудоспособного возраста от 18 до 40 лет.

На сегодняшний день возникают определенные трудности в идентификации состава синтетических наркотиков, связанные с отсутствием стандартных образцов для сравнения и с постоянно меняющимся составом соединения в ответ на введение запретительных мер их оборота. Современное оборудование, внедрение новых методик газовой хроматографии с масс-селективным детектированием и регулярное обновление библиотек масс-спектрами новых наркотических средств позволяет выявлять ранние стадии наркозависимости или скрытые формы наркомании, контролировать процесс лечения, оценивать стойкость ремиссии.

## **ПРОМЫШЛЕННАЯ НАРКОЛОГИЯ КУЗБАССА – ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕХНОГЕННЫХ ПРОИЗВОДСТВ**

**Никитин П.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И.,**

**Люлина И.Л., Кирина Ю.Ю., Зарубина Н.Г.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, Кемерово, Россия**

---

В марте 2019 г. на Всероссийском совещании по промышленной безопасности в Междуреченске обсуждалась тема профилактики антинаркотических мероприятий на опасном производстве и решение этой задачи наркологической службой Кузбасса.

В настоящее время российское законодательство не предусматривает комплексного подхода к профилактике употребления психоактивных веществ (ПАВ) на предприятиях угольной промышленности, но для Кузбасса, все шахты и разрезы которого относятся к категории особо опасных, проблема употребления ПАВ и алкоголя остается особенно актуальной.

В 2006–2007 гг. в регионе, по итогам проведенных мероприятий в 2005 г. совместно с наркологической службой и Управлением Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по Кемеровской области, были приняты областные законы «О мерах по выявлению на территориях угледобывающих и горнорудных предприятий лиц, находящихся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения» и «Об усилении ответственности за нарушение условий безопасности и охраны труда в организациях угольной промышленности».

В результате практически на всех предприятиях угольной отрасли Кузбасса были открыты кабинеты для проведения предсменных и послесменных, медицинских осмотров и проводились рейды наркологического контроля совместно с врачами психиатрами-наркологами по выявлению лиц, употребляющих алкоголь, наркотические средства и психотропные вещества. В результате количественно выявляемых работников с признаками употребления ПАВ сократилось в 7 (!) раз.

В настоящее время на многих предприятиях осуществляется контроль выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя при прохождении работников через проходные, скрининговое обследование на наличие наркотических средств и психотропных веществ в организме.

Однако со временем на наркотическом рынке, в том числе и Кузбасса, появились синтетические наркотические средства, вызывающие тяжелые психические расстройства при отсутствии внешних признаков употребления и не выявляемые обычным тестированием. Поэтому на совещании в Междуреченске производственникам рекомендовали для проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медосмотров с целью определения ПАВ оснастить кабинеты диагностическими приборами нового поколения. Мы также выяснили, что работодатели перестали обращать внимание на факты трудоустройства на опасные производства наркотозависимых. Дело в том, что предварительные и периодические осмотры сегодня можно пройти в частных медицинских организациях, не имеющих наркологических баз данных и не проводящих лабораторные исследования, предусматривающие определение в организме человека наркотических средств. Кроме того, внутрисменные осмотры на предприятиях сейчас вообще не проводятся, что может способствовать употреблению наркотических средств и алкоголя на рабочих местах. Следует отметить, что на многих крупных угледобывающих и горнорудных предприятиях есть участки, расположенные отдаленно. Значит, для проведения медосмотров (предсменных, послесменных и внутрисменных) должны быть организованы специально оборудованные передвижные медпункты.

С 2005 г. по 2017 г. областной наркологической службой установлены конструктивные партнерские отношения с административными органами всех крупных и средних горнорудных и угледобывающих предприятий Кемеровской области. Осуществляется сотрудничество в плане организации и проведения медицинских осмотров, направления на медицинское освидетельствование, отстранения страдающих наркологическими расстройствами от выполнения профессиональных обязанностей, информирование о новых наркотических средствах, распространенных на территории Кузбасса, признаках их употребления и методах выявления.

Систематическое обследование лиц со скрытым злоупотреблением алкоголя и не способных в связи с этим выполнять свои служебные обязанности и нарушающих в связи с этим фактом трудовую дисциплину по предлагаемой нами к внедрению современной методике качественного и количественного определения карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови должно привести к уменьшению количества пьяных на производстве. В то же время для Кузбасса остается актуальной проблема внезапных смертей, которые зачастую связаны с хронической алкогольной интоксикацией, что в свою очередь оборачивается финансовыми убытками для работодателей.

Сотрудники наркологической службы не только обучают медработников предприятий по вопросам проведения предсменных и послесменных медицинских осмотров лиц, занятых на опасных работах, а также вопросам диагностики признаков употребления и состояний опьянения, вызванных приемом различных психоактивных веществ, но и взаимодействуют с надзорными ведомствами и Администрацией области. Особое внимание уделяют необходимости оснащения предприятий средствами выявления современных наркотиков.

Сотрудниками областной наркологической службы рекомендуется работодателям внедрять систему неожиданных, масштабных, одномоментных рейдов, охватывающих весь контингент сотрудников. Шахтерам и горнякам должно быть предложено оказание специализированной помощи с последующим возвращением к работе. Кроме того, врачебные комиссии решают вопросы перевода на менее опасный участок или направления на лечение.

Считаем, что планомерное и регулярное проведение областной наркологической службой медицинских осмотров и ежегодных рейдов на угольных предприятиях региона должна быть утверждена на законодательном уровне, а контроль качества обследования работников угольной отрасли промышленности со стороны надзорных органов – усилен.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПРАВОНАРУШЕНИЙ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

**Никитин П.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И.,**

**Люлина И.Л., Селедцов А.М.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

Важным аспектом в профилактике правонарушений несовершеннолетних является раннее выявление потребителей наркотических средств среди детей и подростков. В связи с этим эффективное выполнение требований Федеральных законов Российской Федерации от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 16.06.2014 № 658 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 № 581н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ» в настоящее время является дополнительной мерой по противодействию распространению наркотической зависимости среди несовершеннолетних и молодежи.

Государственный антинаркотический комитет (далее – ГАК), обсудив реализацию положений законодательства РФ по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, признал необходимость введения обязательного социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся образовательных организаций. Для этого Министерству образования и науки РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ было поручено подготовить и внести на рассмотрение ГАКа проекты нормативных правовых актов, предусматривающих внесение изменений в законодательство РФ в части установления обязательности мероприятий в целях раннего выявления наркопотребите-

лей, проект «дорожной карты», предусматривающей организационное, информационное и методическое сопровождение указанных мероприятий, а также обеспечить применение единой методики проведения социально-психологического тестирования и её апробацию.

В связи с вышеизложенным Департаментом государственной политики в сфере защиты детей Министерства просвещения РФ разработана единая методика социально-психологического тестирования обучающихся, направленного на раннее выявление факторов риска вовлечения в незаконное потребление наркотических средств и психотропных веществ, апробация которой была поручена Кемеровской области.

Антинаркотической комиссией Кемеровской области утвержден алгоритм действий общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций, образовательных организаций высшего образования по организации мероприятий раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся, проводимых совместно с медицинскими наркологическими организациями, подведомственными департаменту охраны здоровья населения Кемеровской области («Дорожная карта»).

Алгоритм совместных действий включает в себя 5 основных этапов: 1) информационно-коммуникационная компания с родителями или иными законными представителями обучающихся и мотивационной работы с обучающимися в образовательных организациях для повышения активности участия и снижения количества отказов от социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся; 2) социально-психологическое тестирование; 3) обработка и анализ результатов для формирования списка образовательных организаций (классов и учебных групп), обучающиеся которых направляются на профилактический медицинский осмотр и информирование об этом руководителей соответствующих образовательных организаций; 4) профилактические медицинские осмотры обучающихся; 5) подведение итогов проведения в образовательных организациях мероприятий по раннему выявлению незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ обучающимися.

Социально-психологическое тестирование в образовательных организациях Кемеровской области было проведено сотрудниками ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» и специалистами подразделений наркологической службы Кемеровской области в соответствии с приказом департамента образования и науки Кемеровской области от 10.01.2019 № 19 в период с 11 января по 10 апреля 2019 г.

Социально-психологическое тестирование осуществлено с использованием автоматизированной программы, разработанной ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», с целью выявления группы обучающихся, имеющих психологические факторы риска развития зависимого поведения (в том числе возможного вовлечения в употребление наркотических средств и психотропных веществ). Применение автоматизированной программы позволило провести тестирование в более сжатые сроки (с учетом карантина по гриппу в феврале 2019 г.). Тестирование выполнено с соблюдением условий о полной конфиденциальности (согласно законодательству РФ), что значительно сократило количество отказов (как со стороны родителей/законных представителей, так и обучающихся) от участия в тестировании.

Социально-психологическое тестирование проводилось с учетом методического комплекса по выделению вероятностных предикторов возможного вовлечения обучающихся в потребление наркотических средств. Комплекс рекомендован Минобрнауки (письмо от 22.12.2015 № 07-4351). Авторы данного комплекса подчеркивают, что он выявляет некоторые личностные характеристики, связанные с потенциальным рискованным поведением, особенности стратегий при решении жизненных проблем, особенности отношения с родителями или другими близкими. При этом они уточняют, что данное рискованное поведение не обязательно может быть связано с риском вовлечения в употребление наркотических средств, но и с любыми другими рисками. Методика не может быть использована для формулировки заключения о наркотической или иной зависимости респондента. В этом случае можно говорить только о риске дезадаптивного поведения, которое не обязательно может быть связано с вовлечением в употребление ПАВ.

В социально-психологическом тестировании обучающихся образовательных организаций Кемеровской области приняли участие учащиеся 705 образовательных организаций, в том числе общеобразовательных – 633, профессиональных – 68, высших – 4, что составило 94% образовательных организаций Кемеровской области, запланированных к тестированию. Социально-психологическое тестирование не проводилось в начальных школах. Общее количество обучающихся общеобразовательных организаций: 103 543 человека, из них прошло тестирование 99 495 (96%) учащихся, оформили отказы 2,9%. Среди студентов профессиональных образовательных организаций общее количество тестируемых составило 49 581 человек, из них прошло тестирование 42 143 (85%) учащихся, оформили отказы 2,1%.

По результатам проведенного социально-психологического тестирования в Кемеровской области были сформированы группы обучающихся общей численностью 5 626, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру. По итогам проведенного анкетирования будет рассматриваться вопрос о внедрении данной методики социально-психологического тестирования в других субъектах РФ. Таким образом, внедрение единой методики социально-психологического тестирования обучающихся общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций и организаций высшего образования внесет существенный вклад в профилактику правонарушений среди несовершеннолетних.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ**

**Обеснюк О.А., Обеснюк В.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

**Актуальность проблемы.** Среди пациентов, обращающихся к терапевтам, пульмонологам, кардиологам и госпитализирующихся в терапевтические отделения, особую группу составляют больные с разнообразными жалобами, у которых при тщательных повторных обследованиях не удается обнаружить объективных изменений со стороны внутренних органов. Особенности клинической симптоматики, состояние психоэмоциональной сферы больных и их поведенческие реакции, наряду с негативными данными объективного обследования, позволяют предполагать у данной категории пациентов психогенный характер имеющихся расстройств (Смулевич А.Б., 2011).

Гипервентиляция (учащенное дыхание) – это увеличение легочной вентиляции неадекватно уровню газообмена в организме. Гипервентиляция ведет к избыточному выделению углекислого газа (CO<sub>2</sub>) из организма, развитию гипокапнии со снижением парциального давления углекислого газа в альвеолярном воздухе и кислорода в артериальной крови. По данным отечественных авторов, гипервентиляционный синдром наблюдается у 6–11% пациентов, обращающихся за медицинской помощью. Заболеванию подвержены люди различных возрастных категорий, включая пожилых и детей (Александровский Ю.А., 2009; Смулевич А.Б., 2011). Женщины болеют в 4–5 раз чаще мужчин.

**Цель:** изучение особенностей клинических и нейрофизиологических проявлений гипервентиляционного синдрома (ГВС) у пациентов, обращающихся за помощью в отделение неврозов.

Критериями отбора больных явилось наличие у них проявлений синдрома гипервентиляции.

**Материал исследования.** Нами было проанализировано 56 историй болезней пациентов, пролеченных в течение 2017–2018 гг. в отделении для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами.

Клиническим проявлением психогенной гипервентиляции является усиленное глубокое дыхание, не вызванное физической нагрузкой, субъективно воспринимаемое как дыхательный дискомфорт, ощущение недостатка воздуха, необходимости усиления дыхания и вместе с тем затруднения его, потребность сделать дополнительный более глубокий вдох, а иногда несколько вдохов с участием вспомогательных мышц, чтобы «продохнуть» и получить чувство удовлетворения.

Среди многообразия симптоматики прослеживается типичная триада: дыхательная дисфункция, нарушения со стороны эмоциональной сферы, мышечно-тонические феномены.

**Обсуждение результатов.** Проведя анализ историй болезни, было выявлено, что расстройства дыхания представлены четырьмя формами.

У пациентов первой группы (23 человека – 41%) отмечалось субъективное ощущение нехватки воздуха («пустое дыхание»), заставляющее больного делать более глубокие и/или частые вдохи. Вторую группу (13 – 23,2%) составили пациенты с затруднённым дыханием, которое характеризовалось ими как «зажатость при вдохе», «ком в горле», «затруднение поступления воздуха в лёгкие». Объективно отмечалось аритмичное усиленное дыхание с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры. Третья группа (4 – 7,2%) была самой малочисленной, затруднения дыхания проявлялись расстройством дыхательного автоматизма и сопровождалась ощущением остановки дыхания, побуждающим пациента постоянно следить за дыхательным процессом и сознательно его «контролировать». Четвёртая группа (16 – 28,6%) включала пациентов с гипервентиляционным эквивалентом, в качестве которого выступали зевота, глубокие вздохи, сопение и кашель.

Эмоциональные нарушения представлены в виде тревожно-ипохондрических и фобических проявлений. Пациенты отмечают постоянное нервное напряжение, повышенное беспокойство, утрату способности расслабляться. Боязнь открытых пространств (агорафобия) и публичных мест (социофобия) подкрепляется усугублением в них дыхательных расстройств.

Фобии у данных пациентов чаще всего носят характер ипохондрических страхов за свое здоровье. Переживания ипохондрического характера порой усиливались до состояния выраженной тревоги, паники, сопровождались возникновением страха смерти, часто являясь проявлением панических атак. Мышечно-тонический синдром представлен парестезиями, проявляющимися в виде ощущения «ползания мурашек», онемения, жжения, покалывания в разных частях тела, тоническими судорогами дистальных отделов верхних и нижних конечностей, мышечными спазмами. При анализе основных психотравмирующих воздействий наиболее значимыми для пациентов были семейные конфликты, бытовые неурядицы, ломка привычного жизненного стереотипа, обострение или опасение затяжной соматической болезни у самого или близкого родственника, неприятия по службе, материально-финансовые проблемы, сексуальное травмирование (измена или уход супруга), переживания по поводу начинающегося физического увядания, утрата внимания со стороны партнера.

При расспросе больных обращало на себя внимание, что предъявляемые жалобы излагались образно, драматизировано, с яркой эмоциональной окраской. Повышенная внушаемость пациентов с невротическими расстройствами содействовала «переводу» и «переходу» представлений в стойкую картину ипохондрических состояний. Происходила фиксация внимания на имеющихся ощущениях, в результате чего пациенты постоянно предъявляли и демонстрировали тяжесть своего «невыносимого страдания». Больные активно искали помощи, обращаясь к разным узким специалистам, проходили разнообразные обследования, им назначались различные лекарственные препараты.

При электрофизиологическом исследовании у пациентов с картиной ГВС выявляются патологические нарушения в диэнцефальных структурах мозга, соответствующие проявлению клиники диэнцефальных симптомов: повышение вегетативной возбудимости, нарушение обменных процессов. На ЭЭГ выявляется разный уровень дисфункции стволовых структур, сопровождающийся усилением восходящих неспецифических активирующих влияний ретикулярной формации и проявляющийся десинхронизацией. При более сильной дисфункции стволовых структур на ЭЭГ повышается влияние синхронизирующих систем. Параллельно процессу распространения дисфункции по стволовым структурам в каудальном направлении нарастает степень дисфункции, что проявляется на ЭЭГ ростом амплитуды биопотенциалов и проявлением всплеск от единичных до сплошной генерализованной активности, что, как правило, маскирует локальные изменения на ЭЭГ, чем в значительной степени затрудняет топическую диагностику.

При периодометрическом анализе усредненных значений получены следующие результаты: индекс альфа-активности – до 60%, индекс бета-активности – от 9% до 30%, индекс тета-активности – до 38%, индекс дельта-активности – до 15%. Данная картина ЭЭГ свидетельствует о наличии умеренных и значительных изменений, в основном регуляторного характера, за счет выраженной дисфункции диэнцефальных структур мозга.

**Выводы.** Проведенное исследование показало, что гипервентиляционный синдром отличается многочисленностью и полиморфизмом возникающих симптомов. При электрофизиологическом исследовании преобладает альфа-активность и выявленные нарушения свидетельствуют о наличии выраженной дисфункции диэнцефальных структур.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОК ЖЕНСКОГО ПОЛА: ДАННЫЕ ЗА 20 ЛЕТ**

**Олейчик И.В., Юнилайнен О.А., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.  
Научный центр психического здоровья, Москва, Россия**

---

**Введение.** Актуальность изучения депрессивных состояний юношеского возраста обусловлена их негативными последствиями как для здоровья молодёжи в целом, так и в плане развития общества. В связи с социальной значимостью данных состояний профилактика юношеских депрессий и охрана психического здоровья подростков является одной из приоритетных стратегий развития ВОЗ на 2016–2030 гг. Под юношескими депрессиями понимают психические расстройства в виде состояний патологически сниженного настроения с манифестацией в юношеском возрасте, т.е. между 16 и 25 годами, длительностью свыше 2 недель, что часто приводит к выраженной социальной и учебной дезадаптации [Цуцурковская М.Я., Олейчик И.В., 2000]. Возрастные психологические особенности, незрелость психических функций определяют высокую частоту антивитаальных тенденций данной когорты больных (суицид занимает третье место среди причин смерти молодёжи 15–19 лет). В патогенезе юношеских депрессий важную роль играют не только психологические и нейробиологические, но и социальные факторы, в связи с чем изучение патоморфоза клинических и психопатологических особенностей данных состояний под влиянием социокультуральных общественных трансформаций представляется крайне актуальным.

**Цель:** провести сравнительный анализ динамики клинико-психопатологических проявлений, а также суицидального поведения и аутоагрессивных действий в рамках юношеских депрессий у больных женского пола за последние 20 лет.

**Материал и методы.** Выполнено поперечное скрининговое исследование с последовательным набором пациенток с депрессиями различной тяжести и разной нозологической принадлежности, в возрасте от 16 до 25 лет, медиана возраста составила 18 [17–20] лет. Обследовано 50 девушек (клиническая группа), которые находились на стационарном и амбулаторном лечении в отделении приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний в ФГБНУ НЦПЗ за период с июля 2016 г. по июль 2019 г. Методы исследования: клинико-психопатологический и клинико-катамнестический.

Для уточнения патоморфоза клинических проявлений депрессивно-го расстройства выполнено изучение архивных историй болезни 40 пациенток с юношескими депрессиями (группа сравнения), сопоставимых с основной группой по возрасту, продолжительности заболевания и нозологическому распределению, проходивших стационарное лечение в том же отделе в НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН за период с 1995 г. по 1997 г.

**Результаты.** Депрессивные состояния у 50 пациенток клинической группы относились к следующим диагностическим рубрикам МКБ-10: шизотипическое расстройство (F21.4, F21.3) – 19 (38%), биполярное аффективное расстройство (F31.4, F31.5) – 8 (16%), шизофрения с приступообразным течением (F20.01) – 13 (26%), циклотимия (F34.0) – 5 (10%), расстройство личности (F61.0) – 5 (10%).

Нозологическая оценка депрессивных расстройств по классификации, традиционно принятой в ФГБНУ НЦПЗ, в клинической группе больных дала следующие результаты: аффективное заболевание – 13 чел. (26%), в том числе маниакально-депрессивный психоз – 8 чел. (16%), циклотимия (как амбулаторный вариант МДП) – 5 чел. (10%), шизофрения малопрогрессирующая с фазными биполярными аффективными расстройствами – 19 чел. (38%), шизофрения с приступообразным течением и биполярными аффективными колебаниями – 13 человек (26%), расстройство личности с наличием биполярных аффективных фаз – 5 чел. (10%). Таким образом, монополярного течения в виде только депрессивных состояний не отмечалось, что можно объяснить тем фактом, что исследование проводилось на материале больных юношеского возраста.

По классификации юношеских депрессий, разработанной в ФГБНУ НЦПЗ, выделены клинические варианты данных состояний: депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности (18%), деперсонализационные депрессии (20%), истеродепрессии с бредоподобным фантазированием (16%), дисморфофобические депрессии, в том числе с нарушением пищевого поведения (18%), явлениями метафизической интоксикации (4%) и экзистенциальными проявлениями (12%), гебоидные депрессии (4%), меланхолические депрессии (2%), психастенические депрессии (2%), сенесто-ипохондрические (2%), обсессивно-фобические депрессии (2%) (рис.1).



**Р и с у н о к 1. Частотное распределение типологических вариантов юношеских депрессий (2016–2019 гг.)**

У 40 пациенток группы сравнения депрессивные состояния относились к нозологиям: шизотипическое расстройство (F21.4, F21.3) – 17 (42,5%), биполярное аффективное расстройство (F31.4, F31.5) – 7 (17,5%), параноидная шизофрения (F20.01) – 5 (12,5%), циклотимия (F34.0) – 8 (20%), расстройство личности (F61.0) – 3 (7,5%). По традиционной классификации ФГБНУ НЦПЗ проведена диагностическая оценка депрессивных расстройств в клинической группе: аффективное заболевание – 15 чел. (37,5%), в том числе маниакально-депрессивный психоз – 7 (17,5%), циклотимия (как амбулаторный вариант МДП) – 8 (20%), шизофрения малопрогрессирующая с фазными биполярными аффективными расстройствами – 19 (42,5%), шизофрения с приступообразным течением и биполярными аффективными колебаниями – 5 (12,5%), расстройство личности с наличием биполярных аффективных фаз – 3 (7,5%).

В группе сравнения встречались следующие варианты юношеских депрессий: депрессии с проявлениями юношеской астенической несостоятельности (20%), деперсонализационные депрессии (15%), истеродепрессии с бредоподобным фантазированием (12,5%), дисморфофобические депрессии, в том числе с нарушением пищевого поведения (7,5%), явлениями метафизической интоксикации (5%) и экзистенциальными проявлениями (5%), гебоидные депрессии (12,5%), психастенические депрессии (2,5%), меланхолические депрессии (7,5%), сенесто-ипохондрические депрессии (7,5%), обсессивно-фобические депрессии (5%). Сравнительный анализ типологии юношеских депрессий в клинической и катамнестической группах представлен на рисунке 2.

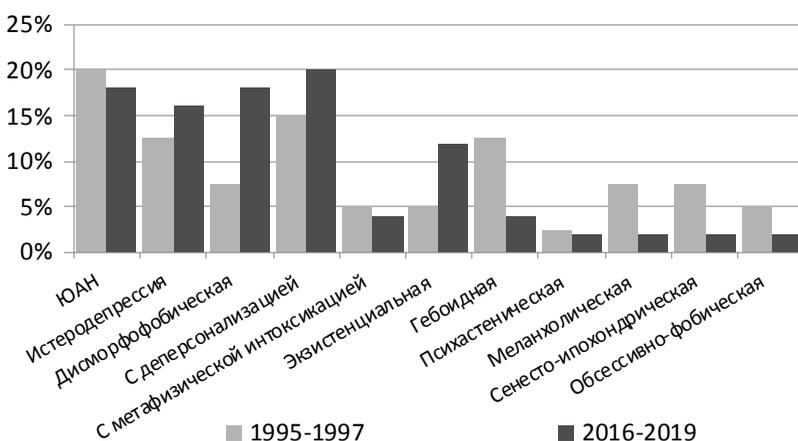


Рисунок 2. Сравнение спектров распределения типологических вариантов юношеских депрессий в клинической и катамнестической группах

Т а б л и ц а 1. Сравнительный анализ суицидальных и аутоагрессивных тенденций между группами (абс.,%)

Показатель	2016–2019 гг.	1995–1997 гг.
Суицидальные тенденции (попытки самоубийства, планы суицида, мысли о нежелании жить)	41 из 49 84%	28 из 40 70%
Попытки самоубийства	15 из 49 30%	18 из 40 45%
Аутоагрессивные тенденции (самопорезы, ожоги)	37 из 49 76%	3 из 40 7,5%

**Выводы.** Таким образом, выполненное исследование позволило выделить наиболее распространённые в настоящее время клинические типы депрессий у девушек. Показано, что у них наиболее часто встречаются дисморфофобические депрессии (в том числе с нарушением пищевого поведения) и истеродепрессии с бредоподобным фантазированием. При сравнении с катamnестической группой пациенток, обследованных в 1995–1997 гг., отмечается значительное увеличение частоты экзистенциальных и дисморфофобических депрессий. Последнее, вероятно, отражает направленность социально-культуральных трендов в современном обществе. Заслуживает внимания и тот факт, что при сопоставимых показателях частоты суицидальных тенденций и попыток самоубийств как в клинической, так и в катamnестической группах отмечается резкое увеличение в современных условиях распространённости аутоагрессивных действий без суицидальной направленности (более чем в 10 раз). Таким образом, данное исследование позволяет констатировать значительные изменения как в психопатологической структуре депрессивных состояний у девушек, так и в характере аутоагрессивных действий при них. Данные выводы представляют практическую значимость в плане своевременной диагностики депрессий, а также в прогнозировании возможных поведенческих нарушений у исследуемой когорты больных.

## **РАБОТА ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

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

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

В 2009 г. на базе 21-го общепсихиатрического отделения КОКПБ для лечения неотложных состояний в психиатрии организована палата реанимации, интенсивной терапии психических расстройств и экстракорпоральных методов лечения. Основными задачами палаты реанимации является снижение внутрибольничной летальности, оказание квалифицированной специализированной помощи экстренным больным с неотложными состояниями (ургентными психическими заболеваниями), использование эфферентных методов лечения.

**Целью** данного исследования являлся анализ причин госпитализации в палату реанимации, длительности нахождения пациентов в палате реанимации, определение основных причин летальности за последние 3 года (2016–2018 гг.).

**Материалы и методы.** Работа основана на данных анализа сплошным методом изучения медицинских карт стационарного больного пациентов, проходивших лечение в палате реанимации 21-го общепсихиатрического отделения КОКПБ.

**Результаты и обсуждение.** За последние 3 года в палате реанимации было пролечено 232 пациента, большинство из которых составляли мужчины (174 – 75%), четвертую часть – женщины (58 – 25%). Выявлено распределение пролеченных пациентов по годам: в 2016 г. – 79 человек, в 2017 г. – 82, в 2018 г. – 71. Общий койко-день за 3 года составил 1675 к/д. Средний койко-день в 2016 г. составил – 7,9, в 2017 г. – 7,42, в 2018 г. – 7,0. Выявлено преобладание мужских коек над женскими (58% против 42%).

В палату реанимации чаще всего госпитализировались пациенты с тяжелыми делириями – 96 человек (41,4%), пневмониями – 51 (22%), нестабильностью гемодинамики – 19 ю(8,2%), отказом от еды, кахексией, водно-электролитными нарушениями – 11 (4,7%), учащением эпилептиформных приступов, с эпистатусом – 15 (6,5%), гипо- и гипергликемическими комами – 13 (5,6%), шизофренией (кататонический ступор или возбуждение и фебрильные приступы) – 7 (3%), тяжелым нейролептическим синдромом – 7 (3%). Другие причины госпитализации в палату реанимации: анемия – 2, явления перитонита – 2, рак – 1, внутричерепная гематома – 4, сепсис – 1, аспирации – 3, всего 13 человек (5,6%). Вторая по частоте причина госпитализации – пневмония. Среди данной категории больных необходимо выделить 2 группы: пациенты, перенесшие госпитальную пневмонию (22 человека), и пациенты с внебольничной пневмонией (29 человек). Нозокомиальная пневмония наблюдалась у лиц, страдающих алкоголизмом (8 случаев), при деменции (7 случаев), при шизофрении (4 случая), органическом заболевании головного мозга (3 случая). Внебольничная пневмония в 90% случаев наблюдалась у лиц, страдающих алкоголизмом.

Летальность в палате реанимации за последние 3 года составила 12% (28 человек), за этот период снизилась смертности в палате реанимации (2016 г. – 13 человек, 2017 г. – 9, 2018 г. – 6). Среди причин смертности преобладают интеркуррентные заболевания – пневмонии. Следующий по частоте – отек головного мозга, который является патогенетическим звеном в структуре острой алкогольно-токсической энцефалопатии и делирия (4 пациента). На третьем месте – тромбоэмболия легочной артерии, которая является смертельным осложнением сопутствующих заболеваний, тромбозов глубоких вен нижних конечностей, варикозных расширений вен нижних конечностей (3 пациента) и прогрессирующая сердечная недостаточность (2 случая).

**Выводы.** Выявлены наиболее частые причины перевода в ПРИТ: тяжелые делирии, пневмонии и нестабильность гемодинамики. Проллеживается тенденция к снижению длительности пребывания в палате реанимации за счет применения наиболее эффективных схем лечения пациентов и, как следствие, снижение смертности в палате реанимации. Основная причина смертности в ПРИТ – нозокомиальная пневмония. Функционирование палаты реанимации в условиях психиатрического стационара повышает качество оказания медицинской помощи психически больным и позволяет снизить внутрибольничную летальность.

## **ТЕНДЕНЦИИ НАРКОТИЗАЦИИ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОМАНИИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ**

**Осипова Н.В., Егорова Н.М., Ягченко Е.В.**

**Алтайский краевой наркологический диспансер, Барнаул, Россия**

---

Проблема потребления психоактивных веществ (ПАВ) населением Алтайского края по-прежнему остается достаточно значимой. Несмотря на наметившуюся за последние годы тенденцию к стабилизации, наркологическая ситуация в Алтайском крае продолжает оставаться напряженной. Показатель учтенной распространенности больных с синдромом зависимости от наркотиков по Алтайскому краю с 2015 г. по 2018 г. снизился на 17% (с 20,71 на 100 тыс. населения до 17,4), но превышает аналогичный показатель по РФ на 36% (11,2 на 100 тыс. населения), по СФО на 13% (15,1 на 100 тыс. населения).

В настоящее время, несмотря на то что статистически в структуре потребляемых наркотических веществ в Алтайском крае в 2018 г. продолжает преобладать опийная группа (63,9% – 2016 г., 61% – 2017 г., 51,5% – 2018 г.), на смену таким ПАВ как героин и дезоморфин, пришли синтетические, так называемые дизайнерские наркотики (различные курительные смеси, например, миксы и аромомиксы), энергетические таблетки, «соли»), ставшие наиболее популярными и распространенными в молодежной среде. Так, за период с 2012 г. по 2018 г. в соответствии с данными химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» в 11,5 раза уменьшилось количество выявленных потребителей опиатов (2012 г. – 1994 чел. (56,1%), 2018 г. – 173 чел. (8,5%), но в то же время в 4,3 раза увеличилась доля выявленных потребителей синтетических наркотиков (спайсы,  $\alpha$ -PVP,  $\alpha$ -PTP, MDPV, амфетамины и др.): 2012 г. – 152 чел. (4,3%), 2018 г. – 650 чел. (32,0%).

За 2018 г. по направлению правоохранительных органов и лечебных учреждений Алтайского края в химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ АКНД проведено 4 870 химико-токсикологических исследований, выявлено 2 240 (46%) потребителей наркотических и психотропных веществ, из них синтетических наркотиков – 650 человек, в том числе психостимуляторов – 572, спайсов – 76, фентанила – 2. Изучена структура потребляемых наркотических веществ: растительные каннабиноиды – 853, психостимуляторы – 572, комбинирование наркотических и психотропных веществ – 303, опиаты – 173, психотропные вещества – 263, синтетические каннабиноиды – 6 (наиболее часто потребляемыми спайсами являются MDMB-N-220 – 91%).

Установление фактов употребления и идентификация синтетических наркотических средств (спайсы,  $\alpha$ -PVP,  $\alpha$ -PTP, MDPV) производится на газовых хроматографах с масс-селективным детектором «МАЭСТРО». На данном оборудовании проведено 4 280 исследований, выявлено 2 060 потребителей наркотиков. Наиболее высокий показатель выявляемых потребителей ПАВ отмечается среди лиц трудоспособного возраста (18–40 лет).

Впервые о появлении синтетических ПАВ в России заговорили в 2007 г. Но массовое распространение и употребление их относится к началу 2009 г. Этому способствовали легальность и доступность синтетических наркотиков. Синтетические ПАВ (в том числе и курительные смеси) реализовывались в доступных местах (в киосках, магазинах и т.п.), через Интернет и другие средства связи, а также отдельными физическими лицами в местах массового скопления людей (вокзалы, аэропорты, станции метрополитена, торговые комплексы, рынки) и на прилегающих к ним территориях. Клинические проявления состояния одурманивания у пациентов разнообразны и часто отличаются от классических описаний в литературе. Это связано с тем, что пациенты нередко экспериментируют с составом ПАВ, смешивая их между собой, с лекарственными средствами, алкоголем для усиления эффекта.

У находящегося в состоянии одурманивания человека появляются сухость во рту, покраснение белков глаз, повышение АД, учащенное сердцебиение. Он может ощущать «толчки», «волну», эйфорию, временное усиление двигательной активности, чувство повышенной энергии. Человек теряет способность сосредоточиться, воспринимать мир адекватно, у некоторых возникают галлюцинации (зрительные, слуховые: могут слышаться голоса, звуки), могут появиться тревога и чувство панического страха, развиться психоз – человеку постоянно кажется, что его преследуют, за ним следят. Иногда данные изменения поведения могут длиться достаточно долго.

Общей чертой потребления различных видов синтетических ПАВ является их выраженное негативное влияние на психику человека, провоцирующее развитие психических расстройств, что в последнее время часто приводит к необходимости их дальнейшего лечения в психиатрических учреждениях. Пациенты отмечают, что психоактивный эффект от приема синтетических наркотиков по сравнению с другими ПАВ возникает быстрее, более интенсивен по силе воздействия, при длительной наркотизации становится краткосрочным, что требует для достижения желаемого эффекта увеличения кратности приемов, в связи с чем возрастает вероятность передозировки. Кроме того, сильнейшее привыкание возникает нередко уже после первых проб синтетических ПАВ, проявляясь желанием повторных приемов.

По описанию пациентов, синдром отмены, сменяющий состояние одурманивания, проявляется выраженным психофизическим угнетением, апатией, подавленным настроением вплоть до глубокой депрессии с попытками суицида, могут возникать чувство страха, паника и немотивированная агрессия. Помимо того, у пациентов в данный период нередко возникают боли в груди, горле, носу, затрудненное дыхание, синюшность конечностей, нарушение сна, различные неврологические расстройства: нервные тики, бруксизм (скрежет зубов), тремор конечностей; учащенное сердцебиение, головные боли, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, резко возрастает риск возникновения инфаркта миокарда, гипертонического криза, аритмии, острой сердечной недостаточности.

За 2018 г. в КГБУЗ АКНД прошли стационарное лечение и реабилитацию 106 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ.

Одновременное употребление различных синтетических ПАВ, употребление синтетических ПАВ с алкоголем может приводить к передозировкам, в том числе и со смертельным исходом. Показатель смертности от острых отравлений наркотическими веществами в Алтайском крае в 2018 г. по сравнению с 2017 г. остался практически на прежнем уровне и составил в пересчете на 100 тыс. населения 0,34 – 8 чел. (2017 г. 0,38 на 100 тыс. населения или 10 чел), что ниже показателя по РФ в 2 раза (РФ – 0,7 на 100 тыс. населения..).

Отдаленные последствия влияния синтетических ПАВ на организм человека на данный момент еще недостаточно хорошо изучены, но, безусловно, врачам-наркологам в своей клинической практике предстоит столкнуться с проявлениями этого негативного воздействия, в связи с чем значимость профилактической работы антинаркотической направленности проводимой с населением ещё более возрастает.

Ежегодно в Алтайском крае разрабатывается и реализуется комплексный план мероприятий по профилактике употребления ПАВ, формированию навыков здорового и безопасного образа жизни у подростков и молодежи (совместно с Министерством образования и науки Алтайского края, Управлением спорта и молодежной политики Алтайского края, АКБОФ «Алтайский центр развития добровольчества», РУ МВД России по Алтайскому краю, КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»).

С целью организации и проведения единых профилактических акций антинаркотической направленности в образовательных организациях Алтайского края, а также среди родителей и педагогов специалисты наркологической службы края реализуют такую форму межведомственной профилактической работы как «Единые дни профилактики». В соответствии с пунктом 3.6 протокола заседания антинаркотической комиссии Алтайского края от 27.03.2018 «Единые дни профилактики наркомании» с участием органов системы профилактики рекомендовано организовать в 15 административных территориях Алтайского края по результатам мониторинга наркологической ситуации. «Выездные Единые дни профилактики наркомании в муниципальных общеобразовательных организациях» Барнаула состоялись в марте, мае, сентябре, ноябре 2018 г. В ходе мероприятий проведены уроки-диалоги о механизмах возникновения и способах противостояния наркотической зависимости с использованием и распространением наглядных материалов, проведением игр и мини-тренингов, просмотром презентаций и видеофильмов. Специалисты КГБУЗ АКНД в составе межведомственной группы (совместно с представителями КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики», Управления по контролю за оборотом наркотиков ГУ МВД Российской Федерации по Алтайскому краю, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, волонтерами детского Телефона Доверия) посетили 39 учебных заведений Барнаула.

Наркологической службой края реализуется форма межведомственного профилактического взаимодействия «Урок со специалистом». За 2018 г специалисты КГБУЗ АКНД посетили 24 образовательных учреждений Барнаула. В Бийске специалистами КГБУЗ «Наркологический диспансер, г. Бийск» за 2018 г. проведены видеолектории, психотерапевтические беседы и лекции в 24 образовательных учебных заведениях. Всего в крае мероприятиями с привлечением специалистов наркологической службы охвачено более 120 тысяч подростков.

За 2018 г. на базе КГБУЗ АКНД организованы психотерапевтические группы для наркозависимых «Анонимные наркоманы» (49 занятий – 1 417 человек) и родственников наркозависимых (98 занятий – 1 917 человек). С целью вторичной профилактики обеспечено участие в заседаниях Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, рейдах по социально неблагополучным семьям, рейдах по профилактике жестокого обращения с детьми осуществляются социально значимые проекты. С каждой семьей проводится комплекс профилактических мероприятий. Регулярно проводятся беседы и видеолектории с условно осужденными подростками, а также в центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей и отделах организации деятельности участковых уполномоченных и подразделений по делам несовершеннолетних.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ГЕН, КОДИРУЮЩИЙ СТРИАТАЛЬНО-ОБОГАЩЕННУЮ ПРОТЕИНТИРОЗИНФОСФАТАЗУ RTPN5**

**Падерина Д.З.<sup>1</sup>, Пожидаев И.В.<sup>1</sup>, Борисова Л.А.<sup>2</sup>,**

**Бойко А.С.<sup>1</sup>, Корнетова Е.Г.<sup>1</sup>, Иванова С.А.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

<sup>2</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

---

Метаболический синдром (МС) представляет собой группу расстройств, которая включает абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, дислипидемию и гипертонию. Пациенты с метаболическим синдромом подвержены повышенному риску преждевременных сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета II типа и ранней смерти. У пациентов с шизофренией риск развития метаболического синдрома в 2 раза выше по сравнению с общей популяцией [1]. Применение как типичных, так и атипичных нейролептиков имеет тенденцию ухудшать или даже усугублять метаболические нарушения, что способствует увеличению распространенности МС от 40% до 60% по сравнению с 30% в общей популяции [2].

Фосфорилирование белка тирозина является ключевым регуляторным процессом практически во всех аспектах клеточных функций. Нарушение регуляции фосфорилирования белка тирозина является основной причиной заболеваний человека, таких как рак, диабет, ожирение, аутоиммунные нарушения и неврологические заболевания.

Ген RTPN5, кодирующий протеинтирозинфосфатазу с повышенной экспрессией в стриатуме, STER – яркий представитель обширного семейства протеинтирозинфосфатаз (PTPs). STER связан со многими неврологическими заболеваниями и расстройствами, включая болезнь Альцгеймера, болезнь Хантингтона, шизофрению, синдром хрупкой X-хромосомы, депрессию и другие расстройства [3]. Биохимические и генетические исследования показали, что протеинтирозинфосфатаза типа 1В (RTP1B) является ключевым негативным регулятором сигнальных путей инсулина и лептина, которые являются важными регуляторами массы тела, гомеостаза глюкозы и расхода энергии [4].

**Цель:** изучение ассоциаций полиморфного варианта rs4075664 гена RTPN5 с метаболическим синдромом у пациентов с шизофренией, длительно получающих антипсихотическую терапию.

**Материал и методы.** Исследование проводилось согласно этическим принципам ведения исследований человека согласно протоколу, утвержденному локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья. Обследовано 224 больных шизофренией (82 женщины и 142 мужчины), проходивших курс лечения в клиниках НИИ психического здоровья. Средний возраст пациентов составил  $39,5 \pm 11,5$  года (возрастной диапазон – от 18 до 65 лет). Средний возраст мужчин составил  $38,3 \pm 11,2$  года, женщин –  $41,5 \pm 11,9$  года. Длительность заболевания в общей группе больных шизофренией была  $15,0 \pm 10,5$  года, в группе мужчин –  $14,7 \pm 10,3$  года, в группе женщин –  $15,5 \pm 11,0$  года.

Диагноз метаболического синдрома установлен по критериям Международной Федерации сахарного диабета (IDF, 2005). Для выделения ДНК использовался стандартный фенол-хлороформный метод. Генотипирование по аллельному варианту rs4075664 гена RTPN5 проводилось методом цифровой полимеразной цепной реакции (ПЦР) и ПЦР в реальном времени на амплификаторах StepOnePlus™ Real-Time PCR System (Applied Biosystems, США) и QuantStudio™ 3D Digital PCR System Life Technologies (Applied Biosystems) с использованием наборов TaqMan Validated SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems, США).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы SPSS 23.0. Распределение частот генотипов и аллелей проверяли на соответствие равновесию Харди–Вайнберга с помощью критерия  $\chi^2$ . Сравнение частот генотипов и аллелей в группах проводили по критерию  $\chi^2$ . Для анализа количественных признаков при сравнении двух независимых выборок использовался U-критерий Манна–Уитни. Оценка риска осуществлялась с помощью показателя отношения шансов (odds ratio, OR) с 95% доверительным интервалом (95% CI). Различия были статистически значимыми при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

**Обсуждение результатов.** Метаболический синдром диагностирован у 62 пациентов, получающих антипсихотическую терапию. Изучена связь метаболического синдрома с полом, возрастом и длительностью заболевания (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Связь метаболического синдрома с полом, возрастом и длительностью заболевания пациентов с шизофренией**

Признак		Больные без МС (n=162)	Больные с МС (n=62)	p-value
Пол	Женщины	53 (32,7%)	29 (46,8%)	0,051
	Мужчины	109 (67,3%)	33 (53,2%)	
Возраст	До 40 лет	97 (59,9%)	25 (40,3%)	0,009
	Старше 40 лет	65 (40,1%)	37 (59,7%)	
Длительность заболевания		13,0 (6,0; 20,0)	16,0 (10,0; 22,0)	0,052

При сравнении частот генотипов и аллелей полиморфного варианта гена RTPN5 между группами пациентов с метаболическим синдромом и без него выявлены статистически значимые результаты по аллелям ( $\chi^2=5,62$ ;  $p=0,020$ ) (табл. 2).

**Т а б л и ц а 2. Сравнение частот генотипов и аллелей между группой пациентов с МС и без метаболических нарушений**

SNP	Генотипы/ аллели	Пациенты без МС (%)	Пациенты с МС (%)	OR		$\chi^2$	p
				знач.	95% CI		
RTPN5 (rs4075664)	CC	49 (30,2)	11 (17,7)	0,50	0,24 – 1,04	5,638	0,060
	CT	81 (50,0)	31 (50,0)	1,00	0,56 – 1,80		
	TT	32 (19,8)	20 (32,3)	1,93	1,00 – 3,74		
	C	55,2	42,7	0,60	0,40 – 0,92	5,620	0,020
	T	44,8	57,3	1,65	1,09 – 2,51		

Аллель T (OR 1,65; 95% CI: 1,09 – 2,51) и генотип TT (OR 1,93; 95% CI: 1,00 – 3,74) статистически значимо чаще встречаются в группе пациентов с МС и являются предрасполагающими к развитию метаболических нарушений. В то время как аллель C статистически значимо реже встречается у больных с метаболическим синдромом и обладает протективным свойством (OR 0,60; 95% CI: 0,40 – 0,92).

Результаты исследования показывают, что ген RTPN5 может играть важную роль в развитии метаболического синдрома у пациентов с шизофренией. Необходимо дальнейшее изучение данного аллельного варианта на расширенной выборке пациентов.

*Работа выполнена при поддержке гранта РФФ № 19-75-10012 «Новые подходы к фармакогенетике метаболического синдрома при шизофрении» (2019–2021)*

### **Литература**

1. Papanastasiou E. Interventions for the metabolic syndrome in schizophrenia: A review. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*. 2012; 3(5): 141–162.
2. De Hert M., Detraux J., Van Winkel R., Yu W., Correll C.U. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology*. 2012; 8(2): 114–126.
3. Goebel-Goody S.M., Baum M., Paspalas C.D. et al. Therapeutic implications for striatal-enriched protein tyrosine phosphatase (STEP) in neuropsychiatric disorders. *Pharmacol Rev*. 2012; 1: 65–87.
4. Zhang Z.Y., Lee S.Y. PTP1B inhibitors as potential therapeutics in the treatment of type 2 diabetes and obesity. *Expert Opin Investig Drugs*. 2003; 2: 223–233.

### **АССОЦИАЦИЯ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ПРОМОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ГЕНА NOS3 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**Паршукова Д.А., Фаттахов Н.С., Бойко А.С.,  
Смирнова Л.П., Корнетова Е.Г., Иванова С.А.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

**Введение.** Основным способом лечения шизофрении остается применение антипсихотических препаратов. Кроме основного антипсихотического действия, длительная терапия сопровождается разными нейроэндокринными побочными эффектами, наиболее частыми из них являются гиперпролактинемия (ГП) и различные нарушения, входящие в структуру метаболического синдрома. Длительно существующая ГП на фоне антипсихотической терапии может не только оказывать влияние на выраженность негативной симптоматики у больных шизофренией, но и способствовать развитию дополнительных соматических заболеваний. На формирование ГП влияют фармакологические свойства антипсихотических препаратов, дозы, схемы и длительности приема, а также индивидуальной чувствительности и генетических особенностей пациентов. Недавно опубликованы данные исследований, в которых показана способность пролактина регулировать сосудистый тонус за счет модулирования активности эндотелиальной NO-синтазы, изоформы фермента, отвечающего за синтез оксида азота [1, 2].

Одними из функционально значимых полиморфных вариантов в гене NOS3, кодирующем эндотелиальную NO-синтазу, являются rs2070744 в области промотора и rs1799983 в кодирующей области. Полиморфизм rs2070744 может вносить вклад в снижение активности промотора гена NOS3, а полиморфизм rs1799983 выражен в замене гуанина на тимин в экзоне 7, что в конечном итоге влияет на функцию самого белка. В связи с этим **целью** исследования явилось изучение ассоциации однонуклеотидных полиморфизмов rs2070744 и rs1799983 гена NOS3 с иском развития гиперпролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии.

**Материалы и методы.** Всего обследовано 170 больных шизофренией (103 мужчины и 67 женщин), проходивших курс лечения в клинике НИИ психического здоровья (Томск). Диагностическая оценка и клиническая верификация проводилась врачами-психиатрами, пациентам был установлен диагноз шизофрении (F20) по МКБ-10. Определение концентрации пролактина в сыворотке крови, взятой утром натощак, проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов PRL Test System (Monobind Inc., США). Границы нормальных значений содержания пролактина в крови были следующими: для мужчин – 20 нг/мл, для женщин – 25 нг/мл. ДНК выделяли из периферической крови стандартным фенол-хлороформным методом. Генотипирование проводилось методом ПЦР в реальном времени с использованием набора фирмы «Applied Biosystems» на приборе «Step One Plus» (Applied Biosystems, USA).

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Statistica 10.0 (StatSoft, Tulsa, США). Генотипирование осуществляли методом аллель-специфической ПЦР в режиме реального времени с использованием амплификатора LightCycler 480 Instrument II («Roche», Швейцария) и коммерческих наборов для ПЦР, разработанных в компании ЗАО «Синтол» (Россия).

**Результаты.** Больные шизофренией были разделены на две группы: 78 пациентов с ГП (44 мужчины и 34 женщины) и без ГП (59 мужчин и 33 женщины). Распределение частот генотипов исследуемых локусов в обеих группах соответствовало закону Харди–Вайнберга. Статистический анализ распределения частот аллелей полиморфизмов rs2070744 и rs1799983 гена NOS3 показал отсутствие статистически значимых различий между частотами в изучаемых группах. При проведении анализа распределения частот генотипов исследуемых полиморфизмов между группами пациентов с ГП и без неё выявлены статистически значимые результаты только для полиморфного варианта rs2070744.

В частности частота генотипа ТТ была ниже у больных шизофренией с ГП, чем у больных шизофренией без ГП ( $p=0,03$ ), в то время как частота генотипа ТС, напротив, была выше в группе пациентов с ГП ( $p=0,02$ ). Соответственно для генотипа ТС полиморфизма rs2070744 гена NOS3 характерна ассоциация с повышенным риском развития ГП, индуцированной приемом антипсихотиков у больных шизофренией (OR 2,09; 95% CI 1,13–3,86), а для генотипа ТТ данного полиморфного варианта – с пониженным риском ГП (OR 0,5; 95% CI 0,27–0,93).

**Заключение.** Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что полиморфизм rs2070744 в области промотора гена NOS3 можно рассматривать как потенциальный генетический маркер риска развития ГП у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию. В дальнейшем представляется необходимым увеличение объемов выборки пациентов и проведение исследований с целью установления механизмов реализации эффектов данного промоторного полиморфизма в гене NOS3.

*Работа выполнена в рамках проекта «Разработка технологии прогноза побочных метаболических эффектов антипсихотической терапии при шизофрении на основе изучения роли эндотелиальной синтазы оксида азота» программы Президиума РАН № 1.42 «Фундаментальные исследования для биомедицинских технологий».*

### **Литература**

1. Chang A.S., Grant R., Tomita H., Kim H.S., Smithies O., Kakoki M. Prolactin alters blood pressure by modulating the activity of endothelial nitric oxide synthase. Proc Natl Acad Sci USA. 2016; 113(44): 12538–12543.
2. Gonzalez C., Rosas-Hernandez H., Jurado-Manzano B., Ramirez-Lee M.A., Salazar-Garcia S., Martinez-Cuevas P.P., Velarde-Salcedo A.J., Morales-Loredo H., Espinosa-Tanguma R., Ali S.F., Rubio R. The prolactin family hormones regulate vascular tone through NO and prostacyclin production in isolated rat aortic rings. Acta Pharmacol Sin. 2015; 36(5): 572–586.

## **ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ОТКАЗА ОТ КУРЕНИЯ**

**Пискарева О.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер, Кемерово, Россия**

---

Табакокурение представляет серьезную опасность для здоровья населения, провоцируя развитие хронических неинфекционных заболеваний [1, 2, 4, 5, 6]. Несмотря на активную государственную политику, направленную на сокращение курения, число потребителей табака в России остается высоким – курит треть всего населения.

По итогам глобального опроса взрослого населения о пользовании табачными изделиями РФ было выявлено, что в целом 30,5% (36,4 миллиона человек) взрослого населения оказались активными курильщиками табака (49,8% среди мужчин, 14,5% среди женщин) [2]. В РФ ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 350 до 500 тысяч граждан. Около 80% населения РФ подвергается ежедневному пассивному курению табака.

В Кемеровской области распространенность курения табака составляет 35,0% среди взрослого населения. Стаж курения более 5 лет составляет 30,4%, более 10 лет – 42,1% респондентов. Вещества, содержащиеся в табачном дыме, обладают токсичными, мутагенными и канцерогенными свойствами. Общеизвестно, что табакокурение и обусловленная им хроническая табачная интоксикация – одна из ведущих причин заболеваемости, инвалидности и смертности современного населения. Поэтому отказ от курения табака является весьма эффективным в плане оздоровления организма и профилактики многих заболеваний. Учитывая актуальность проблемы, в ГБУЗ КО КОКНД на базе диспансерно-поликлинического отделения организована и функционирует школа отказа от табакокурения. Благодаря созданию школы для населения обеспечена доступная медицинская помощь по лечению табакокурения и снижению риска развития заболеваний, связанных с потреблением табака. Занятия проводятся с периодичностью 1 раз в неделю в вечернее время по предварительной записи. При первой беседе с пациентом собирается анамнез курения (начало курения, стаж, и предыдущий опыт отказа от курения), уточняется состояние здоровья, наличие сопутствующих заболеваний.

В 2018 г. в школу отказа от курения обратилось 189 человек (из них 5,2% женщин). По возрасту пациенты распределились следующим образом: 6,3% – 20–40 лет, 10,1% – 40–55 лет, 82,5% – 55–65 лет. Все курильщики имели различную соматическую патологию: артериальную гипертензию, сахарный диабет, тромбоз, хроническую обструктивную болезнь легких. Именно наличие негативных последствий курения побудило их заняться решением этой проблемы. Причем такое решение было принято не впервые, предыдущие попытки отказа от курения озвучили 86,2% пациентов.

Всем участникам школы проводилась диагностика статуса курения с измерением содержания окиси углерода в выдыхаемом воздухе на аппарате «Смокелайзер» с целью определения общей табачной интоксикации организма и укрепления мотивации к отказу от курения путем наглядной демонстрации (в цифрах) превышения допустимой нормы содержания окиси углерода в организме [3].

Тестирование с применением различных методик позволило выявить степень никотиновой зависимости, составить представление о доминирующем типе курительного поведения и определить индекс курения, достоверно указывающий на риск развития осложнений. Эти диагностические меры кроме основного предназначения помогают начинать разговор об отказе от курения, стимулировать к переосмыслению поведенческих стереотипов, способствуют формированию или повышению мотивации пациента в отношении отказа от курения.

Один из главных принципов помощи в отказе от табакокурения заключается в дифференцированном подходе к курящим пациентам, т.е. следует начинать с оценки отношения курильщика к своему курению и его готовности к отказу от него. Только после этого определяется характер возможной помощи по отказу от табакокурения. Даже курильщики, принявшие для себя решение о целесообразности избавления от пагубного пристрастия, могут различаться по своей установке и действиям, направленным на изменение курительного поведения. Несмотря на наличие желания отказаться от курения, мотивация может быть различной. С целью изменения мотивации курильщика на отказ от курения проводится мотивационное интервьюирование как способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс аргументов «за» и «против» употребления табака, становятся очевидными преобладание отрицательных последствий его употребления и необходимость изменения поведения пациента.

В ведении пациентов школы отказа от табакокурения используются групповые формы работы. Процессы обучения, коррекции поведения и терапии могут значительно интенсифицироваться в условиях групповых занятий, где действует эмоциональная поддержка от участников группы, имеющих общие проблемы и цели. При этом акцент делается не на поучении и стандартных четких рекомендациях, а на интерактивном их обсуждении и взаимной поддержке [4]. Наиболее важным фактором успешного прекращения курения является признание курильщиком того, что он сам должен осуществлять контроль над изменениями, необходимость принятия на себя ответственности за изменение своего поведения.

Оценка результатов помощи в отказе от табакокурения и лечения табачной зависимости является чрезвычайно важной. Большинство авторов считают, что наиболее приемлемым критерием окончательного отказа от курения табака может служить срок некурения более 1 года. В нашем случае прошли полный курс и закончили лечение 56 человек (26,7%). Отказались от курения и достигли длительной ремиссии (в течение 2 лет) 23 человека (12,1%).

Относительно низкий процент лиц с долгосрочным отказом от курения еще раз свидетельствует о хроническом характере табачной зависимости и закономерно высоком риске рецидивирования табакокурения. Часть обратившихся за медицинской помощью прервали курс лечения в связи с нежеланием принятия ответственности за изменение своего поведения в надежде поиска способа лечения, позволяющего, не прилагая собственных усилий, отказаться от курения.

Таким образом, эффективность помощи в отказе от курения, как правило, более высокая в старших возрастных группах курильщиков. С возрастом нарастают симптомы и болезни, связанные с табачной интоксикацией, становятся более значимы причины, побудившие курильщика к отказу, тем самым возрастает мотивация и эффективность отказа от курения. Наиболее эффективными при осуществлении медицинской помощи в отказе от курения являются комбинированные методы, предусматривающие сочетание поведенческой терапии и применение фармацевтических препаратов с целью подавления/ослабления никотиновой зависимости. Первостепенная значимость придается поведенческой терапии, направленной, в частности, на изменение сознания и поведения пациента в отношении курения. Без проведения психотерапии эффект от препаратов будет, как правило, временный. Использование поведенческой терапии, ориентированной на обучение новым моделям поведения, способствует сохранению физического здоровья и ощущению психологического комфорта без курения.

### **Литература**

1. Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М., Конобеевская И.Н., Мень Т.Х., Шайн А.А., Шихман С.М. Курение – основная причина высокой смертности россиян. Вестник РАМН. 2002; 9: 40–45.
2. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака: краткий обзор (Global adult tobacco survey, GATS), 2016 г. М., 2016: 9.
3. Сперанская О.И. Табачная зависимость: перспективы исследования, диагностики, терапии. Руководство для врачей. М.: Изд-во Гэотар-Медиа, 2011: 166.
4. Левшин В.Ф. Табакизм. Патогенез, диагностика, лечение. М.: Има-пресс, 2012: 128.
5. Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Медицинская помощь в отказе от курения. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г. Москвы № 44. М., 2012: 22.
6. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Зависимость от никотина: диагностика и лечение. М.: Медицина, 2016: 164–189.

## **ТЕХНОЛОГИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПОВТОРНОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Пиязин А.И.<sup>1,2</sup>, Зайцева Г.Л.<sup>1</sup>, Шампорова И.В.<sup>1</sup>,  
Жилева О.А.<sup>1</sup>, Хижняк О.Л.<sup>1</sup>, Иванов А.А.<sup>1</sup>,  
Мадыарова Г.М.<sup>1</sup>, Ерыгина М.В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Алтайский краевой наркологический диспансер,

<sup>2</sup> Алтайский государственный университет,

<sup>3</sup> ст. Барнаул, Поликлиника № 1 ОАО РЖД,

**Барнаул, Россия**

---

**Введение.** В настоящее время в наркологии одной из актуальных проблем является оценка риска возникновения приступов алкогольной абстиненции. При этом возникает более трудная задача – определение времени повторного возникновения этого синдрома. Анализ научной литературы показывает, что все работы в этом направлении сфокусированы в первую очередь на выявление биологических маркеров. Описаны связанные с рецидивом возникновения синдрома отмены алкоголя наиболее значимые предикторы: гомоцистеин, пролактин, карбокси-дефицитный трансферрин, уменьшение объема гиппокампа и др. [1, 2]. Важно отметить тот факт, что все эти показатели не показывают времени возникновения повторного наступления осложнений, связанных с отменой алкоголя. В связи с этим возникает необходимость поиска других подходов для решения вышеуказанной проблемы. В последнее время современные компьютерные технологии начинают значительно расширять возможности диагностики, лечения и прогнозирования целого ряда заболеваний.

**Материал и методы.** В работе были проанализированы истории болезни пациентов, которые находились на лечении в отделении неотложной наркологической помощи АКНД. Были сформированы две группы больных: с синдромом отмены алкоголя тяжёлой степени (76%) и синдромом отмены алкоголя с делирием (14%). Использовались следующие клинические данные: пол (82% мужчин и 18% женщин), возраст, образование, длительность нахождения в стационаре, вес, рост, систолическое и диастолическое давление, проба «Ромберга», 16 параметров клинического анализа крови, 19 показателей биохимического исследования сыворотки крови и 12 значений общего анализа мочи. Критериями прогноза повторного поступления в стационар служили: в течение года и в предыдущие периоды жизни.

Для прогнозирования времени повторного поступления пациентов с алкогольным абстинентным синдромом были использованы следующие компьютерные технологии: свободная объектно-реляционная система управления базами данных «PostgreSQL», логистическая регрессия, многослойный перцептрон, библиотека «Pandas» для работы с данными (структуры, временные ряды, визуализация данных), представленными в табличной форме. Подбор оптимальных клинических и лабораторных параметров осуществлялся с помощью библиотеки «Nureport». Оценку качества реальных результатов классификации и прогнозирования интеллектуальных моделей проводили с применением метрик полноты и точности, реализуя библиотеку «Scikit-Learn». Обработка и анализ имеющейся информации проводились в формате «docx» библиотеки высокоуровневого языка программирования «Python» [3].

**Обсуждение результатов.** Полученные результаты прогнозирования показали довольно высокую точность и полноту прогнозирования: границы прогноза варьировали в диапазоне от 67% до 78%. Для улучшения качества полученных компьютерных моделей считаем, что в исследовании необходимо в дальнейшем увеличить количество пациентов и дополнительно использовать другие технологии искусственного интеллекта.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты позволяют не только улучшить время прогноза повторного поступления больных в отделение неотложной наркологической помощи, но и более дифференцированно проводить тактику лечения и реабилитации.

#### **Литература**

1. Coppola M., Mondola R. Correlation between plasma homocysteine levels and craving in alcohol dependent stabilized patients. Clin Nutr. 2018 Jun; 37(3): 1061–1065. doi: 10.1016/j.clnu.2017.05.004
2. Kim D.W., Kim H.K., Bae E.K., Park S.H., Kim K.K. Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. Am J Emerg Med. 2015 May; 33(5): 701–704. doi: 10.1016/j.ajem.2015.02.030
3. Флах П. Машинное обучение. Наука и искусство построения алгоритмов, которые извлекают знания из данных / пер. с англ. А.А. Слинкина. М.: ДМК Пресс, 2015: 400 с.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПРИНУЖДЕНИЯ И НАСИЛИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**Ржевская Н.К.**

**Белгородский государственный национальный исследовательский университет,**

**Белгородская областная клиническая психоневрологическая  
больница, Белгород, Россия**

---

**Введение.** Дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами, повсеместно проявляется во всех сферах их жизнедеятельности: социально-бытовой, образовательной, трудовой, институциональной, в сфере здравоохранения (Шамсутдинова А.Г., 2018; Verbeke E., 2019). В психиатрических стационарах пациенты испытывают разные формы принуждения и насилия на всех этапах лечения – от процедуры получения согласия на госпитализацию, социальной изоляции, нарушения свободы передвижения и насильственного лечения до отказа в немедленной выписке (Молчанов С.Н., 2018; Hotzy F., 2019; Staniszewska S., 2019). Применение мер физического стеснения при психомоторном возбуждении пациентов с ауто- и гетероагрессией, нарушая право на достоинство и личную неприкосновенность, становится причиной многих злоупотреблений (Мамедов С.Н., 2016; Sampogna G., 2019; Zinkler M., 2019). Низкий уровень правовой грамотности медицинских работников психиатрических стационаров, их ограниченные знания в сфере биоэтики являются ключевым фактором дискриминации пациентов, требующим корректирующих мер (Вожжов В.В., 2017; Wullschleger A., 2018; Gowda G.S., 2019).

**Цель.** Разработка рекомендаций по предупреждению насилия и принуждения со стороны медицинских работников в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, госпитализированных в психиатрический стационар.

**Материалы и методы.** Для реализации цели нами разработана анкета для врачей-психиатров, содержащая социально-демографический блок, характеристику профессиональной квалификации, мнение о допустимости принуждения и насилия в отношении пациента, точку зрения на использование недобровольного лечения алкоголизма и игровой зависимости, уровень социальной дистанции в отношении лиц с психическими расстройствами (132 параметра). В анонимном анкетировании приняли участие врачи-психиатры медицинских организаций Белгородской, Волгоградской и Воронежской областей.

**Результаты и обсуждение.** В исследовательскую выборку включено 107 врачей-психиатров, оказывающих стационарную психиатрическую помощь, из них 42 мужчины и 65 женщин в возрасте 23–68 (35,6±12,3) лет. Среди опрошенных врачей-психиатров у 40,1% имелись первая и высшая квалификационные категории, 57% врачей квалификационной категории не имели. Уровень своих знаний положений Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» 70% врачей-психиатров оценили в 100%, еще 12% отметили, что ориентируются в этом нормативном документе на 90%.

Получение добровольного информированного согласия пациента на госпитализацию в психиатрический стационар считают обязательными 33% врачей-психиатров, 60% врачей отмечают, что это возможно в 25–75% случаев, еще 10% считают процедуру неприемлемой для психиатрии. Неявное принуждение к госпитализации повсеместно используется в психиатрических стационарах: 40% врачей-психиатров наблюдали его в 20% случаев, 24% врачей – в 30–40% случаев, 36% – более чем в половине случаев госпитализаций.

Использование принуждения пациентов к лечению считают оправданным в каждом случае 45,8% врачей-психиатров, еще 40,2% – только в случае психомоторного возбуждения с гетероагрессией, а 5,6% – при отказе от лечения. Только 5,6% врачей-психиатров указали на абсолютную недопустимость применения насилия. Использование принуждения и насилия в отношении пациентов медицинскими сестрами допускают 59,8% врачей-психиатров стационара.

При психомоторном возбуждении пациента более 90% врачей-психиатров считают целесообразным применение мер физического стеснения. По мнению 64,5% врачей, они должны быть реализованы младшим медицинским персоналом, а в случае их отсутствия – медицинскими сестрами (мнение 46% врачей). Готовы сами участвовать в применении мер физического стеснения 19,6% врачей-психиатров, а 81,3% могут лично провести пациенту принудительную инъекцию седативного лекарственного препарата. Большинство врачей-психиатров считают, что в психиатрическом стационаре обязательно должны быть в наличии специальные устройства для физического стеснения пациентов – ремни-фиксаторы (72,9%), медицинские смирительные рубашки (50,5%). Более 3/4 врачей-психиатров (76,6%) считают допустимым применение удерживания и принудительного проведения инъекций в случае отказа от лечения, около половины врачей (46,7%) считают возможным привлекать других пациентов отделения для удерживания возбужденного пациента.

Строгий контроль приема пациентами психиатрического стационара лекарственных препаратов необходим по мнению 89,7% врачей-психиатров, даже в случае добровольного лечения. Насильственное кормление одобряют 96,3% врачей-психиатров во всех случаях, а не только при угрозе жизни и здоровью пациента. «Трудовую терапию» в виде принуждения пациентов к уборке помещений отделения и территории больницы 71% врачей-психиатров называют обычной реабилитационной практикой. Врачи-психиатры более лояльно относятся к лицам с пограничными психическими расстройствами и допускают их присутствие в своём микросоциальном окружении: 13,1% могли бы вступить с ними в брак, 23,4% – общаться в качестве друзей или соседей. Социальная дистанция от пациентов, страдающих шизофренией, более значительна – более половины врачей-психиатров могут принять их только как сограждан. Навсегда изолировать психиатрических пациентов от общества считают целесообразным 10,3% врачей-психиатров, большинство же опрошенных (77,6%) оптимальным сроком стационарного лечения называют несколько месяцев.

**Заключение.** Несмотря на субъективно высокую самооценку знания Закона РФ «О психиатрической помощи...» и его положений о недопустимости ограничения прав и свобод лиц с психическими расстройствами, большинство респондентов считают оправданным применение насилия в отношении своих пациентов. В психиатрических стационарах распространено прямое и не прямое принуждение, насилие в отношении лиц с психическими расстройствами – от правовых аспектов госпитализации, оказания помощи при психомоторном возбуждении и применения мер физического стеснения до лечебно-реабилитационных мер. Это связано с преобладающей в психиатрической практике патерналистской моделью, когда врач самостоятельно принимает решения в отношении здоровья и социального благополучия пациента. В целях профилактики насилия и принуждения в психиатрическом стационаре необходим переход от традиционной патерналистской модели взаимоотношений «врач-пациент» к биоэтической (контрактной), распределяющей ответственность за ход терапии и её результаты между пациентом и врачом. Необходима разработка, утверждение и внедрение единых стандартов и клинических рекомендаций, регламентирующих проблемные, с правовой и медицинской точки зрения, аспекты недобровольной госпитализации в психиатрический стационар, применения мер физического стеснения, допустимые способы фармакотерапии и психосоциальной реабилитации, клинические показания (соответствие критериям ремиссии PANSS), правовые основания для выписки после стационарного лечения.

**ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ  
СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РАМКАХ КОМПЕТЕН-  
ЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА**

**Рублева О.П., Зорохович И.И., Лопатин А.А.,**

**Вострых Д.В., Рубцова О.С., Селедцов А.М.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

Профилактическая деятельность наркологической службы Кемеровской области по снижению суицидов и суицидальной активности среди несовершеннолетних осуществляется с применением региональных программ профилактики путем взаимодействия с различными государственными и негосударственными организациями (учреждениями образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, спорта и молодежной политики, правоохранительными органами, службой занятости, общественными организациями, административными комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав), а также со средствами массовой информации. Главной задачей профилактических мероприятий является объединение образовательных, социальных и медицинских мер первичной, вторичной и третичной профилактики, обеспечивающих достижение общего результата.

В Кемеровской области имеется положительный опыт работы самостоятельной суицидологической службы. Уровень самоубийств в Кемерове существенно ниже, чем в целом по Кемеровской области, и имеет устойчивую динамику снижения: количество завершенных самоубийств в Кемерове в 1994 г. составляло 43,0 на 100 000 населения, в 2018 г. – 16,3 на 100 000 населения.

**Т а б л и ц а 1. Распределение случаев завершенных суицидов  
в Кемеровской области, Кемерове и Новокузнецке  
в 2015–2018 гг. (на 100 тысяч населения)**

Город	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Кемерово	17,9	15,3	13,6	26,7
Новокузнецк	28,3	26,3	22,4	24,4
Кемеровская область	32,3	28,9	25,6	16,3

Для решения вопросов раннего выявления, диагностики суицидоопасных состояний, а также первичной и вторичной профилактики суицидов для лиц с непсихотическими формами психогенных реакций, прежде всего для несовершеннолетних, в 1993 г. в Кемерове была разработана и внедрена новая единая организационная структура – суици-

дологическая служба, предназначенная для оказания специализированной суицидологической и антикризисной помощи лицам с непсихотическими формами психогенных реакций, пограничными нервно-психическими нарушениями, психогенно обусловленными аффективными нарушениями у пациентов с соматическими заболеваниями и благоприятно текущими эндогенными процессами.

**Т а б л и ц а 2. Распределение случаев завершенных самоубийств среди детей и подростков до 17 лет в Кемеровской области, Кемерове и Новокузнецке в 2015–2018 гг. (в абс. цифрах)**

Город	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Кемерово	2	1	3	-
Новокузнецк	-	2	3	1
Кемеровская область	11	11	15	6

В настоящее время суицидологическая служба является структурным подразделением ГБУЗ КО КОКНД и включает в себя кабинет медико-социально-психологической помощи для взрослого населения и кабинет медико-социально-психологической помощи для учащейся молодежи и студентов, расположенный на базе студенческой поликлиники, круглосуточный Телефон Доверия и отделение кризисных состояний на 30 коек.

Основной поток пациентов суицидологической службы обращается в кабинеты медико-социально-психологической помощи в связи с кризисными, суицидоопасными состояниями, а также направляются психологами Телефона Доверия. Не исключается направление пациентов из психоневрологических диспансеров. С целью профилактики суицидального поведения осуществляется взаимодействие со специалистами общесоматической сети: осмотр пациентов, в том числе несовершеннолетних с суицидальными попытками в токсикологических и иных отделениях неотложной помощи, и направление их в последующем для дальнейшего лечения в подразделения суицидологической службы.

Важным звеном в работе суицидологической службы является Телефон Доверия, главные задачи которого – предотвращение дальнейшего развития остро возникших кризисных реакций у человека на стрессовую ситуацию, помощь в разрешении психотравмирующей ситуации и тем самым устранение причин возможного покушения на самоубийство. Кроме неотложной помощи, Телефон Доверия осуществляет также долгосрочную, поддерживающую терапию. С 1994 г. Телефон Доверия является членом Российской ассоциации Телефонов экстренной психологической помощи (РАТЭПП).

К Телефону Доверия 1 июня 2013 г. в Кемерове была подключена Федеральная детская линия с общероссийским номером 8-800-2000-122, звонки на который являются бесплатными с любого телефона. В 2018 г. на Телефон Доверия ГБУЗ КО КОКНД зарегистрировано 217 звонков по проблеме суицида, из них 50 телефонных обращений было совершено несовершеннолетними. За истекший период 2019 г. количество суицидальных обращений снизилось до 92, из них 22 обращения сделано подростками до 18 лет.

В каждом кабинете врача психиатра-нарколога для обслуживания детского населения в городах и районах Кемеровской области налажен постоянный межведомственный продуктивный контакт со всеми заинтересованными службами и ведомствами (подразделениями по делам несовершеннолетних отделов полиции, комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав, медицинскими организациями, учреждениями социальной защиты, образовательными организациями и др.) с целью совместного наблюдения за несовершеннолетними с наркологическими расстройствами, отклонениями в поведении и попавшими в трудную жизненную ситуацию. При этом с большинством из этих структур разрабатывается совместный план действий, который включает выявление «трудных» подростков, их совместное наблюдение, работу с их микросоциальным окружением. Сотрудники наркологической службы совместно с соответствующими ведомствами проводят совместные рейды, консультативные приемы семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. В летний период совместно со специалистами системы образования и наркополицией организована работа выездной бригады специалистов-психологов в загородные лагеря летнего отдыха, направленная на формирование и укрепление у несовершеннолетних установок на трезвый образ жизни. Отдельно в течение всего года ведется работа с учреждениями образования, которая координируется и планируется совместно управлением образования и врачом психиатром-наркологом соответствующей территории.

С целью активизации антисуицидальной просветительной работы в средствах массовой информации (радио, телевидение, пресса) проводятся мероприятия по привлечению волонтеров (добровольцев), общественных и религиозных организаций, групп самопомощи, включая переживших суицид и близких суицидентов, с опытом преодоления кризиса.

Используются возможности сети Интернет, в частности социальных сетей для поддержки, помощи лицам с кризисными состояниями и предупреждения суицидального поведения, в первую очередь среди несовершеннолетних и молодежи.

В рамках межведомственного взаимодействия проводятся обучающие семинары и методические практикумы с целью повышения компетенции психологов, классных руководителей, учителей, руководителей общеобразовательных учреждений в вопросах выявления аутоагрессии и профилактики суицидов среди несовершеннолетних.

## **ПРАКТИКА ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ – ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ**

**Рублева О.П., Колпакова Ю.В., Миглевская Т.Н.,**

**Лопатин А.А., Зорохович И.И.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

Практически каждый сталкивался в своей жизни с ситуацией, когда не мог найти способа бесконфликтного общения с человеком преклонного возраста. Чаще всего абоненты Телефона Доверия обращаются за помощью с данной проблемой, когда возникают конфликты в общении со стареющими родителями. Чем старше человек, тем труднее становится найти с ним общий язык. Общаясь с возрастными родителями, мы часто злимся и раздражаемся. Мы испытываем негатив в общении со своими родителями, возможно, потому что считаем себя взрослыми, состоявшимися людьми, а они постоянно критикуют, дают советы и вмешиваются в нашу жизнь. Так они ощущают свою собственную значимость, значимость своего жизненного опыта. К тому же родители до сих пор видят в нас детей. Они хотят все так же, как и в детстве, заботиться о нас, уберечь нас от опрометчивых поступков.

Практика работы на ТД и изучение методической литературы по данному вопросу помогли выработать стратегию эффективного общения с пожилыми людьми.

Никогда не спорьте с пожилыми людьми, не пытайтесь корректировать их точку зрения. Пытаясь настойчиво их убедить в чем-либо, вы только испортите взаимоотношения с ними. Переубедить стариков невозможно и с этим следует смириться. Попробуйте поставить себя на место престарелого родственника, и тогда и вы поймете, что ему очень плохо от того, что мучает одиночество и непонимание близких [1]. Помните, что это последние годы ваших родителей. Они боятся болезней, скуки, собственной немощи, ненужности и бесполезности, смерти в конце концов. И особенно гнетет осознание того, что лучшие времена уже не наступят, будет только хуже.

Агрессия пожилых людей идет от их неудовлетворенности собой. Когда ты понимаешь причину агрессии, улыбаешься пожилому родственнику и не отвечаешь на его выпады, агрессия постепенно спадает. Если ответил – считай, что пропал. Нужно уметь менять темы разговора, направленность разговора. Подобное умение поможет в ситуации конфликта.

*Берите ситуацию в свои руки.* Сложно принять то, какими стали пожилые родственники. Мы привыкли, что они – сильные люди: и совет дадут, и помогут. Но вдруг наступает момент, когда нужно взять ответственность на себя: теперь ты стал сильнее их и должен управлять ситуацией сам. Поэтому незаметно поменяйте вектор общения: не играйте роль ребенка, не общайтесь с позиции «снизу», перестаньте оправдываться, объяснять – просто констатируйте факт и лучше всего в шуточной форме. С помощью шутки – любой, даже не самой удачной – можно разрядить практически любую опасную ситуацию, возникающую в общении с пожилым человеком.

*Управляйте впечатлениями.* Когда мы молоды, у нас очень много впечатлений, а с возрастом их становится все меньше. Старики очень ценят все, что отвлекает их от невеселого образа жизни. Они сидят перед домами на скамейках и обсуждают соседей именно потому, что им не хватает впечатлений. Нужно приглядываться к человеку, ненавязчиво предлагая ему какое-либо занятие. Одна наша абонентка, например, любила перепечатывать стихи Пушкина на старом компьютере, а другая, 80-летняя бабушка, по словам её дочери, «уже и не слышит ничего», зато плавает пятью стилями в бассейне. Хорошо, когда у стареющих людей есть общение с внуками – это то же вносит смысловую составляющую в их жизнь.

*Принимайте стариков такими, какие они есть.* Часто мы пытаемся исправить стариков: «Смотри, соседка каждый день гуляет, а ты целыми днями дома сидишь», – хотя лучше научиться принимать их такими, какие они есть. Не нужно пытаться в них что-то «впихнуть», они уже не поддаются коррекции. Если человек курил до 80 лет, скорее всего, он уже не бросит. Как шутит один из наших абонентов: «Я делаю дыхательные упражнения, пока сигареты не кончатся». Дайте старикам возможность быть такими, какие они есть. Уважайте их «детский» выбор. Выполняйте их просьбы, какими бы глупыми, на первый взгляд, они не казались. Не относитесь серьезно к их идеям – дайте возможность им пофантазировать.

*Поставьте себя на их место.* Мы все рано или поздно состаримся. Поэтому постарайтесь увидеть в стареющих родителях будущих себя. Ведь вы то же когда-нибудь окажетесь в их роли. Не нужно этого бо-

ться. Помните: общение со стариками – это в каком-то смысле общение с самим собой. Сострадание и любовь к ним – это любовь к себе самому в старости. К тому же не стоит забывать народную мудрость о том, что ваши дети будут относиться к вам так же, как вы относитесь к своим родителям.

*Учитесь прощать.* Нужно научиться оставлять обиды во вчерашнем дне. «Я наладила свои отношения с матерью после того, как оставила какие-то темы незакрытыми. Когда мне было 20, я думала: вот сейчас я объясню все матери, и она поймет. А она не поняла меня. Поэтому я научилась оставлять некоторые темы в покое – просто перешагивать через них и идти дальше. Но чтобы прощать, надо иметь силы. Есть много техник восстановления: например, я нашла для себя технику «5 минут»: просто выхожу из помещения или отхожу в сторону, сижу пять минут и ни о чем не думаю. Потом возвращаюсь с новыми силами, чтобы опять иметь возможность сострадать [3].

*«Укрожайте» свое чувство вины.* Чувство вины преследует всех. Что бы ни происходило, остается ощущение того, что что-то не доделал, не додал, неправильно вел себя с родителями. Не нужно себя винить. Помните, что вы не виноваты в старении ваших близких. Надо понять, что человек, который приближается к границе жизни и смерти, прежде всего, обращен в себя и пытается упорядочить свое прошлое. И мы должны это понять. И чувство вины нам в этом не помощник.

*Не ждите удовольствия от общения.* Общение с пожилым человеком – дело сложное, требующее опыта и знаний. Особенно тяжело говорить со стариком один на один. Перед разговором настройтесь на то, что это будет непросто. Не ждите удовольствия от такого разговора, тогда и не разочаруетесь. Если вы изначально не ждете удовольствия от общения с пожилыми родственниками, вероятность, что вы его все же получите, повышается. Лучше получать удовольствие от своей терпимости и сдержанности.

*Проявляйте искренний интерес к старикам.* Он поможет вам построить бесконфликтное общение с престарелыми родителями. Изучите «технические характеристики» вашего старика. Часто вы раздражаетесь в присутствии стариков, потому что не понимаете один простой факт: человек рядом с вами – другой. Он плохо видит, плохо слышит, плохо ходит. Помните, что старики – это люди, которые живут в другой системе координат. В нашей практике была консультация, когда позвонил мужчина около 70 лет, в прошлом суперуспешный, который не принимал нарастающую немощь, а самое главное, утрату собственной значимости в глазах своих близких. Нужно просто принять это и понять – это нормальная ситуация, это плата за долгую жизнь.

### Литература

1. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М. : Смысл, 1999: 410.
2. Емельянова Е.В. Осложненное решение проблемы. Вестник РАТЭПП: Сборник методических материалов. Саратов, 2004.
3. Позднякова Е.В. Работа с эмоцией вины в телефонном консультировании. Вестник РАТЭПП: Сборник методических материалов. Выпуск 2. Пермь, 2003.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Рудницкий В.А., Костин А.К., Белокрылова М.Ф.,**

**Диденко А.В., Аксенов М.М., Иванова А.А., Шелехов И.Л.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

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

**Материал и методы.** Изучена эффективность лечения и устойчивость его результатов у 74 пациентов 35–60 лет с органическими психическими расстройствами. Методы: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический. Исследование проводилось в рамках госзадания по разработке медицинских технологий лечения психических заболеваний. Нозологическая структура данной психической патологии была представлена в 75,68% случаев органическими эмоционально лабильными расстройствами, в 10,81% – органическими расстройствами личности, в 9,46% – органическими аффективными расстройствами, в 4,05% – органическими тревожными расстройствами. По этиологическому принципу массив пациентов был разделен на 4 группы – органические расстройства сосудистого генеза (52 пациента, 70,27%), травматического (9 – 10,71%), интоксикационного (2 – 2,8%) и органические психические расстройства в связи со смешанными заболеваниями (11 – 14,86%). Непсихотические психические расстройства сосудистой и комбинированной природы имели склонность к более прогрессивному течению и хуже поддавались терапии.

В целом отмечалась достаточно высокая первоначальная эффективность реабилитационных мероприятий (89,18% выраженных улучшений). Однако при катamnестическом наблюдении она оказалась нестойкой, так как через 6 месяцев более половины пациентов отмечали небольшое ухудшение состояния, с появлением моносимптомов, а около трети больных к этому времени нуждались в повторных лечебно-профилактических мероприятиях.

Был проведен анализ наиболее частых причин декомпенсаций органических психических расстройств, которые отмечались преимущественно на амбулаторном этапе терапии, когда преемственность и последовательность лечебно-профилактических мероприятий не выполнялась. Частично это связано с реформированием амбулаторных психиатрических служб, приведшим к кадровому дефициту на местах. Вместе с тем, по нашему мнению, большее значение имела низкая приверженность пациентов терапии. Частично это объясняется субъективными причинами социально-психологического типа, затрудняющими обращение пациентов за специализированной помощью (нехватка времени для проведения лечебных и диагностических мероприятий без отрыва от производства, стигматизация, приводящая к опасению огласки, желанию скрывать от окружающих факт обращения к психиатру и т.д.), рентные установки, реализующие соответствующее поведение.

Преобладание субъективных причин было ведущим по следующей причине. Независимо от внутренних мотивов большинством пациентов на амбулаторном этапе поддерживающей терапии не выполняются рекомендованные курсы терапии. Средняя продолжительность поддерживающего курса – 2,2 месяца (при рекомендованном 6–8 месяцев). У льготных категорий пациентов, гарантировано обеспечиваемых бесплатной лекарственной и диагностической помощью, реальный курс поддерживающего лечения еще меньше. В основе данной проблематики лежат типичные для патологии органического регистра причины. Когнитивные, эмоциональные и поведенческие проблемы по определению характерны пациентам с органическими психическими нарушениями, так как церебрально-органический процесс затрагивает данные психические функции. Когнитивно-поведенческие сложности органических больных еще более искажают представления о болезни и её лечении; нетерпимость и несдержанность ухудшают отношения с медперсоналом, затрудняют формирование и поддержание лечебного альянса, аффективный компонент психической патологии препятствует преодолению трудностей в терапии и самому обращению за медицинской помощью. Комплекс данных нарушений требует специфической доступной психотерапевтической и медико-социальной коррекции.

Для преодоления данных обстоятельств нами разработаны психо-профилактические информационно-образовательные программы, направленные на преодоление трудностей, возникающих в процессе лечения, позволяющие укрепить терапевтический альянс и саногенные установки больных. Реализована программа в составе психотерапевтического комплекса, осуществляемая чаще всего в групповом формате. Больные, посещающие психотерапевтическую группу, быстрее и лучше включались в образовательную программу, показатели приверженности терапии у них улучшались, что позволяло добиться преемственности лечебно-профилактических мероприятий и более высоких результатов терапии. Считаем, что формат образовательных программ предпочтителен в виде групповых занятий, нами он был реализован в виде когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии, но может быть решен и при проведении других психиатрических, психокоррекционных или психотерапевтических методик.

## **СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА**

**Салмина-Хвостова О.И.**

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

---

Алкоголизм, преследовавший человечество несколько веков, остается одной из основных медицинских проблем. Исследований, посвященных этой проблеме, проведено намного больше, чем в любых других областях психиатрии, но значительного прогресса в лечении этого заболевания пока не достигнуто. Алкоголь поражает все системы организма и сокращает продолжительность жизни людей в наиболее активном, творческом возрасте. Алкоголизм является серьезной социальной, микросоциальной и индивидуальной проблемой, имеющей многочисленные проявления: экономические, биологические, психологические, нравственные, эстетические и др. Все они фокусируются на поведении, мировоззрении, сознании конкретного больного алкоголизмом, т.е. в сфере психического, наиболее эффективным доступом, которым является психотерапевтическое лечение. Однако до настоящего времени сохраняется дефицит методов, позволяющих с высокой степенью надежности лечить алкогольную зависимость.

Нами предложен способ лечения алкоголизма (Патент (ru) 2629530, опубл. 29.08.2017 г.). При обращении пациента с жалобами на потерю контроля при употреблении алкоголя проводят рациональную психотерапию для осознания проблемы пациентом, устанавливают доверительный контакт на сознательном и подсознательном уровнях.

Пациент располагается в кресле, ему предлагают занять удобную позу, после чего пациент излагает желаемый результат: жить без алкоголя. Первый сеанс рациональной психотерапии проводится с использованием психологических приёмов убеждения, укрепления уверенности пациента в достижении желаемого результата. Это осуществляется при помощи вопросов, направленных на оценку имеющихся представлений пациента о своём состоянии, конкретизацию данных анамнеза заболевания, выяснение цели лечения: «Что такое алкоголизм? Каковы его последствия? Как с ним справиться? У вас есть опыт лечения, какой? Имеется ли ориентация на полный отказ от алкоголя? Какая выгода в отказе от употребления алкоголя? Что изменится в жизни? Какую сумму вы тратили на алкоголь?». Формируют активную положительную социально значимую мотивацию на достижение конечной цели – жить без алкоголя.

Первый шаг для лучшего понимания и осознания проблемы – пациенту объясняют механизмы развития заболевания и возникновения патологического состояния. Например, алкоголизм – тяжёлое заболевание, вокруг которого много самых разных слухов, стереотипов, мифов, сказок. Наибольшее заблуждение в отношении алкоголизма – это, пожалуй, то, что к нему относятся как к некой вседозволенности, распущенности в социальном плане. И мало кто понимает, что это тяжёлое заболевание, которое настолько изменяет в организме обмен веществ, что человек не способен остановиться после первой рюмки.

Приём алкоголя приводит к постепенному опустошению личности. Наибольшие изменения происходят в эмоциональной и волевой сферах. Люди, применяющие алкоголь, становятся эгоцентричными, неискренними, лживыми. Они утрачивают не только нравственное чутье, но и эстетические принципы, часто становятся нечистоплотными, запуская свои хозяйственные и профессиональные дела. Алкоголизм – болезнь страшная, потому что не передаётся вирусом или половым путём, а возникает исключительно благодаря вашим усилиям: стакан с водкой подносят, как ни странно, ко рту собственные руки. У каждого человека в крови растворён эндогенный этанол (ЭЭ). Уровень концентрации ЭЭ у каждого человека различен, но для каждого он имеет постоянную величину. Здоровье наше подчиняется законам гомеостаза (постоянство внутренней среды). Концентрация алкоголя в крови – один из факторов, поддерживающих это постоянство. Когда человек неумеренно пьёт в течение нескольких лет, уровень ЭЭ у него в крови часто меняется, идёт его разбалансировка. Если уровень ЭЭ в крови падает до «нулевой отметки», может развиваться «белая горячка» – алкогольный психоз, эпилептоидные припадки алкогольной природы.

Назначают период воздержания от алкоголя 5–7 дней, проводят проверку выполнения пациентом воздержания от алкоголя путём применения пациентом алкоблокатора плацебо, 3 капли в 50 мл воды. При ответной негативной реакции организма на приём препарата (приливы крови к лицу, «пульсация» в голове и шее, тошнота, тахикардия, одышка, слабость, обильное потоотделение и т.п.) предлагают повторить период воздержания от алкоголя.

При отсутствии реакции на приём алкоблокатора плацебо проводят технику «Смещение якорей» с формированием индифферентного, безразличного и спокойного отношения к алкоголю. Пациенту предлагается на левой руке (если он правша, левше предлагается наоборот) представить сосуд (рюмку, стакан, бутылку, кружку) с водкой или другим любимым спиртным напитком, а на правой – рвотные массы. После того, как происходит визуализация того, о чём идёт речь и меняется мимика (выразительные движения мышц лица), которая демонстрирует безразличность, руки соединяются, что усиливает выражение безразличности на лице. Затем врач психотерапевт спрашивает: «Что хочется сделать с руками?», чаще всего отвечает пациент: «Помыть». Врач предлагает помыть руки. Продолжительность психотерапевтического сеанса полтора часа.

Затем проводят поддерживающее лечение, через 3 месяца назначают визит поддержки, во время которого пациенту проводят косвенную психотерапию через потенцирование, усиливают трезвость, назначая алкоблокатор плацебо по 3 капли 2 раза в день в течение 3 месяцев. Во время визита спрашивают как идут дела, хвалят за соблюдение трезвости, убеждают, что для закрепления данного состояния и отсутствия тяги к выпивке на долгие годы необходимо принимать препарат алкоблокатор плацебо, так как данное средство снижает метаболизм этанола, что при попытке употребить алкоголь вызовет стойкую реакцию отторжения, выражающуюся в немедленном возникновении тяжелого, субъективно труднопереносимого состояния, убеждают в том, что потребление спиртного невозможно.

Затем через 6 месяцев проводят косвенную психотерапию через опосредование. Пациенту внушают, что в ягодицу ставят медикаментозный алкоблокатор, который эффективен для поддерживающей терапии и предупреждения рецидива болезни. Рассказывают, что данный препарат очищает печень, увеличивает невосприимчивость к алкоголю, повышает ремиссию, алкоголь переходит в разряд сильнейших аллергических раздражителей. Вводят алкоблокатор плацебо в дозе 2,5 мл в ягодицу.

Через 1 год назначают визит поддержки, на котором повторяют косвенную психотерапию через опосредование с повторным внушением и введением алкоблокатора плацебо.

Способ доступен для большинства людей, он безвреден, не даёт побочных эффектов. Способ может быть успешно использован в медицинских учреждениях любого типа. Катамнестически – через 2 года 86% пациентов к спиртному равнодушны, чувствуют себя хорошо, поправили здоровье, нормализовались семейные отношения, результатом проведенной терапии довольны. Таким образом, предлагаемый способ лечения алкоголизма эффективен, позволяет достигнуть качественной ремиссии в течение длительного времени.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ, НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**Самаковская О.А., Правилова Н.С., Орлянская Н.Н.**

**Беловский психоневрологический диспансер, Белово, Россия**

---

Ускоренный темп современной жизни, несущий в себе обилие самых различных не только стрессовых, но и чрезвычайных ситуаций с психоэмоциональной напряженностью и снижением адаптации, приводит к росту распространенности психической патологии среди населения, в связи с чем организованные мероприятия психиатрической помощи детям приобретают первостепенное значение. Амбулаторная психиатрическая помощь является ведущим звеном в организации специализированной помощи детскому населению.

На территории обслуживаемого участка находятся две коррекционные школы, реализующие адаптированные общеобразовательные программы (АООП) для 375 детей с умственной отсталостью. По структуре, содержанию и задачам такая школа отличается от обычной массовой школы. Эти школы подчиняются территориальным органам образования, но в силу специфических особенностей контингента более тесно контактируют с органами здравоохранения. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья представляет собой совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность. Предметом регулирования Стандарта являются отношения в сфере образования следующих групп обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

АООП НОО обучающихся с ОВЗ разрабатываются на основе Стандарта с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и обеспечивают коррекцию нарушений развития и их социальную адаптацию. Стандарт разработан на основе Конституции РФ и законодательства РФ с учетом Конвенции ООН о правах ребенка и Конвенции ООН о правах инвалидов, региональных, национальных и этнокультурных потребностей народов РФ.

Коррекционная программа отвечает за формирование представлений об основах культуры поведения, безопасного для человека и окружающей среды; пробуждение в обучающихся желания заботиться о своем здоровье путем соблюдения правил здорового образа жизни и организации здоровьесберегающего характера учебной деятельности и общения; формирование познавательного интереса и установок на использование здорового питания; использование оптимальных двигательных режимов для обучающихся с ОВЗ с учетом их возрастных, психологических и иных особенностей, развитие потребности в занятиях физической культурой и спортом; соблюдение здоровьесозидающих режимов дня; формирование негативного отношения к факторам риска здоровью обучающихся; формирование потребности у обучающихся с ОВЗ обращения к врачу по любым вопросам, связанным с особенностями роста и развития, развитие готовности самостоятельно поддерживать свое здоровье на основе использования навыков личной гигиены; формирование умений безопасного поведения в окружающей среде и простейших умений поведения в экстремальных ситуациях; становление умений противостояния вовлечению в табакокурение, употребление алкоголя, наркотических и сильнодействующих веществ.

Программа коррекционной работы обеспечивает выявление особых потребностей обучающихся с ОВЗ, обусловленных недостатками в их физическом/психическом развитии; осуществление индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи. Программа содержит перечень, содержание и план реализации индивидуально ориентированных коррекционных мероприятий; систему комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения, включающего психолого-медико-педагогическое обследование обучающихся с целью выявления их особых образовательных потребностей; мониторинг динамики развития обучающихся; корректировку коррекционных мероприятий. Система оценки достижения планируемых результатов освоения АООП НОО учитывает особые образовательные потребности обучающихся с ОВЗ, закрепляет основные направления и цели оценочной деятельности, предусматривает приоритетную оценку динамики индивидуальных достижений обучающихся с ОВЗ.

На территории, обслуживаемой ГБУЗ КО БПНД, расположены специализированные группы для детей со снижением интеллекта, с комбинированными нарушениями (ДЦП и снижение интеллекта), группа компенсирующего вида для детей с патологией зрения и группа детей со снижением слуха, где так же реализуются программы для детей с ОВЗ соответствующего профиля. В ГБУЗ КО БПНД применяются методики, направленные на выявление детей с ОВЗ, их наблюдение, психокоррекцию и лечение. У детей и подростков активно используется аппарат ТЭС-терапии, имеющий комплексную и системную гомеостатическую направленность, при его применении оптимизируются любые мероприятия лечебно-профилактического характера. Клинические исследования доказали, что ТЭС-терапия комплексно воздействует на организм ребенка, нормализуя поведение, стимулируя развитие познавательных процессов (внимание, зрительная память, воображение) и хорошо сочетается с применением ноотропных препаратов. Эффективность лечения: в совокупности всех методов лечения улучшение выявлено в 65% случаев, 35% – частичное улучшение на фоне нерегулярного лечения.

*Клинический пример.* Пациент П., 10 лет 2 месяца, наблюдается с 2014 г. Регулярно получает лечение рисперидоном (3 мг ежедневно). Образовательная программа для детей с РДА (ранний детский аутизм) определена с 7 лет.

Клинический диагноз: Детский аутизм – F84.0 (детский тип шизофрении – F20.8). Обследован в ГКУЗ КО КОКПБ в 2014 г.

*Психический статус:* контакту доступен, внешне выглядит на свой возраст. В беседу вступает активно, охотно, но ответы на вопросы не всегда по существу. Настроение на фоне лечения ровное. Речь чистая, словарный запас большой. Дает полную информацию о семье, перечисляя их паспортные данные заученно, включая даты рождения. Знает времена года, месяцы дифференцирует по сезонам, дни недели знает. Мечтает «быть ученым по химии», потому что «люблю всякие опыты сам делать и по телевизору смотреть». Подробно говорит и объясняет несколько простых опытов. Общение: без чувства дистанции. На приеме: непоседлив, суетлив, на месте не сидит, встает коленями на стул, топчется возле стула, стереотипно трет руки, углы губ. При выполнении письменного задания: карандаш держит неправильно, вычурно, пишет фамилию печатными буквами: «потому что письменные буквы можно писать только ручкой», не ограничился написанием фамилии, настоял на написании имени и отчества, застреваем, аффективно неустойчив. Манерно меняет выражение лица, ложится на стол грудной клеткой и руками, укладывая на них голову. Постоянно чем-то занимается дома и в школе: рисует, клеит, «делает журналы, книги, сочиняет стихи и рассказы, вышивает». Рисунки и поделки стереотипные, мелкие, схематические. Наследственность по психическим заболеваниям отягощена: сестра деда по материнской линии страдает психическим расстройством.

До назначения лечения пациент на уроках очень редко писал, во время учебных занятий выкрикивал ответы на поставленные вопросы, часто невпопад, в классе ни с кем не дружил, был замкнут, оторван от реальности, навязчив в беседах, сочинял на ходу имеющиеся у него «странные сны», озвучивал их в виде бессвязного рассказа, с перескакиванием с одной темы на другую.

На данный момент регулярно получает лечение, посещает занятия у психолога в условиях школы и ГБУЗ КО БПНД, получает ТЭС-терапию курсами в течение года. Все рекомендации по образовательной программе в условиях школы соблюдаются. Отмечается улучшение состояния: нарушения поведения стали менее выраженными, удерживается в классе, появились «друзья» среди одноклассников. Нарушения поведения в школе на данный момент не отмечают, что говорит о правильно подобранной тактике лечения, наблюдения, психологической коррекции программы обучения.

### **КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С ИСТЕРИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «ПРЕПОДАВАТЕЛЬ – ОБУЧАЮЩИЙСЯ»**

**Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Коваль А.П., Селиванова Л.В.  
Кемеровский государственный медицинский университет,  
Кемерово, Россия**

---

На сегодняшний день проблема коммуникации среди людей приобретает повышенную значимость. Быстрый темп жизни, приводящий к необходимости усваивать всё больше информации и успевать создавать быстрые коммуникативные связи, может привести к низкой стрессоустойчивости, снижению продуктивности и изменению эмоционального состояния. Коммуникативные способности важны каждому человеку для создания и поддержания продуктивных межличностных связей, повышения эффективности решения социальных задач. Особенно важными в этом аспекте являются навыки коммуникации в системе «преподаватель – обучающийся». Так, обладая знаниями об особенностях лиц с истерическими чертами или расстройствами, преподаватель может избежать эмоционального негатива в общении с обучающимися, имеющими данные особенности, и успешнее формировать компетенции. Обучающиеся (в данном случае имеются в виду студенты-медики) смогут применять полученные знания в практическом здравоохранении, определяя уровень контакта с пациентом.

**Цель** исследования – определение среди обучающихся в образовательной организации лиц с признаками истерического невроза (истерическими чертами), изучение особенностей их поведения и выделение основных признаков, позволяющих их идентифицировать, а также формулирование основных рекомендаций по общению с указанными лицами.

**Материал и методы.** С целью формирования группы исследования было обследовано 300 студентов 4-го курса лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского университета. Выборка по гендерному признаку не производилась. На первом этапе провели тестирование по методике Леонгарда-Шмишека на акцентуацию характера для выявления студентов с особенностями демонстративного типа. По результатам исследования обнаружено: 24 человека (8,0%) – с выраженной яркой акцентуацией демонстративного типа, 126 (42,0%) – со средней степенью выраженности демонстративности, 150 обучающихся (50,0%) – с другими типами акцентуаций. В виде контрольного произведено тестирование лиц с высокими показателями акцентуации при помощи многоуровневого личностного опросника «Адаптивность». Исследование установило 22 (7,3%) человека с низким уровнем адаптации и признаками психопатий. У лиц этой группы психическое состояние характеризовалось как пограничное, имелась высокая вероятность развития нервно-психической патологии. Обследуемые обладали низкой психической устойчивостью, были конфликтны, могли совершать асоциальные поступки, им рекомендована консультация врача-психиатра. В результате осмотра и консультации врача-психиатра симптоматика истерического невроза присутствовала у 15 обследуемых (5,0%). Дальнейшее клиническое исследование пациентов этой группы в рамках заявленной цели не проводилось.

Среди студентов исследуемой группы в 100,0% случаев отмечался «синдром отличника», проявляющийся стремлением достигать наивысших результатов и выраженным перфекционизмом при выполнении любого вида деятельности. При указании испытуемому на его ошибку или некачественно выполненное задание он отвечает реагированием в виде негативизма, агрессии, дисфории и тревоги у мужчин; астенического синдрома, тоски, излишней плаксивости и дисфории у женщин. При попытке уличить истероида во лжи большинство опрошенных проявляли агрессию, отрицание, приводили несущественные доводы. Внешне в этот момент наблюдалась гиперемия кожных покровов на видимых участках тела (лице, ушах и шеи). У части исследуемых вегетативная реакция проявлялась в виде мелких и средних алых пятен на лице, шее, груди и плечах.

Исторические личности конфликтны и скандальны. При постановке индивидуумов в искусственную конфликтную ситуацию наблюдались реакция смешанного аффекта и агрессия. При завершении конфликтной ситуации присутствовала легкая эйфория. Так же для истерической реакции была характерна яркая, эмоционально окрашенная псевдология. Наблюдалась патологическая склонность к вымыслу, преувеличение возможностей, неспособность контролировать свое воображение. Внешний вид истерической личности яркий. Как правило, они выглядят чисто и опрятно, одеваются броско, но не выходят за грань общепринятых норм общества. Поведение демонстративное и манерное. Для женщин характерен заметный макияж.

Таким образом, с целью формирования продуктивной коммуникации, своевременного установления псевдологии и предотвращения конфликта рекомендуется обращать внимание на внешний вид оппонента. В беседе рекомендовано не уличать истерическую личность во лжи напрямую. Следует поинтересоваться, кто он, отметить его внешний вид, сделать акцент на парфюм, одежду и т.д. и похвалить. Отказаться от отрицательных оценок его личности, иначе ответной реакцией последует истерика в виде слез, криков, жалоб, возгласов. Не указывать в директивной форме, а дать совет: «Вам бы я посоветовал...»; «Советую вам ...». Следует обратить внимание на порядок расположения слов в предложении, местоимение «Я» не следует ставить первым, так как для истероида это может служить сигналом о его второстепенной роли в диалоге и ситуации в целом. Для распознавания лжи стоит обратить внимание на речь обучающегося. Ложь характеризуется яркой эмоциональной окраской, наигранностью и признаками стресса. Объект коммуникации быстро согласится на предложенный вариант события, вместо того чтобы фантазировать и выдумывать это самим, таким образом можно определить противоречия. Попросите рассказать человека историю наоборот или с середины и дойти до начала, что так же может запутать ход выдуманной истории и выявить ложь. В рассказе могут наблюдаться короткие (0,5 сек) и длинные (2 сек) паузы.

Знание преподавателя о критериях истерических личностей и особенностях коммуникации с ними способно минимизировать риск возникновения стрессовой ситуации и формирования негативной эмоции, что повышает качество формируемых компетенций у обучающихся в процессе преподавания дисциплин. В свою очередь студенты по окончании медвуза смогут применить полученные в учебной практике знания для формирования эффективных коммуникативных связей как с пациентами, так и коллегами по работе.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ УРОВНЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НАСЕЛЕНИЕМ КУЗБАССА**

**Селедцов А.М., Лопатин А.А., Зорохович И.И.,**

**Вострых Д.В., Дементьева Г.С., Барина Е.В.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

Употребление алкоголя на сегодняшний день является значимой не только медицинской, но и социально-экономической и демографической проблемой в Российской Федерации. В зону повышенного риска употребления спиртного попадает наиболее трудоспособная часть населения, а основной «группой риска» являются подростки и молодежь. Уровень распространенности наркологических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди населения Кузбасса является одним из высоких в России. Более того, эта проблема в силу ряда причин (социальных, экономических, географических и др.) в регионе стоит значительно острее, чем в большинстве территорий страны.

Анализ заболеваемости психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя, в Кузбассе за последние годы показал следующее. Отмечено уменьшение числа пациентов, зарегистрированных наркологическими медицинскими организациями региона с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» в 2017–2018 гг. по сравнению с 2016 г. Подобного рода тенденция фиксируется наркологической службой в среднем на территории РФ (табл. 1). Это объясняется, с одной стороны, эффективностью проводимых наркологической службой профилактических мероприятий, с другой – соблюдением требований Порядка диспансерного наблюдения.

**Т а б л и ц а 1. Распределение пациентов с алкогольными психозами и алкогольной зависимостью, зарегистрированных наркологическими медицинскими организациями Кемеровской области в 2016–2018 гг. (в сравнении с данными по РФ)**

Территория	2016 г.		2017 г.		2018г.	
	абс.	*	абс.	*	абс.	*
Кемеровская область	20438	75,2	19743	72,9	19268	71,5
Российская Федерация	1589525	108,4	1502174	102,3	нет данных	

П р и м е ч а н и е. \* – Приведены данные на 10 тыс. населения

Распознавание лиц, злоупотребляющих алкоголем, представляет далеко непростую задачу. Отношение пациентов и их родственников к сбору алкогольного анамнеза делает её для отечественного здравоохранения еще более актуальной и трудноразрешимой (Огурцов П.П., Жиров И.В., 2002). При этом одним из показателей, наиболее точно отражающим распространенность и степень тяжести течения алкогольной зависимости, является уровень распространения алкогольных психозов (Кошкина Е.А., 2002).

Частота возникновения алкогольных психозов определяется рядом факторов, важнейшим из которых является массивность злоупотребления спиртными напитками (суточные дозировки, длительность ежедневного потребления спиртного). Поэтому количество возникающих в течение года психозов находится в тесной связи с уровнем потребления алкоголя на данной территории или в конкретной стране. Наиболее точный учет алкогольных психозов осуществляется путем регистрации числа пациентов, госпитализированных в течение года в связи с психическими состояниями алкогольной этиологии в психиатрические и наркологические стационары. Истинное количество возникших алкогольных психозов превышает это число, так как многие пациенты с абортивными психозами не госпитализируются, а зачастую даже не обращаются за медицинской помощью. Кроме того, алкогольные психозы, развившиеся в соматических стационарах, плохо учитываются статистикой. Вместе с тем ежегодная регистрация числа алкогольных психозов, по данным психиатрических и наркологических стационаров, позволяет выявить основные тенденции их динамики. Колебания в частоте возникновения алкогольных психозов отражают, прежде всего, уровень потребления алкоголя населением, в том числе и пациентами с зависимостью от алкоголя.

О взаимосвязи уровня потребления населением алкоголя и частоты возникновения алкогольных психозов свидетельствуют следующие данные. Так, в связи с ограничением продажи спиртных напитков, начиная с 1985 г. в РФ началось резкое снижение числа зарегистрированных алкогольных психозов: в 1984 г. – 68,0 на 100 000 населения, в 1988 г. – 18,5. Как только прекратилось ограничение продажи спиртных напитков, начался рост числа алкогольных психозов, достигший максимума в 1994 г. (114,1). Затем с 1994 г. по 1998 г. доля алкогольных психозов снизилась (в 1998 г. – 64,47). Резкий рост числа алкогольных психозов, начавшийся с 1999 г. и достигший максимума в 2003 г. (122,6) является отражением возросшего душевого потребления алкоголя населением, в том числе и большими алкоголизмом, как это отмечалось в начале 90-х годов (Кошкина Е.А. и др., 2005).

В 2013 г. численность госпитализированных пациентов с алкогольными психозами, как и в прежние годы, существенно различалась на разных территориях. В 2013 г. в среднем по РФ было госпитализировано 68,7 на 100 тыс. населения (первичный диагноз был установлен у 23,36 на 100 тыс. населения). В Кемеровской области было госпитализировано 105,12 (первично 28,00) на 100 тыс. населения; при этом в Республике Бурятия – 41,37 (первично 20,48), а в Ненецком Автономном округе – 261,75 (первично 91,14).

Причины резких различий частоты возникновения алкогольных психозов даже в пределах одного региона остаются не вполне понятными и объяснимыми. Различны и показатели, отражающие соотношения числа госпитализированных пациентов, и числа лиц, которым впервые в жизни установлен диагноз алкогольного психоза. В Кузбассе на протяжении последних лет уровень распространенности алкогольных психозов остается стабильно высоким (табл. 2).

**Т а б л и ц а 2. Распределение пациентов с алкогольными психозами, впервые зарегистрированными наркологическими медицинскими организациями Кемеровской области в 2016–2018 гг. (в сравнении с данными по РФ)**

Территория	2016 г.		2017 г.		2018г.	
	абс.	*	абс.	*	абс.	*
Кемеровская область	1224	4,5	1129	4,2	1218	4,5
Российская Федерация	59471	4,0	50299	3,4	нет данных	

П р и м е ч а н и е. \* – Приведены данные на 10 тыс. населения

Четко прослеживается более высокий уровень распространенности алкогольных психозов в Кемеровской области на протяжении трех лет по сравнению с данными РФ. Помимо того, что в последнее время отмечается определенный патоморфоз алкогольной зависимости в сторону роста числа алкогольных психозов и случаев раннего развития психоза (через 3–5 лет со времени формирования зависимости от алкоголя), довольно часто специалистами наркологической службы Кемеровской области фиксируются случаи осложнений течения алкогольных психозов эпилептическими приступами. Также необходимо отметить, что каждый перенесенный психоз сопровождается стойкими, а зачастую и необратимыми изменениями в ЦНС пациентов, проявляющимися в виде хронической энцефалопатии, резидуального (остаточного) бреда на фоне внешней нормализации поведения и других, что приводит к быстрой инвалидизации пациентов.

Таким образом, вышеизложенное позволяет сделать выводы, с одной стороны, об имеющейся достаточно серьезной ситуации в Кузбассе, связанной с употреблением населением спиртных напитков, с другой – о важности своевременной, правильной диагностики и лечения алкогольных психозов, а также необходимости профилактических, антиалкогольных мероприятий в регионе.

## **ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЁРЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Серегин А.А., Дмитриева Е.М., Смирнова Л.П.,  
Симуткин Г.Г., Иванова С.А.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

**Введение.** Шизофрения и биполярное аффективное расстройство (БАР) являются наиболее тяжелыми психическими расстройствами современности и представляют собой гетерогенную группу эндогенных психических расстройств с неясной до настоящего времени этиологией и патофизиологическими механизмами. Это является причиной трудностей в прогнозировании ответа на лечение и результатов лечения пациентов с этими расстройствами. Диагностика психических расстройств основана только на клинических симптомах, поэтому существует необходимость поиска биологических маркеров, отражающих особенности патогенеза этих эндогенных психических расстройств.

**Материалы и методы.** В клинико-биологическое исследование были включены 33 пациента с параноидной шизофренией в возрасте 34 [28; 40] лет и продолжительностью болезни 7 [4; 16] лет. Вторая исследовательская группа – 23 пациента с БАР, поступивших в стационар по поводу депрессии в возрасте 32 [21; 52] лет с длительностью заболевания 8 [5; 11] лет. Больные были госпитализированы в остром состоянии, забор крови производили до начала терапии. Контрольная группа – 24 психически и соматически здоровых добровольца, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемыми группами. Критерии исключения: наличие острых и хронических инфекционных, воспалительных, аутоиммунных, соматических заболеваний в острой фазе; острых инфекционных заболеваний менее чем за 4 недели до начала исследования; прием лекарственных психоактивных средств. Работа выполнена с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и в соответствии с Хельсинской Декларацией для экспериментов, включающих людей.

Сыворотка при помощи аффинной хроматографии очищалась от мажорных белков (альбумин, иммуноглобулин G, иммуноглобулин A, антитрипсин, трансферрин и гаптоглобин) на хроматографе АКТА pure (GE Healthcare). После чего образцы концентрировали до 1 мл с помощью ультрафильтров Amicon Ultra-0,5 (MILLIPORE) на 3 кДа и разделяли вертикальным электрофорезом в 12% полиакриламидном геле по методу Леммли (Laemmli U.K., 1970). После проведения трипсинолиза и экстракции пептидов из геля белки идентифицировали при помощи ВЭЖХ/масс-спектрометрии на масс-спектрометре LTQ Velos (ThermoScientific) на базе ЦКП «Протеом человека» (ИБМХ, Москва). Идентификация белков проводилась путем поиска совпадения значений экспериментальных масс с массами белков, аннотированных в базе данных UniProtKB/Swiss-Prot ([www.uniprot.org](http://www.uniprot.org)) с использованием поисковой машины Mascot ([www.matrixscience.com](http://www.matrixscience.com)). Результаты проверялись на достоверность при помощи непараметрического точного критерия Фишера с поправкой Йетса.

**Результаты и обсуждение.** В результате масс-спектрометрического анализа и сравнения протеомных профилей было идентифицировано 22 уникальных белка, характерных для шизофрении, и 20 уникальных белков, характерных для БАР. Белки, уникально встречающиеся только в сыворотке крови пациентов с шизофренией, в основном участвуют в регуляции метаболизма нуклеиновых кислот, белковом обмене, клеточной коммуникации и иммунном ответе, а также регулируют клеточный рост. В полученных нами результатах присутствуют белок цинковых пальцев (Zinc finger protein) и другие белки (Zinc finger X-linked protein ZXDA, KRAB domain-containing protein ZNF). Сейчас известно, что белки цинковых пальцев являются транскрипционными факторами, играющими важную роль в развитии мозга и формировании психических и когнитивных расстройств (Willemsen M.H., 2010; Kambouris M., 2014; Tao R., 2014). Идентифицированные белки, такие как SH3-домен, связывающий белок 1 (SH3BP1), тирозин-протеинкиназа Абельсона 2 и кадгерин-5, осуществляют свои функции с участием актинзависимых белков. В последнее время изменение актина в синапсах связывают с развитием шизофрении и расстройствами аутистического спектра (Yan Z., 2016; Bhambhani N.P., 2017).

Уникальные белки, идентифицированные в сыворотке крови пациентов с БАР, в основном участвуют в регуляции синтеза ДНК и клеточного цикла, особенно в дифференцировке нейтральных клеток-предшественников, развитии нейронов и олигодендроцитов, таких как миелиновые транскрипционные гены, регулирующие гены, кодирующие миелиновые ассоциированные белки и другие белки ЦНС.

Один из идентифицированных белков – центромерный белок F – участвует в регуляции синтеза ДНК и клеточного цикла и регуляции транспортных процессов через клеточную мембрану. Обнаружение белка SH3, содержащего множественные анкириновые повторы (SHAN1), представляет большой интерес, поскольку он участвует в контактах рецепторов постсинаптической мембраны (таких как метаботропные, глутаматные и NMDA-рецепторы) с актиновым цитоскелетом. В гене SHANK, кодирующем SH3, обнаружено несколько точечных мутаций и белка, по-видимому, способствующих развитию расстройств аутистического спектра. Белки с анкириновыми повторными доменами участвуют в регуляции различных белок-белковых взаимодействий и выполняют структурные функции в ЦНС в субклеточных структурах нейронов, таких как начальный сегмент аксона и узлы Ранвье, в которых анкирины регулируют локализацию ионных каналов. Была показана связь вариантов гена ankyrin 3 (ANK3); ANK3 представляет собой кодирующий большой ген множественных изоформ белка анкирина G с БАР, однако патогенетические механизмы этой связи пока не ясны. Кроме того, мутации в ANK3 могут вызвать гиперчувствительность нейронов к возбуждающим стимулам.

**Выводы.** Полученные результаты помогут раскрыть новые, пока не известные моменты патогенеза эндогенных психических расстройств.

*Работа поддержана грантом РНФ № 18-15-00053 «Поиск периферических маркеров, ассоциированных с нарушением миелинизации головного мозга и патогенезом заболевания при шизофрении» 2018–2020 гг.*

*Масс-спектрометрический анализ проводился на оборудовании центра коллективного пользования «Протеом человека» Института биомедицинской химии (ИБМХ, Москва) при поддержке Министерства образования и науки РФ (уникальный идентификатор проекта 526 RFMEFI62117X0017)*

## **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ПО СИБИРСКОМУ ФЕДЕРАЛЬНОМУ ОКРУГУ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2018–2019 гг.**

**Сорокина В.А., Самусь И.В., Федоренко Т.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусматривается в срок до 2020 г. снижение смертности от всех причин. Существует необходимость в анализе существующих в официальной статистике расхождений в оценке смертности от психических расстройств и смертности от иных причин при психических расстройствах.

При анализе показателей причин смертности при психических расстройствах и расстройствах поведения по Сибирскому федеральному округу (далее – СФО), составленному на основании ежеквартального мониторинга мероприятий по снижению смертности за I полугодие 2019 г. в сравнении с I полугодием 2018 г. отмечается ряд положительных тенденций. Число пациентов с психическими расстройствами поведения, выбывших из психиатрического стационара в связи со смертью, по СФО снизилось на 25% (-0,3 на 100 тысяч населения). За I полугодие 2018 г. показатель составил 1,2 на 100 тысяч населения, в абсолютных значениях – 206 человек, за I полугодие 2019 г. – 0,9 на 100 тысяч населения или 149 человек. Наибольшее снижение отмечено в Республике Хакасия (-100%), Республике Алтай (-100%), Кемеровской (-75%) и Томской (-50%) областях.

Отмечается снижение на 10% числа пациентов с сосудистой деменцией, снятых с диспансерного учета в связи со смертью. В I полугодии 2018 г. показатель по СФО составил 2,0 на 100 тысяч населения (339 человек), в I полугодии 2019 г. – 1,8 на 100 тысяч населения (306 человек). Наибольшее снижение отмечено в Республике Тыва (-66,7%), Кемеровской (-30,8%) и Томской (-28,6%) областях. Неизменным показателем остается в Омской области и Республике Алтай. Незначительный рост показателя зарегистрирован в Новосибирской области (+11,8%) и Красноярском крае (+15,4%). Остался неизменным показатель числа больных эпилепсией, снятых с диспансерного учета в связи со смертью, который в I полугодии 2018 г. и 2019 г. составил 0,5 на 100 тысяч населения. Данные в абсолютных числах за I полугодие 2018 г. и 2019 г. составили 78 и 84 человека соответственно.

Несмотря на общую положительную динамику, отмечаются и отрицательные тенденции. Число пациентов, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, снятых с диспансерного учета в связи со смертью, по СФО выросло на 6,7% (за I полугодие 2018 г. показатель составил 10,5 на 100 тысяч населения, в абсолютных значениях 1 811 человек, за I полугодие 2019 г. – 11,2 на 100 тысяч населения или 1 920 человек). При этом наибольший рост показателя наблюдается в Республике Тыва (+68,5%), Республике Алтай (+67,3%), Новосибирской области (+50,0%). Несмотря на то что в Кемеровской области и Республике Хакасия показатель числа пациентов, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, снятых с диспансерного учета в связи со смертью, превышает данные по СФО, тем не менее наибольшее снижение смертности отмечается в Кемеровской области (-24,4%), Республике Хакасия (-19,5%) и Томской области (-27,7%).

На 7,4% по СФО увеличилась численность больных шизофренией, снятых с диспансерного учета в связи со смертью. Так, за I полугодие 2018 г. показатель составил 2,7 на 100 тысяч населения, в абсолютных значениях 458 человек, за I полугодие 2019 г. – 2,9 на 100 тысяч населения или 505 человек. В 2,5 раза (на 150%) возросло число пациентов с болезнью Альцгеймера, снятых с диспансерного учета в связи со смертью. В I полугодии 2018 г. данный показатель был равен 0,2 на 100 тысяч населения (42 человека), в I полугодии 2019 г. – 0,5 на 100 тысяч населения (92 человека).

Таким образом, мониторинг причин смертности среди лиц, страдающих психическими расстройствами, приводит к пониманию необходимости разработки специальных программ по снижению смертности среди данной категории граждан.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2016–2018 ГГ.**

**Сорокина В.А., Самусь И.В., Федоренко Т.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

Психиатрическая служба Кемеровской области обслуживает население численностью 2 694 877 человек (на 01.01.2018 г.). В Кузбассе оказываются все виды специализированной психиатрической помощи взрослому населению, детям и подросткам. Специализированная психиатрическая помощь в Кемеровской области представлена 5 психиатрическими больницами, 5 психоневрологическими диспансерами и 23 психиатрическими кабинетами (взрослыми и детскими) при городских и районных больницах. В 2018 г. коечный фонд в психиатрических стационарах составил 2 562 (в том числе 185 наркологических коек), показатель обеспеченности койками на 10 тыс. населения остался на прежнем уровне – 9,2 (2013 г. в СФО – 9,2, 2015 г. в РФ – 9,35). Стационарная помощь детям и подросткам осуществляется в трех детских отделениях психиатрических больниц на 175 койках, а стационарная психиатрическая помощь подросткам (с 15 лет) – во взрослых отделениях психиатрических больниц. Уровень госпитализации в СПМО Кемеровской области в 2018 г. составил 555,1 на 100 тысяч населения. По сравнению с 2017 г. увеличился на 0,5% и в отличие от 2016 г. снизился на 3,3%. Данный показатель превышает аналогичный в РФ на 22,6%.

По сравнению с 2017 г. уровень госпитализации снизился в нозологических группах: психозы и состояния слабоумия (-3,7%), шизофрения (-4,9%), психические расстройства в связи с употреблением алкоголя и ПАВ (-13,9%). В течение 3 лет неуклонно возрастает число больных, госпитализированных в связи непсихотическими психическими расстройствами (на 3%) и с умственной отсталостью (на 8,5%). Это свидетельствует о необходимости эффективного функционирования амбулаторного звена и стационарзамещающих подразделений.

Общая заболеваемости в 2018 г. в Кемеровской области составила 3 163,3 на 100 тысяч населения, превысив показатель по РФ 2017 г. на 17,2% (2 698,0), но ниже, чем в СФО, на 10,9% (3548,8). По сравнению с 2017 г. и 2016 г. показатель снизился на 0,2% и 1,3%. В целом структура заболеваемости за 3 года не изменилась, преобладают психические расстройства непсихотического спектра (49%), треть – приходится на психозы и состояния слабоумия (33,8%), минимальна доля умственной отсталости (17,2%). При сравнении показателей общей заболеваемости по нозологическим группам с 2017 г. снижается заболеваемость психозами и состояниями слабоумия (на 1,5%), шизофренией (на 5,4%) и возрастает заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами (на 0,6%), заболеваемость умственной отсталостью сохраняется на прежнем уровне. Структура первичной заболеваемости психическими расстройствами в Кемеровской области в 2018 г. не изменяется: более половины приходится на непсихотические психические расстройства (51,8%), 29,8% составляют психозы и состояния слабоумия, 18,4% – умственная отсталость. В течение 3 лет выявлено стабильное снижение первичной заболеваемости: 2018 г. – 327,6 на 100 тысяч населения. По сравнению с 2017 г. отмечается снижение показателя первичной заболеваемости как в целом (на 7,5%), так и по нозологическим группам: психозы и состояния слабоумия – на 19,9%, шизофрения – на 54,6%, умственная отсталость – на 12,5%, непсихотические психические расстройства – на 9,9%.

Высокий показатель общей заболеваемости психическими расстройствами среди населения Кемеровской области может быть объяснен малой успешностью лечебно-реабилитационных мероприятий среди хронически больных пациентов. Снижение первичной заболеваемости психическими расстройствами является следствием предпринятых федеральными и региональными органами управления здравоохранения мерами по усилению профилактической работы, повышению качества жизни населения в стране, повышением качества психосоциальной работы в области психиатрии, следствием исполнения законодательства о психиатрической помощи.

## **ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИМИ И НЕМЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Сорокина В.А., Самусь И.В., Федоренко Т.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

Серьезной проблемой психиатрической службы Кемеровской области в последние годы является недостаточная кадровая обеспеченность специалистами. Укомплектованность психиатрических учреждений врачебными кадрами в 2018 г. составила 48,0%. В медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в Кемеровской области, отмечается повышение количества физических лиц врачей-психиатров по сравнению с 2017 г. на 5,7% (со 193 до 204). Таким образом, в 2018 г. на 7% возросла обеспеченность врачами-психиатрами – 7,6 на 100 тысяч населения (2017 г. – 7,1). Число занятых должностей врачей-психиатров за три последних года снижается: с 486,75 в 2016 г. до 424,5 в 2018 г. Коэффициент совместительства врачей-психиатров в Кемеровской области в 2016, 2017 и 2018 гг. остается на уровне 2,3. В Кузбассе все работающие врачи-психиатры – сертифицированные специалисты, 64,2% врачей имеют квалификационные категории, из них высшая квалификационная категория присвоена 64,9% врачей, первая – 27,5%, вторая – 7,6%.

В 2018 г. в целом по области повысилась обеспеченность специалистами с немедицинским образованием. Прирост произошел за счет повышения количества занятых должностей социальными работниками (22,9%) по сравнению с 2017 г. и 2016 г. Число занятых должностей социальными работниками в 2018 г. увеличилось на 9,75 ставки и составило 52,25, так же возросло количество физических лиц – с 16 до 22, т.е. на 37,5%. Недостаточно специалистов по социальной работе в психиатрических медицинских организациях области; всего 1 сотрудник в ГБУЗ КО «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница». Среди медицинских психологов в течение 3 лет незначительно снизилось количество занятых должностей – на 0,9% и 1,4% по сравнению с 2017 г. и 2016 г. В 2018 г. данный показатель составил 85,75 (0,3 на 10 тыс. населения). Количество физических лиц осталось на прежнем уровне. Несмотря на незначительную положительную динамику обеспеченности кадрами психиатрической службы Кемеровской области специалистами с немедицинским образованием, необходимо увеличивать их число по всем категориям работающих: медицин-

ские психологи, специалисты по социальной работе и социальные работники. Следует отметить, что большинство специалистов с немедицинским образованием заняты в стационарной психиатрической службе Кемеровской области, когда в современной психиатрической практике приоритет в профилактической и реабилитационной деятельности принадлежит амбулаторным психиатрическим службам.

При этом укомплектованность врачами-психиатрами психиатрической службы Кузбасса в разрезе каждой медицинской организации неравномерна. Наибольшей укомплектованностью обладают Новокузнецкая и Калтанская психиатрические больницы, а также Юргинский психоневрологический диспансер (58,1%). В Кемеровской области в 2018 г. укомплектованность врачами судебно-психиатрическими экспертами составила 45,5%.

Таким образом, психиатрическая служба Кемеровской области не является исключением среди субъектов Российской Федерации по показателям обеспеченности медицинскими и немедицинскими кадрами. Активная работа по привлечению врачей и немедицинских работников в специализированные психиатрические медицинские организации с использованием ресурсов образовательных организаций позволит повысить качество и доступность психиатрической помощи в регионе.

## **ЭКСТРЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ ШАХТЕРОВ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

**Старостенко С.И., Лаврентьева Т.В., Ларина И.А.,**

**Лаврентьева Л.Н., Лаврентьева Т.В.**

**Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница,**

**Ленинск-Кузнецкий, Россия**

---

Экстренные чрезвычайные ситуации и производственный травматизм на горнодобывающих предприятиях в Кемеровской области из года в год снижаются. На территории Кузбасса зарегистрировано 120 угледобывающих предприятий, где ЧС тем не менее встречаются достаточно часто. В России ежегодно происходит до 50 крупных аварий на угольных предприятиях, в которых погибают от 50 до 200 человек, около 300 человек в год получают травмы различной степени тяжести (1). Поэтому необходимы разработка и внедрение программ экстренной психологической помощи пострадавшим и комплексное исследование психологических последствий пережитой катастрофы.

Нами проведено исследование эффективности применения экстренных методов психокоррекции патопсихологических нарушений у пострадавших шахтеров в результате чрезвычайных ситуаций.

8 февраля 2019 г. произошла ЧС на разрезе «Распадский» (вахтовый автобус с рабочими упал с обрыва высотой 8–9 метров). Пострадало 18 человек, из них 16 с политравмами различной степени выраженности были доставлены для оказания высококвалифицированной помощи в ГАУЗ КО НКЦОЗШ г. Ленинск-Кузнецкого. С первых же дней к оказанию помощи были привлечены специалисты ГКУЗ КО ЛКПБ. Бригада в составе врача-психиатра, психолога, психотерапевта работала в тесном контакте с врачами других специальностей на протяжении всего времени пребывания пострадавших в стационаре. Психокоррекционная работа проводилась в несколько этапов. Все пострадавшие на следующий день после поступления осматривались врачом-психиатром в случае поступления пострадавших в реанимационное отделение (таких было 5 человек). Первичный осмотр психиатром проводился после стабилизации состояния. В случае необходимости пациентам назначались медикаментозные препараты. Лечение психотропными препаратами проводилось 6 больным. Одновременно медицинским психологом выполнялось психологическое обследование. Для этого использовали следующие методики: опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), тест Спилберге-ра–Ханина для дифференциации уровня тревоги, цветовой тест Люшера с индивидуальной оценкой личности (как избавиться от психологического стресса и физиологических симптомов). В исследовании определялась выраженность психопатологической симптоматики у пострадавших шахтеров, динамика различных ситуационных, личностных факторов тревоги, их влияние на психологические особенности шахтеров, переживших стрессовую ситуацию. Полученные результаты позволили сформулировать рекомендации по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшим, пережившим ЧС.

С каждым пациентом была проведена беседа с целью повысить его уверенность в возможности восстановления психического равновесия, убедить его в целесообразности и необходимости коррекции для улучшения эмоционального и физического состояния, формирования ресурсов для совладания с проблемой. В ходе беседы у некоторых шахтеров отмечалось острое чувство вины (за то, что не смогли спасти кого-то из друзей, что сами они выжили, а другие погибли). Агрессивность в некоторых случаях была выраженной (на тех, кто видел аварию и не помог). Подавленная напряженность проявлялась в форме высокой напряженности, аутоагрессии (самообвинения, отказ от помощи).

Курс индивидуальной психокоррекции составлял от 2 до 5 сеансов, в зависимости от психологического состояния пострадавшего. На сеансах индивидуальной психокоррекции использовали методики экстренной психологической помощи, одной из них является методика ДПДГ (десенсибилизация и переработка движениями глаз) (2, 3). Двое пациентов на начальном этапе негативно относились к психологу, отказывались от психологической помощи, но после нескольких занятий с другими пациентами, которым оказывалась психологическая помощь, недоверие прошло, и появилась заинтересованность в занятиях.

После появления доверительного отношения к психологу и роста активности пациентов проводились групповые занятия – музыкотерапия и дебрифинг – метод экстренной психологической помощи с групповой психологической травмой. Цель дебрифинга заключается в снижении тяжести негативных психологических последствий после пережитого стресса (2). В ходе группового дебрифинга у пациентов происходило отреагирование в условиях безопасности и конфиденциальности своих переживаний, они делились беспокоящими впечатлениями, реакциями и чувствами, связанными с экстремальными событиями. Встречая похожие переживания у других участников группы, пациенты получали облегчение, соответственно у них снижалось ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, спадало внутреннее напряжение, групповая поддержка формировала солидарность и взаимопонимание. На занятиях оговаривалась возможность переживания симптомов или реакций, которые могут возникнуть в ближайшее время, определялись средства дальнейшей помощи при необходимости.

На каждого пациента заводилась индивидуальная психологическая карта, в ней фиксировались результаты всех встреч с пациентом (тема обсуждаемой проблемы, пути выхода из стрессовой ситуации). По итогам каждой встречи врачом-психиатром и психологом составлялось краткое заключение с занесением в историю болезни. Экспериментально-психологические исследования проводились дважды: до начала психотерапии и в последний день экстренной краткосрочной психокоррекции.

**Т а б л и ц а 1. Средние показатели личностной и ситуационной тревожности у пострадавших в ЧС по тесту Спилбергера-Ханина до и после психологической коррекции, в баллах**

Тревожность	До коррекции	После коррекции	Результат
Личностная	56,6 – высокая	46,6 – высокая	Снизилась на 10
Ситуативная	47,6 – высокая	39,6 – средняя	Снизилась на 8

У 80% пациентов до коррекции отмечались высокие показатели как личностной, так и ситуативной (реактивной) тревожности, связанные с острой реакцией на стресс. Тревожность находилась в диапазоне от 48 до 58 баллов. Лишь у 20% пациентов личностная тревожность имела средний уровень – в диапазоне 42–45 баллов. Возможно сделать предположение, что у пациентов изначально имелись большая склонность к переживанию негативных эмоций и более высокий уровень личностной тревожности. Высокая тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными срывами и психосоматическими заболеваниями. После коррекционной работы у всех пациентов снизилась ситуативная (реактивная) тревожность, достигая средних значений, и варьировала в диапазоне от 38 до 44 баллов.

**Т а б л и ц а 2. Средние показатели по опроснику SCL-90-R у пострадавших в ЧС до и после до и после психологической коррекции, в баллах**

Показатель	Шкала опросника SCL-90-R									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
До коррекции	1,24	0,83	0,99	0,61	0,26	0,10	0,14	0,49	0,26	0,56
После коррекции	0,88	0,76	0,58	0,16	0,13	0,16	0,14	0,49	0,2	0,89
Норма средних значений	0,44	0,75	0,66	0,62	0,47	0,6	0,18,	0,54	0,3	0,49

**П р и м е ч а н и е.** Шкалы опросника SCL-90-R: 1 – соматизация, 2 – обсессивность – компульсивность, 3 – межличностная сенситивность (тревожность), 4 – депрессивность, 5 – тревожность, 6 – враждебность, 7 – фобии, 8 – паранойяльность, 9 – психотизм, 10 – дополнительные пункты.

По результатам опросника SCL-90-R у испытуемых до коррекции диагностирована повышенная выраженность психопатологической симптоматики – показатели находятся в диапазоне от 0,6 до 0,87 при норме 0,51 (индекс GSI отражает, насколько сильно психопатологические жалобы тяготят пациентов). Индекс PSI так же характеризовался повышенными показателями – в диапазоне от 22 до 33 при норме 21,39 (индекс PSI отражает, насколько разнообразна имеющаяся симптоматика). В диапазоне незначительного повышения значений оказался индекс PDSI – от 1,55 до 1,63 при норме 1,17 (индекс выраженности дистресса), стрессовая ситуация проявляется негативно, что приводит к состоянию эмоционального напряжения и дискомфорта.

Из 90 жалоб, представленных в опроснике SCL-90-R, в большей степени пациентов беспокоили следующие значительно выраженные жалобы: боль в пояснице, ощущение слабости в различных частях тела,

тяжесть в конечностях, трудности с засыпанием, онемение и покалывание в разных частях тела, слезливость, застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола, чувство недовольства другими, упадок сил или заторможенность и т.д.

Переживание травматического опыта отражается в большей распространенности признаков психологической дезадаптации и выраженности жалоб патопсихологической и психосоматической симптоматики: жалобы на чувство собственной неполноценности, невозможность адекватно выражать свои переживания, на снижение самопринятия и эмоциональный дискомфорт. Повышение по шкале межличностной чувствительности указывает на тенденцию воспринимать себя не таким, как другие, переживание непонимания и недружелюбия со стороны окружающих, неуверенность в себе. Вследствие этого пациенты сами ещё больше отгораживаются в общении.

По результатам опросника SCL-90-R после коррекции у испытуемых диагностируется снижение психопатологической симптоматики по индексу GSI (насколько сильно психопатологические жалобы тяготят пациентов) – в диапазоне от 0,22 до 0,5 при норме 0,51. Индекс PSI так же был снижен (отражает, насколько разнообразна имеющаяся симптоматика) – в диапазоне от 17 до 24 при норме 21,39. При этом в диапазоне незначительного повышения значений оказался индекс PDSI (выраженности дистресса) – от 1,11 до 1,5 при норме 1,17, стрессовая ситуация проявляется всё ещё негативно.

Из 90 жалоб, представленных в опроснике SCL-90-R, пациентов в большей степени беспокоили следующие умеренно выраженные жалобы: боль в пояснице, проблемы с памятью, боль в сердце или грудной клетке, ощущение неловкости, когда за ними наблюдают со стороны. Ко времени выписки из стационара у 6 пациентов, которым назначались психотропные препараты, курс лечения был завершён со значительным улучшением психического состояния.

Одним из эффективных методов в используемом комплексе лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с посттравматической симптоматикой, вызванной стрессовой ситуацией, является экстренная психологическая коррекция и поддержка. Психокоррекционные мероприятия в первую очередь направлены на своевременное оказание специализированной помощи по устранению или снижению выраженности психострессорных факторов. Врачи смежных специальностей должны учитывать тот факт, что люди, пережившие экстремальные ситуации, входят в группу риска развития психических расстройств. Они нуждаются не только в лечении полученных травм, но и в экстренных психокоррекционных занятиях с медицинским психологом.

### Литература

1. Ежегодные отчеты о деятельности Федеральной службы по экономическому, техническому и атомному надзору за 2000–2016 гг.
2. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : Изд-во Эксмо 2005: 960 с
3. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз. Основные принципы, протоколы и процедуры / пер. с англ. А.С. Ригина. М.: Независимая фирма “Класс”, 1998: 496.

### **ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДИКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАРБОГИДРАТ-ДЕФИЦИТНОГО ТРАНСФЕРРИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В УСЛОВИЯХ ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ**

**Телякова О.Г., Никитин П.И., Горелкин А.О.,**

**Бакеева Е.Г., Селедцов А.М.**

**Кемеровский областной клинический наркологический диспансер,  
Кемерово, Россия**

---

Распространение хронического злоупотребления алкоголем и заболевания алкоголизмом в России актуализирует задачу по разработке комплекса мер, направленных на реализацию государственной антиалкогольной политики. Особенно это актуально для выявления хронического злоупотребления алкоголем работниками, занятыми определенными видами профессиональной деятельности, в первую очередь с опасными условиями труда. Согласно изменениям в действующем законодательстве РФ, а именно приказам Министерства здравоохранения, регламентирующим порядок медицинских осмотров и освидетельствований водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам и их прекурсором, а также лиц, получающих разрешение к владению оружием, качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина в сыворотке крови является необходимым исследованием.

Карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT) сыворотки крови – биологический маркер, отражающий хроническое злоупотребление алкоголем. В настоящее время и до завершения программы международной стандартизации карбогидрат-дефицитного трансферрина, инициированной Международной Федерацией Клинической Химии (IFCC), к CDT принято относить асиало-, моносиало- и дисиало- изоформы трансферрина.

Выбор данного маркера основан на его диагностической возможности отражать как раннее и латентное злоупотребление алкоголем, так и обеспечивать мониторинг эффективности проводимой терапии посредством объективного отражения ремиссии или возникновения рецидива.

В химико-токсикологической лаборатории (ХТЛ) ГБУЗ КО КОКНД определение CDT осуществляется методом капиллярного электрофореза на анализаторе MINICAP (Sebia) согласно методическим рекомендациям «Диагностика, мониторинг хронического злоупотребления алкоголем и скрининг наиболее распространенных патологических состояний, обусловленных злоупотреблением», разработанным сотрудниками ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии департамента здравоохранения Москвы».

Основными показаниями для исследования сыворотки крови на CDT в ХТЛ являются: 1) лабораторная диагностика хронического злоупотребления алкоголем и контроль за больными с алкоголизмом, находящимися на этапах лечения, реабилитации и под диспансерным наблюдением; 2) медицинское освидетельствование (включая мониторинг хронического злоупотребления алкоголем) работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам и их прекурсорам; 3) медицинское освидетельствование водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) при наличии у них признаков наркологических расстройств; 4) медицинское освидетельствование на наличие противопоказаний к владению оружием при наличии у обследуемого признаков наркологических расстройств.

Исследования на CDT в ХТЛ проводятся по направлениям специалистов ГБУЗ КО КОКНД и государственных медицинских организаций северной части Кемеровской области. За последние 2 года (2017–2018 гг.) количество исследований увеличилось в 1,53 раза – с 1 862 в 2017 г. до 2 856 в 2018 г., что свидетельствует об информативности данного метода исследования и, как следствие, активном его применении медицинскими организациями региона (табл. 1).

Исследования F. Schellenberg, J.P.M. Wielders (2010) на статистически достоверной выборке, а также клинические испытания теста, проведенные в 2011–2013 гг. в ГБУЗ МНПЦ наркологии ДЗМ, показали, что верхнее референсное значение концентрации CDT составляет 1,3%. Пороговое значение, основанное на приведенном выше верхнем референсном значении с учетом погрешности измерений, – 1,6%.

**Т а б л и ц а 1. Распределение исследований карбогидрат-дефицитный трансферрина, проведенных ХТЛ ГБУЗ КО КОКНД по направлениям медицинских организаций в 2017–2018 гг.**

Наименование медицинской организации	Количество исследований	
	2017 г.	2018 г.
Кемеровский областной клинический наркологический диспансер	1754	2471
Анжеро-Судженский психоневрологический диспансер	81	246
Гурьевская районная больница	-	20
Ленинск Кузнецкая психиатрическая больница	-	5
Тисульская городская больница	-	81
Тяжинская районная больница	9	2
Яйская районная больница	18	31
Всего	1862	2856

Таким образом, в отсутствии интерферирующих факторов значение  $CDT \geq 1,6\%$  следует расценивать как показатель хронического алкогольного злоупотребления (положительный результат). Значение  $CDT \leq 1,6\%$  при отсутствии интерферирующих помех на ЭФ-профиле следует расценивать как отрицательный результат. При получении значений в диапазоне  $1,3\% \leq CDT \leq 1,6\%$  («серая зона») рекомендуется проведение повторного исследования спустя 3–4 недели с использованием образца свежей сыворотки крови от этого же пациента.

По результатам количественного определения CDT в 2017 г. (из 1 862 проведенных исследований) положительный результат (хроническое злоупотребление алкоголем) составил 11, 4%, отрицательный результат (физиологическая норма) – 82%, в 2018 г. (из 2 856 проведенных исследований) положительный результат снизился на 0,8% и составил 10,6%, а отрицательный результат увеличился на 1,8 и составил 83,8% (табл. 2).

**Т а б л и ц а 2. Результаты количественного определения CDT в сыворотке крови в ХТЛ ГБУЗ КО КОКНД в 2017–2018 гг.**

Показатель	Значение	Результаты исследований	
		2017 г.	2018 г.
$x \leq 1,3\%$	Отрицательный результат (физиологическая норма)	1527 (82%)	2392 (83,8%)
$1,3\% \leq x \leq 1,6\%$	Серая зона	123 (6,6%)	161 (5,6%)
$x \geq 1,6\%$	Положительный результат (хроническое злоупотребление алкоголем)	212 (11,4%)	303 (10,6%)

Разработка и внедрение качественного и количественного определения CDT в сыворотке крови позволяет с высокой степенью достоверности определять лиц, склонных к хроническому злоупотреблению алкоголем и не способных выполнять свои профессионально-служебные обязанности в стрессовых ситуациях и при их последствиях, связанных со специфическими условиями профессиональной деятельности.

Таким образом, маркер CDT является универсальным диагностическим инструментом для реализации профилактической и медико-реабилитационной стратегии при заболеваниях зависимости от алкоголь-содержащих веществ.

### **Литература**

1. Schellenberg F., Wienders J.P.M. Evaluation of capillary electrophoresis assay for CDT on SEBIA's Capillary System: Intra and inter laboratory precision, reference interval and cut-off. *Clinica Chimica Acta*. 2010; 411: 1888–1893.

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ НА ФОНЕ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ**

**Тигунцев В.В., Иванова С.А., Корнетова Е.Г.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

---

**Введение.** Основная группа психофармакологических средств, применяемых для лечения шизофрении, – антипсихотические препараты (нейролептики). Антипсихотический эффект данных препаратов осуществляется за счёт блокады D2-дофаминовых рецепторов. В свою очередь, дофамин, участвующий в патогенезе шизофрении, подавляет секрецию пролактина. Это может привести к росту секреции пролактина и, как следствие, гиперпролактинемии – повышению уровня содержания пролактина в сыворотке крови выше референсных значений.

Гиперпролактинемия (ГПРЛ) – это состояние, характеризующееся повышенным содержанием пролактина в сыворотке крови. Синдром ГПРЛ – патологическое состояние, характеризующееся наличием повышенного пролактина в сыворотке крови и клинической симптоматикой. Число пациентов с гиперпролактинемией на фоне длительного поддерживающего лечения варьирует от 30 до 70%. Основными проявлениями гиперпролактинемии у женщин можно назвать дисменорею, лакторею, фригидность, гирсутизм. У мужчин данный синдром проявляется в виде эректильной дисфункции и гинекомастии. Оба пола могут страдать от остеопороза и головных болей по типу мигрени.

Генетическая составляющая вносит значительный вклад в формирование гиперпролактинемии. Большая часть имеющихся на данный момент публикаций сосредоточена на исследовании генов рецепторов дофамина и серотонина – основных нейромедиаторов, которые вовлечены в метаболизм пролактина. Полиморфизмы генов ферментов метаболизма дофамина и серотонина практически не исследовались на роль в предрасположенности к гиперпролактинемии на фоне терапии антипсихотическими препаратами. Таким образом, выявление генетических факторов такой предрасположенности является актуальной научной задачей.

**Цель.** Создание регрессионной модели прогнозирования развития гиперпролактинемии вследствие антипсихотической терапии при шизофрении на основе генетических и негенетических факторов.

**Материал и методы.** Было проведено обследование 476 больных шизофренией, проходивших стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница», ГКУЗ КО «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница», получавших антипсихотическую терапию с давностью катамнеза не менее 1 года. Группа пациентов состояла из 240 (50,4%) женщин и 236 (49,6%) мужчин. Возраст на момент исследования составил  $41,5 \pm 13,3$  года, возрастной интервал варьировал от 18 до 65 лет.

ДНК выделяли из лейкоцитов периферической крови стандартным фенол-хлороформным методом. Определение полиморфных вариантов генов COMT (rs4680, rs6269, rs4633, rs4818, rs769224, rs165774, rs174696), TPH1 (rs1800532, rs7933505, rs684302), TPH2 (rs7305115, rs4290270, rs1386494, rs1487278), MAOA (rs6263, rs1137070), MAOB (rs1799836) проводилось методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени (Real-time PCR) с использованием наборов SNP Genotyping Assay на приборе «StepOnePlus» (США).

Определение пролактина проводили иммуноферментным методом. Гиперпролактинемия диагностировалась при уровне пролактина выше 25 нг/мл у женщин и 20 нг/мл – у мужчин.

Чтобы составить прогностическую модель риска развития гиперпролактинемии на фоне антипсихотической терапии, в исследуемой выборке пациентов были рассмотрены следующие показатели: пол, возраст, длительность антипсихотической терапии, дозировка препаратов в хлорпромазиновом эквиваленте, генотипы изучаемых полиморфизмов.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ SPSS (V. 17.0).

Модель прогноза изучаемого явления формировали с помощью бинарного регрессионного анализа. Значимость прогноза определяли по общей прогнозируемости результатов, которую оценивали в пределах от 0,5 («бесполезный» тест) до 1,0 («идеальный» тест).

**Результаты.** В результате проведённого исследования была составлена регрессионная модель прогнозирования риска развития гиперпролактинемии:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$z = -0,626a + 0,03b - 0,313c + 0,487d + 0,77e + 0,859f + 1,102g + h$$

**П р и м е ч а н и е.** Если пол женский, то  $a=1$ , иначе  $a=0$ ;  $b$  – возраст;  $c$  – логарифм хлорпромазинового эквивалента дозировки препаратов по основанию 2;  $d=1$ , если  $rs4680=GG$ , иначе  $d=0$ ;  $e=1$ , если  $rs769224=AA$ , иначе  $e=0$ ;  $f=1$ , если  $rs165774=AA$ , иначе  $f=0$ ;  $g=1$ , если  $rs7305115=AA$ , иначе  $g=0$ ;  $h=1,635$ , если  $rs1386494=AA$ ;  $h=-2,221$ , если  $rs1386494=GG$ ;  $h=0$ , если  $rs1386494=AG$ .

Предложенная нами регрессионная модель позволяет вычислить вероятность принадлежности пациента к группе лиц «с гиперпролактинемией» или «без побочного эффекта». Вероятность  $p \leq 0,5$  означает отсутствие гиперпролактинемии, вероятность  $p \geq 0,5$  – её наличие. Чувствительность модели составила 69,5%, специфичность – 66,1%. Общий процент верно спрогнозированных результатов составил 67,8%, что является средним результатом (табл. 1).

**Т а б л и ц а 1. Результаты распределения пациентов с антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемией и без побочного эффекта**

Наблюдаемые случаи	Предсказанные случаи		Se (%)	Sp (%)
	С гиперпролактинемией	Без побочного эффекта		
С гиперпролактинемией	121 (TP)	53 (FP)	69,5	66,1
Без побочного эффекта	58 (FN)	113 (TN)		

**П р и м е ч а н и е.** TP (true positive) – истинноположительный, TN (true negative) – истинноотрицательный; FP (false positive) – ложноположительный, FN (false negative) – ложноотрицательный, Se (sensitivity) – чувствительность, Sp (specificity) – специфичность.

Модель прогнозирования риска развития гиперпролактинемии была проверена на тестовой выборке, составленной на основе исходных данных. В результате проверки чувствительность и специфичность сохранились на среднем уровне.

**Заключение.** Настоящее исследование позволило получить новые данные о генетических особенностях пациентов с шизофренией – жителей Сибирского федерального округа. Результаты данного исследования в перспективе могут послужить основой индивидуального подхода к дозированию лекарственных препаратов и других практик в сфере персонализированной медицины.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБНОСТИ ПРИСУТСТВИЯ В СУДЕ ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ ПРИ ЛИШЕНИИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ**

**Труфанов С.Н., Павлова Е.Н.**

**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,  
Новокузнецк, Россия**

---

**Введение.** Судебно-психиатрические экспертизы по признанию лица недееспособным являются самыми распространенными в гражданском процессе. Признание гражданина недееспособным полностью изменяет его правовое положение, лишает возможности самостоятельно распоряжаться собственным имуществом, доходами, обращаться к нотариусу, выдавать доверенность и т.д. Поэтому процедура лишения дееспособности обязывает суд максимально соблюдать права лиц с психическими расстройствами. Статьей 283 Гражданского процессуального кодекса РФ предусмотрено обязательное назначение судебно-психиатрической экспертизы при лишении гражданина дееспособности и рассмотрение указанной категории дел с участием самого гражданина в судебном заседании.

Заявление об ограничении дееспособности, о признании гражданина недееспособным суд рассматривает с его участием в соответствии с ч.1 статьи 284 ГПК РФ. Гражданин должен быть вызван в судебное заседание, если его присутствие не создает опасности для его жизни или здоровья, либо для жизни или здоровья окружающих, для предоставления ему судом возможности изложить свою позицию лично либо через выбранных им представителей. В случае, если личное участие гражданина в проводимом в помещении суда судебном заседании создает опасность для его жизни или здоровья, либо для жизни и здоровья окружающих, данное дело рассматривается судом по месту нахождения гражданина, в том числе в помещении психиатрического стационара или психоневрологического учреждения с участием самого гражданина.

**Материал и методы.** Исследовано 95 подэкспертных с диагнозом умственной отсталости, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу по гражданским делам по признанию лица недееспособным в 2018 г. У всех подэкспертных выявлены клинические признаки состояний задержанного или неполного развития психики с нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллекта, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Основными методами являлись клинко-патологический, клинко-катамнестический и статистический.

**Результаты исследований.** Из 95 подэкспертных данной клинко-нозологической группы 93 было признано неспособными понимать значение своих действий и руководить ими, 2 подэкспертных было признано ограниченно дееспособными. В ходе исследования, в зависимости от экспертного решения о способности присутствовать в зале суда, все подэкспертные были разделены на 2 группы. 1-я группа включала 70 подэкспертных, в отношении которых вынесено решение о невозможности присутствия в зале судебного заседания. Ко 2-й группе отнесено 25 подэкспертных, в отношении которых вынесено экспертное решение о возможности их присутствия в суде.

Анализировались показатели, характеризующие уровень социального функционирования больного и его поведенческую активность, соматическое и неврологическое состояние, патопсихологические особенности личности. Уровень социального функционирования у подэкспертных обеих групп в целом был низким, преобладали лица, обучавшиеся по специальной программе, необучаемые. Большинство больных были неспособны к трудовой деятельности по психическому и соматоневрологическому состоянию, меньшая часть обследованных занимались малоквалифицированным трудом. Большинство подэкспертных не имели собственной семьи и детей, некоторые проживали в психоневрологическом интернате.

В 1-й группе обследованных выявлены пациенты с умеренной (8), тяжелой (28) и глубокой (34) УО. Зарегистрировано большее количество пациентов с перинатальной (ДЦП) патологией, хромосомными заболеваниями, соматоневрологической патологией, проявляющейся парезами верхних и нижних конечностей, приводящих к полному или частичному обездвиживанию, дезориентировке, тяжелым речевым и сенсорным расстройствам и недоразвитию когнитивных функций. Кроме того, отмечались выраженные эмоционально-волевые нарушения в виде импульсивности и вспыльчивости, возникавшие при смене привычной для них обстановки. Пациенты становились агрессивными, что проявлялось ритмичными стереотипными движениями рук, прими-

тивными оборонительными рефлексами, гримасничаньем и насильственным плачем, самоповреждениями. У обездвиженных пациентов с ДЦП наблюдались хватательные и оральные автоматизмы, гиперкинезы. Все это приводило к ухудшению психического и соматоневрологического состояния во время транспортировки и периода проведения СПЭ и представляло опасность для жизни и здоровья больного. У части пациентов отмечались продолжительные колебания настроения по дисфорическому типу, сопровождающиеся аффективными вспышками возбуждения, импульсивными, агрессивными действиями, направленными на окружающих, которые возникали спонтанно и усиливались в незнакомой для них обстановке. Данное обстоятельство являлось клинически значимым при решении вопроса об опасности присутствия в судебном заседании для окружающих.

Во 2-й группе подэкспертных заключение о возможности их присутствия выносилось в зале судебного заседания. Преобладали пациенты с умеренной (20) и тяжелой (5) умственной отсталостью, имеющие в основном II (20) и I (5) группы инвалидности по психиатрической МСЭ. Уровень социального функционирования подэкспертных 2-й группы был выше относительно 1-й группы. Часть пациентов проживала в семьях, с родителями, другая часть – в психоневрологических интернатах, где они активно занимались трудотерапией в специально созданных условиях. Сопутствующие соматические и неврологические заболевания носили компенсированный характер, не нарушали и не отягощали их уровень социальной адаптации. Все пациенты могли самостоятельно передвигаться, полностью или частично себя обслуживать. У пациентов с тяжелой умственной отсталостью, обусловленной хромосомными нарушениями, отсутствовали психопатоподобные нарушения поведения, которые могли бы представлять опасность для здоровья и жизни самого пациента. Эмоционально-волевые нарушения у пациентов 2-й группы были менее выражены и представлены в основном в виде эмоциональной лабильности, психастеническими симптомами, адинамией. Кратковременные ситуационно обусловленные аффективные колебания достаточно легко купировались приемом небольших доз нейролептиков, транквилизаторов и не требовали госпитализации в стационар. У них не отмечалось грубых психопатоподобных расстройств с агрессией и импульсивностью, галлюцинаторно-бредовых расстройств, направленных на посторонних людей. Перемещение и транспортировка их в какие-либо организации и медицинские учреждения не представляла сложности, они достаточно спокойно общались с незнакомыми людьми, что не создавало опасности для жизни и здоровья окружающих.

**Выводы.** При определении способности присутствия в судебном заседании ни сам диагноз умственной отсталости, ни экспертное заключение о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими не являются определяющими при ответе на вопрос об опасности присутствия данного лица в судебном заседании для его жизни и здоровья или для жизни и здоровья окружающих. В каждом случае этот вопрос решается индивидуально исходя из особенностей актуального психического состояния, поведенческих нарушений, с учетом соматоневрологического состояния. Таким образом, единственным критерием, ограничивающим присутствие и участие в судебном заседании лица, в отношении которого решается вопрос о лишении его дееспособности, в настоящее время является его опасность для себя и окружающих лиц.

## **АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТКИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ УМЕРЕННОЙ СТЕПЕНИ С ГРУБЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

**Устьянцев Л.Г., Шилова Е.Ю.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

Приводится обсуждение клинического обследования и наблюдения пациентки С.А.А., 11.07.2006 г.р.

*Анамнез:* Наследственность психопатологически отягощена алкоголизмом матери. Мать у врача не наблюдалась. Ребёнок от пятой беременности, четвертых родов, на фоне алкогольной и никотиновой интоксикации. Роды преждевременные в 33–34 недели. Околоплодные воды зеленого цвета, обвитие пуповиной вокруг шеи. Вес ребенка при рождении 1700 г, рост 40 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние плода после родов определялось как средней степени тяжести. Выявлены признаки алкогольной фетопатии, высокий мышечный тонус, тремор конечностей. Из роддома девочку перевели в ОПН с диагнозом «Церебральная ишемия 1–2 ст. Синдром гиперактивности. Недоношенность 2 ст.». Отделение мать покинула самовольно не забрала с собой ребёнка.

В возрасте 1 год была взята под опеку и стала проживать в неполной семье с приемной матерью. Ходит с 1 года 2 месяцев. Фразовая речь с 2 лет с выраженными дефектами произношения. Постоянно наблюдалась у невролога, получала лечение ноотропными препаратами. Посещала детский сад с 1 года 8 месяцев, в детском коллективе адаптировалась с трудом. Стала отказываться от приема пищи, нарушился сон. Начала наблюдаться у психиатра в декабре 2012 г. (в возрасте 6,5 лет).

Опекун предъявляла жалобы были на неусидчивость, эмоциональную и двигательную расторможенность. После первичного осмотра девочке был выставлен диагноз «ЗППР с гипердинамическим синдромом». Логопедом выставлен диагноз «ОНР III уровня, дислалия. ФФНР». При обследовании психологом выявлена «общая задержка формирования интеллектуально-познавательной деятельности у ребёнка с неустойчивым вниманием, повышенной двигательной активностью, личностной незрелостью». Решением ПМПК девочке рекомендовано обучение по коррекционной программе VII вида для детей с ЗППР.

В связи с тем, что параллельно проводимая медикаментозная терапия не принесла улучшений, рекомендована госпитализация в детское отделение КОКПБ для подбора медикаментозной терапии. Всего госпитализаций 11, они были частыми, длительными, нередко повторными в году. На лечении различными комбинациями нейролептиков и ноотропов эффект был незначительный, девочка практически фармакорезистентна к проводимому лечению. Напротив, отмечалась тенденция к усугублению имеющихся эмоционально-волевых, поведенческих расстройств, углубление интеллектуального дефекта. Больная постепенно перешла из школы для детей с ЗПР в коррекционную школу VIII вида по АООП 2-й вариант для детей с глубоким недоразвитием интеллекта.

*Психический статус.* Сознание ясное. Отмечаются признаки психофизического инфантилизма – внешне выглядит младше своего возраста, диспластичная, невысокого роста, астеничного телосложения, неряшливая. Имеются стигмы дизэмбриогенеза, характерные для алкогольной эмбриофетопатии: маленькая голова, низкая переносица, эпикантус, короткая глазная щель, короткий нос, плоское лицо, сглаженный губной желобок, тонкая верхняя губа, неразвитая нижняя челюсть. Продуктивному контакту доступна, охотно идёт на беседу. Речь с нарушением звукопроизношения. Фон настроения повышен. Двигательно активна, находится в постоянном движении, встает, бродит по кабинету, засовывает пальцы в рот, пытается заглянуть в записи врача. В своей личности ориентирована в полном объеме. Временными понятиями владеет слабо. Знает основные цвета, называет некоторые геометрические фигуры. Читает целыми словами, при затруднении чтение по слогам. Пропускает буквы и слова. Владеет счётом до 10, производит простейшие вычисления с посторонней помощью. Задачи не осмысливает. Обобщающими понятиями владеет слабо. Внимание крайне неустойчивое. Мышление конкретное, непродуктивное. Память и интеллект снижены. Сон и аппетит в норме.

Дифференциальный диагноз: в данном случае в круг дифференциальной диагностики были включены эндогенное заболевание и органическое заболевание головного мозга.

Для эндогенного процесса характерно наличие негативных и продуктивных симптомов. Продуктивных расстройств (галлюцинаций, бреда, нарушения мышления) обследованная пациентка не обнаруживает. Негативные симптомы (апатия, социальная отгороженность, аутизация и т.д.) так же не характерны.

Девочка наоборот стремится к общению с другими детьми, особенно с девочками близкого возраста, любит получать внимание от взрослых, однако часто не соблюдает социальную дистанцию. В отделении активна, не сидит спокойно на месте, всегда стремится первой попасть в класс на занятия с воспитателями, хотя на них продуктивной интеллектуальной деятельности не выявляет и режим занятия не выдерживает. Несмотря на то что склонна к порче и загрязнению одежды, никогда не надевает первую попавшуюся под руки вещь, всегда тщательно выбирает одежду, может переодеться несколько раз в течение дня.

Для органического заболевания головного мозга характерен психоорганический синдром, представленный триадой Вальтер–Бюэля вследствие перенесённого заболевания (сосудистого, травматического, интоксикационного генеза). В данном случае наблюдается врожденный характер психического расстройства; снижение интеллекта в этом случае выражается в парциальности недоразвития психических процессов. В то время как у нашей больной выявляется тотальное недоразвитие интеллектуально-познавательных функций. При психоорганическом синдроме также часто наблюдаются астенические явления, проявляющиеся повышенной утомляемостью, в отличие от этого наша больная в течение дня активна и полна сил, почти всегда находится в движении и не всегда нуждается в дневном сне для поддержания сил.

Следовательно, на основании жалоб опекуна, анамнеза жизни и заболевания, психического статуса и дифференциального диагноза с эндогенным заболеванием и органическим поражением головного мозга был выставлен диагноз: умственная отсталость умеренной степени с гипердинамическим и психопатоподобным синдромами и расторможением влечений на фоне резидульно-органического поражения ЦНС перинатального генеза.

## **ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ДЛИТЕЛЬНЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Устьянина Ж.Г.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница,  
Кемерово, Россия**

---

**Введение.** В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы оказания психиатрической помощи специальным целевым группам психически больных, имеющих определенные особенности психического и социального статуса. Одной из таких групп являются

пациенты с длительным пребыванием в стационаре. Согласно эпидемиологическим данным (Гурович И.Я. и др., 2000, 2001), более 20% коечного фонда психиатрических стационаров занимают пациенты, находящиеся в больницах свыше 1 года, а в ряде психиатрических учреждений России эта цифра достигает 50–60%. В КОКПБ у 98 таких пациентов документы сданы в Департамент социальной защиты населения КО для оформления путевок в психоневрологические учреждения для социального обеспечения (дома-интернаты). Значительная часть стационарного коечного фонда, по сути, «блокируется» хронизированными больными, потребляющими непропорционально большую часть ресурсов психиатрической службы (Любов Е.Б., 2003).

В процессе длительного нахождения в психиатрических больницах у пациентов формируется синдром госпитализма – утрата навыков самостоятельного проживания и социального функционирования, происходит профессиональная дезадаптация, теряются родственные связи (Логвинович Г.В., 1983; Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1990; Wing J., 1962; Gruenberg E.M., 1967; Brown D., 1970). Госпитализм служит дополнительным препятствием к выписке таких пациентов из больницы. Для пациентов с утратой навыков повседневной жизни, проблемами в социальных взаимоотношениях, низким комплаенсом характерны частые повторные госпитализации (Давыдов К.В., 2005).

Использование комплексного психосоциального лечения (тренинг социальных навыков, психообразование, индивидуальная и групповая психотерапия, трудовая терапия, арттерапия, терапия средой, полипрофессиональное бригадное обслуживание) в сочетании с традиционным медикаментозным лечением дает положительный эффект у хронических психически больных и позволяет их деинституционализировать (Давыдов К.В., 2005; Ландышев М.А., 2006).

Проблеме помощи больным с длительным многолетним пребыванием в психиатрическом стационаре в отечественной психиатрии уделяется недостаточно внимания (Гурович И.Я. и др., 2004). Не разработана дифференцированная оценка таких пациентов, не определена система комплексных психосоциальных мероприятий, позволяющих выписать и адаптировать в обществе часть этого контингента, недостаточно проанализированы объем и эффективность их комплексного психосоциального лечения и реабилитации. Реабилитация психически больных (Кабанов М.М., 1978; Воловик В.М., 1979; Кабанов М.М., Вайзе К., 1980; Вид В.Д., 1993) имеет специфические особенности, в первую очередь связанные с тем обстоятельством, что при психических заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения.

Личность больного в целом, а не только отдельные функции (моторные, речевые), его социальные связи страдают с самого начала психического заболевания. Снятие и коррекция личностной реакции происходят в зависимости от успеха «основного» комплекса мероприятий, направленных на восстановление/компенсацию нарушенных функций. Реабилитация психически больных понимается как ресоциализация, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности, их личного и социального статуса. Основой реабилитационных мероприятий является апелляция к личности больного. Реабилитация имеет основные принципы (партнерство, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов, ступенчатость прилагаемых усилий, воздействий и мероприятий) и этапы (восстановительная терапия, реадaptация, реабилитация) (Кабанов М.М., 1985).

К формам психосоциальной реабилитации относят психообразование и тренинг социальных навыков, предполагающие обучение больных необходимым знаниям в отношении собственного здоровья, влияющим на их установки и поведение. Образование осуществляется междисциплинарной бригадой, в задачи которой входит повышение комплаентности пациентов, научение своевременному распознаванию начинающегося обострения; обучение стратегии совладания с остаточной психопатологической симптоматикой и обеспечение психосоциальной поддержки. Тренинг социальных навыков – структурированный образовательный подход к психосоциальной терапии психических расстройств – направлен на повышение устойчивости уязвимых в психобиологическом отношении хронических психически больных к стрессовым воздействиям (требованиям общества, семейным конфликтам), способствует формированию различных навыков.

Психосоциальная работа тесно связана с клиническими показаниями, поэтому её содержание различно на разных стадиях заболевания. При этом учитывают обусловленные нозологией и возрастом психологические аспекты, личностные характеристики, реакции личности на болезнь. Это определяет участие специалистов по социальной работе в полипрофессиональных бригадах. Социальная работа несет в себе социотерапевтический эффект. Лечебно-реабилитационные цели реализуются различными видами психосоциального вмешательства. Социотерапевтическое вмешательство, направленное на самого больного, является существенной частью терапии. Социальные и семейно-терапевтические методы лечения являются равноправными с лекарственными и должны использоваться наряду с ними, причем в некоторых случаях могут их полностью заменить.

Социальная работа должна способствовать активации автономии больного, улучшению его социального функционирования и повышению его социальной компетентности. В соответствии с целями выявления основных направлений социальной работы в психиатрии выделяют социотерапевтическое вмешательство, ориентированное на пациента. Его целями являются организация медицинской помощи и наблюдения, ограничение и смягчение последствий заболевания, повышение качества жизни, укрепление связей больного с окружающим миром, повышение адаптации, социализации и социальной компетентности, обеспечение максимально высокого уровня личностного и социального функционирования, преодоление социального дефицита. Диапазон этих вмешательств варьирует от восстановления навыков независимого проживания (элементарные навыки гигиены и самообслуживания, ведение домашнего хозяйства, пользование транспортом, распределение бюджета, структурирование деятельности в течение дня) до преодоления дефицита социальных навыков, важных для успешного социального функционирования (улучшение социального взаимодействия, общения, социально приемлемого поведения; обучение навыкам уверенного поведения и самопредъявления). Формы вмешательства по восстановлению трудовой занятости (трудовая терапия), по существу, также относятся к этой группе социотерапевтического воздействия.

В настоящее время медико-социальная работа становится все более сложной и многогранной областью, ориентированной на разные контингенты пациентов и широкий круг их социальных проблем.

Биопсихосоциальный подход широко распространен в отечественной и западной психиатрии в виде внедрения психосоциальных реабилитационных технологий. Но при чрезмерно интенсивном внедрении данных методов в лечебный процесс может возникнуть эффект «избыточной адаптации» пациентов к терапевтическому сообществу. Данный нежелательный феномен, ранее описанный как госпитализм, в настоящее время изменился – это социально-ригидный, дефицитарный тип госпитализма, развитие которого поддерживается недостаточным участием микросоциального и семейного окружения, неразвитой макросоциальной системой – отсутствием потенциальных партнеров в оказании социально-реабилитационной помощи государственным медицинским структурам. Однако содержание госпитализма, независимо от причин его вызвавших, остается прежним: у пациента возникают и сохраняются рентные установки и психологическая зависимость от медперсонала, что не способствует развитию новых и поддержанию имеющихся социальных связей, а также его интеграции в общество.

**Результаты исследования.** Средний возраст пациентов, поступивших и находящихся в отделении более 1 года, составил 54 года.

**Т а б л и ц а 1. Распределение больных по нозологической структуре**

Нозология	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Шизофрения	41%	42,0%	39,0%	42,1%
Умственная отсталость	19,5%	19,5%	20,3%	16,7%
Органическое заболевание ЦНС	20,6%	15,3%	16,7%	20,4%
Деменция	5,4%	12,7%	9,4%	17,4%
Психопатии	3%	0,7%	3,5%	1,2%
Другие	10,5%	9,8%	11,1%	2,2%
Всего	100%	100%	100%	100%

**Т а б л и ц а 2. Распределение больных по пребыванию в стационаре более одного года, длительности заболевания, числу госпитализаций, социальным условиям, %**

Показатель	%
Удельный вес больных, находящихся в стационаре более 1 года	
Шизофрения	64,7%
Умственная отсталость	5,9%
Органическое заболевание ЦНС	13,2%
Деменция	16,2%
Длительность заболевания	
0–5 лет	-
5–10 лет	13,3%
10–15 лет	22,0%
Более 15 лет	64,7%
Количество госпитализаций в психиатрический стационар	
От 0 до 5 раз	42,6%
Более 5 раз	57,4%
Социальные условия пациентов, находящихся в отделении более 1 года	
Наличие жилья	16,17%
Имеют родственников	45,59%
Поддерживают связь с родственниками	17,65%
Среднее образование	60,3%
Высшее образование	7,3%-
Состояли в браке	27,9%
Имеют детей	26,5%
Трудовой стаж	55,9%
Инвалидность I группы	20,6%
Инвалидность II группы	79,4%
Дееспособность	23,5%, 11,8% без опекуна

Анализ причин длительного пребывания пациентов в стационаре определил спектр психосоциальных мероприятий по сокращению длительности госпитализаций: 1) тренинги восстановления или формирования навыков независимого проживания; 2) психообразовательные программы для пациентов и членов их семей; 3) психосоциальная работа с семьями больных по восстановлению родственных связей; 4) внедрение трудотерапии, арттерапии, стимулирование активности больных (чтение, занятия физкультурой, хобби); 5) инструментальная поддержка (восстановление утраченных документов, пенсий, жилья); 6) использование психотропных средств последних поколений с учетом их ресоциализирующего эффекта.

Медикаментозная терапия была ориентирована на использование психотропных средств последних поколений (атипичных антипсихотиков и антидепрессантов), позволяющих, помимо воздействия на продуктивные расстройства, влиять на негативную симптоматику, и обладающих ресоциализирующим эффектом, что создавало предрасположенность для включения пациентов в программы психосоциального лечения. Психообразовательные занятия проводились в интерактивной форме в закрытых группах (5–10 чел.) 2–3 раза в неделю на протяжении 2 месяцев. Работа была направлена на улучшение комплаентности больных, обучение распознаванию признаков обострения и навыкам совладания с остаточной психопатологической симптоматикой, создание терапевтической среды и стимулирование взаимоподдержки больных.

Тренинг навыков независимого проживания проводился в рамках разработанных программ: 1) формирование навыков гигиены и самообслуживания (уборка помещений, приготовление пищи, мелкий ремонт одежды, стирка и глажение, соблюдение личной гигиены); 2) тренинг навыков повседневной жизни (ведение домашнего хозяйства, пользование транспортом, распределение бюджета, структурирование деятельности в течение дня); 3) обучение навыкам социального взаимодействия (общения, социально приемлемого поведения, самопредъявления и др.). Занятия проводились в малых группах (до 10–12 чел.) по 60–90 минут с частотой от 2–3 до 5 раз в неделю (в зависимости от сложности программы и состояния больных).

Социально-восстановительная работа предполагала восстановление утраченных документов (паспортов, медицинских полисов, страховых свидетельств, пенсионных удостоверений и пр.), регистрацию по месту жительства, оформление группы инвалидности, восстановление или оформление пенсий, розыск родственников больных, восстановление родственных связей, выполнение функций законных представителей больных в судебных и других инстанциях.

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий оценивалась по шкале эффективности лечения больных пограничными состояниями (Семке В.Я., 1999): «А» – полное выздоровление (с восстановлением всех показателей социального и учебного статуса до исходного преморбидного уровня); «В» – практическое выздоровление (с выравниванием клинических показателей, но необходимостью проведения эпизодических социально-терапевтических мероприятий); «С» – неполное выздоровление (с отдельными клиническими проявлениями, но с возможностью выполнения прежних социальных функций); «Д» – незначительное выздоровление (с элементами послабления психопатологической симптоматики и частичным восстановлением социальной и учебной адаптации); «О» – отсутствие выздоровления (с возможной тенденцией к нарастанию основных параметров). Оценивалась медицинская, психологическая и социальная адаптация пациентов. В медицинской части учитывалось соматическое и психическое состояние. В психологической – оценивались коммуникативные возможности, поведение, наличие или отсутствие вредных привычек. Социальная адаптация определялась на основании способностей самообслуживания, сформированности трудовых навыков и умений.

Т а б л и ц а 2. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий

Оценка эффективности	Длительность заболевания, лет					
	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	5–10 лет		10–15 лет		более 15 лет	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Полное выздоровление	-	-	-	-	-	-
Практическое выздоровление	-	-	-	-	-	-
Неполное выздоровление	4	44,4	6	40	13	29,5
Незначительное выздоровление	5	55,6	7	46,7	19	43,2
Отсутствие выздоровления	-	-	2	13,3	12	27,3
Всего	9	100	15	100	44	100

Выявлена высокая эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий в 1-й группе (с наименьшей длительностью заболевания), наименьшая эффективность – в 3-й группе, где длительность заболевания более 15 лет. Среди остающихся в больнице в связи с невозможностью выписки происходит накопление тяжелого контингента, с трудно решаемыми организационными проблемами. В то же время значительно снизилось число больных с отсутствием документов и выраженным дефицитом навыков независимого проживания. Для успешной реабилитации наиболее тяжелой группы больных необходимо развитие внебольничных форм помощи.

**Выводы.** Контингент больных с длительными госпитализациями формируется на протяжении многих лет, обнаруживая определенные клинические особенности, недостаточную эффективность терапии, накопившиеся социальные проблемы, последствия длительной социальной депривации, образующие комплекс взаимно потенцирующих неблагоприятных факторов, препятствующих их выписке. Большинство больных, длительно находящихся в стационаре, страдают шизофренией, расстройствами шизофренического спектра, психозами и слабоумием органического генеза. Для них характерен значительный срок заболеваний ( $\geq 15$  лет), большое число госпитализаций в анамнезе, наличие группы инвалидности по психическому заболеванию в течение длительного времени. Среди данной выборки преобладают больные старше 50 лет. Подавляющее большинство пациентов не состоят в браке, у более 90% отмечаются проблемы взаимодействия с социальным окружением. Около 2/3 больных не владеют элементарными бытовыми навыками или владеют ими в недостаточной степени; свыше 90% имеют неблагоприятные жилищные условия, в том числе у более 83% отсутствует собственное жилье. 1/4 часть больных недееспособны, причем половина из них не имеют опекуна. Среди причин госпитализации больных с длительным пребыванием в стационаре существенную роль играет обострение заболевания, однако основанием, препятствующим выписке пациентов из больницы, является в большей степени их социальная несостоятельность. Для обеспечения помощи больным с длительным пребыванием в стационаре необходимо привлечение различных партнерских организаций (государственных, общественных, частных).

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОМАНИЧЕСКОЙ ЛИЧНОСТНОЙ ДЕСТРУКЦИИ**

**Устьянина Ж.Г.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

**Введение.** Систематическое употребление алкоголя и наркотиков приводит к необратимым деструктивным процессам в ЦНС, первыми страдают наиболее юные, незрелые её отделы, сформировавшиеся в процессе онтогенеза в последнюю очередь. Приблизительно к 16 годам с созреванием лобных долей головного мозга завершается его развитие, основная функция этой зоны мозга – способность к произвольному контролю за собственной личностной деятельностью и употреб-

ление ПАВ, изменяя биологические обменные процессы, действует на клетки головного мозга, что искажает их функционирование. Алкоголизм и наркомания – тяжёлые прогрессивные заболевания, имеющие реальную биологическую основу и стоящие в этом плане в одном ряду с соматическими, неврологическими, психическими и другими хроническими заболеваниями. Клинические и биологические исследования свидетельствуют, что развитие зависимостей от этанола и ПАВ сопровождается системными нарушениями нейрофизиологического и нейрохимического характера, лежащими в основе сдвигов в психических процессах. Отсюда важность исследования высших психических функций, включая интеллектуально-познавательную сферу деятельности и особенности личности в сравнении наркоманов и алкоголиков, представляющего интерес как клинического, так и социального плана.

**Цель.** Выявить особенности деструкции личности у больных алкоголизмом и наркоманиями.

**Материалы и методы.** Нами обследовано 56 больных, перенесших алкогольные психозы, и 49 больных, перенесших психозы, вызванные употреблением амфетаминов. Все обследованные больные были мужского пола, средний возраст больных алкоголизмом –  $24,07 \pm 1,7$  года, средний возраст больных наркоманией –  $23,92 \pm 1,6$  года, по возрасту больные обеих групп не имели значимых различий. В целом среди обследуемых отмечается невысокий уровень образования: 44,1% больных 1-й группы и 36,7% больных 2-й группы имели неполное среднее образование (8–9 классов), 11,7% и 42,8% – среднее, 43,3% и 12,3% – среднеспециальное, 0,9% и 8,2% – высшее. Более половины обследованных (59,2%) на момент госпитализации нигде не работали, 30,6% имели непостоянные неофициальные заработки, лишь 10,2% имели официальное место работы. Чаще всего как официально, так и неофициально работающие занимались низкоквалифицированным трудом.

В исследовании использовались стандартизированные и проективные методы выявления личностных особенностей и эмоционально-волевых нарушений: опросники А.Е. Личко, В.М. Смирнова, Леонгарда–Шмишека, Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, Индекс жизненного стиля Плутчика–Келлермана, Ханд-тест Вагнера (Тест руки), опросник Басса-Дарки, Тематический апперцептивный тест в интерпретации Д.А. Леонтьева, методика Шварца для изучения ценностей личности (в адаптации В.Н. Карандашева), метод «Неоконченные фразы» В.А. Тихоненко и М.З. Дукаревич, Цветовой тест Люшера (адаптированный вариант Методика цветových выборов – МЦВ), Миннесотский мультифакторный личностный тест (ММРП), патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

**Результаты исследования.** В условиях зависимости от этанола и ПАВ происходили грубые изменения как системы ценностных ориентаций, так и общей направленности личности: преморбидно сформированная система ценностей, являющаяся во многом итогом здоровой жизни, извращалась. Её иерархия трансформировалась таким образом, что на первый план выходили ценности, в той или иной степени обусловленные влечением к алкоголю или наркотикам.

В результате наступало фактическое исключение человека из нормальной социальной среды. Поэтому у большинства алкоголиков среди аффективных расстройств преобладали переживания одиночества и социальной бесполезности. Грубые деструктивные процессы психического отражения у алкоголиков и наркоманов меняли самооценку, утрачивались пластичность, гибкость мышления и адаптивных механизмов. Самооценочные критерии, ориентированные на злоупотребление алкоголем или ПАВ, были явно не адекватными. Мышление и сознание менялись в силу неустойчивости умственной работоспособности. При низких навыках целенаправленного мыслительного напряжения в самостоятельной работе обстоятельность с ригидным застреванием сменялась дезорганизацией с приближенным к гипоманиакальному возбуждением. Склонность к демагогии и пространному рассуждательству, часто с паралогичными включениями и рыхлой систематизацией разрозненных идей, напоминала паранойяльную симптоматику. Утрачивались критические и прогностические функции. Привычное самопопустительство с пренебрежением к социальным условностям и нормам приобретало статус тенденции, и в поведении человек ориентировался на субъективные критерии, игнорируя возможные последствия. Формировались психопатоподобные черты с эмоционально-волевой нестабильностью, возбудимостью, истерическим компонентом, склонностью к театральной гиперболизации в самовыражении («не правила нужны!.. а чувства! чтоб кровь кипела в жилах!...»). Изворотливость, цинизм и лживость, ситуативная неадекватность реагирования в широком диапазоне состояний с высоким уровнем агрессии и подверженностью вспышкам гнева, манипулятивное поведение с включением в свои переживания близких, а часто и более широкого круга заинтересованных в личности больного лиц более рельефно выступало у наркоманов.

Морально-нравственные ценности в личности зависимого от этанола и ПАВ пациента были не сформированы или подвергались деструкции. У всех больных дефект побудительной функции смыслообразующего звена мотивационного компонента психической организации и редукция мотивов до уровня влечений расструктурировал деятель-

ность, и человеком начинала управлять жажда удовольствий любой ценой. Личность подчинялась патологической мотивации и поведение её становилось достаточно стереотипным. Снижение уровня личности, вплоть до нравственной деградации, шло по пути изменения потребностей и мотивов, разрушения преморбидных просоциальных установок, сужения круга интересов. В результате изменения поведения приводили к упрощению, примитивизации деятельности человека.

**Выводы.** Психологический профиль лиц молодого возраста, перенесших алкогольные психозы, и психозы, вызванные употреблением психостимуляторов, показывает в прогрессии болезни необратимость нейрофизиологических и психологических ущербов, неизбежность социальной деструкции отношений и деградации личности. Сравнительный анализ отражает широкую вариабельность психопатоподобных проявлений. Колебания настроения у алкоголиков преимущественно в повышенных, благодушных тонах преобладают и постепенно переходят в эйфорический вариант психоорганического синдрома, с присоединением амнестических расстройств и развитием корсаковской симптоматики. В среде наркоманов огрубление эмоций с утратой тонких дифференцировок и нивелирование, ослабление высших чувств с крайним цинизмом и опустошённостью, бессердечием и чёрствостью эмоционального восприятия и реагирования чаще преобразует психическую активность в апатический и астенический варианты указанного синдрома. Для всех больных характерны повышенная утомляемость, истощаемость психических процессов, слабость активного внимания и всех видов памяти с избирательностью содержания в силу выраженности типичных защит, снижение процессов обобщения и опосредования в силу искажения и слабости смыслообразующей и побудительной функции мотивационного компонента умственной организации. Всё это несколько нивелирует качественные различия указанных нарушений, но не делает психопатоподобные проявления одинаковыми.

## **РАБОТА ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ С ПАЦИЕНТАМИ СМЕШАННОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ, УТРАТИВШИМИ СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ**

**Чельшев П.Е., Куренков В.С., Калинина Е.В.**

**Юргинский психоневрологический диспансер, Юрга, Россия**

---

В настоящее время одними из актуальных являются проблемы реабилитации и интеграции пациентов, страдающих наркологическими, психическими и смешанными заболеваниями, в общество, в связи

с чем значимость социальных аспектов оказания специализированной наркологической и психиатрической помощи существенно повышается. В данном аспекте стационарное отделение ГБУЗ КО ЮПНД является показательным, так как в своей структуре совмещает обе службы – психиатрическую и наркологическую, охватывает пациентов обоих полов, различных возрастов. Одной из важнейших задач развития и совершенствования психиатрических служб является завершение перехода от чисто медицинской к биопсихосоциальной модели оказания помощи. В связи с этим всё большее внимание необходимо уделять не только клиническим, но также психологическим, личностным и социокультуральным особенностям индивидуума в их взаимодействии, чтобы таким образом оказывать более разностороннюю и многоплановую помощь. Всё это обобщается понятием «психосоциальная реабилитация» – это процесс, который предоставляет людям, страдающим психическими расстройствами, возможность достичь оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Немеринский О.В., 1995).

Рабочий процесс в отделении полностью согласуется с основными принципами реабилитации: партнерства, разносторонности, единства социально-психологических и биологических методов воздействия, ступенчатости усилий.

Ассертивная (полипрофессиональная) бригада – это содружество специалистов разного профиля, объединенных общей целью адекватного лечения и психосоциальной реабилитации психически больных (Шмуклер А.Д., Немеринский О.В., 1995).

В условиях стационарного отделения ГБУЗ КО ЮПНД полипрофессиональная бригада представлена врачом-психиатром, психиатром-наркологом, медицинским психологом, специалистом по социальной работе, младшим и средним медицинским персоналом. Для повышения эффективности и сплочённости специалистов регулярно проводятся семинары по обсуждению различных текущих вопросов и путей их решения, лекционные занятия по психиатрии, наркологии, тренинги по предотвращению эмоционального выгорания и профессиональной деформации, личностного роста, усовершенствованию навыков общения с зависимыми и созависимыми. Функции членов бригады распределены следующим образом:

*Врач-психиатр или психиатр-нарколог* организует работу полипрофессиональной бригады и является её руководителем; при поступлении пациента в стационар верифицирует диагноз, на основании которого совместно с другими специалистами разрабатывает план индивидуальных диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;

проводит рациональную и эффективную психотерапию; организует и принимает непосредственное участие в просветительской работе с пациентом и его родственниками; осуществляет контроль за этапностью лечебной и реабилитационной программы; оценивает эффективность психосоциальных воздействий.

*Медицинский (клинический) психолог* участвует в постановке диагноза, составлении индивидуального лечебно-реабилитационного маршрута; проводит динамическое психологическое исследование для уточнения клинических решений об изменении тактики лечения и обоснованности перехода к следующему лечебно-реабилитационному этапу; проводит тренинги социальных навыков, функциональной тренировки поведения, навыков личностного роста; участвует в психообразовательной работе с пациентами и их родственниками; оценивает эффективность проводимых психокоррекционных воздействий; совместно с другими специалистами оценивает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

*Специалист по социальной работе* участвует в составлении клинического диагноза и разработке индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий; с момента поступления пациента в стационар оценивает особенности его социального статуса и социального функционирования; составляет «социальный паспорт» и социальную характеристику пациента; проводит обучение и тренинги социальных навыков, навыков самостоятельного проживания и обеспечения; принимает участие в решении социально-правовых вопросов; осуществляет взаимодействие со службами социальной поддержки.

*Младший и средний медицинский персонал* осуществляет круглосуточное наблюдение за пациентами; отвечает за организацию бытовых факторов для пациентов в пределах отделения; участвует в лечебных мероприятиях в соответствии с индивидуальным планом лечебно-реабилитационной программы.

В отделении активно применяются следующие виды тренингов: «Планирование и рациональное использование семейного бюджета», целью которого является освоение и закрепление навыков планирования доходов и расходов, расчет и оплата услуг ЖКХ, оформление жилищных субсидий; «Эффективное общение и межличностные коммуникации», цель которого – изучение различных способов межличностного взаимодействия и приобретение навыков эффективного и гармоничного общения с людьми; прочие виды тренингов. Занятия проводятся в группах по 4–6 человек для более качественного оказания помощи в рамках индивидуального подхода.

Таким образом, в результате комплексного биопсихосоциального полипрофессионального подхода пациенты обучаются, развиваются, возвращаются в общество социально более адаптированными и подготовленными к условиям окружающей среды.

#### **Литература**

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Социальная работа в психиатрических учреждениях (задачи и основные направления). Учебно-методическое пособие. М., 1995: 21.
2. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника. Социальная и клиническая психиатрия. 1995; 5(3): 97–101.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004.

### **СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ ПОТЕРПЕВШИХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО УГОЛОВНЫМ ДЕЛАМ О ПРЕСТУПЛЕНИЯХ ПРОТИВ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ**

**Шибанов А.Р., Завьялова Н.Е., Иноземцева Е.В., Безруких Т.С.**  
**Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница,  
Новокузнецк, Россия**

---

В последние годы отмечается тенденция к увеличению производства судебно-психиатрических экспертиз, назначаемых судебными органами в отношении потерпевших. Заключение специалистов о психической полноценности потерпевших имеет важное значение, так как от их показаний нередко зависит правильная квалификация содеянного, определение виновного и применение соответствующих мер наказания. Подавляющее большинство экспертиз этой категории проводится в отношении лиц, являющихся потерпевшими по делам о сексуальных правонарушениях.

При экспертизе потерпевших эксперты должны решить вопрос о способности подэкспертного правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания. Очевидно, что даже добросовестный потерпевший, личности которого нанесен ущерб, не свободен от возможности искажения фактов. Такие непроизвольные ошибки могут зависеть от множества причин: состояния внимания, памяти, воздействия эмоций, нарушающего точность восприятия и воспроизведения. Возможны случаи, когда факты искажаются сознательно, даются ложные показания в каких-либо личных интересах.

Сомнения в психической полноценности возникают чаще всего в отношении несовершеннолетних, лиц с умственной недостаточностью, психическими аномалиями (психопатии, психопатоподобные состояния). В таких случаях экспертам необходимо исследовать уровень интеллектуально-мнестических процессов, особенности состояния эмоционально-волевой сферы, а также прогнозировать динамику психического состояния испытуемого на будущее, учитывать изменения под влиянием необычной, сложной обстановки суда (состояния растерянности, декомпенсации психических расстройств и др.).

Практика свидетельствует о том, что особенно часто на судебно-психиатрическую экспертизу в качестве потерпевших направляются несовершеннолетние, в большинстве случаев дети и подростки, ставшие объектами сексуальных правонарушений (изнасилование, насильственные и иные действия сексуального характера, развратные действия). Перед экспертами ставятся вопросы о наличии психического расстройства и возможности потерпевших в силу их возраста и умственного развития правильно воспринимать обстоятельства дела и сообщать о них. Поэтому для правильного решения вопроса необходим учет нормативных возрастных особенностей психики детей и подростков. При экспертизе несовершеннолетних нужно иметь в виду, что свойственные незрелой психике непатологические черты, такие как внушаемость, подчиненность влиянию взрослых, склонность к фантазированию с легкостью вживания в роль, в некоторых случаях приобретают чрезмерный характер (например, при психическом инфантилизме). Это может привести к тому, что суждения и поступки таких несовершеннолетних будут определяться влиянием взрослых.

К числу особенностей детской психики относятся так же неустойчивость и избирательность внимания и восприятия, незрелость мышления, неосведомленность в целом ряде житейских вопросов, особенно касающихся жизни взрослых. Это иногда приводит к неумению достаточно полно оценить и передать всю ситуацию в целом, в то время как конкретные факты и наиболее яркие впечатления здоровые дети и подростки воспроизводят очень точно.

Если имеются основания предполагать наличие повышенной внушаемости, чрезмерного фантазирования с псевдологией, экспертам необходимо учитывать, насколько самостоятельно, полно и односторонне испытуемое лицо сообщает о происшедшем. Несовершеннолетние испытуемые, не имеющие сексуального опыта, могут подробно и психологически убедительно описать лишь то, что помнят о действительно происшедшем, они порою в наивных, но непосредственных и точных выражениях описывают события.

Изучение практики проведения КСПЭ малолетних потерпевших в возрасте до 5 лет позволяет указать на некоторые объективно существующие трудности. В психологическом плане проблема способности малолетних данного возрастного периода правильно воспринимать обстоятельства криминальной ситуации и давать о них показания до настоящего времени практически не исследовалась. Основные методологические вопросы комплексной психолого-психиатрической экспертизы способности давать показания малолетними и теоретические подходы до сих пор остаются неразработанными, несмотря на рост этого вида экспертиз и потребность экспертной практики.

Судебно-психиатрическая оценка несовершеннолетних потерпевших с умственной отсталостью и интеллектуальной ограниченностью вследствие органических поражений головного мозга сводится к решению вопроса о возможности давать показания, что зависит от степени интеллектуального дефекта. Лица с глубокой интеллектуальной недостаточностью часто неспособны к обучению даже во вспомогательной школе, элементарной трудовой деятельности. Запас знаний и представлений у них скудный, они неспособны ориентироваться в конкретных житейских ситуациях, интересы и побуждения их примитивны. Сведения, сообщаемые ими, носят отрывочный, непоследовательный характер, они не могут дать хотя бы примитивную оценку случившемуся.

Потерпевшие с неглубокой степенью интеллектуальной недостаточности обычно усваивают программу вспомогательных школ, приобретают знания и навыки, приспосабливаются к трудовой деятельности, уживаются в семье и коллективе. Несмотря на их примитивную речь и ограниченный словарный запас, они четко и последовательно описывают происшедшие события, не изменяя своих показаний.

Наибольшие сложности представляют лица с неглубокой интеллектуальной недостаточностью, сопровождающейся выраженными эмоционально-волевыми расстройствами. В одних случаях отмечаются адинамия, вялость и пассивность в сочетании с повышенной внушаемостью, подчиняемостью. Такие лица благодаря послушанию занимаются во вспомогательных школах, приобретают трудовые навыки, но становятся беспомощными в случаях, когда от них требуется проявить определенную самостоятельность в суждениях и поступках. Нередко они легко и бездумно вступают в половые связи, однако в следственной ситуации, поддаваясь воздействию заинтересованных лиц, они дают ложные сведения, легко меняют свои высказывания. При психиатрическом обследовании такие лица теряются, не могут полностью осмыслить ситуацию, сделать правильные выводы, критично оценить происшедшее.

У других испытуемых наоборот выявляются повышенная аффективная возбудимость, эксплозивность, психомоторная расторможенность, что сопровождается снижением возможностей трудовой и бытовой адаптации, конфликтностью, непослушанием, легким усвоением асоциальных форм поведения. Показания их нечеткие, непоследовательные, противоречивые, в суде они также раздражаются, спорят, бранятся. Все это позволяет считать, что сочетание формально неглубокого интеллектуального дефекта со значительными эмоционально-волевыми расстройствами приводит к снижению способности критически оценивать сложные ситуации и руководить своим поведением, что препятствует возможности давать показания.

Таким образом, все потерпевшие дети и подростки по уголовным делам, связанным с преступлениями против половой неприкосновенности и половой свободы личности, имеющие либо сохранные интеллектуально-мнестические способности, либо неглубокую интеллектуальную недостаточность на фоне отсутствия или незначительной эмоционально-волевой патологии, могут воспринимать только внешнюю (фактическую) сторону событий и давать о них показания. Несовершеннолетние потерпевшие с выраженной интеллектуальной ограниченностью либо значительными эмоционально-волевыми расстройствами не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания.

## **ВЛИЯНИЕ КОНФЛИКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ РАЗВОДЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ИХ МАЛОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ**

**Ядькина Е.В., Бурсова Т.В.**

**Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия**

---

Мотивацией данного исследования явились выявленные деформации психологических защит у детей дошкольного и младшего школьного возрастов, пребывающих в длительной психотравмирующей ситуации, связанной с прерыванием брачных отношений между родителями. Так как родители не склонны придти к мирному и взаимному соглашению относительно места проживания их ребенка (детей), это приводит к судебным спорам о порядке воспитания, определении места жительства ребенка (детей) в случае раздельного проживания родителей.

Конфликтные отношения таких бывших супругов сопровождаются эмоциональной напряженностью, убежденностью хотя бы одного из супругов в неспособности другого супруга заботиться о ребенке (детях), что общение ребенка (детей) с другим родителем наносит вред здоровью, личностному развитию ребенка (детям). Поэтому встречи ребенка (детей) с отдельно проживающим родителем бывают сопряжены с конфликтами между самими родителями. Данные конфликтные отношения бывших супругов сопровождаются материальными претензиями и имущественными спорами с вовлечением в супружеские споры третьих лиц (родственники, коллеги по работе, друзья, соседи), что является дополнительным психотравмирующим фактором для ребенка (детей), переживающего развод родителей.

Нарушение психологического состояния ребенка (детей), чьи родители развелись, явилось темой данного исследования. Поскольку внешняя ситуация гражданского иска одного из родителей позиционирует цивилизованный способ разрешения конфликта между бывшими супругами и осознанное стремление к действиям, направленным на соблюдение интересов ребенка (детей). Однако в статистическом преимуществе обоснования исковых заявлений отца или матери малолетних детей обнажают глубокий хронический, некомпенсированный конфликт между родителями, не способными сосредоточиться на нуждах и интересах ребенка (детей), отстраниться от собственных обид и претензий друг к другу и оградить ребенка (детей) от участия в родительских конфликтах. В результате чего спор между родителями становится новой формой их взаимоотношений, зачастую с неосознаваемым ими желанием под декларацией следования интересам ребенка, спорящие стороны стараются причинить друг другу новые обиды.

В результате родители предпринимают попытки сформировать с ребенком (детьми) коалицию против другого родителя, считая его недостаточно компетентным в вопросах воспитания ребенка (детей), препятствуют в общении ребенка (детей) с другим родителем. Тем самым разведенные родители не всегда осознанно ищут в своих детях психологическую поддержку, вовлекая ребенка (детей) в конфликт выбора между родителями, что является крайне сложным требованием для ребенка (детей). Побуждение ребенка (детей) к принятию им стороны одного из родителей определяет для ребенка (детей) невозможность открыто выражать свою привязанность и положительные чувства к другому родителю, что определяет для ребенка (детей) конфликт лояльности, являющийся мощным фактором нарушения адаптации ребенка (детей) к разводу родителей и негативно влияющий на динамику психологического созревания малолетнего ребенка (детей).

Нами обследовано 12 семейных пар, которые ранее состояли в официальном браке, прошли процедуру развода после совместного проживания 5–8 лет. 5 бывших семейных пар имели по одному ребенку, 6 – по два ребенка, одна разведенная пара имела троих общих детей. Психологическое исследование произведено с 20 детьми в диапазоне 4–8 лет, из них 12 девочек младшего школьного возраста (7–8 лет), 3 девочки 4 лет, 3 мальчика 7 лет, 2 мальчика 6 лет. Все родители данных детей благополучные по социальному статусу, не судимые, не состоящие на учете в наркологическом диспансере, не страдающие психическими расстройствами, имеющие специальности, работающие.

Для разрешения судебных споров о праве и порядке воспитания ребенка при отсутствии соглашения между родителями, согласно действующему семейному законодательству и в соответствии с вынесенным определением суда проводилась экспертная диагностика индивидуально-психологических особенностей каждому из родителей (матери и отца, а также при необходимости других фактических воспитателей). Родители данных детей выявили сохранные возможности интеллекта и памяти, целенаправленность суждений, устойчивость логических обоснований. При анализе личностных реакций и ведущих психологических качеств практически у всех обследуемых родителей определяется высокий уровень конфликта в ситуации развода и после него, со стремлением утвердиться в собственной правоте деструктивным утрированным образом, принизив бывшего партнера, а зачастую и очернив его. В диалоговой пробе, в пробе на ответные словесные ассоциации родители испытуемых детей проецируют субъективную значимость обоюдных претензий, повышенный уровень взаимных обид, чувства ревности, озлобления друг на друга. И что самоестораживающее в данной ситуации – это смещение своих переживаний на детей как способ снижения своего напряжения, без учета ответственности за эмоциональное благополучие своего ребенка.

Обследуемые дети являлись психически здоровыми, с нормативным формированием интеллекта, но оказались психологически депримированными, эмоционально хрупкими, с длительным пребыванием в состоянии фрустрации. В поиске защитных позиций, в силу естественной возрастной личностной незрелости, дети еще не имели сформированных механизмов стрессоустойчивости, нормативной компенсаторной возможности для самостоятельного преодоления значимых внутрисемейных утрат. У малолетних испытуемых определилась и выступила на первый план деформированная манипулятивность, сочетанная со склонностью к шантажному реагированию, снижением или сдержкой эмоционально-волевого развития.

Манипулятивность в поведении многих детей является вариантом психологической нормы реализации своих потребностей и устремлений, в стандартных ситуациях имеет краткий поведенческий период, в психологической практике расценивается как один из познавательных признаков самосознания, саморегуляции. В условиях естественного возрастного созревания ребенок пробует ту или иную поведенческую стратегию без ущерба для своего психологического функционирования. Акцентированная манипулятивность у детей определялась как превалирующий поведенческий признак с негативным заострением переживаний страха отверженности, нарушением чувства безопасности, малоэффективным способом вытеснения, без сублимации в адаптивные компенсаторные механизмы защиты. Нами использованы методические формы определения уровня манипулятивности игровыми пробами (почта, подарки подарок, приглашение в гости и пр.), а также методики Ф.Е. Рыбакова, Б.В. Зейгарник, А.Я. Иванова, модификацию Т.М. Габриэл, А.Е. Личко. По данным психологического исследования у детей, продолжительное время пребывающих в условиях фрустрации, связанной с переносом и переадресацией на них родителями своих актуальных обид и взаимных словесных девиаций, а иногда и словесной агрессии, происходит деформация психологического становления с негативными, тормозящими признаками вследствие нарушения баланса адаптации и коммуникативности.

Выявлена причинно-следственная связь между психологическим состоянием ребенка (детей), пережившего развод родителей, сопровождающийся высоким уровнем конфликта с вовлечением ребенка (детей) в родительский конфликт, где для родителей ведущей мотивацией гражданского иска по определению места проживания ребенка (детей) является реализация конфликтных взаимоотношений между собой, недружественная позиция, настроенность на уничтожение бывшего брачного партнера. Для каждой из спорящих сторон судебного процесса необходимо психологическое сопровождение (консультирование) для оптимизации качества жизни ребенка (детей), осмысления и принятия чувства ответственности и объективной устойчивой ориентированности и мотивации на интересы ребенка (детей). Поскольку продолжение конфликтных отношений родителей (спорящих сторон в процессе) в дальнейшем может негативно повлиять на личностное и психическое развитие ребенка (детей) в виде дисгармонии возрастного психического развития, нарушения психического здоровья, формирования психических расстройств. Родителям необходимо преодолеть негативное отношение и обиды друг к другу и принять новые формы взаимодействия как со-родителей.

## **СИСТЕМА ГЛУТАТИОНА И АКТИВНОСТЬ СУПЕРОКСИДИСМУТАЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ДО И ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ АНТИАЛКОГОЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

**Ярыгина Е.Г., Кротенко Н.М., Прокопьева В.Д.**

**НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

**Введение.** Проблема изучения особенностей формирования и развития окислительного стресса (ОС) при алкоголизме является актуальной, поскольку ОС отражается на функционировании практически всех органов и систем, вносит большой вклад в особенности клинического течения заболевания и формирование соматических осложнений. Наши предыдущие исследования были посвящены, главным образом, оценке окислительной модификации белков и липидов плазмы крови у больных алкогольной зависимостью (АЗ) и изучению динамики этих показателей – маркеров окислительного стресса – в процессе антиалкогольной терапии. Важным фактором, влияющим на уровень окислительного стресса в организме, является так же система антиоксидантной защиты, представленная антиоксидантными ферментами и системой глутатиона (восстановленный, окисленный глутатион и их соотношение, которое в целом определяет редокс-статус внутриклеточной среды организма). Эти показатели могут рассматриваться как периферические маркеры ОС. В настоящем исследовании проведена оценка состояния системы глутатиона и активности одного из основных антиоксидантных ферментов – супероксиддисмутазы (СОД) – в плазме крови больных АЗ до и после стандартной антиалкогольной терапии.

**Материал и методы.** В исследовании участвовало 38 мужчин с алкогольной зависимостью, средний возраст – 44,5 (39,0–52,0) года. Все пациенты проходили лечение в отделении аддиктивных состояний клиники НИИ психического здоровья ТНИМЦ. Контрольная группа состояла из 32 психически и соматически здоровых мужчин, средний возраст – 42,0 (34,0–53,0) года, отличия по возрасту между больными и здоровыми статистически не значимы ( $p > 0,05$ ). Исследование проводили с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации.

Забор крови осуществляли из локтевой вены утром натощак с использованием стерильной системы однократного применения Vacutainer («Becton Dickinson», USA). У больных алкогольной зависимостью кровь брали дважды – при поступлении в состоянии абстиненции (1–2-й день лечения, 1-я точка) и после проведения курса стандартной антиалкогольной терапии (14–15-й день пребывания в клинике, 2-я точка).

Для получения плазмы кровь центрифугировали 10 минут (3 000 об/мин). Плазму замораживали и хранили при температуре  $-80^{\circ}\text{C}$  до исследования.

С целью оценки системы глутатиона плазмы крови проводили определение суммарной концентрации глутатиона, состоящей из восстановленной и окисленной форм (GSH+GSSG), и фракции восстановленного глутатиона (GSH). Концентрацию окисленного глутатиона (GSSG) рассчитывали как разницу между суммарной концентрацией (GSH+GSSG) и GSH [1].

Расчет соотношения концентрации восстановленного глутатиона к окисленному (GSH/GSSG) использовали как критерий активности редокс-системы глутатиона. Активность СОД определяли с использованием набора Superoxide Dismutase Assay Kit фирмы Cayman Chemical Company (USA).

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета компьютерных программ Statistica 10. Данные представляли в виде медианы (Me) и межквартильного интервала (QL-QU). Для оценки достоверности межгрупповых различий использовали непараметрический критерий Манна–Уитни, для зависимой выборки применяли тест Вилкоксона. Значимыми считали различия при значении  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования системы глутатиона и активности супероксиддисмутазы плазмы крови больных алкоголизмом до и после стандартной антиалкогольной терапии представлены в таблице.

**Т а б л и ц а. Состояние системы глутатиона и активность СОД в плазме крови участников исследования, Me (QL-QU)**

Группа	Глутатион			Соотношение GSH/GSSG	СОД, ед.акт/мл
	общий GSH+GSSG, мкМ	окисленный GSSG, мкМ	восстановленный GSH, мкМ		
Контроль (n=32)	49,3 (37,2–62,3)	6,35 (2,90–7,50)	35,2 (32,0–45,8)	7,55 (4,71–15,30)	0,170 (0,13–0,19)
Больные АЗ 1-я точка (n=38)	53,7 (40,9–62,3)	7,50 (2,32–9,20)	39,8 (35,2–45,6)	5,86 (4,14–12,3)	0,170 (0,13–0,19)
Больные АЗ 2-я точка (n=38)	47,9 (38,1–57,7)*	6,36 (3,20–8,10)	36,6 (27,1–42,1)	6,39 (4,77–8,28)	0,175 (0,15–0,21)

П р и м е ч а н и е. \* – Достоверные различия между 1-й и 2-й точками обследования больных алкогольной зависимостью ( $p=0,032$ ).

Количество разных форм глутатиона и его редокс-состояние являются важными показателями устойчивости организма к действию стрессорирующих факторов различной природы. В наших исследованиях у больных алкоголизмом как до, так и после лечения статистически значимых различий по сравнению с группой контроля не обнаружено для всех исследуемых показателей. Однако в 1-й точке обследования (при поступлении на лечение) у больных АЗ наблюдается тенденция к повышению всех форм глутатиона при одновременном снижении соотношения GSH/GSSG по сравнению с контролем. После проведенного стандартного антиалкогольного лечения (во 2-й точке обследования) выявлено достоверное снижение общего глутатиона, однако в целом активность редокс-системы глутатиона существенным образом не меняется. Уровень активности СОД плазмы крови во всех исследуемых группах был практически одинаковым.

Сравнение данных литературы, касающихся изучаемых в данном исследовании параметров системы антиоксидантной защиты, показывает большую вариативность исследуемых показателей у больных алкогольной зависимостью. В более ранней работе нами были обнаружены рост активности СОД и снижение восстановленного глутатиона плазмы крови у больных АЗ в состоянии абстиненции [2].

В данном исследовании существенных различий в уровне активности СОД и системе глутатиона плазмы крови у больных АЗ и здоровых лиц не выявлено. Разные результаты исследований при оценке направленности и глубине изменений в антиоксидантном статусе организма при алкоголизме, вероятно, можно объяснить как большим количеством факторов, которые напрямую или косвенно оказывают разнонаправленное влияние на антиоксидантную систему пациента, так и существенными отличиями в исходном статусе каждого больного.

#### **Литература**

1. Rahman I., Kode A., Biswas S. Assay for quantitative determination of glutathione and glutathione disulfide levels using enzymatic recycling method. *Nat. Protoc.* 2006; 1(6): 3159–3165.
2. Прокопьева В.Д., Ярыгина Е.Г., Кротенко Н.М., Бойко А.С., Бохан Н.А., Иванова С.А. Показатели антиоксидантной системы и дофамина плазмы крови в динамике микроволновой резонансной терапии у больных алкоголизмом. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2017; 117(9): 67–70.

## Содержание

<b>Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.</b> (Ташкент) Роль семьи в формировании суицидального поведения подростков .....	5
<b>Арифджанова А.Б., Шарипова Ф.К.</b> (Ташкент) Динамика эмоциональных изменений в период беременности .....	8
<b>Батюк Т.Г.</b> (Кемерово) Возможности терапии депрессивных состояний при шизофрении в условиях дневного стационара .....	11
<b>Безруких Т.С., Масякина Ю.В., Березин Е.Ю.</b> (Новокузнецк) Медико-социальная экспертиза детей от 5 до 15 лет, страдающих психическими заболеваниями, в условиях стационара .....	14
<b>Богданов Я.В.</b> (Кемерово) Суицидальное поведение, критерии оценки, тактика и неотложная помощь при госпитализации в психиатрический стационар .....	16
<b>Бондарев В.Г., Романенко В.Н., Кондратов А.Ю., Синев В.Е., Шибанов А.Р., Иноземцева Е.В., Сизинцева Л.С., Пижамова Н.Л.</b> (Новокузнецк) Принципы оказания психолого-психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях в деятельности специализированной бригады .....	19
<b>Василевская Ю.Д., Фаткулина К.Е., Лысцова Л.Ю., Устименко О.Ф.</b> (Кемерово) Эффективность танцевально-двигательной терапии в комплексной реабилитации пациентов медико-реабилитационного отделения .....	22
<b>Виншу А.А.</b> (Кемерово) Аффективные расстройства у больных шизофренией разных возрастных групп .....	26
<b>Воеводин И.В.</b> (Томск) Персонализация когнитивно-поведенческой копинг-терапии аддитивных и невротических расстройств .....	28
<b>Волгин Л.М., Москвина Я.В., Иванец И.В., Осипов Г.П.</b> (Кемерово) Распространенность и структура медико-социальных факторов у наркозависимых, совершивших общественно опасные деяния .....	30
<b>Волгогонов О.А., Гацковская Ю.С.</b> (Кемерово) Дифференцированный подход к экспертной судебно-психиатрической оценке психических нарушений в свете изменений гражданского законодательства России ...	33
<b>Вострых Д.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Дементьева Г.С., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Смертность среди пациентов с наркологическими расстройствами в Сибирском федеральном округе .....	36
<b>Вострых Д.В., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Разработка и внедрение дополнительных мер по профилактике наркомании и алкоголизма в Кемеровской области .....	39
<b>Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Шамова И.П.</b> (Кемерово) Психические и поведенческие расстройства у лиц пожилого возраста, перенёсших ОНМК в подостром и отдалённом периодах, находившихся на лечение в соматогеронтопсихиатрическом отделении .....	42

<b>Герасимова В.И., Корнетова Е.Г.</b> (Томск) Дефиниции первого эпизода шизофрении в различных классификациях и исследованиях .....	46
<b>Гончарова А.А., Корнетова Е.Г.</b> (Томск) Влияние антипсихотик-индуцированной акатизии на частоту госпитализаций в группе пациентов с шизофренией .....	48
<b>Грачева Т.Ю., Командина Л.Ю., Самусь И.В., Федоренко Т.В.</b> (Кемерово) Улучшение качества медицинской помощи в психиатрии – главный ориентир в работе .....	50
<b>Грачева Т.Ю., Сорокина В.А.</b> (Кемерово) Основные принципы социальной работы в психиатрическом стационаре .....	55
<b>Гураль Е.С., Куприянова И.Е.</b> (Томск) Комплексная психореабилитация пациентов с онкопатологией определённой локализации (рак лёгких, желудка, кишечника) .....	57
<b>Дарсалия О.В., Говорова Г.М., Зорохович И.И.</b> (Кемерово) СУППОРТИВНАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ РЕМИССИИ .....	59
<b>Дикало Н.Н.</b> (Новокузнецк) МРТ-исследование при шизофрении. Новые диагностические подходы на современном этапе развития психиатрии (литературный обзор) .....	62
<b>Дмитриев А.И.</b> (Красноярск) Роль когнитивных нарушений при формировании адаптации у больных шизофренией, проживающих в сельской местности .....	65
<b>Долотина Л.А., Кушнарёва О.М., Кияниченко Ю.И.</b> (Кемерово) Детская форма шизофрении: клинические проявления, особенности манифестации .....	66
<b>Жарикова А.Д.</b> (Новосибирск) Девиантное материнство на примере матерей-отказниц .....	70
<b>Завьялова Н.Е., Бондарев В.Г., Павлова Е.Н., Кравченко С.Н.</b> (Новокузнецк) Организация судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения (на примере Новокузнецкой клинической психиатрической больницы: исторический аспект) .....	73
<b>Иноятов А.А., Сулейманов Ш.Р.</b> (Ташкент) Оптимизация психокоррекции суицидальных тенденций у подростков .....	78
<b>Калинина Е.В., Куренков В.С., Чельшев П.Е.</b> (Юрга) Эффективность применения сертралина при тревожно-депрессивном расстройстве у беременной (клинический случай) .....	81
<b>Калинина К.В., Обатнина Е.С., Семибратова Д.В.</b> (Кемерово) Особенности межличностных отношений больных шизофренией .....	83
<b>Кещян К.Л., Куликов А.Н., Иосис А.В.</b> (Москва) Личностно-психологические и клинические факторы суицидального поведения несовершеннолетних .....	86

<b>Кирилук Д.А., Музальков С.С., Ядыкина Е.В.</b> (Кемерово) Реабилитационно-терапевтическая программа для пациентов с расстройством сексуальных влечений, находящихся на принудительном лечении специализированного типа .....	88
<b>Кирина Ю.Ю., Зорохович И.И., Лопатин А.А., Вострых Д.В., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Особенности проведения наркологических медицинских осмотров (освидетельствований) различных категорий граждан .....	91
<b>Кирина Ю.Ю., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Садартдинов С.Ф., Вострых Д.В.</b> (Кемерово) Актуальные вопросы проведения наркологического медицинского освидетельствования водителей (кандидатов в водители) транспортных средств в условиях изменения законодательства .....	94
<b>Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Реабилитация больных раком молочной железы на этапе хирургического лечения (психотерапевтический аспект) .....	97
<b>Коновалова А.В., Колтунова А.А.</b> (Новокузнецк) Использование фонетической ритмики для стимуляции базиса речи у детей раннего возраста с органическим поражением головного мозга .....	99
<b>Коньков В.И., Шмилович А.А.</b> (Москва) Предпочитаемый круг общения больных опиоидной наркоманией .....	102
<b>Краля О.В.</b> (Омск) Психические нарушения, наблюдающиеся у спортсменов при употреблении предтренировочных комплексов .....	103
<b>Кулебакина С.Ф., Нохрина Т.Н., Митрофанова В.Ф.</b> (Ленинск-Кузнецкий) Оказание психолого-психиатрической помощи бригадным методом пострадавшим и потерпевшим при пожаре в торговом центре «Зимняя Вишня» .....	106
<b>Куренков В.С., Челышев П.Е., Кизицкий И.З., Калинин Е.В.</b> (Юрга) Результаты клинического исследования применения препарата сермион на фоне психофармакотерапии у пациентов с нарушением когнитивных функций .....	109
<b>Лаврентьева Т.В.</b> (Ленинск-Кузнецкий) Клинический пример использования арттерапевтических методов детям, пострадавшим на пожаре в «Зимней Вишне» .....	112
<b>Ларина И.А., Кулебакина С.Ф., Старостенко С.И.</b> (Ленинск-Кузнецкий) Психокоррекционная работа по реабилитации пациентов психиатрического стационара с утраченными социальными навыками .....	115
<b>Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Нонка Т.Г., Репин А.Н., Суровцева А.К.</b> (Томск) Самооценка качества жизни у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и аффективными расстройствами .....	118
<b>Левченко Н.С., Николаева Е.Р., Олейчик И.В.</b> (Москва) Особенности эндогенных депрессий, протекающих с явлениями несуйцидального аутоагрессивного поведения у девушек .....	121
	245

<b>Лисовицкая Г.Б., Устьянцев Л.Г.</b> (Кемерово) Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в Кемеровской области	124
<b>Лопатин А.А., Вострых Д.В., Зорохович И.И., Сапегина Н.В., Кирина Ю.Ю.</b> (Кемерово) Анализ мониторинга смертности, связанной с употреблением наркотических средств и спиртосодержащей продукции, в Кемеровской области в 2019 г.	126
<b>Лопатин А.А., Вострых Д.В., Кирина Ю.Ю., Пискарева О.И., Кирина Ю.Ю.</b> (Кемерово) Реабилитация и ресоциализация детей и подростков с наркологическими расстройствами в условиях образовательной организации	128
<b>Лопатин А.А., Зорохович И.И., Вострых Д.В., Кирина Ю.Ю., Се-ледцов А.М.</b> (Кемерово) Основные аспекты реализации программы по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма в Кемеровской области	130
<b>Любченко М.В., Селезнева Н.В., Дербенева Н.А.</b> (Кемерово) Особенности социального статуса призывников, обследовавшихся в ГКУЗ КО КОКПБ за 2018 г. с диагнозами шизоидного и эмоционально неустойчивого расстройств личности	132
<b>Макарова О.В.</b> (Кемерово) Алгоритм терапии психомоторного возбуждения у пациентов пожилого возраста в соматогеронтопсихиатрическом отделении психиатрического стационара	134
<b>Мелёхин А.И.</b> (Москва) Когнитивно-поведенческая модель связи бессонницы и гериатрической депрессии	137
<b>Михалицкая Е.А., Вялова Н.М., Лосенков И.С., Симуткин Г.Г., Иванова С.А., Бохан Н.А.</b> (Томск) Изучение ассоциации полиморфных вариантов генов серотонинергической системы с клиническими характеристиками депрессивных расстройств	139
<b>Муранова Т.Ю., Чиган М.Н.</b> (Барнаул) Распространенность наркотических средств синтетического происхождения в Алтайском крае	141
<b>Никитин П.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Люлина И.Л., Кирина Ю.Ю., Зарубина Н.Г.</b> (Кемерово) Промышленная наркология Кузбасса – обеспечение безопасности техногенных производств	144
<b>Никитин П.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Люлина И.Л., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Социально-психологическое тестирование как профилактика правонарушений среди несовершеннолетних	147
<b>Обеснюк О.А., Обеснюк В.В.</b> (Кемерово) Клинический и нейрофизиологический аспекты синдрома гипервентиляции у пациентов с невротическими состояниями	150
<b>Олейчик И.В., Юнилайнен О.А., Левченко Н.С., Николаева Е.Р.</b> (Москва) Сравнительный анализ клинико-психопатологических характеристик депрессивных состояний юношеского возраста у пациенток женского пола: данные за 20 лет	153

<b>Осипов Г.П., Москвина Я.В., Волгин Л.М., Иванец И.В.</b> (Кемерово) Работа отделения реанимации в условиях психиатрического стационара ...	157
<b>Осипова Н.В., Егорова Н.М., Ятченко Е.В.</b> (Барнаул) Тенденции наркотизации и методы профилактики наркомании в Алтайском крае .....	159
<b>Падерина Д.З., Пожидаев И.В., Борисова Л.А., Бойко А.С., Корнетова Е.Г., Иванова С.А.</b> (Томск) Метаболический синдром у больных шизофренией и ген, кодирующий стриатально-обогатненную протеинтирозинфосфатазу RTPN5 .....	163
<b>Паршукова Д.А., Фатгахов Н.С., Бойко А.С., Смирнова Л.П., Корнетова Е.Г., Иванова С.А.</b> (Томск) Ассоциация однонуклеотидного полиморфизма промоторной области гена NOS3 с риском развития гиперпролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии .....	166
<b>Пискарева О.И., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Кирина Ю.Ю.</b> (Кемерово) Опыт работы школы отказа от курения .....	168
<b>Пилянзин А.И., Зайцева Г.Л., Шампорова И.В., Жилева О.А., Хижняк О.Л., Иванов А.А., Мадырова Г.М., Ерыгина М.В.</b> (Барнаул) Технологии искусственного интеллекта в прогнозировании повторного поступления пациентов в отделение неотложной наркологической помощи .....	172
<b>Ржевская Н.К.</b> (Белгород) Профилактика принуждения и насилия при оказании стационарной психиатрической помощи .....	174
<b>Рублева О.П., Зорохович И.И., Лопатин А.А., Вострых Д.В., Рубцова О.С., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних в рамках компетенции наркологической службы Кузбасса .....	177
<b>Рублева О.П., Колпакова Ю.В., Миглевская Т.Н., Лопатин А.А., Зорохович И.И.</b> (Кемерово) Практика эффективного общения с пожилыми людьми – из опыта работы Телефона Доверия .....	180
<b>Рудницкий В.А., Костин А.К., Белокрылова М.Ф., Диденко А.В., Аксенов М.М., Иванова А.А., Шелехов И.Л.</b> (Томск) Эффективность комплексной терапии органических психических расстройств .....	183
<b>Салмина-Хвостова О.И.</b> (Новокузнецк) Способ лечения алкоголизма .....	185
<b>Самаковская О.А., Правилова Н.С., Орлянская Н.Н.</b> (Белово) Выявление, наблюдение и лечение детей с ограниченными возможностями здоровья .....	188
<b>Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Коваль А.П., Селиванова Л.В.</b> (Кемерово) Коммуникативные особенности лиц с истерическим расстройством личности в рамках взаимодействия «преподаватель – обучающийся» .....	191
<b>Селедцов А.М., Лопатин А.А., Зорохович И.И., Вострых Д.В., Дементьева Г.С., Барнинова Е.В.</b> (Кемерово) Распространенность алкогольных психозов как показатель уровня потребления алкоголя населением Кузбасса ...	194

<b>Серегин А.А., Дмитриева Е.М., Смирнова Л.П., Симуткин Г.Г., Иванова С.А.</b> (Томск) Потенциальные биологические маркёры, участвующие в патогенезе эндогенных психических расстройств .....	197
<b>Сорокина В.А., Самусь И.В., Федоренко Т.В.</b> (Кемерово) Анализ показателей смертности по Сибирскому федеральному округу за первое полугодие 2018–2019 гг. ....	199
<b>Сорокина В.А., Самусь И.В., Федоренко Т.В.</b> (Кемерово) Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения в Кемеровской области за 2016–2018 гг. ....	201
<b>Сорокина В.А., Самусь И.В., Федоренко Т.В.</b> (Кемерово) Обеспеченность медицинскими и немедицинскими кадрами психиатрической службы Кемеровской области .....	203
<b>Старостенко С.И., Лаврентьева Т.В., Ларина И.А., Лаврентьева Л.Н., Лаврентьева Т.В.</b> (Ленинск-Кузнецкий) Экстренные методы психокоррекции патопсихологических нарушений у пострадавших шахтеров в результате чрезвычайных ситуаций .....	204
<b>Телякова О.Г., Никитин П.И., Горелкин А.О., Бакеева Е.Г., Селедцов А.М.</b> (Кемерово) Внедрение методики определения карбогидрат-дефицитного трансферрина в сыворотке крови в условиях химикотоксикологической лаборатории .....	209
<b>Тигунцев В.В., Иванова С.А., Корнетова Е.Г.</b> (Томск) Прогностическая модель риска развития гиперпролактинемии на фоне антипсихотической терапии шизофрении .....	212
<b>Труфанов С.Н., Павлова Е.Н.</b> (Новокузнецк) Исследование способности присутствия в суде лиц с умственной отсталостью при лишении дееспособности .....	215
<b>Устьянцев Л.Г., Шилова Е.Ю.</b> (Кемерово) Анализ клинического случая пациентки с умственной отсталостью умеренной степени с грубыми нарушениями поведения .....	218
<b>Устьянина Ж.Г.</b> (Кемерово) Психосоциальная помощь больным с длительными госпитализациями в условиях психиатрического стационара ....	220
<b>Устьянина Ж.Г.</b> (Кемерово) Сравнительные особенности алкогольной и наркоманической личностной деструкции .....	227
<b>Челышев П.Е., Куренков В.С., Калинина Е.В.</b> (Юрга) Работа полипрофессиональной бригады с пациентами смешанного психиатрического и наркологического отделения, утратившими социальные связи .....	230
<b>Шибанов А.Р., Завьялова Н.Е., Иноземцева Е.В., Безруких Т.С.</b> (Новокузнецк) Судебно-психиатрическая оценка показаний потерпевших детей и подростков по уголовным делам о преступлениях против половой неприкосновенности .....	233

<b>Ядыкина Е.В., Бурсова Т.В.</b> (Кемерово) Влияние конфликтных отношений при разводе родителей на психологическое состояние их малолетних детей .....	236
<b>Ярыгина Е.Г., Кротенко Н.М., Прокопьева В.Д.</b> (Томск) Система глутатиона и активность супероксиддисмутазы плазмы крови больных алкоголизмом до и после стандартной антиалкогольной терапии .....	240

Научное издание

**ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ  
В ЭПОХУ НОВЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ВЫЗОВОВ**

*Сборник тезисов*  
межрегиональной научно-практической конференции.

**80 лет психиатрической службе,  
45 лет наркологической службе Кузбасса**

(Кемерово, 30–31 октября 2019 г.)

Под научной редакцией  
академика РАН Н.А. Бохана

Редактор И.А. Зеленская

---

Подписано в печать 21.10.2019 г.

Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 15,63; усл. печ. л. 14,54; уч.-изд. л. 1445.

Тираж 500. Заказ № 19430

---

Издательство «Иван Фёдоров»  
634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1  
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